

fermo en una manta. Este procedimiento alivia mucho á los enfermos (1).

d) Los baños fríos cuyo modo de empleo y acción han sido bien estudiados y expuestos por Leichtenstern (2), constituyen el método de elección en los casos hiperpiréticos en que la fiebre no presenta ninguna remisión y sobre todo cuando se acompaña de una gran excitación del pulso y de la respiración. No se puede negar que es de utilidad bajar la temperatura aun cuando no sea más que para aliviar al enfermo. Pero el baño frío tiene otra acción: calma el pulso y la respiración y disminuye la excitación cerebral; alivia pues el miocardio, también parece que excita las contracciones del intestino y de la vejiga, produce poliuria y en fin, facilita la erupción y las secreciones cutáneas. El baño debe darse á la temperatura de 18 á 25°. Según los casos y especialmente según la edad; su duración para el adulto será de diez á doce minutos; para el niño bastan de cinco á siete minutos; es conveniente en los casos en que existe delirio verter durante el baño agua fría sobre la cabeza y la nuca. Debe tomarse la temperatura cada dos ó tres horas según la intensidad de los fenómenos y dar un nuevo baño si la temperatura asciende al mismo nivel; debe servir de guía, sobre todo, el estado general. De este modo vendrán á darse de cuatro á diez baños en las veinticuatro horas.

En esta enfermedad como en la fiebre tifoidea hay algunas contraindicaciones; la debilidad del corazón y la amenaza de colapso (temperatura central elevada y piel fría) la tumefacción considerable del cuello que produzca una dificultad respiratoria, los signos de infección septicémica (poliartritis) las hemorragias. Si por ciertas consideraciones no es posible aplicar los baños fríos, se sustituirán por los baños progresivamente enfriados; pero la acción es menos eficaz (Leichtenstern).

e) El baño tibio de 25 á 30° durante quince ó veinte minutos, es bueno desde el principio de la enfermedad para limpiar la piel y calmar el ardor penoso de los tegumentos; se le puede emplear también durante la erupción cuando la temperatura permanece elevada sin accidentes nerviosos (Hench) pero no hay que esperar de él grandes efectos; según Reimer á veces es nocivo porque aumenta el aplanamiento. Pero después de la erupción el baño tibio ayudará á la descamación y deberá repetirse dos veces por semana (3).

En suma, diremos con Reimer que no se pueden plantear indicaciones precisas para la aplicación de la balneoterapia á la escarlatina; pero cuando nos decidamos por esta intervención, deberemos prescindir de medias tintas y recurrir al agua fría ayudando sus efectos por el alcohol, los excitantes y los tónicos.

Contra el delirio y la agitación se utiliza con ventaja el cloral (Wilson) á la dosis de 0,6 á 0,12 gramos cada dos ó tres horas para un niño de dos ó tres años; el cloral disminuye la intensidad de la angina y no parece perjudicar á las contracciones del corazón, si se le combina con el alcohol.

Contra el torpor y el abatimiento se emplearán los vinos alcoholizados, el

(1) Steiner, Die hydropatische Behandlung des Scharlachs, *Wien. med. Press.*, 1876, num. 12, página 394.

(2) Leichtenstern, Ueber Scharlachs Therapie; *Deutsch. méd. Woch.*, 1882, núms. 45, 46 y 47.

(3) Zemszen, (zur Pathologie und Therapie des Scharlachs, *Sammlunghlin. Vortr.*, núm. 14, 1890, Leipzig) recomienda mucho el empleo de los baños calientes y calentados progresivamente, en el tratamiento de la nefritis escarlatinosa.

café á dosis repetidas con frecuencia, el alcanfor, el éter ó la cafeína en inyecciones subcutáneas y el carbonato ó el acetato de amoníaco (Strahl, Stöber, Riecken).

Entre las complicaciones no consideraremos más que la *angina*; cuando adquiere una gran intensidad, la antisepsia tal como la hemos indicado, se hace insuficiente, deben practicarse grandes irrigaciones de la garganta con soluciones antisépticas calientes. Cuando la angina es membranosa debe hacerse una limpieza exacta y tan completa como sea posible de la garganta, y cuando las membranas hayan sido separadas, conducir el antiséptico (glicerina fenicada al 3 por 100 ó bien alcanfor y ácido fénico á partes iguales, disueltos en aceite) sobre la mucosa desnuda; la rápida penetración de los estreptococos, demuestra la necesidad de esta práctica. Heubner, aconseja además inyectar en el espesor de las amígdalas una disolución de ácido fénico al 3 por 100 para detener con más seguridad la emigración de los micro-organismos.

C. DURANTE LA CONVALECENCIA debe someterse el enfermo á una higiene severa, á fin de evitar las dos principales causas de albuminuria, los excesos alimenticios y el enfriamiento. Puede comenzarse la alimentación, como hemos dicho, cuando la fiebre ha desaparecido completamente después de algunos días, es decir, hácia el fin de la segunda semana; pero á la menor disminución de la cantidad de orina, se restablecerá el régimen lácteo.

Debe favorecerse la descamación mediante el uso diario de unciones grasas antisépticas, con el doble fin de impedir la difusión de las escaras y disminuir en tanto como sea posible su virulencia. No se permitirá que se levante el enfermo sino después de haberle administrado algunos baños; es preciso que la descamación esté adelantada y falte por completo la fiebre (tercera ó cuarta semana). No hay porqué decir que estos límites son muy extensibles, y un enfermo que no ha tenido más que dos días de fiebre, durante la estación cálida, puede levantarse al décimoquinto día. Otro tanto diremos de la fecha de la primera salida. No se le autorizará sino después de la descamación completa y luego de haber habituado al enfermo á las transiciones de temperatura en la habitación; la reclusión durará de tres semanas á seis y aun ocho semanas en invierno. La aparición aun efímera de albuminuria durante la convalecencia obligará á prolongar por largo tiempo estas medidas higiénicas.

PROFILAXIS. — Muchas sustancias han sido propuestas ó empleadas para preservar de la escarlatina; Rilliet y Barthez las enumeran; entre ellas goza todavía de gran reputación la belladona, debiendo esa reputación á su propiedad de provocar un exantema.

Pero únicamente la esterilización y el aislamiento preservarán á los sujetos sanos é impedirán la extensión de las epidemias. La profilaxis de la escarlatina (1) ofrece dificultades muy diferentes de la del sarampión; en efecto, por una parte es mucho menos difusiva, menos contagiosa que esta última, al menos en Francia; pero por otra parte, la duración considerable de la contagiosidad, que continúa mientras subsiste la descamación, obliga á prolongar por tiempo muy largo las medidas protectoras. Basta recordar, para comprenderlo, que la descamación puede dejar todavía vestigios, á la octava se-

(1) Véase Damain, Étude sur la malignité dans la scarlatine. Prophylaxie; Th de Paris, 1891.

mana, y saber que enfermos, como aquel de quien Bond refiere la historia, pueden, á pesar de la limpieza y de los baños, transmitir la enfermedad seis semanas después de su principio, cuando la descamación está ya realizada; pero tenemos la convicción de que mediante los diferentes procedimientos que vamos á indicar, puede abreviarse la duración de la contagiosidad y simplificarse la profilaxis.

El *aislamiento* debe practicarse desde el principio, pero debe ser todavía más severo cuando comienza la descamación; no insistiremos sobre la organización de este aislamiento, cuyos principios hemos expuesto (*Generalidades sobre las fiebres eruptivas*).

En cuanto comienza la descamación, debe impedirse la difusión de las escamas; para esto hay dos medios particularmente eficaces, que son: las fricciones generales con un cuerpo graso, que reblandece la piel y retiene los fragmentos de epidermis ó los hace adherir á las ropas, y los baños. La adición de un antiséptico á la pomada empleada (ácido fénico al 1 por 100, bicloruro de mercurio al 1 por 1000), permite volver asépticas las escamas; pero es necesario completar las fricciones con los baños tibios.

Con el mismo fin se esterilizarán con el mayor cuidado las cavidades naturales, boca y garganta, nariz, oídos y los cabellos cuando el enfermo esté curado, por medio de grandes lavados con un líquido antiséptico. Las personas encargadas de cuidar al escarlatinoso, deberán adoptar en todo su rigor las precauciones que ya hemos indicado (lavado de las manos, cambio de vestidos), para evitar el transporte de las escamas.

¿Deben llevarse más lejos las precauciones y prohibir, como se ha propuesto, por ejemplo, que frecuenten la escuela los hermanos y hermanas de un niño atacado de escarlatina? Además de los considerables inconvenientes que puede acarrear un aislamiento de cuarenta días (cifra legal), recayendo en un gran número de niños, la utilidad es contestable y la eficacia dudosa, puesto que cada uno de los niños puede infectarse aun después de la curación completa del enfermo, al penetrar en su habitación incompletamente esterilizada.

Pero en compensación, en las salas de hospital deberá tratarse como *sospechosos* á todos los niños que hayan estado en contacto con un escarlatinoso; el aislamiento deberá, pues, prolongarse para cada uno de ellos, durante todo el tiempo de la incubación (seis días á lo sumo).

BIBLIOGRAFÍA: No hemos dado más que las indicaciones bibliográficas posteriores al artículo *Scarlatine*, del *Dict. de méd et chir.*, por Picot. — Baginsky, *Traité des maladies d'enfants*, trad. franc., 1891. — Bohn, Art. *Scharlach* de *Gerhard's Handbuch*. — Eichorst, *Traité de path. int.*, trad. franc., vol. iv, 1889. — Henoeh, *Leçons cliniques*, trad. franc., 1885. — Tissier, Des complications rénales de la scarlatine; *Gaz. des Hóp.*, 18 Noviembre, 1888, núm. 129.

CAPITULO II

SARAMPIÓN

HISTORIA. — Se atribuye á Rhazès la primera descripción del sarampión. Avicenna, hácia fines del siglo x lo describió de nuevo; pero los escritores occidentales confundieron durante largo tiempo las fiebres eruptivas. Morton sostenía la identidad del sarampión y la escarlatina; sin embargo, Sydenham y Huxham han dado características más precisas; deben mencionarse en el siglo xviii, los trabajos de Rosen, Watson y Willan. Las descripciones clásicas de Rilliet y Barthez, de Sanné, las lecciones de Trousseau y Cadet de Gassicourt, han dejado poco que añadir desde el punto de vista clínico; sin embargo, desde hace algunos años se separan en Alemania con el nombre de alfombrilla, ciertos exantemas, que no tienen de común con el sarampión más que la forma eruptiva; actualmente se comienza en Francia á hacer esta distinción. En fin, las leyes del contagio del sarampión se han precisado desde hace algún tiempo (Béclère, Grancher, Sevestre, Bond); la etiología de algunas complicaciones ha sido estudiada (Cornil y Babès, Neumann, Queissner, Mosny), y ha conducido á una profilaxis más eficaz.

ETIOLOGÍA. — No existen *causas predisponentes* del sarampión: la infancia parece que tiene esa predisposición tan sólo por el hecho de no haberla sufrido antes; tampoco tienen significación alguna el sexo, el temperamento, la herencia, la existencia ó no existencia de una enfermedad anterior ó actual; las afirmaciones antiguas concernientes á cada uno de estos elementos etiológicos, han perdido todo su valor. Sin embargo, puede decirse con Thomas, que la infección es rara antes de los seis meses: se la ha visto en el recién nacido (Gautier, de Ginebra) y en los primeros meses (Sevestre) (1); en una epidemia de Heidelberg ha observado Embden 24 casos, en menores de seis meses (2). Esta inmunidad relativa de la primera edad, común á las demás fiebres eruptivas, se explica por la rareza de los contactos con otros niños. Por el contrario, el *máximo de frecuencia* parece ser de los tres á los cinco años. Después, hay un nuevo recrudecimiento en la edad en que los niños frecuentan la escuela.

No hay, pues, *inmunidad natural*. Únicamente el ataque anterior preserva de la infección (*inmunidad adquirida*); tales fueron la mayor parte de los casos de inmunidad observados por Panum en 1846, en la epidemia de las islas Feroë, en ancianos que habían tenido el sarampión en 1781, en la última epidemia.

En el sarampión se observa la *recidiva*; quizás no es tan frecuente como la admiten ciertos autores, que han podido confundir la roseola ó la alfombrilla

(1) Sevestre, *Études cliniques*, Paris 1890, y *Progr. méd.*, 1889-1890.
(2) Embden, *Epidémie d'Heidelberg*; *Arch. f. Kinderh.*, 1890.