

siste en máculas redondeadas, poco prominentes; del tamaño de un cañamón al de una lenteja; de bordes bien delineados ó difusos; de color rosáceo al principio y rojo después, el cual desaparece momentáneamente á la presión; diseminadas de un modo irregular, pero confluentes en algunas regiones como la lumbar, las nalgas, etc., sin duda por los mayores estímulos que la piel de estas regiones sufre por descansar sobre ellas el cuerpo.

Los caracteres del exantema no se ajustan, sin embargo, á un tipo invariable, sino que unas veces se halla constituida por una rubicundez difusa formando extensas manchas en las que se advierten eminencias papulosas, mientras que otras son máculo-pápulas separadas entre sí por un espacio de piel en estado más ó menos normal, habiéndose denominado á la primera modalidad *forma escarlatinosa*, y á la segunda *forma morbiliosa*. El exantema puede desarrollarse en un día y hasta en horas, ó puede hacerlo en etapas sucesivas, brotando, por ejemplo, primero en la cara, en la que al cabo de cierto número de horas comienza á palidecer la erupción, y á la vez se inicia en otras regiones.

El exantema, que, como he dicho, puede presentarse en el período prodrómico, muchas veces lo hace al mismo tiempo que la erupción ó después de ella, y puede afectar las conjuntivas, la mucosa nasal, la faríngea y la laringo-tráqueo-bronquial, así como también el velo del paladar, las amígdalas y los pilares; mas no siempre ataca todas estas partes simultáneamente, sino que en cada caso presenta una extensión diferente, apareciendo combinadas de distintas maneras unas ú otras de estas localizaciones enantemáticas.

Existe saburra lingual, y las papilas aparecen prominentes y tumefactas, formando un punteado fino (Griffith).

El infarto ganglionar puede limitarse á las partes laterales del cuello, ó invadir los ganglios submaxilares ó suboccipitales, y aun extenderse más, atacando á los axilares é inguinales.

Es muy frecuente la apirexia, y cuando existe fiebre la temperatura varía en cada caso, siendo de 38° ó 38°,5 en el mayor número, y elevándose rara vez á 39° ó 39°,5; desaparece después de uno á tres días, y excepcionalmente á los cuatro ó más, y la defervescencia es en forma de crisis ó de lisis.

La duración de este período está envuelta en idéntica incertidumbre que los anteriores, debiendo mencionar como cifras extremas, de un día á día y medio (Thomas), y de ocho á nueve (Tschamer), siendo tal vez la más general de dos á cinco.

DESCAMACIÓN.—Si el exantema ha sido muy ligero, la descamación es inapreciable; y cuando ha sido muy graduado es muy escasa y furfurácea, siendo su duración de dos á tres días.

COMPLICACIONES.—Aunque sólo surgen excepcionalmente, pueden presentarse pneumonía, pleuresía, nefritis, debiendo también mencionar la excesiva intensidad de la angina y la persistencia del infarto ganglionar.

Juicios clínicos.

Un importante problema, que voy á procurar resolver, es el referente á la existencia de la alfombrilla, la cual es considerada como cosa corriente, como lo demuestra el ocuparse de ella numerosos y respetables autores; pero ya he dicho anteriormente que no estaba convencido de que esta enfermedad constituya una entidad morbosa independiente, y ahora manifestaré en qué se fundan mis dudas.

Valorando cuidadosamente los síntomas de cada uno de los períodos cuya sucesión constituye el curso evolutivo de la alfombrilla, *no encuentro absolutamente ningún fenómeno que pueda conceptuarse como un signo de individualidad patológica*. Por eso he dicho, al comentar las razones que se han alegado en pro de la rubéola, que caerían por su base si la realidad no ofrece en los síntomas una característica suficientemente sólida para que sirva de sostén á esta entidad nosológica.

En el *período de incubación* nada de particular existe en la rubéola, pues su natural latencia y el desconocimiento que respecto de su duración reina, son elementos de carácter negativo para resolver el punto que nos ocupa.

La *invasión* ofrece un cuadro clínico cuya variabilidad la conceptúa casi incompatible con la constancia que deben mostrar los rasgos sintomáticos fundamentales de cualquier proceso, pues no se concibe apenas la unidad morbosa en una expresión sintomática cuya nota más saliente es la mutabilidad; sólo es esto aceptable en algunos estados morbosos, como el histerismo y la neurastenia, en los que palpita la unidad, no obstante la multiplicidad de modalidades clínicas, y aun en éstas se admite la unidad, porque *la impone la observación*; pero tal vez los progresos de la ciencia descubran andando el tiempo más de una enfermedad en el complejo cuadro sintomático de cada uno de estos proteiformes afectos. Pues bien; la rubéola, lejos de ser impuesta por la observación, es, á mi juicio, rechazada por ella. Este período

ofrece una duración sumamente variable, y desde un simple malestar y apirexia hasta un catarro específico tan extenso como el de un sarampión muy graduado, una angina análoga á la de la escarlatina y fiebre tan alta que la temperatura puede alcanzar la cifra de 40°. ¿Qué enfermedad es esta cuya heterogeneidad sintomática no se presta ni á una descripción que represente el tipo general, sino que es preciso descender á una enumeración incoherente de los fenómenos que en cada caso presenta? El infarto ganglionar circunscrito al cuello ó extendido á otras regiones, ha sido considerado como característico, y sin embargo, yo no veo por qué, pues desde el momento en que se presenta angina y erupción cutánea, es naturalísimo que surja la infección ganglionar; y que no es especial de la rubéola, lo demuestra el que en la escarlatina también se infartan los ganglios del cuello, que en ocasiones llegan á la supuración, constituyendo los llamados *bubones escarlatinosos*, y el que Gerhardt dice haber hallado constantemente tumefactas todas las glándulas linfáticas del cuerpo en los individuos afectados de escarlatina. No es posible, por consiguiente, reconocer al infarto ganglionar valor alguno á favor de la alfombrilla.

Algunos autores de los que defienden la existencia de la rubéola dicen que la *erupción* es polimorfa, admitiéndose que *unas veces* presenta una forma escarlatinosa y *otras* morbiliosa. Pero otros autores acentúan aún más la analogía, al decir que la rubéola ofrece en ciertas regiones un aspecto principalmente morbiliforme—cara, brazos—, mientras que en el tronco el exantema recuerda las placas escarlatinosas. ¿Cómo no ha de quedar malparada la alfombrilla con semejante duplicidad de modalidades exantemáticas, con tanto más motivo cuanto que en la invasión vemos también los patrones sintomáticos del sarampión y de la escarlatina?

Pero analicemos ahora nosotros el exantema. El orden de aparición no es constante, pues puede iniciarse por la cara ó por el tronco. El elemento anatómico hállase constituido por máculo-pápulas, cuyos caracteres no he de repetir, pero sí haré notar que son análogos á los del sarampión; y si no adoptan este modelo, entonces se parece la erupción á la de la escarlatina. El enantema es catarro-anginoso. La fiebre es de diversa intensidad en cada caso, ó hay apirexia, y su duración y la forma de la defervescencia son variables, aunque por lo general parecidas á las del sarampión. La duración del período eruptivo oscila también mucho.

¿Qué ofrece tampoco de especial este período? Absolutamente nada:

el variable itinerario de la erupción, la dualidad objetiva de ésta, las localizaciones del enantema, las variantes de la fiebre en intensidad, duración y forma de defervescencia, así como la diversa duración del período eruptivo, nos ofrecen constantemente una inestabilidad de carácter y un parecido con el sarampión ó con la escarlatina, que pueden referirse lógicamente á una de estas enfermedades.

El sello general de benignidad que en ocasiones muestra la alfombrilla parece constituir un rasgo característico; pero cuando buscamos en los diferentes detalles del mecanismo evolutivo la comprobación de este hecho que podríamos denominar de *primera impresión*, se difumina semejante característica de conjunto, pues vemos que en todos los factores de esta enfermedad hay tal variabilidad desde el punto de vista intensivo, cronológico y de todo orden, que no hay manera de encontrar los elementos indispensables para hacer una descripción tipo. Por otra parte, el sello de benignidad le hallamos también con gran frecuencia en la escarlatina, y muy especialmente en el sarampión y aun en la viruela; de suerte que carece en absoluto de fuerza individualizadora respecto de la alfombrilla.

Otra circunstancia de gran significación, en apariencia, es la simultaneidad con que en ocasiones se desarrollan el enantema y la erupción, ó el preceder esta última á la primera. Por de pronto, semejante extemporánea aparición del enantema pierde por completo la fuerza probatoria, desde el momento en que los defensores de la rubéola admiten que á veces se presenta aquél en el período prodrómico, pues queda reducida la significación de tales desviaciones cronológicas á una de tantas anomalías que se observan á menudo en todas las fiebres eruptivas. Además, ¿qué solidez puede ofrecer un juicio diagnóstico fundado en el momento del curso evolutivo de la enfermedad en que se desarrolla el enantema, tratándose de un proceso infeccioso, y dentro de esta clase, de una naturaleza tan *poco densa* como son las fiebres eruptivas máculo-papulosas? ¿Qué tiene de decisivo el que por causas conocidas ó desconocidas se retrase el brote enantemático, cuando tal vez pudiera explicarse ya por lo muy abrigado que estuviera el niño en la cama, ó bien por delicadeza anatómica de su piel, circunstancias, una y otra, que pudieran dar razón de la precocidad del brote cutáneo, ó por resistencia insólita de sus mucosas, lo que podría explicar el retraso en la aparición del enantema? Si la rubéola fuera una enfermedad frecuente, aún podría adquirir algún relieve semejante particularidad; pero siendo como es un estado morboso raro, carece

por completo de valor, toda vez que el solo hecho de aparecer la rubéola representa ya en sí una cosa excepcional, un suceso patológico inusitado, siendo, por consiguiente, lógico interpretar las ligeras desviaciones que en la sucesión de algunos fenómenos se presenten, como una de las manifestaciones de lo anómalo de la enfermedad, supuesto que no hay otras circunstancias que la revelen como entidad morbosa independiente.

No hay que olvidar la grandísima importancia que tiene lo limitado de las epidemias rubeólicas, porque, á mi juicio, lo circunscrito de sus dominios, unido á lo fugaz de su existencia, denotan que se trata de una forma anómala ó atenuada de otra enfermedad de arraigo más ó menos permanente en las poblaciones en que la epidemia se desarrolla; porque si fuera un padecimiento independiente, no se ve la razón de que la expansión epidémica no fuera de radio más extenso, ni de que se presente tan raras veces, ni de que desaparezca por completo sin dejar rastros endémicos en las poblaciones, como ocurre con las demás fiebres eruptivas, sino que, por el contrario, el presentarse endémicamente es muy excepcional.

La *descamación* no ofrece nada de especial; pues aunque es ligera y aun puede faltar, sabido es que en el sarampión es también en ocasiones imperceptible y que rara vez es muy general; por lo demás, es furúacea como en esta última enfermedad.

Creo, por consiguiente, que la rubéola no constituye una entidad morbosa independiente, sino que se trata de un verdadero sarampión ó de una escarlatina atenuados ó de intensidad ordinaria. Lo que ocurrirá probablemente, es que se presentan unos cuantos casos de sarampión benigno, por ejemplo, en un asilo, y la impresión que producen por su benignidad es la de una epidemia de alfombrilla, cuyo juicio se halla fácilmente confirmado por haber padecido anteriormente sarampión alguno de los niños atacados—lo cual no es muy raro, pudiendo también suceder que se crea que el niño ha padecido ya sarampión nada más que porque los padres lo dicen, ¡y son á veces tan erróneas las referencias!—; y cuando ya ha arraigado la creencia de que se trata de una epidemia rubeólica, las diferencias de intensidad que cada caso ofrezca se conceptúan como variantes legítimas de la alfombrilla; y como no existe ningún fenómeno que sea peculiar de esta enfermedad, termina la epidemia sin que se haya rectificado el diagnóstico; y prueba de que lo que se cree rubéola no siempre es benigna, es que Cheadle ha dado á conocer formas graves.

Del *pronóstico* y del *tratamiento* no tengo por qué ocuparme, desde el momento en que considero á la rubéola como casos de escarlatina y más frecuentemente de sarampión.

Viruela.

Algunos autores de la especialidad no se ocupan de este padecimiento, por no considerarle dentro de ella en virtud de su rareza en los primeros años de la vida. No estoy conforme con semejante criterio por dos razones, de principio una y de hecho otra. La primera se refiere á la gran predisposición que el niño tiene á esta enfermedad, cuya circunstancia me hace considerarla como de la infancia, *no exclusiva*, lo cual es muy diferente, sino una de las que atacan preferentemente á los niños, pues el que no ocurra así es debido á la inmunidad de que artificialmente se les reviste mediante la vacunación. La segunda razón no es precisamente discrepancia de juicio, sino la resultante pura y necesaria de la diversidad de circunstancias; pues en tanto que en otros países la práctica de la vacunación es general y por lo mismo es excepcional la viruela en los niños, en España dista mucho de hallarse tan generalizado este beneficioso recurso profiláctico, por lo que se presentan muchos casos de viruela, sobre todo en los niños pobres.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—Como enfermedad específica y contagiosa puede afirmarse que es originada por causa viva, siquiera no haya sido ésta todavía determinada, pues ni el *micrococcus tetragone* ni el *tetracoccus variola* pueden ser considerados como su agente causal. Es, pues, inútil buscar otros elementos de causalidad esencial, porque todas las demás circunstancias que figuran en la etiología no son sino condiciones que favorecen ó dificultan la acción de la causa única de la enfermedad. Mas respecto de esta causa he de formular la siguiente pregunta: ¿las diferentes clases de varioloides y de viruela, son producidas por el mismo microbio? Así se cree, así se dice, pero yo no lo afirmo, si bien tampoco tengo convencimiento bastante en contrario para negarlo.

El fundamento de la unidad etiológica de la varioloides y de la viruela se halla en la reciprocidad de sus diversas formas en la amplia esfera del contagio: una varioloides engendra una viruela, una viruela discreta da lugar en otro individuo á una hemorrágica, una viruela confluyente determina una varioloides, etcétera; y en vista de estos hechos se deduce que el germen causal es el mismo, y que lo que varía es el terreno, las condiciones individuales, que responden de distinta manera al impulso etiológico. La consecuencia es estrictamente lógica; ¿pero es de igual manera necesariamente exacta? Yo creo que no; son términos muy diferentes; las apariencias son, en efecto, de identidad causal, pero la realidad permanece oculta ínterin no se haya descubierto la bacteria productora del