

con frecuencia, y muy pronto, si es adulto, arroja abundantes esputos espumosos; la auscultación no revela al principio más que debilidad del murmullo, luego estertores muy finos, diseminados en toda la extensión de ambos pulmones; la erupción está abortada. En la mayor parte de los casos, el enfermo sucumbe asfixiado ó por un síncope (adulto), con todos los signos de una bronquitis capilar total.

3.º La forma hemorrágica, frecuente en otro tiempo (*sarampión negro* de Willan), se ha vuelto muy rara. Se la observa en los sujetos debilitados por la miseria ó caquéuticos. Si los accidentes son tardíos, la curación es posible (D'Espine).

La erupción en esta forma sale mal y es pálida; no tiene, pues, nada de común con la variedad equimótica descrita anteriormente.

4.º *Sarampión secundario*. — Cuando el sarampión ataca á un sujeto ya enfermo, tuberculoso, caquéutico ó debilitado por una fiebre tifoidea, por una difteria, cosa que ocurre tan á menudo en el hospital, adopta una marcha irregular: la invasión atenuada pasa inadvertida, la erupción es mate ó incompleta, á veces purpúrea; la fiebre es siempre muy violenta, rara vez faltan los vómitos y la diarrea; la bronco-neumonía es la regla en los niños; la temperatura es muy elevada y no hay remisiones; las convulsiones son frecuentes; en fin, la difteria se desarrolla fácilmente sobre la angina, siempre intensa en semejante caso, y la frecuencia de la muerte ha valido á esta forma el nombre de *sarampión terminal*.

RECAÍDA EN EL SARAMPIÓN. — La recaída está caracterizada por la aparición de un nuevo complexus sintomático (exantema y fenómenos generales) en el curso del primer ataque ó durante la convalecencia, es decir, durante un período en que la inmunidad es, de ordinario, cierta. Negada por Rosen, Panum y Willan, es admitida por Valleix, Henoch, Bohn, Sanné, y Prunac. Luzet (1) niega la recaída, y trata de explicar los hechos que él ha observado, por un error de diagnóstico, en uno de los ataques; y en efecto, hemos visto en las salas de aislamiento algunos niños admitidos con el diagnóstico de sarampión, que adquirían la enfermedad durante su estancia en aquéllas; pero entonces sucedía siempre que la erupción aparecía catorce días después del ingreso, infectándose el niño inmediatamente en un medio tan virulento: en tales casos, era evidente que la primera erupción había sido una roseola ó una alfombrilla. Sin embargo, hay casos en que la segunda erupción se manifiesta uno ó dos días después de la primera (Düben, Malmsten), siete, ocho, diecinueve días (Sevestre), dieciocho días (Kraus), cuatro semanas (Seidl); en el primer caso, se trata de una retrocesión momentánea del exantema; en el segundo, ocurre evidentemente una segunda infección (2).

Muchos casos suponen errores de diagnóstico: la primera erupción era una roseola, una alfombrilla, un eritema, ó bien la segunda, cuando sobreviene en el período febril, es de origen medicamentoso ó sudoral; otros hechos no son más que sarampiones con retrocesión; pero ¿no puede admitirse de igual modo que una primera infección, demasiado benigna para vacunar, permita una segunda infección en breve plazo, cuando la enfermedad ha sido tratada en un medio

(1) Luzet, Existe-t-il des rechutes de rougeole? *Rev. des mal. de l'Enfance*, 1888.

(2) Véase Senator, *loc. cit.*, y Kraus, *Allg. Wien. med. Zeit.*, 1888, núm. 52.

muy infeccioso, como una sala de aislamiento, ó bien en las familias, en que la coexistencia de varios casos crea el hacinamiento?

COMPLICACIONES. — Cada período tiene sus complicaciones: corresponden á la invasión la epistaxis, la laringitis estridulosa y las convulsiones, complicaciones generalmente benignas: muy rara vez los accidentes bronco-pulmonares preceden á la erupción. Por el contrario, enlázanse con la erupción accidentes graves, tales cual la bronquitis capilar, la bronco-neumonía y la congestión pulmonar, el crup, la otitis, la conjuntivitis purulenta, las ulceraciones, las gangrenas. Finalmente, en la convalecencia aparecen trastornos profundos, y á menudo definitivos, tales como adenopatías, escrófulas ó tuberculosis, hasta entonces latentes. Tales son las *consecuencias* de la enfermedad.

La frecuencia de las complicaciones está supeditada á dos factores: la *edad* y las *condiciones higiénicas*. Por bajo de los tres años, efectivamente, el sarampión en el hospital rara vez es simple, hecho que puede explicarse por la menor resistencia del niño á la infección, pero, sobre todo, porque su debilidad muscular, su profundo abatimiento y la dificultad que tiene para moverse, le impiden evacuar fácilmente las mucosidades de su garganta y bronquios, y por lo mismo se facilitan la acumulación de micro-organismos y el desarrollo de las infecciones secundarias.

Las condiciones higiénicas obran de otro modo: el morbilioso no tiene enemigos peores que el hacinamiento y la suciedad: en el hospital, la complicación es la regla en las salas en que los morbiliosos se acumulan; los peligros del hacinamiento se explican por el contagio directo ó indirecto, debido á los organismos patógenos de las infecciones secundarias.

Del mismo modo la falta de cuidados y la limpieza insuficiente de las cavidades naturales (boca, nariz, vulva), permitiendo la acumulación de los productos de secreción, favorecen las fermentaciones que abocan á la ulceración ó la gangrena y la multiplicación de los micro-organismos (neumococo, estreptococo, bacilo de Löffler), que crean, al penetrar en los bronquios ó en las mucosas, la bronco-neumonía, la difteria, etc.

El frío, al cual se hacía desempeñar en otro tiempo un papel considerable en la producción de los accidentes inflamatorios, sólo tiene una importancia muy secundaria.

A. — COMPLICACIONES PROPIAS DEL SARAMPIÓN.

APARATO RESPIRATORIO. — 1.º *Laringitis*. — Anatómicamente, la laringitis es *catarral, ulcerosa ó pseudo-membranosa*; clínicamente, adopta las formas siguientes: *laringitis estridulosa, laringitis grave y crup*.

a) *Laringitis estridulosa*. — El acceso, que en nada se distingue de los accesos comunes, aparece por la noche, al principio de la invasión, á veces como primer fenómeno, muy rara vez más tarde, durante la convalecencia (Rilliet y Barthez, Bourdon y Blache); lo más á menudo es único, y cura sin otra consecuencia más que la ronquera. Es raro que haya necesidad de recurrir á la traqueotomía (Saint-Philippe).

b) La *laringitis grave* corresponde las más veces á las lesiones ulcerosas:

precedida por síntomas de catarro laríngeo simple, se manifiesta desde la erupción por la ronquera extrema, y después por la afonía (Roger, Blanckaert); la tos es honda, ronca, dolorosa; la presión sobre los cartílagos provoca dolor. Al cabo de algunos días, la expectoración se muestra á menudo estriada de sangre; la disnea y los accesos de sofocación son los signos del *edema glótico*, que á veces complica las ulceraciones; á pesar de esto, la curación es frecuente si no se acompañan aquellas de *necrosis de los cartílagos*, de *gangrena* ó de *abscesos*.

c) La *laringitis pseudo-membranosa* presenta la sintomatología ordinaria del *crup*: frecuente en los hospitales de niños, precedida ó no de angina membranosa, aparece aquél durante la erupción ó al declinar ésta, del cuarto al décimotercero día (Rilliet y Barthez), del tercero al sexto (West), en la segunda semana (Henoch); según Renault (1), la influencia del sarampión se extiende todavía al *crup* que se desarrolla tres semanas ó un mes después de la erupción. El garrotillo, ora se manifiesta de pronto, ora es precedido por las alteraciones de la voz y de la tos que caracterizan el catarro laríngeo del período de invasión (Renault): Archambault, Rilliet y Barthez, han intentado diferenciarle del *crup* diftérico primitivo: la voz y la tos son menos estridentes, menos roncas, más afónicas, lo que se debe á la debilidad del niño y á la tumefacción más marcada de las cuerdas vocales; los accesos de sofocación son menos frecuentes que en el *crup* primitivo, la inspiración menos sibilante, la expulsión de las falsas membranas acaso más rara (Rilliet y Barthez); la disnea es más tardía; pero una vez desarrollada, produce rápidamente la asfisia.

Las complicaciones pulmonares son la regla desde los primeros días; por tanto, la traqueotomía no alivia la enfermedad sino raras veces, ó bien, si produce alguna atenuación de los síntomas, la bronco-neumonía, los vómitos, la infección general, la gangrena de la herida, la erisipela, acarrear fatalmente la muerte (P. Renault). La traqueo-bronquitis pseudo-membranosa, es más frecuente de lo que creían Rilliet y Barthez (Boudin, Renault).

¿Cuál es la *naturaleza* del *crup* morbilioso? Rilliet y Barthez admitían la existencia de un *crup* no específico, diferente del *crup* verdadero; Cadet de Gassicourt admite que la laringitis pseudo-membranosa secundaria, puede tener los dos orígenes, diftérico é inflamatorio. West, Henoch, la mayor parte de los autores alemanes, basándose en su marcha ascendente, en la falta de angina y de infarto ganglionar, le asignan un origen inflamatorio.

Anatómicamente, la falsa membrana es más delgada, menos adherente, más difluente que la del *crup* primitivo; casi siempre recubre ulceraciones (Rilliet y Barthez, Archambault). Sin embargo, su naturaleza diftérica no parece dudosa. Roux y Yersin, y Morel, en semejantes casos, han comprobado siempre el bacilo de Klebs-Löffler, ya sobre las agmídalas, ya en las membranas laríngeas.

A pesar del más atento examen, nada es más difícil que el diagnóstico exacto de la lesión laríngea; tal caso, que parece francamente *crupal*, es una laringitis ulcerosa y recíprocamente (Archambault, Renault, Barbier) (2). El examen laringoscópico, cuando es posible hacerlo, puede prestar utilidad.

- (1) Renault, De la diphtérie consécutive à la rougeole; Th. de Paris, 1886.
(2) Barbier, Détermination tardive de la rougeole, *Rev. des mal. l'enf.*, 1886.

2.º *Congestión pulmonar. Bronquitis capilar, bronco-neumonía.* — Es la complicación más frecuente y más temible, la que, de ordinario, causa la muerte en el hospital. En efecto, es mucho más frecuente en los enfermos hospitalizados, sobre todo cuando están acumulados en salas de aislamiento insuficientemente aireadas, y donde hay hacinamiento (Oyon (1), Grancher, Sevestre); los niños menores de tres años, los debilitados, los tuberculosos, son los más á menudo atacados. El frío parece que desempeña escaso papel (Michel Lévy).

El *contagio*, previsto por Blache y Guersant, Ruzf, y Henoch, es admitido por Bard (2), Richard y Sevestre (3), y en efecto, el cambio de salas, la ventilación, la separación de las camas, disminuyen la frecuencia de la enfermedad. Pero la *auto-infección* sostenida por Netter, cuya opinión está apoyada en las investigaciones de Méry y Bouloche (4), basta para explicar muchos casos; ella es el intermediario obligado entre el contagio que aporta el microorganismo á la boca ó nariz, y la lesión que de aquí resulta.

Todos los autores atribuyen la pulmonía lobulillar á una infección secundaria. Queissner (5) encuentra constantemente en los lóbulos enfermos el pneumococo (seis veces entre 6 casos) solo, ó asociado al estreptococo ó á los estafilococos piógenos. Neumann (6) en 9 casos, comprueba ocho veces el pneumococo y una vez el estreptococo. Morel (7), por el contrario, observa siempre el estreptococo, cuyas cadenas rellenan los bronquiolos, sus paredes y el tejido peri-bronquial. Mosny (8) entre 9 casos, encuentra dos veces el pneumococo solo ó asociado al estreptococo, y en otros casos, el estreptococo puro ó asociado al estafilococo dorado ó al pneumo-bacilo de Friedländer (una vez). Garnieri (9) y Tobeitz (10) han visto también el estreptococo. Estos resultados diferentes, se explican por los variados medios en que se han verificado las investigaciones. Los dos micro-organismos principales, producen las mismas lesiones; sin embargo, según Mosny, el pneumococo en estado de pureza, ocasionaría la bronco-neumonía pseudo-lobular.

Todos estos micro-organismos penetran por la vía aérea y vienen de la nariz ó de la boca (Netter, Méry y Bouloche) y de los bronquios, en donde se los encuentra en estado normal (Besser); llegan á los bronquiolos, de trecho en trecho, á beneficio de las alteraciones epiteliales de la bronquitis. Son más abundantes en la boca de los morbiliosos (52 veces por 100) que en la de los sujetos sanos (27 por 100 según Netter, 15 por 100 según Méry); á veces no aparecen en la saliva de los enfermos, sino algunos días después de su admisión en las salas de aislamiento (Méry y Bouloche); su origen y su emigra-

- (1) Oyon, Causes de gravité de la rougeole à l'hospice des Enfants assistés, Tesis de Paris, 1873.
(2) Bard, *Lyon médical*, 1889. Véase también Gautier, Tesis de Lyon, 1888-1889.
(3) Sevestre, Rougeole et bronchopneumonie, *Rev. des mal. de l'enf.*, 1890.
(4) Méry y Bouloche, Recherches bacteriologiques sur la salive des enfants atteints de rougeole, *Rev. des mal. de l'enf.*, 1891.
(5) H. Queissner, Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie der Kinder-Pneumonie: *Jahr. f. Kinderh.*, xxx, 1889, pág. 277.
(6) H. Neumann, Bacteriologischer Beitrag zur Aetiologie der Pneumonien im Kindersalter, *Jahrh. f. Kinderh.*, xxv, 1889, pág. 233.
(7) Morel, Bronchopneumonies consecutives à la rougeole, *Bull. de la Soc. anat.*, 1890, núm. 13.
(8) Mosny, Étude sur la bronchopneumonie, Th. de Paris, 1891.
(9) Garnieri, Streptococco nella broncho-polmonite morbillosa, *Bull. della Accad. di Roma*, 1887, número 6.
(10) Tobeitz, Die morbillen, *Arch. f. Kinderh.*, viii, 1887.

BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L.

ción no parecen dudosos, y así se explica el *origen broncógeno* de la pulmonía morbiliosa.

Hay motivos para admitir un segundo tipo, más raro en verdad, pero que corresponde á esas bronco-neumonías precoces que preceden ó acompañan al principio de la erupción, las cuales parecen ser efecto del virus morbilioso (Sevestre); resultan de la *infección general* y son de *origen vascular*. Sin embargo, Bard considera esas formas como debidas también á una infección agregada, pero contemporánea con la enfermedad principal, de modo que constituyen con ella una infección mixta desde el principio.

La complicación pulmonar comienza rara vez durante la invasión, desarrollándose entonces bajo la forma de *congestión pulmonar*. El exantema se realiza rápidamente, aun á veces con gran intensidad; pero el niño está muy agitado, tose mucho; la respiración, muy frecuente, alcanza la cifra de 40 á 50 por minuto; el pulso es pequeño, á veces blando y depresible, indicando la debilidad rápida del corazón, que puede sufrir un principio de dilatación aguda; se encuentran en todo el pecho estertores finos, pero no hay soplo; la temperatura asciende á 40° (Huchard). En general, la gravedad de esta complicación no guarda relación con la intensidad y rapidez del desarrollo de sus síntomas, cediendo fácilmente al tratamiento.

La bronco-neumonía se manifiesta, lo más á menudo, durante la erupción (segundo ó tercer día del exantema), y durante la convalecencia. En el primer caso, la temperatura del período prodrómico es muy elevada, no se observa ninguna remisión al segundo ó tercer día; la disnea es el primer signo de la complicación; la erupción que comienza es pálida, deslustrada, y no llega á extenderse. Cuando la bronco-neumonía sigue á la erupción, después del período de calma subsiguiente al desarrollo completo del exantema, vuelve la temperatura á ascender á 39°,7 ó 40° (Cadet de Gassicourt), la tos es más frecuente, la disnea adquiere poco á poco una gran intensidad, las alas de la nariz se mueven aceleradamente, el pulso también se acelera, la cara se pone cianótica; en un principio, no se notan más que numerosos estertores subcrepitantes diseminados; después, al cabo de dos ó tres días, aparecen en un punto los estertores finos y crepitantes de la bronquitis capilar; la macidez y el soplo los siguen de cerca, y el foco de bronco-neumonía queda constituido; lo más á menudo se forman en diferentes puntos de ambos pulmones, focos de congestión que terminan por bronco-neumonía (Cadet de Cassicourt).

La marcha está sujeta á grandes oscilaciones en las lesiones y en la temperatura; cura un foco para dejar lugar á otro (*forma congestiva* de Legendre y Bailly); transcurridos algunos días de lucha, el niño sucumbe á causa de la asfixia progresiva y de las convulsiones. La *forma sofocante* (bronquitis capilar dominante) es más rápidamente mortal (segundo ó tercer día). En fin, hay una *forma subaguda*, que simula en absoluto á la pulmonía tuberculosa y que, de hecho, se debe las más veces al bacilo de Koch combinado con otros microorganismos; tiene aquella una duración de dos á cinco semanas y aun más.

En los niños menores de tres años, la marcha es generalmente rápida y mortal; en los de más de tres, y especialmente de seis años, evoluciona con más lentitud y puede curar, aun en el hospital.

La *forma crónica* es más rara; el niño se adelgaza, adquiere el hábito tísico

en tal grado, que el diagnóstico entre la bronco-neumonía crónica morbiliosa y la pulmonía caseosa, puede hacerse imposible» (D'Espine).

La *pleuresía* se observa raras veces.

TUBO DIGESTIVO. — Estomatitis. — a) La *estomatitis eritematosa* es un síntoma vulgar del sarampión (rubicundez y tumefacción de la mucosa, placas epiteliales pultáceas).

b) Se acompaña á veces de exudaciones fibrinosas (*estomatitis exudativa* de Henoch).

c) Se observa una forma de *estomatitis ulcero-exudativa* (ulceraciones *neeróticas* de Henoch, *estomatitis difterioidea ó impetiginosa* de Sevestre), que es particularmente frecuente en los medios infecciosos (1). La existencia de una enfermedad anterior y la edad juvenil predisponen á ella muy especialmente; tal vez es contagiosa.

Las ulceraciones aparecen durante el período de erupción; ocupan la cara posterior de los labios, en particular, del inferior, un poco su borde libre y las comisuras; son redondeadas ú ovals, prolongadas en sentido paralelo al borde libre, á veces se reúnen en una sola (*fagedenismo de los labios* de Bergeron); sobre las comisuras, toman el aspecto de hendiduras profundas; en las demás partes son muy superficiales, no se extienden jamás en profundidad; su superficie lisa, gris amarillenta, húmeda, opalina, está recubierta por un exudado blando y adherente; sangran al menor contacto, y sobre las regiones expuestas al aire, forman costras negruzcas, que vuelven al labio rígido y fragil, y cuya separación provoca nuevos flujos sanguinolentos y erosiones; son extremadamente dolorosas, y cuando han adquirido un gran desarrollo, el niño, cuyos labios se encuentran negros por la sangre, tumefactos y rígidos y las comisuras excavadas por grietas profundas, rehusa comer y beber. El infarto ganglionar, cuando lo hay, es poco considerable. Es raro que estas ulceraciones se propaguen á la lengua.

Aquellas curan bastante bien cuando el sarampión ha sido benigno; en caso contrario, contribuyen mucho á la agravación del estado del enfermo, perjudicando á la alimentación y presentando una puerta ámpliamente abierta á la difteria. Los vestigios de estas úlceras se encuentran en las comisuras cuando el niño ha curado. Se han confundido á veces estas lesiones con la difteria. Sevestre y Gaston han encontrado siempre en el exudado el *stafilococcus aureus* casi puro (2).

d) La *estomatitis aftosa* (3) (Caubet), se observa también con sus caracteres peculiares; en fin, la *difteria* puede ingertarse sobre las formas precedentes.

La *diarrea* se explica fácilmente por el estado de inflamación del sistema folicular de intestino.

Durante los prodromos, aquella es benigna siempre, fugaz; acompaña á ve-

(1) Hemos estudiado esta estomatitis en el hospicio de « Enfants Assistés », en donde es muy frecuente; por el contrario, no la hemos visto sino muy rara vez en los otros dos hospitales de niños de París.

(2) Sevestre, Sur une variété de stomatite diptheroïde à staphylocoques, Soc. méd. des hôp., Juin, 1891. — Véase también Comby, De quelque stomatites de l'enfance., Rev. de méd. de l'enf., 1888, y Julien, Th. de Paris, 1886.

(3) Caubet, Manifestations et complications bucales de la rougeole chez les enfants; Th. de Paris, 1889.

ces á la erupción y dura dos ó tres días (Rilliet y Barthez), es muy fétida, biliosa ó serosa, rara vez *disenteriforme*. A veces se hace muy intensa, *coleriforme*; las evacuaciones son en número de 15 á 20 en las veinticuatro horas; los ojos se excavan y la muerte puede sobrevenir en el coma y la algidez (Trousseau, Laveran). Las evacuaciones disintéricas están en relación con la *colitis*, cuya persistencia da origen á veces á la colitis ulcerosa de la convalecencia (Worthington).

ORGANOS DE LOS SENTIDOS. — La *conjuntivitis* termina á veces por supuración; entonces la tumefacción es considerable, el párpado superior, inmobilizado, cae por delante del inferior; su intersticio deja fluir un líquido seroso y turbio, la fotofobia es extrema y difícilmente puede ponerse al descubierto la córnea, y el quémosis que la rodea. La *conjuntivitis morbiliosa* es temible, sobre todo, para los escrofulosos, cuya córnea ha sido atacada anteriormente, y son precisos los cuidados más minuciosos para evitar las *ulceraciones*, la *perforación de la córnea* y la *fusión purulenta del ojo*.

Dujardin ha indicado la *queratitis purulenta* difusa. Según Galezowsky (1), el sarampión puede manifestarse exclusivamente por fenómenos oculares, por una querato conjuntivitis flictenosa, acompañada de fiebre, sin indicios de erupción; cosa que se observaría en los sujetos atacados, en otro tiempo, de sarampión.

La *otitis* se presenta con extremada frecuencia en el hospital, sobre todo en los niños cuya garganta está ya inflamada por anginas anteriores ó que son portadores de vegetaciones adenoideas de la faringe. Bajo la influencia del sarampión, la inflamación aumenta, se hace purulenta y se propaga á la trompa de Eustaquio y al oído medio; la penetración de los micro-organismos de la supuración como el pneumococo, los estafilococos (Zaufall, Netter), provoca la otitis media supurada. Las lesiones ofrecen todos los grados; ora se trata de una simple tumefacción congestiva, ora de una supuración abundante formada por pus seroso y sanguinolento que distiende la cavidad. En este caso la perforación de la membrana del tímpano es la regla. Si la inflamación se prolonga, destruye las articulaciones de los huesecillos, se propaga á las células mastoideas y puede dar origen, en último término, á la mastoiditis supurada y á la caries del peñasco.

Con frecuencia todo se limita á una leve disminución del oído con algunos zumbidos, síntomas que ceden por sí solos con la retrocesión del catarro faríngeo y reconocen por causa la simple obstrucción de la trompa. La otitis verdadera principia del quinto al octavo día de la erupción; el dolor falta á menudo, siendo entonces el único signo la rápida subida de temperatura (Hermet). Los síntomas generales revisten á veces suma gravedad; la agitación es grande, el delirio, los gritos repetidos, el rechinar de dientes, fenómenos á los cuales se unen á veces las convulsiones y el torpor, simulan la meningitis á tal grado, que el error es posible. Con gran rapidez el tímpano se perfora y da paso á un pus sanguinolento, que se extiende sobre la almohada en manchas de color gris rosado, y adquiere un olor fétido. Cuando la lesión es bilateral, las dos perforaciones se siguen de cerca, y todos los ac-

(1) Galezowski, *Rev. des mal. de l'enf.*, 1888.

identes cesan. Por tanto, es necesario vigilar con cuidado el estado de los oídos, y en presencia de accidentes de esta naturaleza, intervenir practicando la punción de la membrana del tímpano.

La *vulvitis* es una complicación frecuente; en los escrofulosos tiende á hacerse crónica, y en los sujetos anteriormente debilitados, con facilidad se se vuelve *ulcerosa*; sin embargo, es benigna y cura rápidamente mediante la limpieza. Alguna vez se complica con gangrena.

GANGRENA. — Antiguamente se presentaba con frecuencia en los hospitales de niños, y en particular en el hospicio de Enfants Assistés (Oyon), donde alcanzaba la proporción de 43 por 100 en ciertas épocas (Brouardel), cebándose en los niños caquéticos y miserables; pero se ha hecho rara desde que se han saneado y aireado las salas de aislamiento, desde que se alimenta y se limpia más completamente á los enfermos. La patogenia de esta complicación es oscura; es difícil precisar si resulta de una lesión de causa interna, es decir, de una obliteración vascular por trombosis ó embolia, ó si no es más que la extensión de una erosión ó de una ulceración ya existente, complicada con una infección secundaria especial; esta última hipótesis es la más verosímil, pues la gangrena es siempre húmeda (1); pero el estado de debilidad y desnutrición desempeña el principal papel en su desarrollo. La gangrena se presenta en la boca (*noma*), la garganta, la laringe, la vulva, el oído. Aparece del tercero al trigésimo día (Rilliet y Barthez) en la cara interna del carrillo, bajo la forma de una mancha violácea, recubierta á veces por una flictena que se rompe en seguida; prodúcese una ulceración que se extiende á la vez en superficie y en profundidad, precedida por una placa de induración; perfora la mejilla y no siempre respeta los huesos de la cara. La curación es rara. La cauterización con hierro al rojo (Cadet de Gassicourt), el yodoformo (Sevestre), dan, no obstante, buenos resultados.

B.—COMPLICACIONES COMUNES Á LAS DEMÁS FIEBRES ERUPTIVAS.

La ENDOCARDITIS y la PERICARDITIS son raras: son poco ostensibles y pasan generalmente inadvertidas. Jon. Hutchinson (2) refiere cuatro casos de endocarditis mitral en niños de nueve y once años: sólo uno, ofrecía antecedentes reumáticos y coréicos; uno de éstos estaba complicado también con bronco-neumonía ligera, otro con bronco-neumonía y pleuresía; se notó el soplo mitral al cuarto, al décimocuarto y al décimoquinto día de la enfermedad. Estos fenómenos curaron. La pericarditis es puramente exudativa y secundaria á la bronco-neumonía; es posible que la misma endocarditis sea resultado de la infección neumocócica.

La ANASARCA indicada por Lombard, Gendron, Moynier, Rilliet y Barthez, se acompaña, ó nó, de albuminuria. Prunac ha visto dos casos de anasarca simple y un caso de ascitis, terminados todos favorablemente, en niños de dos á nueve años (Sanné). Rilliet y Sanné ponen en duda la anasarca por *ne-*

(1) Nikerson, Wallace, (*Med. rec.*, 1890 y *Centrab. f. klin. méd.*, 1891, núm. 18, pág. 339) han observado la gangrena seca en un miembro ó de una extremidad.

(2) B. Hutchinson, *Soc. de méd. et de chir. de Londres*, 14 de Abril 1891.

BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L.