

en relación con la de la erupción, pero siempre es menor que en el sarampión, y se ha intentado formularla, diciendo que realiza «el catarro del sarampión combinado con la angina de la escarlatina». En su estado más completo de desarrollo, ataca la conjuntiva, la pituitaria, la faringe, la laringe, y mucho más rara vez, los bronquios.

El *catarro ocular* no produce más que una rubicundez ligera de la conjuntiva, á veces llega hasta el lagrimeo; pero la fotofobia apenas si se nota; la *coriza* falta á menudo; la *tos seca*, ferina, cuya falta sería característica para algunos autores (Burnie), se observa en algunas epidemias; mucho más rara es la *bronquitis* observada por Haig-Brown y por Talamon; ésta cede con la erupción ó en los días que la siguen.

La *angina* es tal vez, así como la conjuntivitis, el fenómeno más constante; la tumefacción y la rubicundez son difusas ó limitadas; pero no hay (salvo excepciones, Griffith) punteado como el del sarampión; la rubicundez es siempre menor que la de la escarlatina, predominando sobre el velo, los pilares y las amígdalas; los enfermos se quejan solo de sequedad y de algunas dificultades en la deglución.

Estos signos de enantema, se asocian variadamente, según los casos: angina sola, angina con coriza, angina con conjuntivitis y rino-traqueitis; coriza y conjuntivitis sin angina.

El catarro evoluciona de ordinario más rápidamente que el exantema: no hay para qué decir que en los sujetos predispuestos (escrofulosos, linfáticos) la angina y la traqueo-bronquitis pueden persistir más allá de los límites de la enfermedad, lo que explica las duraciones anormales observadas por algunos autores (Shoemaker, Griffith).

Se une al catarro el *infarto ganglionar*, que se considera como característico; para algunos autores, el infarto sería uno de los mejores signos de la alfombrilla (Meigs); invade los ganglios retro y sub-auriculares, yugulares ó esternomastoideos; á veces está limitado á un ganglio (Griffith) ó por el contrario, se generaliza á las demás regiones del cuerpo, axilas é ingles (Thomas, Emminghaus); rara vez apreciable á la vista, es siempre doloroso á la presión. Precediendo en ocasiones al exantema, este signo suele ser de los más duraderos (quince días después de la enfermedad).

El *tubo digestivo permanece indemne*, en la mayor parte de los casos, la lengua está ligeramente saburrosa, con prominencia y tumefacción de las papilas, que forman un punteado fino (Griffith); se ha indicado su descamación (Balfour, Burnie), pero esto es muy raro; las náuseas y los vómitos, poco frecuentes al principio, no reaparecen durante la erupción; el intestino funciona bien.

TEMPERATURA Y FIEBRE. — No hay relación constante entre la temperatura y la intensidad de la erupción; por el contrario, la hay (Griffith) entre la fiebre y la intensidad y evolución del enantema.

1.º Hay casos completamente *apiréticos*, cualquiera que sea el desarrollo de la erupción.

2.º Cuando hay fiebre, y *al mismo tiempo prodromos*, aparece aquélla á la vez que éstos, la temperatura alcanza 38 ó 39º, y después se eleva un poco en el momento en que se constituye la erupción.

Cuando *faltan los prodromos*, la temperatura se eleva al aparecer la erup-

ción ó antes que ella; entonces, ora desciende muy rápidamente á la cifra normal (Thomas, Bourneville y Bricon), ora persiste (fiebre *duradera* de Thomas). En este caso no pasa la temperatura de 39º, es remitente; alcanza su máximum el primero, ó lo que es más frecuente, el segundo día de la erupción, luego disminuye, y cae por lisis ó bruscamente á la normal entre el segundo y el cuarto día, es decir, en una época en que el exantema no ha terminado todavía su evolución.

Cuando el enantema es intenso, la fiebre persiste por más tiempo.

DESCAMACIÓN.— MARCHA. — La marcha de la enfermedad no es otra que la de su erupción; cuando ésta termina, el enfermo está curado. El exantema no deja tras de sí ninguna huella; la ligera pigmentación que se observa á nivel de las manchas borradas, no tarda en desaparecer por sí misma.

La *descamación* es irregular; nula en los casos en que el exantema ha sido efímero; presenta la forma furfurácea cuando éste ha sido intenso y prolongado; siempre mínima y difícil de ver, la descamación se localiza en ciertas regiones, sobre todo en los puntos que no sufren rozamientos, como la fosa supraclavicular (Emminghaus); este síntoma falta tan á menudo, que Thomas, y Steiner lo han negado. Se prolonga de dos á tres días.

La enfermedad termina en el mayor número de casos por la curación.

En efecto, las *complicaciones* son extremadamente raras; no obstante, la *angina* puede adquirir una intensidad exagerada, las amígdalas se recubren de exudado pultáceo (Cheadle) y la deglución se hace muy dolorosa. Se han observado *bronquitis*, *pleuresias* y *pulmonías*. La *albuminuria* es muy rara y generalmente benigna; se han indicado también los edemas en la cara (Thierfelder) y en las extremidades inferiores (Emminghaus). La estomatitis dolorosa y la queratitis son raras.

La alfombrilla puede dejar tras de sí, en los niños predispuestos, coriza crónica é hipertrofia de las amígdalas y de los ganglios.

RECAÍDAS.— La recaída observada en algunas epidemias, está separada del primer ataque por un intervalo de algunos días á dos semanas (Emminghaus), de cuatro á veinte días (Edwards).

PRONÓSTICO.— Es casi siempre muy benigno; sin embargo, las recientes observaciones de los autores americanos, han hecho conocer algunos casos de muerte.

DIAGNÓSTICO.— Ya hemos indicado cuánto se asemejan algunos casos al sarampión y otros á la escarlatina.

En una epidemia puede reconocerse la alfombrilla por los caracteres siguientes: la brevedad y la escasa intensidad de los prodromos, la infección de los sujetos ya atacados por el sarampión, lo poco intenso de los catarros, la breve duración de la fiebre, finalmente la benignidad general de la epidemia y la duración de la incubación que no es, por lo común, de catorce días como en el sarampión.

En presencia de un caso aislado, el diagnóstico es mucho más difícil; sin embargo, llama ya la atención la brusquedad de la erupción que se ha observado una mañana al despertar y la irregularidad de su distribución; se pensará en la alfombrilla si la temperatura ha descendido cuando el exantema está todavía en su apogeo; por último, ciertas anomalías confirman esta opi-

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

nión, como el enantema difuso del velo del paladar. El infarto ganglionar doloroso es un signo muy útil, pero entiéndase bien, es preciso buscarle.

La *escarlatina* se distingue de la alfombrilla por la violencia de su principio; la fiebre tiene, es cierto, poco valor, pues algunas escarlatinas benignas no presentan más que una elevación de temperatura muy ligera (menor de 39°); pero la angina es siempre más intensa, más dolorosa, el catarro conjuntivo-nasal falta por completo; en fin, la erupción es difusa, generalizada y uniforme; no ofrece pápulas en ninguna parte y no deja vestigio alguno de pigmentación en la piel.

¿Se hace preciso hacer el diagnóstico diferencial con la *roseola*? Ya nos hemos explicado acerca de esto anteriormente; la *roseola*, fiebre eruptiva, se confunde con la alfombrilla. La *roseola* sudoral descrita por Trousseau, se distingue de la alfombrilla por la falta del enantema y del catarro; «jamás, dice Trousseau, se observa ni lagrimeo, ni coriza, ni tos», y por la rapidez de la erupción que se verifica de un solo brote en veinticuatro ó treinta y seis horas, después de un período de prodromos de duración variable. El exantema no es papuloso, está formado por *máculas* que no hacen relieve sobre la piel, desapareciendo por completo á la presión, redondeadas ú ovalares, bien distintas y bien aisladas unas de otras, más anchas desde el principio que las manchas de sarampión; son también de un color rosa más pálido que las de la alfombrilla. La erupción es muy fugaz; desaparece en uno ó dos días, pero ocasiona nuevos brotes sucesivos durante siete ú ocho días. La fiebre es poco intensa (38 á 39°) y desaparece muy pronto. No hay infarto ganglionar, sino con frecuencia, sudores que desempeñan un papel importante en el desarrollo de esta erupción.

En general, es fácil reconocer las *roseolas medicamentosas* (antipirina, sulfato de quinina, cloral, cubeba, copáiba): estas son las más veces apiréticas y ordinariamente respetan las mucosas; sin embargo, cuando se complican con un estado catarral, originan alguna dificultad, lo que las caracteriza, en general, es la falta de malestar notable, y su localización en ciertas regiones del cuerpo. La intoxicación *iódica* puede simular la alfombrilla por las congestiones de las mucosas que ella determina; en un caso en que la intoxicación iba acompañada de fiebre, hemos experimentado alguna dificultad para rechazar la idea de una fiebre eruptiva.

La *roseola síflítica*, las *roseolas infecciosas* de la blenorragia, de la fiebre tifoidea, del cólera, de la infección puerperal, rara vez inducirán á error.

La *pitiriasis rosácea*, se desarrolla sobre todo hacia la parte superior del pecho. Se encuentran en ella casi siempre, placas anchas muy características, cuyo centro es escamoso ó á pliegues.

El *tratamiento* de la alfombrilla, es puramente higiénico.

BIBLIOGRAFIA: W. Edwards, *Amer. Jour. of med. Sc.*, 1884.—Emminghaus, *Gerhardt's Handbuch*, II, art. Roetheln.—Enko, *Congrès des médec. russes*, San Petersburgo, 1889.—Flood, *Incubation of Roetheln*; *Brit. med. Journ.*, 8 Marzo, 1890.—J. P. Crozer Griffith, *The. med. Rec.*, Julio 1887.—Bird Harrison, *The amer. journ. of obstetrics*, Julio 1887.—Klaatsch, *Zeitsch. f. klin. med.*, x, n° 1, p. 1, 1885.—Rehn, *Jahrb. f. Kinderh.* xxix, 3 y 4.—Seitz, *Corresp. Blatt. f. Schweizer Aerzte*, 17 Junio, 1.º y 15 Julio 1890.—Thomas, *Ziemssen's Handb. der Pathol.*, II, 2.—Tschamer, *Jahrb. f. Kinderh.*, xxix, p. 372, 1889.

CAPÍTULO IV

VIRUELA

HISTORIA.—La viruela (*petite vérole, smallpox, Pocken, Blattern*), que ha reinado desde la más remota antigüedad en Asia y en Oriente, parece que fué ignorada por los escritores (historiadores ó médicos) de la antigüedad.

Se debe á Rhazès (siglo IX) la primera descripción médica de la enfermedad. Se la encuentra por primera vez en la Galia en el siglo VI (Gregorio de Tours). Las epidemias radicaban sobre todo, en el mediodía de Europa (guerras de los Sarracenos); y sólo en el siglo XV, invade la Alemania. En el siglo XVI, la viruela fué importada á la América del Sur. El período verdaderamente científico ó moderno (Levillain) comienza en Sydenham (siglo XVII), cuyas descripciones han sido la base de los estudios ulteriores, á los que han contribuido mucho Morton, Boerhave, Van Swieten y Cullen (1). A fines del siglo XVIII, Borsieri emprende de nuevo el estudio de la enfermedad y precisa algunas de sus formas. Gracias á Trousseau, los trabajos de los autores precedentes, se han hecho clásicos.

El terror que inspiraba la viruela, había hecho buscar desde un principio medios profilácticos y aceptar con entusiasmo la inoculación variólica ó variolización. Conocida desde muchos siglos antes en China y en Persia, esta práctica fué importada, de Constantinopla, en Inglaterra por lady Montague (1721); después de los períodos de disfavor, provocados por la hostilidad de algunos hombres (Douglas) y de la Sorbona, se esparció sin embargo y probó su eficacia en muchas epidemias, hasta el día en que el descubrimiento de Jenner vino á sustituir á la variolización.

La epidemia de 1870-1871, ha sido origen de numerosos estudios, tanto anatómicos como clínicos; las complicaciones han sido mejor analizadas, se ha precisado el pronóstico; en fin, el estudio de las lesiones (Cornil, Weigert), las investigaciones bacterianas numerosas, pero por desgracia todavía insuficientes, que han comenzado con Coze y Feltz, Klebs, Hallier, Cohn, y han sido perfeccionadas después por Golgi, Guttman, Pfeiffer, y el estudio de las relaciones entre la viruela y la vacuna (Garré, Quist, Fischer, Eternod y Haccius), se han desarrollado en estos últimos años.

(1) Cualquiera que sea el homenaje que se tribute al eminente clínico inglés Tomás Sydenham, es injusto olvidar (tratándose de la viruela) al gran filósofo y no menos notable médico español Gómez de Pereira, quien antes que Bacon y que Descartes, rompió el yugo de la Filosofía aristotélica, mostrando no menor entereza en Medicina, al refutar las doctrinas de Galeno consideradas en su tiempo verdades incontrovertibles. El erudito historiador de la Medicina española, Hernández Morejón, afirma que Sydenham copió muchos de los pensamientos de Gómez Pereira, referentes á la viruela; aun cuando esto no fuera cierto, lo indiscutible es que un siglo antes que el llamado Hipócrates inglés, nuestro compatriota se ocupó de la viruela, como de otras enfermedades, copiando á la misma naturaleza según frase del citado historiador. (Véase *Historia bibliográfica de la Medicina Española*, por D. Antonio Hernández Morejón. Madrid, 1843).—(N. del T.).