

la piel, micrococo que no se encuentra en la coriza simple. Ningún experimento se ha intentado en el hombre.

En las *visceras* se han visto numerosas formas microbianas, coccus y bacillus; entre ellos debe citarse un estreptococo que por su asiento intracelular y su forma aplanada, se aproxima al *meningococcus intra cellularis* de Weichselbaum (Babès).

Se han encontrado en las lesiones secundarias del sarampión (pulmonía lobulillar, otitis, abscesos, etc.), organismos conocidos cuya naturaleza y papel se han determinado por el cultivo y la inoculación á los animales. Tales son el *estreptococo* reconocido y aislado por Garnieri, Tobeitz, Morel, y Mosny, en los pulmones y las otitis, sea solo, sea asociado á los estafilococos y al *pneumococo de Talamon-Fränkell*; el pneumococo solo ó asociado (Weichselbaum, Queissner, Neumann, Netter), en fin, el *pneumo-bacilo de Friedländer*. El estreptococo designado anteriormente por Weichselbaum (1886) con el nombre de *streptococcus pneumoniae*, tiene todos los caracteres del estreptococo piógeno y de la erisipela.

Son esos, otros tantos agentes de *infecciones secundarias*, que penetran por los orificios naturales ó emanan de las cavidades bucal y nasal, de las que son habituales huéspedes. Su naturaleza varía con el sitio de la observación. Neumann, observando en el hospital de Moabit de Berlín, no encuentra más que el pneumococo casi puro; Morel y Mosny en los hospitales de París, comprueban especialmente el estreptococo; pero uno y otro pueden producir las mismas lesiones.

Por lo común, estos micro-organismos no producen una infección general; la pulmonía mata más bien por asfixia, la septicemia es rara.

Pero ¿qué lesiones puede producir el micro-organismo del sarampión? Admitimos con Sevestre que puede producir ciertas congestiones y bronco-neumonías del principio, que parecen debidas á la infección general repentina; tal vez por ese diplococo que Cornil y Babès han comprobado en los linfáticos y vasos del pulmón inflamados.

SÍNTOMAS.—SARAMPIÓN REGULAR Ó NORMAL.—Se distinguen en la evolución de sarampión tres períodos; invasión, erupción y descamación.

1.º *Invasión ó período prodrómico*.—Comienza con el primer fenómeno febril, del octavo al décimo día después de la infección. Algunos autores señalan molestias múltiples en el período de incubación; pero se trata en estos casos, ó de una invasión precoz ó de fenómenos extraños á la infección morbiliosa.

Dos síntomas principales dominan en este período, la *fiebre* y el *catarro de las mucosas* oculo-nasal y faringo-laríngea.

La fiebre (38°,5 á 39° desde el primer día) se manifiesta por pequeños escalofríos que se repiten tres ó cuatro veces por día, seguidos de calor y sudor; la piel está seca, sin ardor.

El niño, triste y gruñón difícilmente se deja examinar; huye de la luz y contrae los párpados (*fotofobia*), los ojos están lacrimosos, la esclerótica surcada por vasos dilatados, las conjuntivas palpebrales están rojas y un poco hinchadas, la nariz deja fluir un moco abundante y claro; los estornudos frecuentes y las epistaxis caracterizan este catarro; este último fenómeno, limi-

tado lo más á menudo á unas cuantas gotas de sangre, adquiere en algunas epidemias, una abundancia y frecuencia extraordinarias (un cuarto de los casos, Rilliet). La *laringitis*, generalmente poco acentuada, se manifiesta por ronquera y una tos seca, ferina, un poco ronca, rara vez ahogada, compuesta de dos ó tres espiraciones; en algunos casos es continua y muy penosa. Cuando á la tumefacción laríngea se une el espasmo glótico, se desarrolla el cuadro de la *laringitis estridulosa* que constituye á veces el primer accidente de la enfermedad.

Desde el segundo día, el conjunto de estos signos, la tumefacción y la rubicundez de los ojos, el flujo de la nariz, la tumefacción de la cara y de los labios y la rubicundez de las mejillas son características.

La lengua no tiene nada de especial; está blanca y saburrosa, alargada, roja en los bordes, en donde las papilas están hinchadas y salientes; la mucosa bucal está roja, pero la rubicundez aumenta hacia atrás, constituyendo sobre el velo y la parte posterior de la bóveda un punteado fino; la faringe está uniformemente roja hacia sus zonas anteriores. Tal es el *enantema* que no debe confundirse con la angina; precede casi siempre en algunas horas, (á veces en dos ó tres días, como el catarro nasal) á la erupción cutánea (D'Espine, Girard), y permite entonces formular un diagnóstico precoz; pero no es constante, falta á menudo en el sarampión con erupción discreta, y en los caquéticos.

A veces existe una verdadera *angina*: una secreción viscosa recubre la faringe y se mezcla con el pus que fluye desde las fosas nasales á la faringe; hay un ligero infarto ganglionar; pero la disfagia es muy moderada, tratándose más bien de una sensación de ardor que de dolor, y jamás alcanza la intensidad que en la escarlatina. Dieulafoy y Henriquez (1) han notado el infarto ganglionar submaxilar desde los primeros días, y aun antes de la invasión.

A pesar de la tos, la *auscultación pulmonar* no revela nada, ó apenas algunos estertores sibilantes y un poco de rudeza á nivel de los gruesos bronquios.

La sed es siempre viva, rara vez se observan *vómitos*, que son generalmente alimenticios, y no reaparecen después del segundo día. La *diarrea* coincide á veces con una fiebre intensa, pero no persiste, y constituye un fenómeno anormal.

El niño, atormentado por la sed y la tos, duerme mal; está agitado y se queja á menudo; pero los *trastornos nerviosos* rara vez alcanzan una gran intensidad, rara vez hay delirio, las *convulsiones* no aparecen más que en los niños muy pequeños ó en los sujetos nerviosos por herencia; son efímeras, y no tienen gravedad cuando se limitan á dos ó tres ataques (Trousseau).

La invasión del sarampión es la más larga de todas las fiebres eruptivas; en efecto, dura de tres á cinco días. Trousseau indica una duración aun más larga (seis á ocho días), con exclusión de cualquiera complicación apreciable.

La fiebre ofrece durante este tiempo una marcha asaz irregular, sobre la cual insistiremos más adelante.

2.º *Período de erupción*.—El exantema aparece generalmente por la noche;

(1) Henriquez y Carjaval, Engorgements ganglionaires dans la rougeole; Th. de Paris, 1891,

se acompaña de una nueva elevación de la temperatura y de un malestar mayor; comienza por la frente, á raíz de los cabellos (Picot), ó por detrás de las orejas y casi al mismo tiempo en las mejillas, la parte inferior de la cara y el cuello. En estas regiones, sobre todo en la cara, se presentan primero bajo el aspecto de un punteado fino; luego en algunas horas adquiere allí, como en los demás puntos, su aspecto definitivo, que es el de manchas rosadas poco salientes; pero que, no obstante, dan al dedo la sensación de pequeñas elevaciones aplanadas, irregulares, festoneadas, á veces semilunares, al principio muy estrechas y luego más anchas, que se unen á las inmediatas para formar festones ó corimbos, pero dejando, sin embargo, y siempre intervalos de piel sana. La rubicundez se borra bajo la presión del dedo, pero reaparece con rapidez.

El desarrollo del exantema se efectúa con mucha regularidad, de alto á bajo; alcanza los miembros superiores antes que los inferiores, y éstos solamente en el segundo día; por lo general, el exantema es completo hacia el fin del segundo día. La intensidad de la erupción no es igual en todas partes, puesto que cada elemento eruptivo comienza á atenuarse al cabo de veinticuatro horas próximamente, y las manchas de la cara son ya más pálidas cuando las de las piernas están en todo su apogeo; es más viva y más roja en la cara (vascularización mayor), más pálida en las extremidades, mate y oscura en el dorso (decúbito dorsal).

En ciertas regiones, en particular, en los muslos y en la espalda, las máculas se reúnen á menudo, de tal modo, que forman anchas placas de un tinte uniforme que, consideradas aisladamente, simulan la escarlatina; pero en su límite, se encuentran superficies de piel sana, y aquéllas terminan bruscamente por un contorno festoneado.

La erupción decrece á partir, del tercer día: las manchas palidecen, pero no desaparecen ya á la presión, como si la congestión hubiese dejado en la piel los productos de la transformación de la hemoglobina; después pasan por los matices sucesivos, azul mate, moreno cobrizo, y, por último, desaparecen; en cuatro ó cinco días, en siete días á lo sumo, la evolución del exantema ha terminado.

VARIEDADES DE LA ERUPCIÓN.—a) La erupción puede presentar algunas variedades, sin relación constante con la forma general de la enfermedad, ni con su evolución.

1.º *Variedades en el aspecto.*—En la variedad *granulosa* las manchas forman una eminencia papulosa en el centro; á veces hay sobre una misma mancha varias pápulas comprimidas unas contra otras; en ellas se distinguen también, sobre todo á la lente, pequeñas vesículas transparentes que corresponden á las flictenas descritas por Catrin (véase *Anatomía patológica*); se ha atribuído el aspecto granuloso á la prominencia de los bulbos pilosos, producida por una congestión intensa; las flictenas microscópicas contribuyen á este efecto; la congestión cutánea en esta forma es intensa, y comunmente se ve que las pápulas dejan tras de sí manchas equimóticas duraderas. El aspecto granuloso es ordinariamente generalizado; cuando principia por la cara, y su evolución es lenta (como en un caso que hemos visto) simula por completo la varioloide en su comienzo.

b) La *miliar* es mucho más rara en el sarampión, que en la escarlatina; ocupa el abdomen y los muslos; está formada por pequeñas vesículas del tamaño de cabezas de alfiler muy comprimidas, llenas de un líquido claro, que se secan generalmente sin supurar, y que se rompen cuando la erupción se ha extinguido; modifican el aspecto de la descamación, dando origen á pequeñas escamas más extensas que el furfur ordinario.

c) La variedad *equimótica* (preferimos esta designación á la de *purpúrea*, que supone un estado general grave), acompaña á menudo al sarampión granuloso; sin embargo, el tinte equimótico no se realiza más que en el tronco y los miembros. A veces es debida al estado caquéctico del niño; pero entonces se localiza en las partes declives (dorso y nalgas). En tal caso, tienen las máculas una duración mayor que en la forma ordinaria, y es frecuente encontrar aún sus vestigios al cabo de diez y quince días, bajo la forma de manchas oscuras y pigmentadas. Es importante distinguir esta variedad de la forma hemorrágica.

d) Es preciso distinguir la miliar, de las *erupciones sudorales* que aparecen en los niños de pecho antes del exantema morbilioso (Trousseau); esta erupción artificial es provocada por la fiebre prodrómica y por el hábito nocivo de cubrir desmedidamente á los morbiliosos. Esta roseola sudoral está constituida por pequeños elementos redondeados, de color de rosa claro, que predominan especialmente en el abdomen y la espalda.

e) Una erupción sobreañadida puede modificar el aspecto del exantema; se ha visto precedida la erupción por un rash urticáceo, pero éste se borra generalmente cuando aparece aquélla (Talamon) (1).

2.º *Variedades en la intensidad.*—a) Cuando la erupción es *muy confluyente*, las máculas llegan á confundirse de un modo que simulan placas de escarlatina, y con mayor exactitud, la coincidencia de las dos fiebres eruptivas.

b) En los niños caquécticos (tuberculosos, sífilíticos, bríghticos, raquícticos) la erupción es extremadamente *discreta*; los elementos son escasos, muy pequeños y apenas teñidos de un color rosa claro.

c) Finalmente, habría casos en que faltaría la erupción (*morbilli sine morbillis*).

3.º *Variedades de la evolución.*—a) Generalmente la erupción se efectúa en un brote progresivo de veinticuatro á treinta y seis horas. En algunos casos raros, evoluciona en *varias veces*, y se ven, por ejemplo, dos erupciones sucesivas, completando la una á la otra; á esto se ha llamado impropriamente *recaída*.

b) La anomalía puede recaer también sobre la *topografía*, y así se ve que los primeros elementos aparecen en el tronco, en los miembros, en las ingles, no siendo atacada la cara sino secundariamente.

c) En fin, existen desapariciones, *retrocesiones* del exantema. Ora se trata de una desaparición simple, precoz, y el enfermo cura sin ulterior consecuencia; ora, por el contrario, esta retrocesión se produce bajo la influencia de una complicación visceral, y este hecho constituye siempre un mal síntoma.

Durante la erupción, el catarro morbilioso aumenta, las conjuntivas se hinchan más, la fotofobia se acentúa y el enfermo contrae con fuerza los párpados.

(1) Talamon, Rash ortié dans la rougeole; *Méd. mod.*, 1890.

El flujo de la nariz se hace purulento y excoria á veces el labio superior. El catarro laríngeo se manifiesta por la tos más ronca, á menudo más ahogada que al principio, y por la ronquera. Con el laringoscopia puede verse, en los casos simples, una rubicundez difusa de la mucosa laríngea, salvo á nivel de las cuerdas vocales, que están amarillentas ó amarillo rojizas (Smedeler, Tobold); no se trata, pues, como se había creído, una erupción laríngea del mismo aspecto que la de la piel (Gerhardt, Coyne).

Hay siempre cierto grado de bronquitis que se manifiesta por estertores sonoros y húmedos diseminados ó predominantes hacia atrás. La expectoración en el adulto es primero filamentosa y viscosa, luego se vuelve purulenta; cuando la bronquitis mejora, adquieren á veces los esputos el carácter numular como en los tuberculosos.

No hay apetito; pero la sed aumenta, es continua, insaciable en los niños cuya fiebre es intensa. La diarrea es un fenómeno asaz frecuente en los niños durante el primer día de la erupción ó más tarde, al declinar ésta; es de abundancia variable (de dos á ocho evacuaciones por día), serosa ó glutinosa y de olor infecto.

La albuminuria no es frecuente en los casos no complicados (1); ha sido notada, en los adultos, sobre todo, al principio de la erupción (Parkes, Brown, Gübler).

La *peptonuria* ha sido indicada por Loeb (2); la *acetonuria* ha sido notada por Petters, Kaulich, Jacksh, Frerichs, y Talamon (3); el percloruro de hierro da á la orina un color rojo vinoso, especialmente cuando hay complicaciones intestinales; la acetonuria existe lo más á menudo sin manifestación general grave; se acompaña á veces de un olor acídulo del aliento, que recuerda al del cloroformo ó al de la manzanas maduras; en algunos casos (Frerichs, Talamon) aparecen accidentes cerebrales.

Los síntomas generales están en relación con la intensidad de la fiebre; se limitan á la agitación nocturna; por el contrario, durante el día, el enfermo está soñoliento. El malestar se atenúa luego con la erupción; el sueño es más tranquilo, el apetito reaparece rápidamente; solo la bronquitis per-

(1) Hemos examinado regularmente (con Auclair), durante un período de cinco á veinte días, la orina de 32 niños morbiliosos, 21 niños y 11 niñas; los reactivos empleados eran el ácido nítrico, el calor y el ácido acético, el reactivo de Tanret. Hemos comprobado 11 veces la albuminuria: 6 niños y 5 niñas. Aparece del segundo al vigésimo día; era poco abundante (5 centigramos por litro y aun menos) en 6 casos; medianamente abundante (10 centigramos próximamente) en 3 casos; abundante (40 á 80 centigramos) en 2 casos. Estos dos últimos fueron mortales: el uno tal vez se había complicado de escarlatina algunos días antes, y el otro estaba complicado con estomatitis, otitis, abscesos, y, por último, intoxicación mercurial. Los otros curaron ó abandonaron el hospital antes de su curación completa: 1 niño que tenía 10 centigramos de albúmina, era tuberculoso; 2 niñas padecieron una vulvitis; 1 niño tenía al mismo tiempo coqueluche; 1 diarrea; 1 bronco-neumonía; 2 estomatitis intensa. En 3 casos la albuminuria duró de uno á siete días; en los casos mortales se prolongó hasta la muerte (octavo y trigésimo-segundo día); en los demás casos había albúmina en la orina, pero en vías de disminución, el día de la salida. Como se ve, el origen de esta albuminuria es á menudo dudoso, pues se trata de casos complicados.

(2) Loeb (Propeptonurie ein häufiger Befund bei Masern: *Centralb. f. klin. Méd.*, 1889, núm. 15) ha encontrado 9 veces, entre 12 morbiliosos, la propeptona en la orina; la adición, gota á gota, de ácido nítrico en la orina, produce un precipitado blanco que se redisuelve por ebullición ó adición de un exceso de ácido; este precipitado reaparece por enfriamiento; el cloruro de sodio obra del mismo modo. La propeptonuria se manifiesta al principio ó en el momento de la defervescencia.

(3) Talamon, Acétonémie cérébrale; *Méd. mod.*, 1891, núm. 14.

siste todavía algunos días, mucho más tiempo en los sujetos predispuestos, escrofulosos, con una expectoración á menudo muy abundante en el adulto.

La duración de este período es de tres á seis días.

3.º *Descamación; período de convalecencia.*—La descamación comienza ordinariamente del sexto al séptimo día de la erupción; limitada las más veces á la cara, al cuello y á la cintura, está constituida por pequeñas laminillas furfuráceas que dan á la piel un aspecto farináceo; puede faltar por completo.

La convalecencia es muy rápida, cuando la enfermedad no ha sido complicada; no se comprueba, en efecto, ni pérdida de fuerzas ni adelgazamiento; el enfermo pide levantarse antes de que haya desaparecido el catarro bronquial.

FIEBRE. — El *pulso* rara vez pasa en el adulto de 90 y en el niño de 120; ofrece su aceleración mayor el día del principio de la erupción.

1.º Durante la *invasión*, la fiebre presenta una marcha muy irregular; Ri-liet y Barthez habían notado ya remitencias ó intermitencias análogas ó idénticas á las de la fiebre catarral; antes del empleo del termómetro habían indicado una mejoría y una defervescencia pasajeras que dividen en dos la fiebre de invasión: «sin desaparecer enteramente, la fiebre disminuye de tal modo, que se necesita mucha atención para reconocerla, habiendo á menudo recuperado los niños su alegría y conservando en parte su apetito. Uno ó varios días transcurren así; luego reaparece la fiebre intensa y entonces puede abrigarse casi la seguridad de que la erupción no tardará en presentarse».

La *temperatura* del sarampión ha sido estudiada por Wunderlich, Siegel, Ziemsen y Krabler, Thomas, Cadet de Gassicourt, Embden. A pesar de que no la indica Wunderlich, la *fiebre prodrómica* comienza desde la aparición del primer síntoma de invasión; puede alcanzar desde el primer día el máximo de este período (Cadet de Gassicourt, Thomas) 39°, 39°,8, rara vez 40°, exceptuando las formas anormales; después su evolución varía:

a) Las más veces adopta el *tipo remitente irregular* (Cadet de Gassicourt, Ziemsen y Krabler), con defervescencia matutina incompleta, salvo á veces el segundo día; en este tipo las temperaturas vespertinas van ascendiendo generalmente hasta la erupción;

b) El *tipo intermitente* (Cadet de Gassicourt) es más raro;

c) En un tercer tipo febril se producen *interrupciones* en el segundo, tercero ó cuarto día y la apirexia dura veinticuatro ó treinta y seis horas (Cadet de Gassicourt).

2.º *Período de erupción.*—Cualquiera que haya sido la marcha anterior, la temperatura se eleva de nuevo con la erupción (39, 40, 41°) sobrepasando siempre á la de la tarde anterior. Sin embargo, no alcanza, por lo común, su máximo sino cuando la erupción ha adquirido su mayor desarrollo (Wunderlich, Ziemsen, Embden). Durante la erupción oscila ligeramente, luego descendiéndola cuando ésta desaparece, alcanzando la cifra normal dos, tres ó cinco días después del máximo, sea progresivamente (*lysis*), sea bruscamente por una verdadera crisis (Wunderlich, Siegel); cuando la crisis es muy rápida, se originan á veces sudores y colapso (Siegel, Embden). Si la bronquitis ofrece alguna intensidad, ó si el enfermo está cuidado en una sala de hospital, la fiebre se prolonga siete ú ocho días.

La curva del sarampión puede ascender tanto y aun más que la de la escarlatina normal (Cadet de Gassicourt), pero es más corta que ésta.

**SARAMPIÓN ANÓMALO.** — *Anomalías de invasión.* — El período de invasión puede prolongarse; Trousseau cita casos en que la erupción no apareció sino después de seis ú ocho días de malestar y de fiebre. Por el contrario, con frecuencia el período prodrómico pasa casi inadvertido y la erupción parece repentina.

*Anomalías de erupción.* — Además de las variedades del exantema, independientes del estado general y de la evolución de la enfermedad, hay casos en que la anomalía eruptiva corresponde á una irregularidad en la marcha de la enfermedad,

Bajo este punto de vista se distinguen dos órdenes de formas:

**A. FORMAS BENIGNAS.** — 1.º *Formas frustradas.* — a) El *sarampión, sin erupción*, se observa en algunas epidemias (Sydenham, Trousseau, Blache, Riillet y Barthez); Embden ha visto hasta 20 casos en la última epidemia de Heidelberg; podría creerse que en tal caso la erupción había sido simplemente muy efímera; pero esta hipótesis no es aceptable porque por poco marcada que sea la mancha morbiliosa, deja siempre durante algún tiempo vestigios atenuados pero bien visibles, á la inversa de lo que ocurre con el exantema escarlatinoso que desaparece sin dejar nada apreciable. El diagnóstico de semejante forma no es posible más que durante una epidemia, y cuando el enfermo ha sufrido un contacto infeccioso se caracteriza por catarro, fiebre, bronquitis, un estado gástrico; en suma, reviste completamente el aspecto de una fiebre catarral, de una gripe ligera; pero el enfermo adquiere la inmunidad para el sarampión. Seitz ha observado después de un catarro análogo al del sarampión, una descamación furfurácea (D'Espine).

b) *Sarampión sin catarro.* — Thomas admite esta forma; creemos con Sanné y D'Espine que en la mayor parte de los casos se trata de una roseola (roseola de Trousseau); en todo caso el diagnóstico no es posible más que cuando se observa en el curso de una epidemia en un sujeto que ha estado expuesto al contagio y en los límites de la incubación normal del sarampión.

c) *El sarampión atenuado* no merece una descripción aparte.

2.º *Forma abortiva.* — « El período de invasión es semejante al del sarampión regular; la fiebre y el catarro están bien desarrollados; la erupción es abundante pero desaparece muy rápidamente, al mismo tiempo que los demás síntomas se borran. Desde el quinto ó sexto día el enfermo entra en convalecencia en el mismo momento en que los padres y á veces también el médico, alarmados por la retrocesión del exantema, temen una terminación fatal (D'Espine) ».

**B. FORMAS GRAVES Y MALIGNAS.** — Como las demás fiebres eruptivas, el sarampión ofrece una *malignidad común* que se manifiesta por la exageración de los fenómenos generales y la aparición de accidentes nerviosos (*forma nerviosa ataxo-adinámica*) ó por signos de alteración profunda de la sangre (*forma hemorrágica*). En el primer caso, la malignidad parece debida á una virulencia especial y exagerada del contagio; en el segundo depende más bien del estado anterior de debilidad ó caquexia del enfermo (sarampión de idiotas y epilépti-

cos de los asilos, Le Gendre). Hay una malignidad *especial* que corresponde en propiedad al sarampión, cuya acción se manifiesta de pronto y con violencia, sobre el aparato respiratorio y que se ha designado impropriamente con el nombre de *forma disnéica*, y aun con más propiedad, con el de *forma pulmonar*.

Hay un síntoma común á todas las formas malignas; es el trastorno que sufre el exantema; cuando la gravedad se presenta desde el principio, es pálido ú obscuro, medio borrado; cuando es más tardío, se determina una disminución de la erupción, una *retrocesión*. Por largo tiempo se ha atribuído la gravedad de ciertos casos de sarampión á este fenómeno, suponiendo que se transportaba la erupción á la profundidad, desplegando el sarampión sus esfuerzos hacia las vísceras; el hecho en sí no puede negarse, pero la atenuación en sí misma es el resultado de la complicación y de la congestión visceral que ocasiona (fluxión revulsiva de Jaccoud).

1.º *Forma nerviosa ó ataxo-adinámica.* — Los accidentes aparecen con la erupción, más rara vez durante los prodromos. En el primer caso, la invasión ha sido normal, pero la erupción se hace incompletamente, ó si apareció tiende á borrarse; el pulso y la respiración ofrecen una aceleración excesiva (140 pulsaciones, 60 á 80 respiraciones); la sequedad de la lengua, la postración, la agitación y los subsaltos tendinosos realizan el cuadro típico; la orina es rara ó nula, la temperatura asciende á 40° ó 40°,5 sin remisión seria; la piel está seca y ardiente; el delirio adquiere á veces una gran violencia; las convulsiones no faltan en los niños muy jóvenes y se repiten durante algunas horas, apareciendo bien pronto el coma; el enfermo sucumbe al tercero ó cuarto día de la erupción si una balneoterapia enérgica y bien dirigida no ha enfrenado la enfermedad. Si aquélla es eficaz, la enfermedad decrece, el sueño reaparece, la piel se vuelve madorosa, la erupción se colorea y, fenómeno muy favorable, la diuresis se restablece; la enfermedad recupera entonces su curso normal.

A veces los accidentes son muy súbitos, y después de una invasión y una erupción por completo normales, aparece el delirio, la erupción palidece, la tumefacción de la cara se borra, altéranse los rasgos de la fisonomía, asciende rápidamente la temperatura y el enfermo sucumbe en algunas horas en el coma (Chédevergne) (1).

Hay, no obstante, casos en que la gravedad que se ha manifestado desde el principio de la erupción por la disnea, la frecuencia extremada del pulso, y la sequedad de la lengua, se atenúa casi espontáneamente al cabo de dos ó de tres días; Huchard (2) distingue estos casos de los de sarampión maligno.

2.º *Forma pulmonar ó sofocante.* — Esta forma es bien distinta del sarampión complicado con bronco-neumonía: se observa en algunas epidemias, particularmente en las Inclusiones y en el ejército, en donde se ha descrito con el nombre de *sarampión de los bronquios, bronquitis capilar epidémica* (Laveran). Desde el principio, es decir, antes de la erupción ó al mismo tiempo que ésta, el enfermo es atacado de una disnea violenta, de cianosis, si es un niño; tose

(1) Chédevergne, Epidémie de rougeole de Poitiers, 1887, *Rev. gén. de clin. et de thérapeutique*, 1887, números 38 y 39.

(2) Huchard, *Soc. méd. des hóp.*, 1889, y *Rev. des mal. de l'Enfance*, 1889, núm. 1.