

Diagnóstico.—Si no está reinando una epidemia, no es fácil, porque puede confundirse con un catarro más ó menos generalizado, pero de otra naturaleza. El diagnóstico sólo se afirma al aparecer la erupción.

Pronóstico.—Depende de la malignidad que ofrezca la epidemia, si la hay; de la confluencia de las pápulas, y de las complicaciones. En general no es grave.

Tratamiento.—El profiláctico lo constituye el aislamiento y la desinfección. El curativo propiamente dicho, no existe, y todo se reduce á mantener las funciones de la piel y combatir los síntomas.

ROSA.—ROSEOLA

Según algunos autores, la rosa es un sarampión degenerado; pero más propiamente constituye un proceso distinto.

El período podrómico es parecido al del sarampión; pero no va, como éste, acompañado de enantema (catarros ocular, nasal, bronquial, etc.) La erupción de la rosa es más bien maculosa que papulosa, más irregular y más ancha que la del sarampión.

En el período eruptivo la fiebre es escasa, como también lo es la erupción.

Pronóstico y tratamiento.—Leve el primero y puramente dietético el segundo.

ESCARLATINA.—FIEBRE ROJA.—ALFOMBRILLA

Se llama escarlatina porque da lugar á un exantema de color rojo escarlata.

Etiología.—La escarlatina es contagiosa en todos sus períodos, pero principalmente en el de descamación. Las investigaciones

bacteriológicas que se han hecho con el objeto de encontrar el microbio patógeno, han dado hasta hoy pocos resultados; con todo, ha podido apreciarse un diplococo que inoculado en la ternera produce un aparato febril acompañado de una erupción parecida á la de la erisipela.

En todas las edades puede padecerse, pero ataca preferentemente á los niños de la primera y de la segunda infancia, siendo de notar que cuanta más edad tiene el enfermo, más gravedad presenta.

Síntomas.—Para su mejor explicación, es costumbre dividir la evolución de la escarlatina en cuatro períodos: incubación, invasión, erupción y descamación.

El primer período ó de *incubación*, no se manifiesta por ningún síntoma; pero se calcula que puede durar de uno á seis ó siete días.

Invasión.—Hay fiebre alta; la cifra térmica se eleva á 40° y aun más; el pulso es muy frecuente (170 ó 140 pulsaciones por minuto); la piel está seca; la lengua, saburral al principio, pero después se torna roja como un pimiento, y aparece con gran constancia una angina catarral ó pultácea.

A estos síntomas se agregan otros en las formas graves, como fenómenos gastro-hepáticos, delirio, y en los niños hasta convulsiones. Este período dura de uno á tres días; pero ordinariamente á las veinticuatro horas empieza la erupción.

Erupción.—Siguen los síntomas del período anterior y aparece la erupción, caracterizada por una rubicundez difusa de color rojo-es-carlata, sobre cuyo fondo se destaca un punteado más obscuro.

La erupción no comienza por la cara, como en el sarampión y en la viruela, sino que al contrario, muchas veces es respetada: invade sucesivamente el pecho, el abdomen, los pliegues de los miembros, y se extiende al resto del cuerpo. Cuando se pasa la uña ó un lápiz por las partes ocupadas por la erupción, se produce una línea blanca que destaca sobre el fondo rojo. Sucede muchas veces que al terminarse la erupción se promueve un sudor profuso; se sostiene la pirexia,

pero al cabo de tres ó cuatro días van decreciendo los síntomas; la fiebre remite, la angina también, la coloración roja del exantema se vuelve morena cobriza, y se entra en el período de

Descamación.—Empieza del sexto al noveno día de la enfermedad. La piel se agrieta y se desprende; en la cara, la descamación se verifica por pequeñas escamas; en el tronco, por escamas de uno ó dos centímetros; en los brazos y piernas tienen mucha mayor longitud, y en las manos, á veces tienen la forma de la región que ocupaban. La descamación queda completada generalmente á los cuarenta días ó poco antes.

Complicaciones.—Puede morir el enfermo á consecuencia de una angina diftérica ó de la gangrenosa.

La complicación renal es la común y ordinaria, en forma de nefritis parenquimatosa aguda con todas sus consecuencias (albuminuria, edemas, uremia cerebral de forma comatosa ó convulsiva, etc.). Esta complicación nefrítica es más común en el período de descamación ó declinación de la enfermedad que en los demás períodos, y en ocasiones aparece muy tardíamente. Sea cual fuere el período en que se presente, puede seguir los trámites de toda nefritis: curación, paso al estado crónico, ó la muerte.

Una impresión *a frigore* puede producir el edema y hasta el anasarca, que distinguiremos del motivado por la nefritis, en virtud de los datos negativos que nos proporcionará el examen uroscópico.

El reumatismo agudo muscular fibroso y el articular pueden presentarse en cualquier período, pero es más común en el segundo.

Pueden presentarse otras complicaciones como la meningitis cerebro-espinal, la pulmonía, la pleuresía, etc.

Todo esto puede ofrecerse en el curso de una escarlatina de marcha regular y franca.

FORMAS DE LA ESCARLATINA.—*Escarlatina sin escarlatina ó escarlatina sin exantema.*—Presenta los mismos fenómenos que la escarlatina franca, con la sola diferencia de que no hay exantema. Esta

escarlatina sólo se manifiesta por una angina acompañada de alta temperatura propia de esta infección, y por la común aparición de edemas albuminúricos.

Escarlatina hemorrágica.—Es la forma más funesta; afortunadamente es muy rara. Se caracteriza por las hemorragias que, generalmente, aparecen cuando la erupción, siendo la epistaxis y la hematuria las más habituales. Las manchas son de color vinoso, con petequias y equimosis.

Escarlatina maligna.—Se manifiesta desde los primeros momentos por una temperatura excesiva con extraordinaria frecuencia del pulso; fenómenos cerebrales hiperémicos: delirio, agitación, convulsiones, etc.; y el enfermo muere antes de aparecer la erupción, presa de accesos y de disnea, que por ser ordinariamente de origen cerebral no se acompañan de grandes fenómenos estetoscópicos.

Diagnóstico.—El período de invasión se parece al de la viruela, por la intensidad de la fiebre; pero ésta se sostiene en la escarlatina al brotar la erupción, y además va acompañada de angina. La escarlatina sin exantema puede pasar desapercibida; pero la presencia de una angina acompañada de alta temperatura y la albuminuria nos ayudan para formar el diagnóstico. Una vez aparece la erupción, no hay lugar á confusiones: la forma y el orden de aparición son diferentes en la viruela.

Pronóstico.—Es un exantema grave, por las complicaciones que suelen acompañarle y por su fácil retropulsión.

La profilaxis consiste en el aislamiento de los enfermos y en la desinfección de las ropas, etc. El tratamiento curativo no existe, pues desconocemos el germen causal y sus atenuantes, por manera que hoy por hoy la medicación es puramente sintomática. La escarlatina de mediana intensidad no exige más que los cuidados higiénicos.

Si se presenta la retropulsión, echaremos mano de los amoniacaes, de los revulsivos, y hasta de un baño frío ó caliente con mostaza, con lo cual puede lograrse la reaparición del exantema. Conviene no

exagerar el abrigo que las familias suelen poner á los enfermos, y prevenir el desarrollo de las nefritis teniendo el enfermo en casa hasta veinticinco días después de la descamación.

PALUDISMO.—INFECCIÓN PALÚDICA.—MALARIA

Se presenta con fijeza en los terrenos pantanosos, sean de aguas dulces ó saladas; y, accidentalmente, en las grandes remociones de tierras ó en dondequiera que puedan estancarse aguas y corromperse.

El calor, la humedad y el remanso son las condiciones más favorables para su desarrollo. Sin embargo, estas condiciones no son absolutamente indispensables, porque el paludismo también es endémico en terrenos graníticos y volcánicos.

Raro el paludismo en los países del Norte y en los terrenos muy elevados, es frecuente en las comarcas bajas, calientes y templadas. En la provincia de Barcelona tenemos el delta del Llobregat, Castell de Fels, Prat y Gavá, en cuyas comarcas es endémico. En Italia, los alrededores de Roma, antes de su actual saneamiento. Son perjudicadas también las márgenes del Danubio, el Golfo de México, las Antillas, la costa de Africa, etc.

El paludismo es causado por un protozooario que habita en la sangre, ya suelto, ya englobado en el espesor de los hematies. El *plasmodium malarie*, que así se llama el agente patógeno, tiene movimientos amibóideos, y después de permanecer algún tiempo en el plasma penetra en los glóbulos rojos, los destruye y experimenta dentro de ellos las diversas fases de su ciclo evolutivo. Las fases más características del parásito, descrito por Laverán, son: la formación de un amebo provisto de largos flagelos contráctiles y susceptibles de desprenderse del cuerpo protoplasmático; y la producción de cuerpos semilunares pálidos provistos de una corona de granos melánicos en

el centro; estos granos melánicos son elaborados por el plasmódium á consecuencia de la asimilación de la hemoglobina.

Es preciso consignar que hay disparidad de opiniones respecto al número de las especies parasitarias productoras de la infección palúdica; y aun entre los que admiten varias formas de parásitos, no existe concordancia en el número y significación de las especies.

Durante el período apirético los gérmenes sueltos atacan los hematies y pasan por las fases endoglobulares. El comienzo de la fiebre coincide con la segmentación del plasmódium.

Prodúcense alteraciones varias en la sangre: disminuye notablemente el número de glóbulos rojos: de 5 millones que normalmente existen, queda reducido á 3 y 2 millones, efecto de la disgregación producida por el plasmódium; los glóbulos blancos aumentan en número; por fortuna también es mayor el número de los hematoblastos, lo cual permite la recuperación de los hematies. Se producen formaciones pigmentarias en la sangre de color apizarrado ó negro, ó de ocre amarillo. El bazo tiende al crecimiento y su color se torna achocolatado.

Preséntanse ingurgitaciones hepáticas y hasta cirrosis. Los pigmentos, arrastrados por la corriente sanguínea, forman embolias en el cerebro, bazo, hígado, etc.

FORMAS CLÍNICAS DEL PALUDISMO.—*Simple, pernicioso y larvado.*

A.—*Paludismo febril simple.*—Sea cual fuere el tipo de intermitencia de la fiebre, si se presenta dentro cierto ciclo, se le llama simple para distinguirlo del pernicioso y del larvado. *Variedades:* fiebres intermitentes, fiebres continuas y fiebres remitentes.

a.—*Fiebres intermitentes.*—Están constituídas por la sucesión de fenómenos febriles é infebriles. Según sea el tiempo que media entre uno y otro período febril, se clasifican en *tipos: cotidiano, tercianario, cuartanario, quintanario, sextanario, hebdomadario, etc.*

La fiebre intermitente *cotidiana* está caracterizada por un acceso febril todos los días.

La fiebre *terciana* se caracteriza por accesos que reaparecen cada dos días, dejando uno intermedio de apirexia.

En la fiebre *cuartana*, los accesos se repiten cada tres días, dejando entre ellos dos de apirexia.

Los demás *tipos* son muy raros.

Los tipos principales, cotidiana, terciana y cuartana, presentan variedades que se llaman *fiebres dobles* y *fiebres duplicadas*.

Las fiebres dobles se caracterizan por dos accesos que se presentan en el mismo día; en la *cotidiana doble* ambos accesos aparecen todos los días: en la *terciana doble* cada dos días, y cada tres en la *cuartana doble*.

En la *terciana duplicada* hay un acceso diario, pero cada tres días los accesos se corresponden por su intensidad, por su duración y por su hora de aparición (se corresponden los días pares y los impares entre sí).

En la *cuartana duplicada* hay dos días de acceso y uno de apirexia; el acceso del cuarto día es igual al del primero, y el acceso del quinto día igual al del segundo.

El acceso de la fiebre intermitente reaparece en día fijo y casi á la misma hora; si se retarda la hora de su aparición, se dice que la fiebre es *retardante*; si se adelanta se dice que es *anticipante*, y con el tiempo puede llegar á la continuidad; si se presenta un nuevo acceso antes que haya desaparecido el anterior, la fiebre se llama *subintrante*.

Un tipo puede transformarse en otro, y á veces las calenturas se presentan sin tipo fijo, en cuyo caso se llaman *erráticas*.

El período infebril se llama *apirético* ó *de intermitencia*, y el período febril, *paraxismo de la intermitencia*; éste está formado por los tres *estadios*: de frío, de calor y de sudor. El *estadio de frío* unas veces aparece bruscamente y otras va precedido de podromos (malestar, pandiculaciones, bostezos, trastornos gástricos, etc.). El frío puede ser sensible, y real ó termométrico; le acompaña un temblor general que

empieza por los músculos de la mandíbula con castañeteo de dientes, y se generaliza por todo el cuerpo hasta el extremo de hacerle tiritar. Si el frío es real, la piel está crispada y sus papilas prominentes le dan el aspecto de *piel de gallina*; la cara y las extremidades están frías y pálidas; hay grande ansiedad y mucha opresión; el pulso pequeño y frecuente, la orina poco abundante y acuosa. Si el frío es únicamente sensible, la temperatura puede llegar á 38° y aun más; sin embargo, el enfermo experimenta una violenta sensación de frío.

Después de una duración de media hora ó una hora, los escalofríos alternan con ráfagas de calor, comenzando así el *estadio de calor*. Ofrece éste el carácter de una pirexia de 38° á 39°, con 100 ó 120 pulsaciones por minuto: cambia la palidez del rostro por el encandimiento; los ojos están brillantes y húmedos, la piel seca y ardorosa, la sed intensa y la orina encendida. Este estadio guarda relación de intensidad con el de frío y suele durar de dos á cuatro horas. El *estadio de sudor* se manifiesta por un sudor abundante, acompañado de un descenso rápido de la temperatura. El enfermo experimenta una sensación general de bienestar y queda con un color pálido. La duración de este estadio es de dos á tres horas aproximadamente.

Hay enfermos que durante el primer estadio tienen vómitos, otros que en el segundo estadio ofrecen cefalalgia intensa, disnea, etc.

Las intermitentes simples pueden durar más ó menos tiempo. Se nota que abandonadas á sí mismas desaparecen por algún tiempo para volver á aparecer más tarde (Hipócrates); alejándose del foco palúdico suelen desaparecer, si no son inveteradas. Hay intermitentes que tratadas convenientemente no se cortan, y en cambio á veces desaparecen empleando medios empíricos y hasta en algún caso irracionales.

b.—*Fiebre remitente palúdica*.—Consiste en una fiebre continua que se amplía en ciertos períodos. La remitente palúdica puede presentar el tipo cotidiano simple ó doble. Las remitencias van generalmente acompañadas de trastornos digestivos.

C.—*Fiebre continua palúdica.*—En esta forma de paludismo nada revela la periodicidad; las exacerbaciones de la tarde no traspasan los límites de las demás enfermedades febriles, mientras que en las remitentes los paroxismos están perfectamente marcados y acompañados de los estadios.

B.—*Paludismo pernicioso.*—El paludismo pernicioso está constituido por la exageración de alguno de los estadios, lo cual pone al enfermo en estado alarmante, hasta el extremo de poder morir.

Se llama *perniciosa algida ó coleriforme* cuando se presenta exagerado el estadio de frío. La algidez generalmente es real, descendiendo la temperatura á menos de 36°, extendiéndose la frialdad por todo el cuerpo; al propio tiempo, el enfermo está pálido, los dedos enjutos y la piel crispada; el pulso es mísero, hay grande opresión y concentración de fuerzas y el enfermo se pone asfíctico. La cara cianótica, lo mismo que las uñas de las manos y de los pies, con todo el aspecto de un colérico, y para parecerse más á éste, algunos palúdicos tienen vómitos y diarrea. En este período puede ofrecerse un sudor agónico pegajoso, precursor de la muerte, si es que pronto no se opera una reacción franca.

La perniciosa del segundo estadio está caracterizada por la exageración del calor. Puede haber hiperemias y congestiones en diferentes vísceras, principalmente en las que son muy vascularizadas, como el pulmón, el hígado y el bazo, y esto pone en grave peligro al enfermo, si no rompe en un sudor que facilite la remisión de la fiebre.

En la *perniciosa sudoral* ó del tercer estadio, el sudor no produce ningún alivio como sucede en la fiebre intermitente franca; al contrario, aumenta la opresión y la algidez gracias á los sudores profusos que aniquilan al enfermo haciéndole caer en colapso.

La perniciosa palúdica puede matar en los tres estadios, pero es más frecuente en el segundo y el tercero.

C.—*Paludismo larvado.*—Puede constituir un hecho de gravedad ó no.

La máscara puede consistir en cualquier signo de otra enfermedad con la cual tiene poca ó ninguna analogía: la apoplejía, la pneumonía, un síncope, una neuralgia, una locura, etc., y detrás de esto hay una infección palúdica. Todos estos engaños y muchos más puede ofrecer el paludismo larvado, variando el peligro. El acceso dura unas cuantas horas solamente, para volver á aparecer en períodos más ó menos fijos.

Diagnóstico.—El diagnóstico del paludismo es á veces difícil. Un buen dato para el diagnóstico es el conocimiento de la localidad donde reside el enfermo, aunque puede radicar el paludismo en sitios no pantanosos, como hemos dicho al tratar de la etiología. Debemos recordar, á este propósito, que las corrientes aéreas pueden transportar los miasmas á sitios lejanos del foco palúdico; así la izquierda del Ensanche de Barcelona, azotada por los vientos de la comarca del Llobregat, es marcadamente palúdica; y en cambio el casco antiguo de la ciudad, que está protegido por la montaña de Monjuich, apenas ofrece ejemplos de aquella infección.

Otro dato que sirve para el diagnóstico es la periodicidad; aunque no quiere esto decir que sea exclusivo, pues hay enfermedades periódicas que no son palúdicas; p. ej., la neuralgia del trigésimo. En caso de duda, el tratamiento químico puede aclarar el concepto diagnóstico.

Establecido el diagnóstico general, débese conocer la forma, variedad y tipo que el paludismo reviste.

Si la forma es larvada, veremos procesos que, á no ser palúdicos, durarían mucho más tiempo y no presentarían la periodicidad.

Si las fiebres son continuas ó remitentes, las diagnosticaremos por los datos topográficos y por los resultados del tratamiento.

Pronóstico.—Es variable. En las formas simples, no es grave por regla general, á no ser que el enfermo haya de continuar viviendo en la localidad, pues entences se expone á las recidivas y sus consecuencias.

La palúdica de más fácil curación es la terciana; luego siguen por orden la cotidiana, la cuartana, la quintana, etc.

Las remitentes y las continuas tienen mucha más gravedad, no sólo por la continuidad de la fiebre, sino por su frecuente asociación con desórdenes más ó menos tíficos ó gastro-intestinales.

Las fiebres perniciosas y ciertas larvadas son muy graves, toda vez que puede morir el enfermo en el primer estadio del primer paroxismo; por manera que, á veces, ni siquiera podemos formar diagnóstico, ó por lo menos con seguridad.

Tratamiento.— La *profilaxis* comprende el saneamiento de los terrenos y la defensa individual. Es excelente el uso moderado del café y del alcohol, lo propio que una buena alimentación y permanecer en casa hasta que el sol esté ya alto en el horizonte.

Ordinariamente, y sobre todo en la intermitente y en la remitente simples, es necesario previamente poner en regla las vías digestivas, con un purgante ó un emético antes de administrar los antipiréticos. La *quinina* es el medicamento por excelencia del paludismo, y de las sales de quinina, el sulfato ácido y el clorhidro-sulfato son las de más actividad. Hay fiebres, sin embargo, que no ceden á la acción de la quinina y lo hacen con el arsénico, que puede usarse solo ó asociado á la quinina ó á otras substancias amargas como la cascarilla, el cardo estrellado, la beberina, etc. Se indica igualmente el azul de metileno.

Respecto al modo de administrar la quinina hay opiniones varias; pero el mejor consiste en propinar el medicamento acumulado cinco ó seis horas antes del paroxismo. Después de cortados los paroxismos, es bueno seguir con la quinina unos cuantos días más, pero á dosis decrecientes.

El tratamiento de las perniciosas y de las larvadas, en el fondo, es el mismo; pero si la forma es grave deben extremarse las dosis y propinarlas así que termine el paroxismo ó hasta durante él.

PALUDISMO CRÓNICO

Puede ser crónico desde el principio, ó bien estar constituído por la repetición de infecciones agudas.

La *anemia* es precoz. Tanto la piel como las mucosas adquieren un color pálido, no como el de la anemia, sino amarillo térreo comparable al de las hojas secas. Este color no es siempre igual, pues á veces la superficie cutánea está cubierta de pigmentos apizarrados. Algunos enfermos están vultuosos y los rasgos externos llevan impresos la tristeza y el abatimiento.

El *bazo* se ingurgita y endurece, produciendo comúnmente una sensación de tirantez y de peso.

El *hígado* experimenta alteraciones análogas á las del bazo, y además la degeneración amilóidea, que también puede extenderse al riñón.

Las vías digestivas están alteradas, lo propio que todas las funciones, lo cual no debe sorprendernos estando tan profundamente lesionada la sangre.

Las hemorragias son frecuentes gracias á la desintegración de los glóbulos rojos.

Unos enfermos están apiréticos y otros tienen fiebre, siendo el tipo cotidiano el más frecuente.

Pronóstico.—Es grave, por cuanto la *caquexia* palúdica es el término de las manifestaciones del paludismo crónico.

Diagnóstico.—El lugar y el síndrome tan complejo (color de la piel, fenómenos esplénicos y hepáticos y el decaimiento de fuerzas) son elementos bastantes para la formación de un buen diagnóstico. De la leucemia se distingue, porque ésta no se encuentra en sitios palúdicos; el color de la piel es de cera, hay infarto del bazo, mayor si cabe que en el paludismo, y es mucho más grave que éste.