

preferible en el caso de que sean circunscritos, pues si fueran difusos sólo se podría pensar en tratarlos por medio de la electricidad, lo cual constituye todavía un problema no resuelto.

En los linfangiomas quísticos se ha recurrido á diferentes procedimientos. A la *punción simple*; la creo ineficaz porque el líquido se reproduce, y peligrosa porque puede infectarse la parte afecta á pesar de las precauciones asépticas; sin embargo, es un recurso al que hay que apelar cuando se presentan accidentes de asfixia por compresión en niños pequeños. A la punción seguida de *inyecciones modificadoras*; las conceptúo ciegas y peligrosas. Al *sedal*; es un medio absolutamente inadmisibile, porque determina de una manera fatal la infección con toda su cohorte de accidentes funestos. La *incisión*; la considero también completamente inaceptable, porque ocasionaría la infección. La *extirpación*; es el único recurso que considero admisible y verdaderamente científico en la época actual, por supuesto, en el caso de que sea practicable. Y, por último, la *electrolisis*; no me inspira confianza alguna, aunque tampoco me merece reprobación; tal vez sea una esperanza, pero en la actualidad la creo un enigma.

ENFERMEDADES COMUNES A TODOS LOS PERÍODOS DE LA INFANCIA

FIEBRES ERUPTIVAS

Escarlatina.

Esta enfermedad ha sido también denominada *escarlata*, que es como se la llama en España muy frecuentemente, *morbilli confluentes*, *febris scarlatina*, *fiebre roja* y *fiebre purpúrea*.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO. — La unidad nosológica de la escarlatina no se pone en duda; pero la intensidad del proceso es muy variable, lo que da, á mi juicio, fundados motivos para sospechar si el microbio directamente productor de esta enfermedad muestra grado distinto de virulencia según las circunstancias, ó si deben atribuirse las variantes clínicas á asociaciones microbianas; esto no obstante la participación que prudencialmente debe reconocerse que toman las condiciones individuales.

El *tilletia scarlatinosa* (Hallier), el *monas scarlatinosum* (Klebs), el *bacillus scarlatinae* (Edington), son agentes microbianos que estos investigadores han hallado en sujetos escarlatinosos, pero á los cuales no se les puede atribuir la causalidad específica. Recientemente ha dado á conocer Kurth un estreptococo especial que cree es el productor de esta enfermedad y al que ha denominado *streptococcus conglomeratus*; pero algunas experiencias practicadas permiten suponer que no es el que determina la escarlatina, cuyo microbio ha sido comprobado por Hallock Park en la mucosa de la faringe de niños en estado fisiológico.

Resulta, por consiguiente, que todavía no ha sido encontrada la causa específica, pero se puede afirmar su naturaleza bacteriana, entre otras razones, por la contagiosidad de la escarlatina.

En cambio, la etiología macroscópica es perfectamente conocida. Esta enfermedad es sumamente rara en el primer año de la vida, presentándose más frecuentemente de tres á seis, y, sobre todo, de seis á diez; pasados estos se hace cada vez más rara, aunque también se la encuentra en la edad adulta.

No creo que exista ningún motivo orgánico en los niños pequeños que implique *inmunidad*, sino que lo atribuyo exclusivamente al género de vida que les pone á salvo del contagio, toda vez que es práctica de todas las familias separar á los niños de los enfermos, particularmente de los contagiosos; si no fuera por estas precauciones y por hallarse reducido el trato social del niño lactante al que tiene con su madre ó con su nodriza, es probabilísimo que mostraría más receptividad aún para el agente causal que cuando tiene más edad; mientras que los niños mayores están en frecuentísima relación con otros de su edad, ya en los colegios, ó bien en los juegos, lo que puede explicar perfectamente el que se observe más á menudo en las edades que dejo indicadas.

La escarlatina es contagiosa, no habiéndose aún precisado exactamente el momento de su evolución en que manifieste esta propiedad con intensidad mayor, así como tampoco en el que comienza ni en el que termina, pues se citan casos en que el contagio se había verificado en el período prodrómico, mientras que en otros no se efectuó hasta mucho después de concluida la descamación; puede, por lo tanto, tener lugar en todos los períodos de la enfermedad, siendo el contagio la principal causa productora, ó, por lo menos, la única bien comprobada. Hay quien admite la posibilidad del desarrollo *espontáneo* de la escarlatina, y entiendo que es una opinión muy lógica, pero en el sentido de que no sea preciso la preexistencia de otro escarlatinoso de quien proceda directamente, aunque sea de una manera indirecta, el germen causal, pues puede éste hallarse en un objeto cualquiera, y tal vez en la boca ó en la piel del mismo niño que es atacado; mas no se puede admitir el desarrollo espontáneo en el sentido de no preceder la acción de la causa á la explosión de la enfermedad, porque siendo la causa indudablemente microbiana y no existiendo la generación espontánea, hay que suponer en todos los casos de escarlatina la intervención de la bacteria patógena.

Se ha sospechado por algunos, particularmente en Inglaterra, que esta enfermedad procede del ganado vacuno, fundándose para ello en que parece referible el contagio en ciertos casos al uso de la leche de determinadas vacas. Considero inverosímil semejante opinión, pues podría citar una importante villa española de 14.000 almas, en la que no se hace uso de la leche de vaca, ni hay vaca ninguna, ni aun para las labores del campo, y sin embargo se observa la escarlatina.

No sería muy difícil comprobar lo que esto pueda tener de cierto, averiguando, cuando un niño es atacado de escarlatina, si ha tomado leche, y en caso afirmativo, de la vaquería donde la han comprado, pues una vez sabido esto, podría fácilmente la policía sanitaria obtener datos decisivos mediante el reconocimiento de las vacas y la información que todos los médicos realizarían en el hecho de dar parte al centro sanitario correspondiente, de que visitaban á un escarlatinoso para que aquél efectuara las debidas averiguaciones.

Semejante centro de inspección sanitaria debía ser la salvaguardia de la salud pública respecto de los afectos contagiosos, recibiendo parte diariamente de qué individuos eran atacados de ellos, é imponiendo á las familias y á los industriales que llevan objetos á diferentes casas, como, por ejemplo, vasijas de leche, sifones de agua de Seltz, etc., las necesarias medidas para evitar la propagación de gérmenes patógenos desde la familia donde hay un enfermo contagioso á otras sanas. En las fábricas de agua de Seltz no sé yo qué precauciones tomarán espontáneamente ó impuestas por la autoridad, para evitar semejantes peligros.

El modo de transmisión del elemento contagiante puede ser *directo*, *indirecto* ó por *inoculación*, que es en rigor una variedad del directo; pues aunque el último ha sido puesto en duda por algunos, los experimentos de Stoll Harwood y Miguel parecen demostrar la transmisión de la enfermedad por la inoculación de la sangre de los escarlatinosos, ó del contenido de sus vesículas miliares. Con frecuencia aparece bajo la forma *epidémica*; pero en las grandes poblaciones reina constantemente bajo la *esporádica*, adquiriendo de cuando en cuando la primera forma. Generalmente no se padece más que *una vez* en la vida, siendo verdaderamente excepcionales los casos de *recidiva*.

La *anatomía patológica* ofrece un conjunto de lesiones, de las cuales unas son constantes, pues representan los factores somáticos de la enfermedad, en tanto que otras son contingentes, porque pertenecen á las complicaciones. La erupción ¿es hiperémica, ó flegmática? La considero de esta última naturaleza, ó por lo menos se acompaña de exudado intersticial, á juzgar por el relieve que forman las lesiones cutáneas, su consistencia, lo lento de su desaparición, los cambios de color que sucesivamente sufren y por el hecho mismo de la descamación. Dado, sin embargo, el grado diferente de intensidad que en cada niño y

aun en cada región ofrecen las pápulas, y los que sufren según influencias del momento, como es, por ejemplo, el estar la parte tapada por la ropa de la cama ó descubierta, creo que el elemento hiperemia tiene una grande y en ocasiones tal vez exclusiva participación, siendo, á mi juicio, lo más prudente, por la trascendencia práctica que este asunto implica, considerar como posible que las lesiones cutáneas de la escarlatina sean de tres clases: hiperémicas simplemente, hiperémico-exudativas y flegmáticas.

Están tumefactas las células del cuerpo mucoso de Malpigio, el dermis aparece infiltrado de leucocitos, y los vasos dilatados y rodeados de células embrionarias. Rilliet y Barthez han formulado la hipótesis de que la escarlatina consiste especialmente en la flegmasia ó congestión de la red linfática subepidérmica y subserosa; indudablemente se halla interesado el sistema linfático, pero es muy raro que las lesiones no ofrezcan la continuidad que corresponde á su disposición anatómica, sino que, por el contrario, las lesiones cutáneas, justipreciadas clínicamente, son pápulas independientes unas de otras, aunque la piel que las separa esté enrojecida, verdaderos botoncitos aislados y en los cuales se halla interesada hasta la capa superficial de la epidermis.

Se hallan también afectadas las mucosas faríngea y bronquial, las amígdalas y en la mayor parte de los casos los ganglios cervicales, los mesentéricos, el bazo y las placas de Peyero. Los riñones se encuentran casi siempre hipermiados, pudiendo existir en ellos otras alteraciones. Y por último, se presentan á veces otras muchas lesiones, según las complicaciones que durante la vida tuvieron lugar.

PATOGRAFÍA Y PATOCRONIA.—La evolución de este estado morboso puede dividirse en cuatro estadios: incubación, invasión, erupción y descamación.

Incubación.—No se halla aún determinada con precisión la duración de este período, pues mientras unos autores la creen de dos días, otros la hacen subir á once y catorce; citándose un caso en que fué de un día, y otro de cuarenta y dos. Es realmente difícil este género de determinaciones, porque se ignora el momento de penetración del germen patógeno en el niño sano, y además es muy probable, á mi juicio, que el tiempo que el microbio invierte en su multiplicación no sea igual en todos los casos, por condiciones del microbio y del terreno; pero me parece que se puede fijar en general la duración de este período de cuatro á ocho días.

Invasión.—Se inicia la enfermedad por un escalofrío, y rara vez por un ataque eclámpico, frecuencia de pulso, temperatura alta, 39°, 40° ó más, cefalalgia, agitación y somnolencia, á veces dolores dorsales y en los miembros, y vómitos. La angina es constante y constituye el fenómeno más característico: existe enrojecimiento é hinchazón, no sólo de las amígdalas, sino de toda la mitad posterior de la cavidad bucal,

bóveda palatina y pared posterior de la faringe, dolor de garganta y disfagia. Este período dura desde unas horas á tres días; cuando se retrasa la salida de la erupción hasta el cuarto día, es porque la escarlatina es tal vez irregular.

Erupción.—Se inicia por el tronco, extendiéndose después al cuello, á las extremidades y á la cara, si bien, aunque excepcionalmente, puede comenzar por esta última, por la región mastoidea, por el cuello ó por otros puntos. Consiste en pequeñas pápulas, cuyo conjunto recuerda á la piel llamada chagrín, sólo que son de color rojo; y aunque se borran por la presión, es de una manera tan fugaz, tan instantánea, que apenas se llega á percibir la blancura que la presión del dedo ocasiona en la piel, pues según se levanta éste va reapareciendo el color rojo. La confluencia de las papulitas puede dar lugar á un enrojecimiento en grandes zonas, cuya modalidad se ha denominado *scarlatina levigata*, mientras que en otras ocasiones se hallan separados los grupos irregulares de pápulas por espacios de piel sana, constituyendo la variedad llamada *scarlatina variegata*, pudiendo ésta última modalidad transformarse en la primera, ó bien presentarse una y otra simultáneamente, ocupando cada una regiones del cuerpo diferentes. En los casos en que el enrojecimiento es difuso, parece uniforme cuando se le mira desde cierta distancia, pero examinándole de cerca se observa que se halla constituido por una multitud de pápulas rojas diminutas, separadas mutuamente por espacios muy pequeños de piel de color rosáceo. Se dice por algunos autores que el enrojecimiento difuso es muchas veces verdaderamente uniforme, sin intervalos de piel menos roja; no lo niego, porque en asuntos de observación la discusión sería estéril. Pasando la mano por la piel, se percibe una sensación de aspereza bastante pronunciada, debida á lo saliente de las papulitas. En el abdomen y en la flexura de las articulaciones el color es más oscuro, siendo el tinte general de la erupción más débil cuando los enfermos se descubren y se enfrían, y por el contrario, más pronunciado cuando el niño hace algún esfuerzo, así como por la tarde y noche. Las manos y pies están algo hinchados frecuentemente.

Los demás síntomas persisten con toda su intensidad; la piel está seca, aumenta la fiebre, pudiendo marcar el termómetro hasta 41° y aun 42°; el pulso es lleno y frecuente; la angina se exagera, si bien el dolor de garganta puede faltar, apareciendo en las amígdalas una materia pul-tácea poco adherente; los ganglios submaxilares se ponen tumefactos y dolorosos; hay polidipsia y la lengua ofrece un estado especial, pues se

halla cubierta en su cara superior de una capa blanco-amarillenta, mientras que su punta y bordes muestran un color rojo intenso y las papilas están prominentes, por lo que se la ha denominado *lengua aframbuesada* ó *lengua escarlatinoso*; este aspecto rojo granuloso de la punta de la lengua principalmente, se presenta ya en el período prodromico y constituye un signo precoz de gran significación diagnóstica.

La depresión general, tan acentuada á veces antes de la erupción, disminuye en cuanto aparece el exantema. Del segundo al quinto día comienza á palidecer la erupción y desaparece paulatinamente, siendo su duración de cinco días próximamente, aunque puede ser algo mayor; los demás fenómenos siguen un descenso paralelo al del exantema y la angina desaparece. La fiebre es alta por lo general ínterin existe la erupción, y su tipo es continuo, aunque con la natural remisión por las mañanas; el tipo inverso de la fiebre, ó sea con exacerbación matutina y remisión por la tarde, es excepcional.

DESCAMACIÓN.—Cuando la erupción se ha borrado, lo cual tiene lugar lentamente en el transcurso de varios días, aparece en la superficie de la piel una descamación general, que á veces es muy ligera, la cual sigue un itinerario análogo al de la erupción; en el cuello y cara es por pequeñas escamas, extendiéndose después al tronco, donde se verifica, y más especialmente en los miembros, en láminas, y, por último, á los pies y manos, en los que siendo la cubierta epidérmica más gruesa, se observa en ocasiones el desprendimiento simultáneo y coherente de toda la epidermis que cubre la última falange, ofreciendo la forma de un dedo de guante y siendo acompañada á veces, si bien esto es muy excepcional, de la caída de la uña. La lengua se despoja también de su epitelium, hay expectoración de un moco turbio y el líquido urinario contiene gran número de células epiteliales. La duración de este período es de ocho á treinta días ó más, y no habiendo complicaciones es apirético. Algunas veces se retrasa el comienzo de la descamación, lo que se observa particularmente cuando se detiene la marcha de la escarlatina hacia la curación por el desarrollo de una enfermedad intercurrente.

FORMAS ANÓMALAS.—No siempre sigue la escarlatina el curso que acabo de exponer, sino que muchas veces, bajo la influencia de causas diversas, se separa más ó menos de su marcha simple y regular. En efecto, puede observarse la ausencia de los fenómenos de invasión, la falta de prodromos y de exantema, si bien en este último caso hay mo-

tivos legítimos de duda respecto de la naturaleza escarlatínica de la afección.

La *escarlatina fulminante*, cuya forma se caracteriza por el colapso, hipertermia, convulsiones, teniendo lugar el fallecimiento á las pocas horas sin haber brotado el exantema, si bien algunas veces no ocurre el desenlace funesto sino después de uno ó dos días, y en este caso aparece una erupción escasa y lívida ó pálida—*forma lenta*—, y aun puede suceder que no se presenten los síntomas graves hasta después de haber brotado el exantema de una manera normal. Como modalidades antitéticas á las precedentes formas malignas, debo citar la *escarlatina leve*, que es muy ligera y fugaz, y la *apirética*, negada por algunos, pero que ha sido observada por Conatarmanach y otros, si bien no debe considerarse como verdaderamente infebril, toda vez que la temperatura se elevó á 38°, por lo que creo que esta forma debía desaparecer é incluírsela en la leve.

La coexistencia con la erupción de pequeñas pápulas de un rojo obscuro—*escarlatina papulosa*—, ó de vesículas incoloras y opalinas—*escarlatina miliar*—. En algunos casos va precedido ó acompañado el exantema de petequias ó de una verdadera púrpura, y de hemorragias libres en diferentes órganos, como epistaxis y hematuria—*escarlatina hemorrágica*—; ó bien se acompaña la enfermedad de accidentes nerviosos graves—*escarlatina atáxica*—, ó de adinamia—*escarlatina adinámica*—.

COMPLICACIONES.—La angina puede ofrecer por su gran intensidad carácter de verdadera complicación, dando lugar á la formación de absceso en las amígdalas y á la inflamación y supuración de los ganglios del cuello—*bubones escarlatinosos*—; á veces presenta la forma *pseudo-membranosa*, que cuando es precoz, es decir, cuando aparece en los primeros días del curso de la escarlatina, no suele ser diftérica, sino debida al estreptococo solo ó asociado, ó á otros microbios de la supuración (Vürtz y Bourges); pero en ocasiones se desarrolla al terminar el exantema ó después de haber desaparecido, una *verdadera angina diftérica*, ocasionada por el bacilo de Klebs-Löffler, pudiendo también presentarse una *angina gangrenosa*.

La *hidropesía*, cuya modalidad más frecuente es el anasarca, constituye una de las complicaciones más importantes. Entre las teorías que tienden á explicar la causa próxima de la hidropesía, hallamos la que considera á este proceso como consecuencia de la perturbación producida en las funciones cutáneas por el exantema, siendo su causa determinante la acción del frío en el momento de la descamación. Pero si bien es cierto que la influencia del frío es nociva, hay algunas hidropesías que no pueden explicarse por la intervención de este agente; en vista de lo cual y de la coincidencia del anasarca con la albuminuria, se las

asignó como causa la nefritis albuminosa. Mas según observaciones practicadas, se dan casos de albuminuria sin hidropesía (Rayer) y de hidropesía sin albuminuria (Becquerel), si bien las investigaciones de Legendre demuestran que los caracteres del líquido urinario varían según el tiempo transcurrido desde que se inició el anasarca; así, si éste cuenta de antigüedad dos ó tres semanas, puede haber sido coagulable la orina en los primeros días y no serlo ya en el momento en que se la somete al examen. Son muy dignas de tenerse en cuenta las indicaciones de Legendre, con arreglo á las cuales es preciso cerciorarse de que en ninguna época ha pasado la albúmina á la orina. Rilliet y Barthez consideraron á las hidropesías escarlatinosas y á la albuminuria como resultado del desorden de las funciones cutáneas, que determina una alteración especial de la sangre.

Yo creo que la hidropesía depende generalmente de una alteración renal, cuyo grado no es siempre el mismo, pues la *nefritis escarlatínica* ofrece formas distintas. La patogenia de esta nefritis me parece que debe referirse á dos órdenes de elementos que pueden actuar aislada ó simultáneamente, y son: el proceso irritativo que en el riñón determina la eliminación de los detritus de la combustión febril; y muy especialmente de las toxinas, y el estreptococo ú otra bacteria que llegando á los riñones por la circulación ocasiona en ellos la flegmasía, de una manera análoga á como produce la angina; es decir, que la nefritis debe ser en parte considerada como una de tantas determinaciones escarlatinosas; no negando por esto significación de concausas á ciertas influencias comunes, como el frío, que al isquemiar la piel determina una hiperemia compensadora en los órganos profundos, entre ellos los riñones, ó que al dificultar ó impedir las funciones eliminadoras cutáneas lleva los elementos nocivos á los riñones—para ser por ellos expulsados—, dando así lugar á alteraciones en estos órganos.

Figuran además entre las complicaciones, la enteritis la bronco-pneumonía, la gangrena de la piel, la de la faringe, la flegmasía de la pleura, del pericardio, del endocardio, etc., y muy particularmente el llamado *reumatismo escarlatínico*, cuya naturaleza no es siempre la misma, toda vez que puede tratarse de un reumatismo propiamente dicho que no tenga con la escarlatina relación alguna de causalidad, sino que constituya una enfermedad intercurrente, una simple coexistencia morbosa determinada por un enfriamiento ó porque el niño fuera ya anteriormente reumático, ó puede, por el contrario, tratarse de procesos articulares ocasionados por la escarlatina. Estos últimos procesos, que son pseudo-reumatismos, ya que es de creer que nada tienen que ver con el reumatismo genuino, atacan, por lo general, á las muñecas y á las rodillas, y si es caso á las articulaciones tibio-peróneo-tarsianas, pudiendo, sin embargo, presentarse en otros puntos. Ofrecen tres formas: la *artritis de naturaleza purulenta desde el principio del proceso articular*, la cual es una manifestación de la infección purulenta; la *artritis serosa*, cuyo curso es parecido al del reumatismo, del que difiere, no obstante, entre otras cosas, en que es más fija, se revela por dolor y tumefacción poco pronunciados de las articulaciones afectas y coloración ligeramente sonrosada de la piel que las cubre; y *artritis primeramente serosas, que se hacen después purulentas*.