

*fritis* que han indicado Willan, Rayer y Kassowitz. Sin embargo, la existencia relativamente frecuente de la albuminuria, supone la posibilidad de la *nefritis*; pero en semejante caso, hay entre el sarampión y la lesión renal un intermediario que, lo más á menudo, es la bronco-neumonía.

Entre los ACCIDENTES NERVIOSOS del sarampión, hemos indicado ya las *convulsiones*: su gravedad varía con el período en que aparecen. Al principio se limitan á uno ó dos accesos, y curan. Durante la erupción revelan generalmente el principio de una forma nerviosa, y dan origen en poco tiempo al coma. Más tarde anuncian el comienzo de una complicación, otitis ó bronco-neumonía. En fin, cuando la bronco-neumonía está constituida, son aquellas un accidente terminal frecuente y de origen asfíxico.

La *acetonemia* (Frerichs, Talamon) produce á veces accidentes graves (vómitos, postración, enfriamiento de las extremidades).

La *tetania* se observa en los niños muy pequeños.

El sarampión deja pocas huellas sobre el sistema nervioso; así que se han notado raras veces las *parálisis*. Sin embargo, los autores que han estudiado las parálisis ligadas á enfermedades agudas, como Gubler (1860-61), Imbert-Goubeire (1863), Schneider (1877), Landouzy (1881), han publicado cierto número de casos, que Bayle ha recopilado en su tesis (1). Es difícil entresacar un tipo común, pues los autores han reunido las formas más desemejantes, y atribuido á la infección morbiliosa las que no eran otra cosa que simples coincidencias. Sin embargo, pueden agruparse los casos conocidos bajo los tipos siguientes:

a) *Parálisis encefálicas*, enlazadas lo más á menudo con la encefalitis aguda, que da origen consecutivamente á la esclerosis lobular (Richardière, Marie); se manifiestan aquéllas bajo la forma de hemiplegia, ora simple, ora combinada con la afasia (Bernhardt, Schwartz). En el niño menor de nueve años, la hemiplegia se hace á menudo espasmódica y puede acompañarse de atetosis. La afasia puede existir independiente (Van Hasel).

b) *Parálisis de tipo mielopático*: tal es la *paraplegia*, que es la forma más común; comienza progresiva ó súbitamente, se acompaña á veces de trastornos de la micción (Bayle); mas rara vez la paraplegia se hace ascendente, y adquiere el tipo de Landry; se ha indicado la forma *atrófica infantil*; en fin, el tipo *esclerosis en placas*, que cura al cabo de algunos meses (Scheppers).

c) Las parálisis de *tipo periférico* ocupan cualquier sitio, un miembro ó un grupo muscular, los músculos de los párpados y del ojo, ó bien los cuatro miembros y el velo del paladar, en un mismo sujeto (Bergeron).

Estas parálisis pertenecen á la convalecencia ó á su principio. La forma encefálica es grave, y deja generalmente una dolencia definitiva; sin embargo, se ha visto curar la hemiparesia; las demás formas son benignas, si no sobrevienen escaras por decúbito. La anatomía patológica de ellas, es poco conocida, salvo para la forma encefálica, cuyo substratum parece ser la encefalitis y la esclerosis cerebral. La curabilidad de ciertas parálisis, su marcha progresiva, sus localizaciones tan difusas, hacen admitir la existencia de neuritis múltiples.

(1) Bayle, Paralysies dans la rougeole; Th. de Paris, 1887.

La *difteria morbiliosa* parece debida al bacilo de Löfler (Roux y Yersin, Morel); complica un décimo de los casos de sarampión en los hospitales (Barthez); es más frecuente en los menores de seis años (P. Renaut). Su principio tiene lugar lo más á menudo en la primera semana. Puede atacar todas las superficies denudadas, sean cutáneas ó mucosas, sobre las cuales forma falsas membranas delgadas, de color gris sucio; pero su sitio más frecuente es la laringe. La angina pseudo-membranosa adquiere con gran rapidez un carácter infeccioso; el crup, descrito más arriba, acelera la marcha de la infección.

Esta es la más grave de las difterias secundarias (82 muertos entre 100 casos, Sanné); sin embargo, después de los cuatro años, los niños pueden curar cuando no han presentado más que un sarampión benigno (P. Renaut), y cuando la difteria no ha invadido la laringe; la difteria bucal, tratada desde su principio, cura bastante bien.

Durante la convalecencia, los niños de corta edad, son atacados con frecuencia por *abscesos cutáneos*, que ocupan, sobre todo, el cuero cabelludo, el cuello, las nalgas y la espalda; más rara vez *subcutáneos*. En general, curan fácilmente. Gaucher y Mariage han observado una miositis crónica del esternomastoideo (1).

#### C.—COMPLICACIONES TARDÍAS, CONSECUENCIAS DEL SARAMPIÓN.

Algunas no son otra cosa que el paso al estado crónico de una complicación, sobrevinida durante el curso de la erupción, evolucionando lo más á menudo sobre un terreno preparado: tales son la coriza crónica y la ozena, la conjuntivitis crónica, la queratitis ulcerosa, los flujos del oído y la caries del peñasco, la adenopatía tráqueo-bronquial, que casi siempre es tuberculosa; finalmente, la bronco-neumonía crónica con dilatación de los bronquios y abscesos pulmonares (Cadet de Gassicourt, Henoche).

Otras, son manifestaciones de una enfermedad ó de una diátesis latente á las que da el sarampión, una evolución más rápida. La *tuberculosis* se presenta con una frecuencia muy notable (Hoffmann, J. Frank, Rayer, Rilliet y Barthez); estas últimas dan la proporción de un décimonoveno en el hospital, lo que no es exagerado, á juzgar por los trabajos de Landouzy y Queirat. Se localiza aquélla, ora en el sistema ganglionar (infartos ganglionares del cuello, adenopatía tráqueo-bronquial), ora en el pulmón, y reviste entonces una marcha aguda ó subaguda; en el primer caso, se observa una bronco-neumonía de condición vulgar, que mata al niño durante su convalecencia, y en la autopsia, solo el examen bacteriológico revela su naturaleza, ó bien una granulía; en el segundo caso, continúa el niño tosiendo, se comprueban estertores más ó menos localizados, y bien pronto todos los signos de una neumonía tuberculosa ulcerosa, más ó menos rápida; la enfermedad puede durar así algunos meses.

En los niños muy pequeños, deja algunas veces el sarampión un estado de caquexia, de adelgazamiento, al que se unen abscesos múltiples de la piel y del cuero cabelludo y ectima.

(1) Gaucher y Mariage, Myositis morbillieuse, Bull. de la Soc. méd. des hóp., 1890.

ENFERMEDADES CONCOMITANTES. — Las infecciones agudas que pueden coincidir con el sarampión modifican más ó menos su curso. Se ha reconocido desde hace mucho tiempo (Faber, Barthez y Rilliet) la coincidencia frecuente de la coqueluche y del sarampión. G. Sée ha tratado de establecer un parentesco entre estas dos enfermedades; cuando ambas evolucionan á la vez terminan, mediante el mismo mecanismo, en la bronco-neumonía y la tuberculosis.

DIAGNÓSTICO.—1.º PERÍODO DE INVASIÓN.—No hay diagnóstico posible antes de la aparición del catarro, excepción hecha de los casos raros en que el exantema faríngeo aparece precozmente (Girard, D'Espine). El lagrimeo, el flujo nasal, el estornudo, la tos seca y un poco ronca, y el creciente malestar no son más que signos de probabilidad.

La *grippe* reviste el mismo aspecto inicial que el sarampión. En semejante caso, la marcha de la temperatura facilita al diagnóstico; en el sarampión la temperatura asciende lentamente y no alcanza su máximo sino al cabo de tres ó cuatro días; no es tan remitente como en la *grippe*, á menudo se produce en el segundo ó en el tercer día un descenso duradero que falta en la *grippe*. La *laringitis simple con falso crup* no produce más que un malestar pasajero, y durante el día que sigue al acceso, la voz mejora, la fiebre es nula y falta el catarro ocular.

En la *bronquitis aguda* son los signos estetoscópicos más precoces, y el catarro de las vías superiores es menos acentuado. No se observa esa apirexia tan notable del período de invasión del sarampión.

La *fiebre tifoidea* se acompaña al principio de un malestar más intenso, la cefalea es mayor, el vómito en el niño es casi la regla, mientras que es raro en el sarampión; la tos es más bien seca ó sibilante, sin ronquera; falta el catarro oculo-nasal; la garganta tiene un color rojo más difuso y está más tumefacta que en el sarampión; la temperatura asciende con regularidad todas las tardes, próximamente medio grado, con una ligera remisión matutina; de tal manera, que oscila alrededor de 39° á 40° hacia el cuarto día; el sarampión no alcanza nunca semejante temperatura antes de la erupción (Rilliet y Sanné).

La *escarlatina* principia con más violencia: la temperatura alcanza de repente un nivel desconocido en este período del sarampión; la aceleración del pulso á 130-140 y aun más, la sequedad especial de la piel, la rubicundez y la tumefacción considerables de la garganta; en fin, la disfagia siempre intensa la distinguen suficientemente del sarampión.

2.º PERÍODO DE ERUPCIÓN.—El exantema morbilioso normal, con catarro de invasión, no puede dar lugar á ningún error; solo en la *forma granulosa* puede simular la *viruela* durante algunas horas (Cadet de Gassicourt). Sin embargo, las pápulas variólicas son más pequeñas que las del sarampión y con una pequeña eminencia central que no tienen éstas; son más regulares, no forman semiluna ó placas festoneadas; por otra parte, no se tarda en reconocer la formación de las vesículas; la erupción invade el cuerpo mucho más pronto que en el sarampión; en fin, la falta de catarro y la intensidad de la raquialgia, bastan para hacer la distinción.

Más á menudo se comete el error opuesto: se toma por sarampión una erupción cualquiera de carácter morbiliforme.

El *rash varioloso* se distingue por el hecho de que invade pronto el tronco y

todo el cuerpo, respetando la cara; por su aparición precoz al segundo día de la invasión, por su topografía desigual, por la integridad de las mucosas nasal y ocular, en fin, por la elevación de temperatura.

La *escarlatina* en su forma llamada *variegata*, forma manchas bien redondeadas sin tendencia á formar la semiluna; la piel que las separa no está en todas partes completamente sana; el exantema comienza por el tronco y las ingles. La cara y las mucosas están intactas; la temperatura es más elevada, en fin, la garganta ofrece una tumefacción y una rubicundez oscura especial.

Cuando el sarampión y la *escarlatina* están confundidos en el mismo sujeto, pueden distinguirse todavía los dos elementos eruptivos; en la cara, el sarampión, y en los muslos la *escarlatina*.

La *fiebre miliar* en su forma morbiliosa, frecuente en los niños (Brouardel, Hontang), se distingue muy difícilmente del sarampión, con el cual puede coincidir (Chédevergne); la distinción estriba entonces en la brevedad de los prodromos (dos ó tres días á lo sumo), en la presencia de las vesículas miliares que, al principio, solo con la lente pueden distinguirse, en la coexistencia de manchas *escarlatiniformes* sobre ciertas regiones, la abundancia de los sudores, la existencia de accidentes nerviosos (sofocación, intermitencias cardíacas) y en la falta de complicaciones pulmonares. Si la confusión ha podido persistir durante toda la erupción, cesará en el período de descamación, pues toma ésta en algunos puntos el carácter *escarlatiniforme* á grandes colgajos; el retorno de nuevos brotes y la brevedad de la incubación de los casos ulteriores de la epidemia, eliminarán por completo el sarampión.

La *alfombrilla* tiene una invasión más corta ó nula, su exantema es polimorfo, á la vez morbilioso y *escarlatinoso*; las manchas morbiliosas son más anchas; el catarro ocular y nasal poco intenso, á pesar de una intensa erupción; la tos falta muy á menudo; se manifiestan en el cuello, las adenopatías; la fiebre es pequeña y corta, y el estado general poco afecto.

La *roseola* tiene prodromos mucho más cortos que el sarampión, puramente febriles, sin indicios de catarro; los elementos eruptivos no forman eminencia alguna, no se reúnen y son ligeramente pruriginosos; la erupción no aparece ni evoluciona con la regularidad del sarampión, acompaña de transpiración, dura veinticuatro ó cuarenta y ocho horas cuando más, y termina sin dejar huellas de su paso, pero puede reaparecer después.

Las *roseolas artificiales ó medicamentosas*, simulan á veces el sarampión (antipirina, cloral, quina, iodo, copaiba, etc.). En general faltan la fiebre y el catarro; las máculas son más numerosas en el tronco y en los miembros, cuando hay accidentes febriles debe aguardarse el desarrollo completo de la erupción, antes de eliminar el diagnóstico del sarampión; su carácter polimorfo basta entonces para la distinción. Hemos podido apreciar también que la antipirina daba origen á un catarro oculo-nasal y á una angina intensa, al mismo tiempo que aparecía la erupción morbiliosa; pero el principio es más brusco y la erupción se generaliza más pronto que en el sarampión; es más abundante en los miembros, y en la espalda adquiere un aspecto *escarlatiniforme*. La *roseola de la vacuna* comienza alrededor de las pústulas, es más tardía en realizarse y menos generalizada, sigue en ocho ó en once días á la inoculación; la *roseola sífilítica* no puede prestarse á confusión.

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.

El exantema morbiliforme indicado por Hutinel y Martin de Gimard (1), Loroy (2) y Neumann (3) en el tercer septenario de la *fièvre typhoïde*, no produce agravación del estado general, y desaparece en tres días sin dejar vestigios.

En los niños de pecho, en quienes el sarampión es generalmente benigno, con exantema atenuado y coriza ligera, el diagnóstico es difícil á veces, puesto que hay en ellos ciertas erupciones de origen digestivo, que tienen mucha analogía con el sarampión (Sevestre).

Las complicaciones del sarampión, revisten tal aparato de síntomas, que desde luego llaman la atención. Hemos dicho, cuán difícil es la interpretación de algunas, particularmente de las laringitis cuyas diferentes formas anatómicas, congestiva, ulcerosa, diftérica, revisten á menudo el mismo aspecto clínico. Es importante reconocer la bronco-neumonía desde su principio, en un período en que el tratamiento aun es eficaz; se tendrá en cuenta la importancia de una elevación de temperatura, de la respiración expiradora, de los vómitos, etc.

Los esputos purulentos numulares que arrojan algunos adultos en la convalecencia, simulan á veces la expectoración tuberculosa, de tal modo, que la investigación de los bacilos se hace necesaria.

**PRONÓSTICO.**—La mortalidad varía según las epidemias, del 3 por 100 al 50 y 70 por 100; tres grandes factores dominan el pronóstico del sarampión, la *edad*, la *hospitalización*, y el *estado anterior del enfermo*.

El sarampión es tanto más grave, cuanto más joven es el enfermo, excepción hecha de los niños de pecho; en los de menos de tres años, asistidos en el hospital, la mortalidad es incomparablemente mayor; después de los seis años, aquella se hace rara.

En el adulto, la mortalidad es también muy variable; en la población civil da, cuando más, 3 defunciones por 100 enfermos; pero en el ejército da hasta el 32 por 100 (Laveran) y aun 36,7 por 100 (Colin, sitio de París).

La gravedad del sarampión en el hospital, no se debe tan solo al mal estado de salud de los niños pobres que en él se admiten; reconoce una causa principal, por no decir única, activa el hacinamiento que reúne en un mismo espacio los casos simples y los complicados.

Las enfermedades anteriores agudas como la coqueluche y la escarlatina ó las crónicas, como la tuberculosis, la dispepsia y la atrepsia (cualquiera que sea su causa), agravan seguramente la enfermedad. El embarazo (Gerhardt) es también una condición muy desfavorable, sobre todo, en sus primeros meses, en los que el aborto es muy frecuente (Gautier, de Ginebra).

El sarampión acelera la marcha de la tuberculosis pulmonar, la bronquitis morbiliosa es ocasión de nuevos brotes y favorece el reblandecimiento de los nódulos caseosos.

En Francia, la mortalidad por el sarampión es superior á las de la escarla-

(1) Hutinel y Martin de Gimard, Éritèmes infectieux dans le cours de la fièvre typhoïde; *Med. mod.* Enero y Febrero, 1890.

(2) Lovy, Exanthème rubéoliforme du début de la fièvre typhoïde; Tesis de París, 1890.

(3) H. Neumann, Ueber ein marsernähnliches Exanthem bei Typhus; *Centralb. f. Klin. Med.*, 1890, núm. 26.

tina y de la viruela, y por lo menos, igual á la de la fiebre tifoidea. En Inglaterra, la escarlatina da una mortalidad dos veces más elevada que el sarampión.

**TRATAMIENTO.**—1.º **Higiene.**—Esta se resume en dos palabras: *aereación* y *limpieza*; la aereación debe ser practicada lo más ámpliamente posible. Se realizará la segunda, mediante fricciones alcohólicas, ó por el agua caliente, con un baño tibio; se lavarán con el mayor cuidado por medio de líquidos antisépticos (ácido bórico, agua naftolada, coaltar, creatina, etc.), todos los orificios del cuerpo, conjuntiva, boca, vulva; se tratará de prevenir las complicaciones bucales lavando varias veces por día, sobre todo, cuando el niño haya tomado un alimento, los dientes, la boca, y la garganta; cuando hay angina, el uso de la glicerina fenicada al 3 ó 4 por 100 es muy útil; los labios no deben estar nunca secos, la vaselina boricada basta para evitarlo.

2.º **Tratamiento propiamente dicho.**—a) *Sarampión simple.*—Las bebidas tibias, las precauciones higiénicas ya indicadas, los enemas para evitar el estreñimiento ó para lavar el intestino en caso de diarrea, bastan para cumplir las indicaciones ordinarias; si la laringitis es un poco intensa, las inhalaciones de vapor de agua calman la tos y el dolor; contra la agitación del principio, debe prescribirse el cloral á cortas dosis; las ventosas secas, repetidas, disminuyen la intensidad de la bronquitis.

b) *Sarampión maligno, hiperpirético, nervioso.*—La hidroterapia es el único medio activo; debe administrarse el baño frío á 22 ó 24º si se trata de un niño, á 18 ó 20º si se trata de un adulto: el enfermo deberá permanecer en él de cinco á diez minutos según el estado del pulso y de la respiración, y se le debe renovar cada tres ó cuatro horas, por espacio de tanto tiempo cuanto la temperatura persista en sus ascensos y amenacen los accidentes nerviosos (Dieulafoy, Juhel-Rénoy). Sevestre aconseja los baños tibios á 30 ó 32º; el baño frío ó mitigado (22 á 24º) obra mucho mejor en el niño, disminuye la agitación nerviosa, regulariza la respiración y hace descender la temperatura durante algún tiempo. Cuando la adinamia es profunda, la afusión fría presta buenos servicios. Contra las *convulsiones*, el baño tibio con afusión fría á la cabeza, es recomendable (1); se administrará al mismo tiempo el cloral á dosis repetidas, sea en poción ó en enemas.

c) *Sarampión hemorrágico.*—El baño frío es inaplicable ó peligroso; los excitantes (vinos generosos, alcohol, éter) encuentran en tal caso su indicación.

d) *Sarampión secundario; erupción incompleta; forma pulmonar.*—Es preciso recurrir á las ventosas secas, á los sinapismos repetidos, á los excitantes difusibles (éter, alcanfor, acetato de amoníaco) al alcohol; el polvo de Dower, de 15 á 20 centigramos, es de utilidad en semejante caso. West, Barthez y D'Espine aconsejan la sangría; las ventosas escarificadas, podrán reemplazarla.

e) *Bronco neumonía.*—Esta no sugiere indicaciones especiales; sin embar-

(1) Cohn (Die Warmwasserbehandlung bei Morbilli; *Arch. f. Kindert.*, t. VII, fasc. 6, 1886), prescribe baños de 28 á 30º, tan luego como la temperatura alcanza 38º ó 38,5; el baño dura de ocho á diez minutos y se le añaden afusiones de agua fría sobre la cabeza. Después del baño, la respiración es más tranquila, y se establece una ligera transpiración.

go, su movilidad y sus ataques súbitos, deben mantener al médico y á su terapéutica á la expectativa; los revulsivos y los tónicos alcohólicos son los principales agentes para esto; debe procederse á la revulsión por pequeñas regiones, pues es necesario evitar las grandes lesiones sobre la piel, y dejar regiones libres para nuevas intervenciones; debe evitarse, ante todo, debilitar al niño por el dolor. Cuando la bronco-neumonía amenaza la vida, porque la temperatura es muy elevada, es preciso aplicar enérgicamente los baños fríos como hemos indicado más arriba; ellos harán descender, casi con seguridad, la temperatura y prevendrán los accidentes meningíticos, siempre temibles. El alcohol, el vino y el éter ayudarán á lograr los efectos de los baños.

PROFILAXIS.—Es muy difícil de realizar antes de la erupción, cuando faltan signos ciertos. En el *hospital* los morbiliosos deberán estar, no solamente aislados, sino separados en salitas de cuatro ó seis camas cuando más (Rauchfuss, Sevestre), para evitar, ó por lo menos limitar el contagio de las infecciones secundarias; cuartos distintos deberán reservarse para los casos complicados. Cuando se presenta un caso de sarampión en una sala, los niños próximos (y aun todos los de la sala según Rauchfuss), deben considerarse como sospechosos y ponerse en cuarentena durante quince días, y si aparecen nuevos casos, hasta la extinción completa de la epidemia, es decir, hasta que haya transcurrido un plazo de quince días sin casos nuevos y sin haber aparecido ninguno sospechoso (Bard).

En la *escuela*, ningún morbilioso debe entrar sino después de un período de quince días como *mínimum*, cuando el caso ha sido normal y no complicado; pero (y esto es más importante) los más próximos en la clase, y los hermanos ó hermanas de los enfermos, serán excluidos, los primeros durante quince días, los segundos durante el mismo tiempo que el enfermo (1).

En las *familias*, el aislamiento del enfermo, la simplificación del mobiliario del cuarto, la esterilización de las ropas y objetos durante y después de la enfermedad, no exigen una indicación especial.

BIBLIOGRAFÍA.—Baginsky, Bohn, Eichhorst, Henoch (véase «Bibliografía de la escarlatina»). — D'Espine, *Dict. de Méd. et de chir.*, artículo *Rougeole*. — Sanné, *Dict. encycl.*, artículo *Rougeole*.

(1) Véase á este propósito el trabajo ya citado de Bard (*Rev. d'hyg. et pol. sanit.*, 1890).

## CAPÍTULO III

ALFOMBRILLA — RUBEOLA (1)

(ROSEOLA EPIDÉMICA)

Con el nombre de roseola, se encuentra en el Tratado de Rilliet y Barthez la descripción de una enfermedad eruptiva, cuyos rasgos sintomáticos y naturaleza carecen de precisión; una breve lección de Trousseau, consagrada al mismo sujeto, ó al menos con el mismo título, parece hecha según documentos personales muy limitados, y es, no obstante, la que ha servido de modelo á la mayor parte de las descripciones francesas ulteriores, y se ha seguido diciendo «roseola de Trousseau». Roger y Damaschino (2), D'Espine y Picot, describen con el nombre de roseola una enfermedad, que participa á la vez de la roseola de Trousseau y del *rötheln*. Sin embargo, Jaccoud consagra algunas líneas á la alfombrilla, cuyos principales rasgos están tomados de la literatura alemana. Algunos artículos muy interesantes de Longuet (3), Morel-Lavallée (4), Brocq (5); algunas observaciones de Lecorché y Talamon (6), Bourneville y Bricon (7), Raymond (8), Comby (9), Arnozán (10); la tesis de Delastre (11); en fin, una discusión reciente en el *Sociedad médica de los hospitales*, constituyen los únicos documentos franceses sobre la cuestión (12).

(1) Las consideraciones que L. Guinon hace en el curso de este artículo, respecto á la roseola de Trousseau (al compararla con la rubeola), son perfectamente aplicables á la enfermedad estudiada por autores españoles bajo la denominación de *alfombrilla* (a). En efecto, basta leer, por ejemplo, la descripción que de la alfombrilla hace el eminente pirologo español Dr. Martín de Pedro, para adquirir el convencimiento de que más bien se trata de distintas roseolas medicamentosas ó debidas á otras causas, que del verdadero *rötheln* de los autores alemanes. Sin embargo, hemos creído conveniente admitir este sinónimo, aceptado por el mismo Martín de Pedro (b), en atención á que L. Guinon considera este capítulo como de espera, y confía en que han de describirse con el tiempo formas nuevas de la enfermedad y si nó suprimimos el término *rubeola*, y le aceptamos al par que el de alfombrilla, es para facilitar al lector las referencias, ya que han sido varios los autores y traductores que han hablado de *rubeola*. (N. del T.).

(2) Roger y Damaschino, *Dict. encyclop. des Sc. méd.*, art. *Roséole*.

(3) Longuet, *Un. méd.*, Diciembre 1883.

(4) Morel-Lavallée, *Clasificación des roséoles*; *Gaz des hóp.*, 20 Agosto 1887.

(5) Brocq, *La rubéole*; *Ann. de Dermatologie*, 1887, t. VIII, núms. 8 y 9.

(6) Lecorché y Talamon, *Études médicales*, 1881, pág. 604.

(7) Bourneville y Bricon, *Roséole idiopathique*; *Prog. méd.*, 1884, núms. 26, 28, 29.

(8) Raymond, de la rubéole; *Prog. méd.*, 1881, núm. 50.

(9) Comby, *Soc. Clín. de Paris*, 1886.

(10) Arnozán, *Une épidémie de rubéole*; *Journ. de méd. de Bourdeaux*, 15 Diciembre 1889.

(11) Delastre, *Contribution á l'étude de la rubéole*; *Th. de Paris*, 1883.

(12) Esta última discusión no esclarece todavía mucho la cuestión: pues mientras Juhel-Rénoy considera como idéntica la alfombrilla que describe, con el *rötheln* de los alemanes, lo que, en nuestro concepto, es la verdadera doctrina, Talamon identifica el *rötheln* con la roseola de Trousseau, y separa la alfombrilla de la roseola; *Soc. méd. des hóp.*, 21 y 28 Marzo.—Véase también Desnos y Desplats, *Bull. de la Soc. med. des hóp.*, Agosto 1886; P. Raymond, *Rev. des mal. de l'enf.*, 1888; Trastour, *Unión méd.*

(a) Martín de Pedro, *Manual de Patología y Clínica Médicas*. Madrid, 1876, pág. 416.

(b) El mismo término es aceptado por D. Federico Toledo y Cueva en la traducción del *Tratado de las enfermedades de la infancia*, de J. Lewis Smith, publicado por la BIBLIOTECA DE LA REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS. Madrid, 1890. Alvarez, Vela y Rodrigo, en la traducción del *Tra. de Pat. int.* de J. Frank (Madrid, 1842) adoptan este mismo sinónimo (N. del T.).