2826

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ERITEMAS INFECCIOSOS

TESIS INAUGURAL

Para optar al grado de Doctor en Medicina

POR

LUIS VIAÑA

Ex-interno por concurso del Hospital Nacional de Clínicas (1890-91-92)

BUENOS AIRES

4076—Imp, Lit. y Enc. **MARIANO MORENO,** Corrientes, 829

1894

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ERITEMAS INFECCIOSOS

TESIS INAUGURAL

Para optar al grado de Doctor en Medicina

POR

LUIS VIAÑA

Ex-interno por concurso del Hospital Nacional de Clínicas (1890-91-92)

BUENOS AIRES

4076—Imp., Lit. y Enc. **MARIANO MORENO,** Corrientes, 829

1894

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.
La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.

Vicedecano

DR. D. EUFEMIO UBALLES.

Académicos Honorarios

DR. D. SANTIAGO LARROSA.
» » ERNESTO ABERG.
» » PABLO MARENGO.
» » EDUARDO WILDE.
» » IGNACIO PIROVANO.
» » MARTÍN SPUCH.

Académicos Titulares

DR. D. MAURICIO GONZÁLEZ CATÁN.
» » LEOPOLDO MONTES DE OCA.
» » JOSÉ T. BACA.
» » RAFAEL HERRERA VEGAS.
» » PEDRO MALLO.
» » JOSÉ M. ASTIGUETA.
» » JACOB DE T. PINTO.
» » EUFEMIO UBALLES.
» » JUAN R. FERNÁNDEZ.
» » ENRIQUE E. DEL ARCA.
» » PEDRO N. ARATA.
» » MANUEL BLANCAS.
» » ROBERTO WERNICKE.
» » PEDRO LAGLEYZE.
» » JOSÉ PENNA.

Secretario Titular

DR. D. LUIS M. ACUÑA.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Anatomia Descriptiva	Doctor	*Juan José Naon.*
Anatomia Topográfica.	"	*Mauricio González Catán*
Histologia teórico-práctica	"	*Andrés F. Llobet.*
Fisiologia General y Humana	"	*José M. Astigueta.*
Higiene Pública y Privada.	"	*Melitón González del Solar.*
Patologia General y Ejercicios clinicos	"	*Roberto Wernicke.*
Materia Médica y Terapéutica.	"	*Justiniano Ledesma*
Patologia Externa.	"	*Guillermo Udaondo.*
Patologia Interna	"	*José Penna.*
Anatomia Patológica	"	*Telémaco Susini.*
Medicina Operatoria	"	*Adalberto Ramaugé.*
Enfermedades de mujeres y Clinica Ginecológica.	"	*Jacob de T. Pinto.*
Enfermedades de niños y Clinica Pediátrica	"	*Manuel Blancas.*
Enfermedades de los ojos y Clinica Oftalmológica.	"	*Pedro Lagleyze.*
Enfermedades nerviosas y su clinica	"	*José M. Ramos Mejía.*
Enfermedades mentales y clinica respectiva	"	*Domingo Cabred.*
Clinica Quirúrgica	Dres.	*Ignacio Pirovano.* / *Julián Aguilar.*
Clinica Médica.	Dres.	*Eufemio Uballes.* / *Gregorio N. Chaves.*
Obstetricia y clinica respectiva	Doctor	*Samuel A. Molina.*
Medicina Legal y Toxicologia	"	*Eduardo M. Pérez.*
Quimica aplicada á la Medicina.	Dres.	*Pedro N. Arata.* / *Atanasio Quiroga.*
Física Médica.	Doctor	*Jaime R. Costa.*
Historia Natural Médica	"	*Eliseo Cantón*
Fisio-patologia experimental	"	*Juan B. Señorans.*
Enfermedades venéreas y dermatologia	"	*Baldomero Sommer.*
Laringologia, otologia y rinologia.	"	*Eduardo Obejero.*
Farmacia y Práctica farmacéutica	"	*Juan A. Boeri.*
Obstetricia para alumnas parteras	"	*Juan R. Fernández.*
Odontologia	"	*Nicasio Etchepareborda*

Asignaturas	Catedráticos sustitutos	
Anatomia Descriptiva.	Doctor	*Juan D. Piñero.*
Anatomia Topográfica.	Dres.	*Juvencio Z. Arce.* / *Avelino Gutiérrez.*
Histologia teórico-práctica.	Doctor	*Rodolfo de Gainza* (en ejer.)
Fisiologia General y Humana.		*Vacante.*
Higiene Pública y Privada	"	*Enrique Revilla.*
Patologia General y Ejercicios clinicos	"	*Gregorio Araoz Alfaro.*
Materia Médica y Terapéutica.	Dres.	*Enrique E. del Arca.* / *Angel M. Centeno.*
Patologia Externa.	Dres.	*Obdulio Hernández.* / *Pascual Palma* (en ejer.)
Patologia Interna	Doctor	*Marcial V. Quiroga.*
Anatomia Patológica	"	*Carlos Malbrán.*
Medicina Operatoria.	"	*Diógenes Decoud.*
Enfermedades de mujeres y Clinica Ginecológica.	Dres.	*Enrique Bazterrica* (en ejer.) / *Alfredo Lagarde.*
Enfermedades de niños y Clinica Pediátrica	Dres.	*Antonio F. Piñero.* / *Facundo Larguía.*
Enfermedades de los ojos y Clinica Oftalmológica	Dres.	*Francisco Barraza.* / *Teófilo A. Moret.*
Enfermedades nerviosas y su clinica	"	*José A. Esteves.*
Enfermedades mentales y clinica respectiva.		*Vacante*
Clinica Quirúrgica	Dres.	*Antonio C. Gandolfo.* / *Juan B. Justo.* / *Alejandro Castro* (en ejer.)
Clinica Médica.	Dres.	*Abel Ayerza* (en ejer.) / *Julio Méndez* / *Francisco Sicardi.*
Obstetricia y Clinica respectiva	Doctor	*Luis F. Vila.*
Medicina Legal y Toxicologia	"	*Francisco de Veiga.*
Quimica aplicada á la Medicina	"	*José M. Irízar.*
Farmacia y Práctica Farmacéutica		*Vacante.*
Laringologia, otologia y rinologia		*Vacante.*
Enfermedades venéreas y dermatologia.	"	*M. Aberastury* (en ejer.)
Obstetricia para alumnas parteras.	"	*Enrique Pietranera.*
Odontologia		*Vacante.*

PADRINO DE TESIS

Académico Dr. Roberto Wernicke

A mis padres

A mis tios, especialmente al

Sr. José M. Viaña

Señor Presidente,

Señores Profesores:

El capítulo de los eritemas infecciosos, es relativamente nuevo en la patología. Si bien es cierto que ya desde muy antiguo se habían observado en el curso de ciertas infecciones la presencia en la piel, de manchas más ó menos grandes y de aspectos variados, lo es también el hecho de que no se miraba en ellas, otra cosa que un síntoma inconstante de la enfermedad primera, una complicación sin importancia ó una simple coincidencia, sin dar jamás mayor valor á su estudio.

La observación moderna tiende á demostrar relaciones estrechas entre estos fenómenos cutáneos y las infecciones generales, no considerando á aquéllas como simples coincidencias sino como manifestaciones de la intoxicación general.

¿Cómo desconocer, en efecto, el rol del tegumento externo en presencia de los numerosos agentes patógenos que actúan perturbando las funciones de todos los órganos de la economía?

La piel como todo otro órgano vive, reacciona, y, según la expresión de Ricord, se queja á su ma-

nera, y si se tiene en cuenta las relaciones tanto fisiológicas como patológicas entre el tegumento y los órganos internos, parece indudable que aquélla sufrirá el ataque llevado á éstos, manifestándolo á su modo.

La denominación de eritemas infecciosos, que es con la que se describen hoy estas erupciones cutáneas que estudiaremos, nos parece debe sustituir á la de exantemas, con la que muchos autores las señalan en sus obras, por estar aquélla más de acuerdo con el lenguaje científico.

Ya Sauvage en el siglo pasado y posteriormente Alibert, (1) tomaban la palabra exantema como sinónimo de fiebre eruptiva. Bazin, completando la concepción de Sauvage y Alibert, distingue los exantemas de los pseudo-exantemas; los primeros tienen como caracteres esenciales el contagio, la evolución regular, la duración fija y la fiebre de invasión.

Los pseudo-exantemas no son contagiosos, pueden evolucionar sin fiebre, no existen períodos bien marcados, aunque su marcha es típica.

Más tarde, Besnier y Doyon añaden como carácter clínico importante, que los exantemas no recidivan jamás, en el sentido médico de la palabra; por el contrario, los pseudo-exantemas pueden recidivar y aun repetidas veces en el mismo sujeto.

Según estas distinciones más y más aceptadas

---

(1) Según Pignot.

hoy, los exantemas deben comprender sólo las fiebres eruptivas, y en los pseudo-exantemas entraría la serie confusa de los eritemas.

Ahora bien: ¿podían estos eritemas infecciosos ser comprendidos en el cuadro del eritema de Hebra? No lo creemos, porque en primer lugar, el origen infeccioso del eritema multiforme no está aún demostrado; y segundo, que los eritemas que estudiaremos son siempre secundarios. Por otra parte, no se podía, sin alterar el tipo, incorporar al eritema multiforme toda afección por el hecho de comprender en su plan, el eritema y el polimorfismo.

Estas erupciones que se presentan en el curso de enfermedades tan distintas, como el cólera, fiebre amarilla, difteria, influenza, escarlatina, etc., tienen entre sí grandes analogías, tanto en las diversas formas que ella reviste, como en su modo de aparición, marcha, terminación y aun en su sintomatología y pronóstico; sin embargo, y á pesar de esta frecuencia relativa, llama la atención el hecho de que gran parte de los autores, no señalen siquiera su posible aparición en el curso de ciertas enfermedades infecciosas; quizás debido á que no se da aún á su estudio la importancia que debe tener, sino bajo el punto de vista del pronóstico, á lo menos por la frecuente confusión con las fiebres eruptivas, pues en gran número de los casos hacen dudoso el diagnóstico.

En el estudio de los eritemas infecciosos, que es

el punto que hemos elegido para nuestra tesis, trataremos de hacer su descripción teniendo en cuenta los casos observadas en la Casa de Aislamiento, al mismo tiempo que las que dan los autores que han estudiado algunas de estas variedades.

Hemos dividido este trabajo en dos partes: en la primera, estudiaremos la patogenia, sintomatología, marcha, terminación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de estos eritemas; fundándonos para hacer esta descripción común, en la gran semejanza con que estas erupciones se presentan, en las distintas infecciones, semejanza que por lo demás ha sido ya reconocida por algunos autores.

En la segunda parte, estudiaremos sucintamente las particularidades de estos eritemas en las distintas enfermedades infecciosas.

Réstanos ahora agradecer al Dr. Penna los datos que nos ha suministrado, así como las observaciones que figuran en esta tesis y pertenecen todas á la clínica del distinguido é ilustrado profesor.

Condiciones etiológicas

PATOGENIA

La clase de los eritemas, que se puede decir, es completamente artificial, no tiene aún límites precisos, y ellos se extienden ó restringen según el agrado de los diferentes autores. Otro tanto sucede en la clasificación de sus infinitas variedades. No es pues extraño que una variedad catalogada hoy en un grupo, sea separada más tarde para ser comprendida en otro grupo distinto.

Leloir y Vidal ([1]) no considerando el eritema sino bajo el punto de vista de la sintomatología y de la anatomía patológica, lo dividen con Kaposi y la escuela de Viena, en hiperemias cutáneas y eritemas polimorfos.

Este segundo grupo podía, según los citados autores, comprender las tres divisiones siguientes:

1º. Eritemas poliformos de causa extrínseca, producidos por agentes tóxicos minerales, vegetales, animales, medicamentosos, alimenticios, etc.;

2º. Eritemas polimorfos de causa interna, sintomáticos de ciertas enfermedades diatésicas, tales

---

(1) *Traité descriptif des maladies de la peau.*

como la gota, reumatismo; ciertos estados patológicos, tales como la diabetis, albuminuria, cholemia, etc.

3º. Eritemas polimorfos infecciosos, en los cuales se puede mantener dos subdivisiones:

A) Eritemas polimorfos secundarios á los diversos estados mórbidos infecciosos determinados;

B) Eritemas polimorfos graves de naturaleza desconocida, llamados eritemas infecciosos primitivos.

Es de la primera de estas dos últimas subdivisiones que nos ocuparemos.

Su aparición está subordinada á la influencia de ciertas condiciones etiológicas que hacen que la piel de un sujeto, bajo la influencia de una misma causa, sea ó no hiperemiada.

Una de estas condiciones es la predisposición. No todos los sujetos que padecen de una enfermedad infecciosa presentan eritemas, y esto porque falta en ellos esta disposición constitucional ó adquirida que los pone en aptitud de presentarlos. Sucede acá, algo análogo á lo que pasa con otra variedad de eritemas, el medicamentoso, por ejemplo; sujetos hay en quienes la ingestión de un medicamento, por pequeña que sea su cantidad, es seguida rápidamente de una erupción más ó menos generalizada, pero casi siempre constante para el mismo individuo; por el contrario, dosis más considerables del mismo medicamento, son perfectamente toleradas por sujetos distintos.

La edad poco avanzada, parece ser de mucha

importancia, como condición etiológica, si se tiene en cuenta el gran número de estos eritemas observados en los niños. Se explica esto, por ser la piel del niño más sensible y presentar una circulación más activa que la del adulto.

El medio, según Hutinel, (1) tiene gran influencia; sus observaciones han sido hechas en pabellones destinados al aislamiento de sarampionosos graves ó complicados; notaba él la aparición de eritemas en series, siempre que por alguna circunstancia, no se hacía la evacuación y desinfección completa de estas pabellones.

Es en la influencia que ejerce el medio sobre los eritemas, que encontraremos quizá la explicación de la frecuencia con que éstos se presentan en ciertas epidemias y de su rareza en otras.

Patogenia. — Durante largo tiempo se ha pretendido ver en estas manchas de la piel, simples fenómenos de defensa del tegumento contra los microorganismos; se fué más allá aún, y luego que el rol de los microorganismos en la patogenia de las enfermedades fué claramente establecido, se llegó hasta describir el microbio del eritema; buscábase así la explicación de estas erupciones, no por una acción vaso-motora, sino por la teoría mecánica de la eliminación de los parásitos por la piel. Hoy no es posible mirar al microorganismo como el elemento directamente patógeno y por consiguiente

---

(1) Hutinel, *Archives generales de medicine*, 1892.

trasmisible del individuo enfermo al sano; nada en el estudio anátomo-patológico de los eritemas, justifica aquella suposición.

Hutinel, en sus repetidos exámenes de la sangre tomada de estos enfermos, ya sea en vida ó inmediatamente después de la muerte, no ha logrado jamás describir microorganismo alguno; ante este resultado siempre negativo de sus investigaciones, concluye diciendo: no existen pues gérmenes ni en la sangre ni en la piel, allí donde las máculas y las pápulas parecen atestiguar un movimiento de defensa del organismo.

Hoy los autores parecen estar conformes en que el modo patogénico que preside á la constitución de las lesiones eritematosas, es de orden neuro-vascular é invariable, según las ideas emitidas desde largo tiempo por Kœbner, Lewin, Auspitz y otros.

Es pues en la dilatación y estrechez de los vasos bajo la influencia del sistema nervioso, el sistema dominador del organismo, como se le llama, que encontraremos la explicación de estas lesiones.

Abrir y cerrar los vasos, ¿no es autorizar ó impedir gran número de fenómenos tanto morbosos como fisiológicos? (Charrin).

Veamos en qué consiste este fenómeno neuro-vascular. E. Renaut, ha demostrado que la piel está dividida en una infinidad de regiones vasculares, afectando la forma de conos cuyos vértices estarían en la arteria que les da origen y la base dirigida hacia la piel. Si los elementos musculares

de la arteria central están paralizados, todo su departamento se congestiona, y ésta se traduce en la piel, por las manchas rosadas, correspondientes á los conos invadidos.

Por el mismo mecanismo se conciben las diversas formas que el eritema afecta. Así, si el fenómeno neuro-vascular se traduce por una irritación de los vasos dilatadores, vendrá la hiperemia en el territorio cutáneo correspondiente; la mancha presentará un color rosado que desaparecerá á la presión. La parálisis posterior de los vasos constrictores, trae consigo el estancamiento de la sangre en el vaso dilatado, una mayor cantidad de oxígeno le es quitada por los elementos del tejido, recibe al mismo tiempo mayor cantidad de ácido carbónico y por consiguiente la coloración será más obscura y aún azulada.

La perturbación en la tonicidad del vaso, continuando, el éxtasis puede acompañarse de exudación de serosidad con formación de vesículas y finalmente la extravasación de algunos glóbulos rojos hace posible la hemorragia.

Tal es la explicación fisiológica que se da de las perturbaciones angio-neurosas.

¿Cuál es pues el origen de estas perturbaciones vaso-motoras que terminan por el eritema? Besnier dice: "cuái es en realidad el elemento de los eritemas infecciosos, no lo podemos decir, pero afirmamos, que es extremadamente variable, que parece ser de la naturaleza de estos numerosos venenos sép-

ticos autógenos que bajo influencias diversas, normales ó patológicas, banales ó específicas, se desenvuelven en la economía y presiden directamente á la génesis de un gran número de enfermedades."

Pero ante la realidad del origen infeccioso de estos eritemas, hecho probado tanto por los datos que suministra la clínica, como por los que dan las autopsias, y no siendo permitido ya ver en los parásitos el agente patógeno directo, forzoso parece pensar en la intoxicación del organismo, por los productos por ellos elaborados, tanto más si se recuerda la potencia que tienen ciertas secreciones microbianas sobre los vaso-motores; pues así como hay toxinas que impresionando los centros, producen estrechez de los vasos, hay también otras que traen la dilatación de las vías circulatorias. La linfa de Koch, secreción microbiana, es eminentemente vaso-dilatadora.

Es pues la teoría del envenenamiento del organismo por las toxinas, productos solubles segregados ó elaborados por los microorganismos, la que tiende á ser aceptada por la gran mayoría de los autores; hipotésis que no será confirmada sino el día que nos sean perfectamente conocidas la composición y propiedades de estos productos solubles, aun muy mal determinados.

En cuanto á saber si los eritemas son simple determinación cutánea de la infección primera, ó en otros términos, si están bajo la dependencia inme-

diata de las enfermedades infecciosas en las cuales se presentan, ó son, como lo quieren otros, debidos á una infección secundaria, no es posible asegurarlo aún, pero parece probable que deben ser considerados como reacciones de la piel comunes á gran número de infecciones.

Hutinel, sorprendido por la gran semejanza de estas erupciones en enfermedades tan distintas como la difteria, sarampión, fiebre tifoidea, etc., creyó poder atribuir estas manifestaciones á un solo agente; procedió pues á una serie de exámenes en sus diftéricos con eritema, y el resultado fué el siguiente: encontró siempre el estreptococo, sólo en muchos casos, asociado al bacilo de Klebs en otros: este segundo, ó bien desaparecía inmediatamente bajo la influencia del tratamiento, ó se mantenía aún después de varios exámenes. Fundándose en estos datos y en la frecuencia de los eritemas en otras enfermedades en donde el estreptococo desempeña un gran papel, no vacila en atribuir estos fenómenos á una infección secundaria á estreptococo. Esta hipótesis, por cierto muy seductora, aun no ha sido confirmada.

Es posible que en ciertos casos la afección no sea debida á un parásito único, sino como resultado de una infección por asociación microbiana.

Por lo demás, siendo ya un hecho observado, sobre el cual insisten algunos autores, la exaltación de la virulencia por la unión de los bacterios, y dada

la frecuencia con la que el estreptococo se encuentra en los diversos estados, nada extraño pues la asociación de éste con los otros bacterios patógenos, asociación con la cual se trata de explicar la gravedad excepcional que revisten algunos casos de eritema.

Anatomía patológica - Variedades
Sintomatología - Marcha
Terminación - Pronóstico - Tratamiento

La anatomía patológica de la lesión cutánea es la siguiente, según Leloir, que la ha estudiado en las diversas formas que él puede revestir.

En el primer grado, caracterizado por simples rubicundeces ó máculas más ó menos irregulares, sin infiltración aparente de la piel, se encuentra una dilatación de los vasos del dermis, en particular los de la capa papilar y de los de las regiones medias del dermis; bien que no haya infiltración aparente de la piel, existe ya muchas veces un ligero grado de diapedecis de glóbulos blancos, muchas veces glóbulos rojos y en fin una parte de suero sanguíneo, pero la exudación parece no contener fibrina. Los glóbulos blancos están casi siempre unidos á los vasos de donde emanan.

En suma, dice, se constata solamente un estado acentuado de hiperemia simple, acompañada de un ligero grado de los fenómenos característicos de la hiperemia exudativa en su principio.

Un grado más acentuado, son manchas de dimensión variable de un rojo vivo, algo azuladas. Estas

manchas son acompañadas de un ligero espesamiento de la piel y hacen pequeño relieve.

Aquí los fenómenos de exudación son constantes. Los vasos dilatados, en particular los de las papilas y los de la capa media del dermis, están rodeados de verdaderos estuches de células linfáticas extravasadas, llenos de glóbulos blancos. Hay también extravasación de algunos glóbulos rojos y de una parte de suero sanguíneo, coloreado, sin duda, en rojo por la hemoglobina.

Finalmente, si los fenómenos de exudación son más acentuados, entonces se ve sobrevenir verdaderas pápulas. En este caso, hay hiperemia exudativa del dermis y del hipodermis, pero sobre todo del dermis.

De una manera general, el proceso que preside á la formación de vesículas es el de la flictenización.

Hutinel (1) ha encontrado en las autopsias de enfermos fallecidos con eritemas graves, las siguientes lesiones: La sangre se presenta con una coloración negra sepia, se coagula difícilmente. En casi la totalidad de los casos el examen bacteoriológico es negativo.

En el aparato digestivo se han encontrado tumefacción de las placas de Peyer y algunas ulceraciones. Los ganglios mesentéricos infartados.

El hígado y bazo parecen ser los órganos más

---

(1) Loc. cit.

atacados. El primero muy aumentado de volumen, color pálido muy friable. El examen microscópico nuestra ligera degeneración grasosa perilobular.

El bazo, fuera del aumento de volumen, no presenta otra particularidad.

Riñones grandes, con degeneración turbia de las células de los tubos contorneados.

En los pulmones, lesiones de bronco-neumonía y focos de induración pulmonar.

En las numerosas investigaciones practicadas por Leloir y Vidal en los vasos del dermis y en los capilares, no han jamás encontrado las embolias celulares ó microbianas que Bohn y otros autores consideraban como causa de ciertos eritemas infecciosos.

Lo que indudablemente llama más la atención en la mayoría de estos enfermos, es el fenómeno cutáneo, la erupción, que puede revestir aspectos sumamente variados. Pertenecen, en gran parte, á las infinitas variedades del eritema polimorfo, ó se asemejan en otros á las de las fiebres eruptivas; pero nunca una misma forma se presenta exclusivamente en tal enfermedad infecciosa, ni es constante en un mismo sujeto, puesto que lo más frecuente, es ver las distintas formas combinarse ó sucederse en un solo enfermo como si una misma influencia mórbida obrase diferentemente según cier-

tas circunstancias, y sobre todo, según la irritabilidad propia de la piel de cada uno ; como con mucha razón se dice, que es el enfermo que hace su eritema.

Principiaremos el estudio sintomático, por la descripción de las formas observadas, tomando en primer lugar la forma llamada escarlatiniforme, que es una de las que con más frecuencia se ha presentado en los enfermos de la Casa de Aislamiento.

Esta forma, que algunas veces suele principiar por un eritema polimorfo para transformarse luego en escarlatiniforme, y otras veces afecta esta forma desde su principio, se halla constituída por pequeños puntos rojos muy aproximados, que desaparecen á la presión é invaden rápidamente los miembros superiores é inferiores, siguen al dorso, pecho y abdómen, respetando generalmente el rostro. La erupción, una vez generalizada, da á la piel una coloración escarlata característica. La semejanza con la escarlatina es tal, que la confusión es muy frecuente. En el capítulo de diagnóstico, veremos los caracteres que permiten diferenciarla.

Se han observado también eritemas escarlatiniformes á repetición, seguidos de descamación, muy semejantes á los que Besnier estudia con el nombre de eritema escarlatiniforme descamativo recidivante, y que según este autor sería distinto del que estudiamos y que él denomina escarlatinoides, por su carácter siempre deuteropático, su origen infeccioso y su marcha rápida.

Otras veces la erupción se presenta bajo forma de manchas pequeñas, completamente irregulares, de bordes cortados en forma de semilunas, tienen una coloración rojo amarillenta y aun ligeramente azulada, aparecen en los sitios de elección que luego veremos y se generalizan en seguida constituyendo la variedad llamada morvilliforme ó rubeólica por su semejanza con el sarampión.

Esta forma se dice que es más rara y generalmente efímera, pasajera y transitoria.

La variedad pápulo-pustulosa observada por Unna en un diftérico y por Hutinel en un tifoideo, formada ésta por eflorecencias eritematosas dispuestas irregularmente sobre el dorso de las manos, en medio de estas manchas se veían algunas pústulas á base rojo indurada. Limitada en un principio á los pies y manos, se extendió más tarde al antebrazo y brazo con los mismos caracteres.

Las formas más comúnmente observadas son las de eritema liso, dispuesto en forma de manchas más ó menos grandes, cuyo tamaño varía desde una cabeza de alfiler hasta una placa como la uña, de una coloración rosada ó rojo vivo, de bordes á menudo difusos; estas manchas desaparecen á la presión, no hacen eminencia apreciable á la vista ni aun al tacto. Se acrecentan excéntricamente y tienen gran tendencia á tomar una coloración azulada.

El crecimiento de estas máculas unas veces, su desaparición ó la disminución de su coloración otras, dan lugar á numerosas combinaciones y por consi-

guiente á variados aspectos que si bien no constituyen tipos distintos, son otras tantas variedades del tipo primitivo. Así, si las manchas palidecen rápidamente en el centro, mientras la periferia roja continúa acrecentándose, tendremos el eritema anular; si muchos círculos se encuentran confundiéndose sus bordes, se formarán líneas y dibujos variados que dan lugar á la forma de eritema figurado (Eritema gyratum), etc.

Otras veces los elementos eruptivos son salientes y dan al tacto la sensación de relieve ó espesamiento de la piel: eritema papuloso.

Finalmente, erupciones en forma de urticaria vienen á complicar á los primeros, haciendo más completo el polimorfismo; y sin embargo, aun en estos casos se dice que las comezones son excepcionales.

Una última variedad de los eritemas infecciosos es la forma purpúrica. Se presenta ésta bajo la forma de puntos generalmente muy pequeños, del tamaño de una cabeza de alfiler, reposando sobre un fondo eritematoso. Las hemorragias viscerales no han sido jamás observadas.

Esta variedad, rara como manifestación única, existe asociada á las otras formas ya mencionadas.

El período de la enfermedad en que estos eritemas se observan, es variable; pueden presentarse al prin-

cipio en el período de estadío y aún en la convalecencia de los diversos estados infecciosos. Principian casi siempre en los mismos puntos que por esto se han llamado sitios de elección, y son: los puños, codos, rodillas, al nivel de los maleolos y en las nalgas; es en estos puntos donde la erupción es más confluente y persiste por más tiempo, pudiendo aún quedar allí localizada. Más tarde se generalizan invadiendo sucesivamente los brazos, piernas, tórax, abdómen y aun la cara; jamás se acompañan de erupciones similares en las mucosas, y aunque Besnier (1) cree que éstas pueden ser atacadas por la erupción, la observación tiende á demostrar el hecho contrario.

Los síntomas generales que muchas veces acompañan á la erupción, no están siempre en relación con la extensión del eritema, pues hay eritemas discretos y limitados que se unen á fenómenos generales graves, mientras otros que cubren la totalidad del tegumento, son relativamente poco malignos.

El período de la enfermedad en la que se desarrollan, el estado del organismo en general, ó mejor dicho, las condiciones en las cuales los eritemas se producen y sobre todo la gravedad de la infección, sea primitiva ó secundaria, son causas que hacen variar la intensidad de los síntomas generales en los distintos enfermos.

La temperatura sufre un ligero ascenso, pero de

---

(1) Besnier, *Annales de Dermatologie et Syphilographie*, 180.

corta duración y cae generalmente al segundo día; en casos benignos, la erupción se hace sin modificación alguna de la curva térmica; otros por el contrario se acompañan de modificaciones bruscas de la temperatura: pudiendo elevarse á 39° y 40°, para descender al siguiente día y ser seguido de un nuevo ascenso uno ó dos días después, ó continuar bajando, sin que estos descensos signifiquen siempre mejoría del estado general del enfermo.

El pulso sigue una marcha paralela á la temperatura, tan luego se acelera como disminuye en frecuencia é intensidad, terminando por ser irregular y desigual.

Las perturbaciones digestivas son frecuentes. M. Herbland-Morin ha observado vómitos y en los enfermos de Hutinel, este síntoma se ha presentado con mucha frecuencia; desde luego alimenticios, después mucosos verdosos, muy semejantes á los de peritonitis. Trastornos en las secreciones biliar é intestinales, diarreas fétidas y obscuras.

Parecen predominar los síntomas del lado de los órganos hacia los cuales se localiza la enfermedad primitiva ó sus complicaciones; así, en los tifoideos son las perturbaciones gastro-intestinales y térmicas, las manifestaciones pulmonares y respiratorias en los sarampionosos y en los diftéricos las del corazón y riñones.

En los casos de mucha gravedad se han observado síntomas del lado de los diversos aparatos, propios de las grandes infecciones. La facies palidece, hay

gran postración, debilidad é impotencia muscular, enflaquecimiento rápido, etc.

Finalmente "una facies extraviada, los ojos rodeados de un círculo rojo, una nariz afilada, mirada fija, un aire de estupor, una tendencia marcada á la cianosis de las extremidades, completan un cuadro sintomático de los más lamentables (Hutinel)." (1).

Marcha y terminación.—Pronóstico.—Localizados en un principio á los sitios de elección, invaden rápidamente el tegumento y al cabo de corto tiempo alcanzan á una generalización completa; se mantienen en este estado de uno á cuatro días y desaparecen sin dejar trazas ó á veces una ligera coloración parda pasajera. La descamación no se hace jamás, salvo en la forma llamada descamativa.

Otras veces puede presentarse una nueva erupción terminando ésta como la primera y en casos raros seguida de nuevos *poussés* hasta la muerte.

El pronóstico en la mayoría de los enfermos es benigno, no siendo el eritema sino un accidente en el curso de la enfermedad y cuya evolución no modifica en nada; pero los eritemas que sobrevienen en la convalecencia y se acompañan de síntomas generales, deben hacer temer siempre una grave infección y ser muy reservados en el pronóstico.

---

(1) Loc. cit.

Tratamiento.—La erupción cutánea desaparece sin medicación alguna.

En los casos graves, el tratamiento será puramente sintomático, tratar de combatir la infección haciendo uso de los tónicos generales, de la quinina, cafeina, café, etc., y de las demás sustancias aconsejadas en estos casos.

El tratamiento aconsejado, según Hutinel, debe ser preventivo. Dado el rol de los microorganismos y teniendo presente las grietas en la boca, sitios frecuentes de absorción, se debe hacer la antisepsia rigurosa y continua de la cavidad bucal, en las enfermedades de origen infeccioso.

Diagnóstico

El capítulo de diagnóstico es sin duda alguna el que ofrece mayor interés en el estudio de los eritemas infecciosos, puesto que es de allí de donde principalmente deriva la importancia que hoy se da á su estudio.

La confusión de estos eritemas con las fiebres eruptivas, sobre todo con la escarlatina y sarampión, ha sido y es aún sumamente frecuente, debido tal vez á que no se tiene en cuenta sino la erupción cutánea sin dar mayor importancia á otros caracteres propios de los eritemas, con ayuda de los cuales es casi siempre posible el diagnóstico; si bien creemos que en una escarlatina ó sarampión anómalos, la distinción pueda presentar algunas dificultades, es por el contrario siempre fácil, en la mayoría de los casos.

Para mayor claridad, hacemos un resumen de los síntomas más salientes de estas dos fiebres eruptivas, y de la comparación con la marcha ya descrita de los eritemas, resaltarán más los caracteres diferenciales.

Escarlatina.—Después de un período prodrómico cuya duración es de 12 á 24 horas y aún tres días,

caracterizado por la elevación de la temperatura 38° á 40°, angina precoz acompañada de rubicundez de las amígdalas y velo del paladar, aparición de puntos rojos obscuros en estos sitios, prolongándose aunque con menos intensidad á la bóveda palatina, faringe y á veces la laringe, aparece el exantema sin que los síntomas generales decrezcan en lo más mínimo. La erupción caracterizada por pequeños puntos muy aproximados de un color rojo pronunciado, principia en el cuello y región clavicular, extendiéndose rápidamente al dorso, pecho y miembros superiores é inferiores, ocupando en estos últimos, sobre todo el lado de la flexión. La cara enrojecida por la fiebre y aún turgescente, es generalmente respetada por la erupción; excepcionalmente se ven aparecer manchas en la frente y aún en tal caso el contorno de la boca queda siempre pálido.

En los distintos puntos la erupción afecta generalmente la forma de manchas del tamaño de una lenteja, desaparece á la presión y la piel ofrece un aspecto edematoso.

Es al segundo día que la erupción alcanza su máximum de extensión é intensidad, tomando el tinte escarlata característico. La piel está seca, caliente y quemante.

Los síntomas generales del primer período siguen con igual intensidad ó con ligero aumento; pueden también observarse infartos ganglionares.

Se mantiene así uno á tres y aun siete días, durante los cuales la erupción sigue las alternativas de la

temperatura; finalmente, empieza á desaparecer siguiendo el orden de producción; con ello la fiebre y síntomas generales decrecen igualmente. Después de cuatro á ocho días la erupción cutánea ha desaparecido dejando una pigmentación amarillo obscura: comienza entonces el período de descamación.

La descamación se hace en la cara en forma de escamitas furfuráceas más grandes que en el sarampión; en el tronco y miembros las escamas son más extensas y más gruesas, y en las extremidades, especialmente en las manos y pies, se desprenden anchas láminas hasta comprender todo un dedo.

Sarampión.—En el período prodrómico, además de la fiebre, malestar general, etc., se nota el catarro óculo-nasal bastante intenso para ser perfectamente apreciable. En el velo del paladar se puede ya observar fuera de la vascularización intensa de la mucosa, pequeñas manchas rojas.

La fiebre y síntomas generales siguen hasta la aparición del exantema y continúan con él. Éste se presenta desde luego en la cara, sobre la frente, extendiéndose rápidamente al tronco, y en 24 á 36 horas se puede encontrar completamente cubierto el cuello, tronco y miembros, donde aparece en último término, presentándose siempre más confluente en el lado de la extensión que en el de la flexión.

Del cuarto al quinto día de la enfermedad, la temperatura ha alcanzado al máximum 40°, el exantema igualmente háse extendido hasta ocupar la palma de las manos y la planta de los pies. Desde este mo-

mento empieza á disminuir paulatinamente hasta su desaparición.

La erupción está formada por manchas más ó menos grandes de una coloración rojo azulada ó rojo amarillenta que desaparece á la presión digital: son lisas ó ligeramente papulosas, agrupándose en ciertos puntos hasta ser confluentes, pero siempre hay entre estas superficies, piel con su coloración normal. Sus bordes son irregulares ó en forma de semilunas y la periferia, donde la coloración no disminuye, es siempre bien limitada.

Las sensaciones de quemadura y de comezón, son constantes.

La desaparición se hace siguiendo el orden de producción, dejando una pigmentación amarilla ú obscura.

La descamación, finalmente, es en forma de pequeñas escamas, furfurácea y apirética.

Después de esta rápida exposición de los síntomas más culminantes de estas dos fiebres eruptivas con las cuales se los confunde más comúnmente, veamos cuáles son los caracteres diferenciales que nos permiten hacer el diagnóstico; éstos son: 1º, la ausencia de elevación térmica en gran número de los casos, ó la irregularidad de la curva y su poca extensión en otros, la que generalmente desaparece al segundo día; 2º, ausencia de los síntomas que son, se puede decir, característicos de estas fiebres eruptivas, angina en la escarlatina, catarro óculo-nasal en el sarampión; 3º, la forma de la

erupción, que si en muchos casos es análoga á la de aquéllas, es más comúnmente polimorfa; difiere también en su sitio de origen y modo de generalización. En los eritemas principia la erupción en las extremidades (sitios de elección ya indicados) y se propagan siguiendo un sentido centrípeto desde su primitivo lugar al dorso de la mano, antebrazo, brazo, etc.; por último, la desaparición rápida de la erupción. 4º, nunca á los eritemas acompañan erupciones similares en las mucosas, tan constantes en las fiebres eruptivas; 5º, la ausencia de descamación en la casi totalidad de estos enfermos; 6º, finalmente, en casos particulares podía tenerse en cuenta la falta de influencia perjudicial sobre el crup que parece curar más á menudo (Sée) (1) como también la aparición posible de una escarlatina ó sarampión.

La rubeola, que es descripta por los autores bajo diversas denominaciones (roseolo epidémica, alfombrilla, *rœtheln* de los alemanes), y que aunque no es aceptada por todos como una fiebre eruptiva diferente de las otras, hoy tiende sin embargo á ocupar un lugar en el cuadro nosológico como entidad mórbida distinta y no como simple forma atenuada de sarampión ó como hibridismo de escarlatina y sarampión; que es como la consideran los que niegan su existencia independiente.

---

(1) Morell-Mackenzie, *Traité practique des maladies du larynx, du pharynx, de la trachée*, 1882.

La rubeola, digo, así descripta, puede ser fácilmente confundida con los eritemas, puesto que el aspecto mismo de la erupción que es esencialmente polimorfo en la rubeola, le asemeja mucho á la de los eritemas.

Sin embargo, el enantema en la rubeola, es siempre bien pronunciado y el catarro óculo-nasal existe también, aunque posterior á la aparición del exantema. Otro de los síntomas característicos es el infarto doloroso de los ganglios retro, subauriculares y externo mastóideos, pudiendo extenderse á los de la axila é ingle; es siempre duradero.

En suma, existen los mismos caracteres diferenciales en la rubeola que con el sarampión, siendo en la primera menos marcados, incluso la descamación que es siempre poco pronunciada.

La viruela se distingue de los eritemas varioliformes, fuera de los caracteres ya enumerados, comunes puede decirse, á las fiebres eruptivas, por la ausencia completa de los síntomas que son siempre muy pronunciados y fijos, que caracterizan la invasión de la viruela, como también por la irregularidad tanto en la forma de la erupción como en su evolución.

El aspecto uniforme de la urticaria común y el prurito siempre intenso, distinguen á esta, de las formas urticadas de los eritemas infecciosos.

Las roseolas medicamentosas ó eritemas patogenéticos, como también se les llama, formadas por manchas rojas de distintas formas, que unas veces

se asemejan al sarampión, otras á la escarlatina, son rara vez discretas, á menudo confluentes, casi siempre pruriginosas, se acompañan de una sensación de comezón y quemadura que los lleva á rascarse continuamente, modificando de este modo el elemento eruptivo.

Son casi siempre apiréticos, y si en algunos casos de erupción muy generalizada se acompañan de fiebre, suele también haber perturbaciones gastro-intestinales que prueban la intolerancia del medicamento; los fenómenos generales que se observan, sólo son debidos á la acción propia del medicamento.

La roseola copaíbica en la forma discreta se limita al codo, puño, rodillas y maleolos, sobre todo del lado de la extensión; está formada por pequeñas manchas á bordes más ó menos irregulares, es algo pruriginosa.

En ciertos casos la erupción se acompaña de tumefacción de la cara, congestión de las mucosas ocular y faríngea, constatándose además la existencia de placas escarlatiniformes en el tronco entre las que se puede encontrar elementos eruptivos papulosos y salientes. Las manos toman una coloración aframbuesada uniforme; es pruriginosa.

La del ioduro de potasio se acompaña de erupción de acné, hay además catarro óculo-nasal y muchas veces traqueo-bronquitis.

Finalmente, para no enumerar todos los medicamentos que pueden producir roseolas, tales como

la antipirina, trementina, belladona, cloral, quinina, etc., cuyas diferencias estriban (aparte de la erupción cutánea) más en su acción fisiológica distinta, diremos que casi siempre será posible eliminar estas roseolas, con ayuda del interrogatorio y los síntomas que nos suministre el examen del enfermo, siempre que éstos se puedan referir á acciones medicamentosas que nos son ya conocidas.

No se confundirán tampoco con la erupción descrita por Barbillon, observada también por Barbier (1) provocada por la ingestión de alcohol en sujetos sometidos á tratamiento clorálico. Sobreviene ésta, según este último autor, un cuarto de hora más ó menos después de la ingestión de una bebida alcohólica. Principia por la cara, invade la piel y las mucosas conjuntivas, cara interna de las mejillas, bóveda palatina y algunas veces la faringe; sin dolor ni comezones.

Consiste en manchas de un rojo vivo, después vinoso y violado, de un color uniforme, algo tumefactas y formando por su reunión islotes irregulares.

Se presenta, sobre todo, en las partes expuestas al frote. Su duración varía de un cuarto de hora hasta cinco ó seis horas, desapareciendo después sin dejar trazas.

---

(1) H. Barbier, *La Rougeole.*

De los eritemas en la difteria

Es en los diftéricos, donde parece haberse notado desde más antiguo, la presencia de erupciones cutáneas; ya Borsieri, en 1785, describía en un caso de angina gangrenosa, una erupción erisipelatosa en el pecho y brazos con pápulas morvillosas y eritema miliar, todos como se ve, caracteres que recuerdan un eritema polimorfo. En 1858, G. Sée llamaba la atención en la sociedad médica de los hospitales, sobre una erupción cutánea que había observado en sujetos atacados de crup y angina diftéricas; estas erupciones presentaban muchísima semejanza con la escarlatina y algunas con el sarampión. Él las consideraba ya como manifestaciones de la intoxicación diftérica.

Desde esta época han sido mencionadas en los tratados, ó más ó menos estudiadas por algunos autores.

En cuanto á la frecuencia con que estas erupciones se presentan en la difteria, hay mucha divergencia entre los autores; según Sée, sería de 1 en 4. Sanné ([1]) dice haber observado sólo cincuenta

---

(1) Sanné, *La Diphterie.*

casos en su práctica, aunque no da el número total de enfermos; Cadet de Gassicourt (1) ha encontrado 37 con eritema en 932 diftéricos, es decir, 4 por ciento; Hutinel, 12 en 95, y para otros su frecuencia sería de 1 en 30. Esta divergencia de opiniones se explica quizá porque muchos casos pasan completamente desapercibidos, tanto por la precocidad de su aparición, como por su rápida evolución.

La erupción aparece en los sitios de elección, puños, codos, maleolos, etc., generalizándose después á todo el tegumento, excepto el de la cara que casi siempre es respetado; sin embargo, en los casos graves, es también invadido y la erupción se extiende alrededor de los ojos ó en las mejillas.

La forma más comúnmente observada, es la escarlatiniforme; viene después la morvilliforme y algunas veces el vesiculoso.

Mussy (2) describe las siguientes formas siguiendo el orden de frecuencia:

1º. Eritema polimorfo (liso, en placas, circinado ó pápulo-tuberculoso) no descamativo ni prurigi-noso á pesar de las erupciones de urticaria que le complican.

2º. Eritema escarlatinoide no descamativo, continuando á un eritema polimorfo, invade los miembros y el tórax.

---

(1) Cadet de Gassicourt, *Maladies de l'enfence.*

(2) Según el Dr. Bourges. — *La Diphterie.*

3º. Eritema rubeólico, seguido rápidamente de eritema polimorfo.

4º. Eritema purpúrico, asociado ó no al polimorfo. Fränkel le considera como una de las erupciones más frecuentes de la difteria. Está constituído por pequeñas manchas hemorrágicas cuyo tamaño varía de una lenteja á la cabeza de un alfiler, pudiendo fácilmente pasar desapercibida.

5º. Eritema escarlatiniforme descamativo.

6º. El eritema pápulo-pustuloso descrito por Unna Baginsky (1) ha observado la variedad de erupción formada por manchas de un color muy obscuro, tan luego aisladas ó confluentes, muy semejantes á las del cólera. Á pesar de la gravedad de los niños que las presentaban, han, sin embargo, curado.

La época de aparición tanto en los casos benignos como en los graves, es por lo general del primero al séptimo día de la enfermedad. Hay eritemas muy tardíos, y en estos casos, como signos de una infección profunda, casi siempre preceden á la muerte.

Los signos que permiten temer su aparición son las lesiones de los labios, boca, nariz, y una reaparición de las falsas membranas á streptococos.

Los enfermos de Sanné, no han presentado síntomas generales de ninguna especie. Existiendo ya la fiebre no ha habido ni tumefacción, ni vómitos,

---

(1) Baginsky, *Maladies des enfants*, 1892.

etc., no se ha modificado en nada la evolución del proceso.

Otro tanto pasa en el siguiente enfermo; el eritema se ha presentado en los primeros días de la enfermedad y ha evolucionado sin agravar los síntomas propios de la difteria.

S. A., de 14 años de edad, ingresa á la Casa de Aislamiento el 22 de Abril. Su enfermedad empezó el 19 con cefalalgia, anorexia, dolor de garganta y presenta el día de su entrada, el siguiente cuadro sintomático: en el cuello, grandes infartos ganglionares, dificultad respiratoria, espiración prolongada. La faringe está roja y edematosa, las amígdalas muy hipertrofiadas, se tocan por su cara interna donde se observan pérdidas de sustancia, *erosiones;* además están cubiertas de exudado pseudo-membranoso grueso y difícil de desprender.

La piel toda está cubierta de una erupción completamente semejante á la de escarlatina, que desaparece á la presión, mucho más acentuada en la parte anterior del tórax y cara externa de las extremidades.

Se hace un tratamiento tópico, hielo al exterior.

23-24: Estado local más ó menos igual, cefalalgia, lengua saburrosa, anorexia, en la noche delirio algo intenso. La piel seca y áspera, la erupción está mucho más pálida.

25: Las pseudo-membranas se han desprendido y se nota mejor la ulceración de la amígdala. La erupción

ha desaparecido completamente, no existe descamación.

La temperatura, que en los primeros días oscilaba entre 38° y 38°5, desciende hoy á la normal y continúa así hasta la terminación.

En los días siguientes la mejoría continúa con ligeras modificaciones en las amígdalas, algo hipertrofiadas aún, hasta la curación. En ningún momento se observó descamación. Sale de alta el 4 de Mayo.

Fuera de estos casos, que son relativamente benignos, hay otros que se acompañan de un cuadro sintomático de los más graves, que se encuentra descripto en los eritemas tardíos.

" La boca presenta á menudo en estos casos, un aspecto característico: rodeada de ulceraciones superficiales, tapizada de un exudado pseudo-membranoso, en el que se encuentran sobre todo streptococos, asociados muchas veces al stafilococos dorado, rara vez al bacilo de Lœfler. Los labios están profundamente agrietados; su cara interna se halla ocupada por ulceraciones cubiertas de falsas membranas difteroideas adherentes. Estas falsas membranas, en las cuales casi no se descubren bacilos específicos, se encuentran también en la lengua, en los pilares, sobre las amígdalas, en el fondo de la faringe; no se desprenden con los tapones, son delgadas y de un color gris." (Hutinel).

La temperatura se eleva, el enfermo toma un tinte terroso notable, sobre todo en el rostro cuando la

falta de erupción permite apreciarlo; gran postración.

El pulso se hace irregular, se acelera hasta que llega á ser imposible el contarlo.

Del lado del aparato respiratorio, disnea sumamente intensa, sin que ninguna complicación pulmonar, ni el debilitamiento cardíaco puedan explicarla.

Todos estos síntomas, que parecen indicar una reagravación del proceso diftérico, inducen á creer que los síntomas graves y aún el eritema son debidos puramente á la intoxicación por el bacilo de Lœfler. Sin embargo, Hutinel, fundándose, en exámenes bacteriológicos, los refiere á una infección secundaria á streptococos.

En cuanto al pronóstico, Sée, muy optimista, creía que ellos ejercen una influencia feliz en los diftéricos.

Para Sanné la forma escarlatinoide es más benigna; en la rubeoloide hay tantas curaciones como defunciones y la forma á urticaria es siempre fatal.

Puede decirse de una manera general, que los eritemas precoces son benignos, á diferencia de los tardíos, que al decir de Robinson, afectarían el tipo polimorfo ó rubeólico, y que como se sabe son propios á las difterias tóxicas, que son casi siempre fatales.

Observación. — M. C., 2 años, vacunado, ingresa al hospital el 3 de Mayo, después de ocho días de enfermedad.

Estado actual. — Temperatura 39°5, postración, somnolencia, respiración ruidosa, labios rojos con pseudo-membranas adherentes. Lengua saburrosa.

El velo del paladar y amígdalas, están tumefactas é infiltradas de pseudo-membranas grisáceas y adherentes. Sangran fácilmente á la curación.

De las fosas nasales expulsa mucosidades purulentas. El aliento es fétido, hay tialismo.

En ambos lados del cuello se notan ganglios infartados y dolorosos.

La piel de los miembros inferiores está cubierta de manchas rojas, ligeramente papulosas, que resaltan notablemente del resto de la piel; desaparecen á la presión. Son sobre todo abundantes en la cadera derecha, donde puede decirse que son casi confluentes.

Deposición abundante y fétida.

Tratamiento.—Tópico de sulfo-ricinato de sodio y ácido fénico, hielo al exterior; lavajes oculares con ácido bórico y nasales con agua de cal.

Mayo 4.—Las placas que se desprendieron en parte se reproducen nuevamente. Somnolencia, postración; continúa la expulsión por las fosas nasales, de mucosidades purulentas en gran cantidad.

El examen del pulmón muestra la existencia de una bronquitis generalizada y focos de bronco-neumonía.

La erupción persiste con aumento en el número de manchas, tanto en el lado derecho, como en la nalga y muslo izquierdo, con los mismos caracteres que la primera.

Se manda una poción con ioduro de potasio, cataplasma sinapismada en el tórax y un vomitivo de ipeca.

Mayo 5.— Menos postración, la respiración es ruidosa y frecuente, 40 por minuto; temperatura elevada 40°. Las pseudo-membranas se desprenden, pero continúan reproduciéndose, aunque sin extenderse.

La erupción persiste, más pálida. Los fenómenos pulmonares también continúan.

Sigue con el tratamiento; además, leche y vino.

En la noche, respiración ruidosa, frecuente, insomnio, tos, pulso débil, etc.; falleció á las 2 p. m.

Autopsia. — Amígdalas y úvula, infiltradas de placas diftéricas. Laringe roja, cubierta de mucosidades purulentas.

Pulmones. — Derecho, foco de induración bastante grande en el vértice, bronquitis generalizada. Izquierdo, otro foco de induración en la base, bronquitis generalizada.

Corazón. — Endocarditis vegetante.

Riñones. — Congestionados. Porción cortical espesada.

Hígado y bazo. —Aumentados de volumen, congestionados.

Observación. — S. F., de 3 años, vacunado, ingresa el 3 de Abril. La enfermedad data de cuatro días atrás.

Estado actual. — Tos seca y frecuente; tiraje supra é infra-external. Las amígdalas rojas, grandes, con puntos blanquecinos en su cara interna.

Se manda un vomitivo de ipeca y expulsa mucosidades y pequeños pedazos de pseudo-membranas.

Abril 4. —Tos menos frecuente, noche sudores abundantes, temperatura 37.4, respiración casi normal, pulso bien.

Abril 5. — Ayer tarde accesos de tos, fatiga, inquietud, sudores abundantes. Hoy temperatura normal, pulso bien; las amígdalas tumefactas, pero sin pseudo-membranas. Orina escasa con trazas de albúmina, constipación. Tratamiento: purgante, dieta láctea.

Abril 6. — Anoche continuaron los accesos de tos y fatiga que desaparecen después de un vomitivo de ipeca.

Hoy se repiten con más frecuencia; además, tiraje, sudores abundantes. Temperatura 39°8, pulso frecuente.

Tratamiento: Traqueotomía, poción Todd, antipirina.

Abril 7. —Temperatura 39°. La lengua está cubierta de un barniz blanquecino y sus bordes sumamente rojos. Las amígdalas grandes, en su cara interna se notan puntos blancos difíciles de desprender. Hay vómitos frecuentes, diarrea fétida.

Piel caliente, seca, notándose una erupción que

varía con las regiones: en las extremidades superiores, hasta el hombro, es roja, más acentuada en la cara externa; entre éstas se ve espacios de piel con su coloración normal.

En el pecho y abdómen la erupción es más pálida y en las extremidades inferiores es también pálida, pero muy confluente.

Abril 8.—La erupción ha casi desaparecido. En el pecho, descamación apenas perceptible.

En los días siguientes continúa la mejoría gradual hasta la curación.

De los eritemas en los escarlatinosos y sarampionosos

Los autores que de estas enfermedades se ocupan, no hablan de la posible aparición de las erupciones que hoy entran en el grupo de los eritemas y que se describen en otras infecciosas; sin embargo, las observaciones de Hutinel, no dejan duda sobre la realidad de su existencia.

El silencio de los autores se explica quizá por la frecuente confusión de estos eritemas con las fiebres eruptivas, pues creemos con Jeanselme, (1) que las llamadas pseudo-recaídas de escarlatina, no son sino eritemas en los escarlatinosos.

En efecto, si se estudia las descripciones que de aquéllas se hacen y se recuerdan los caracteres propios á estos eritemas, no se puede bajo ningún aspecto considerarlos como recaídas; pues nada en su sintomatología como ni en su marcha y terminación, ni aun en la erupción misma que más á menudo es morvilliforme que escarlatiniforme, les asemeja á la escarlatina; por el contrario, la apirexia con que se manifiestan, sus localizaciones, el polimor-

---

(1) Jeanselme, *Archives générales de medecine*, 1893.

fismo de la erupción, la corta duración y la forma de terminación, son caracteres que las asemeja muchísimo á los eritemas que estudiamos.

Bien distintas son las recaídas verdaderas que si bien son raras, existen observaciones perfectamente comprobadas, en las que no falta ninguno de los síntomas propios de una escarlatina primitiva.

Por lo demás, siguen la misma marcha, terminación, etc., ya descrita en la primera parte de este trabajo.

El eritema aparece generalmente en la convalecencia y es sólo un accidente sin importancia.

En el caso siguiente, el eritema se ha presentado en el período de descamación de la escarlatina, sin que ningún síntoma general ni local, á no ser las pequeñas grietas de la boca, llamasen la atención, y probablemente habría pasado desapercibido sin el prolijo examen que se hace diariamente de la piel de estos enfermos.

J. B., de 6 años de edad y de nacionalidad francesa, ingresa al Hospital el 10 de Diciembre de 1893, con una escarlatina ya en el período de descamación.

El exantema es muy pronunciado, sobre todo en los muslos y piernas, y la descamación es muy notable en la parte anterior del tórax y región del cuello. La orina contiene pequeña cantidad de albúmina.

La temperatura es de 39°. En los días siguientes continúa ascendiendo, y el día 14 alcanza á 40°4, para seguir disminuyendo en seguida.

El día 17, aparece la erupción de eritema y ocupa

como sitios de elección, los antebrazos en el lado de la extensión, la parte ántero-interna de los brazos y posterior del cuello, cara anterior del tórax y abdómen; en los muslos (trocánteres), rodillas y en las piernas, más acentuado en las caras ántero-externas que en las póstero-internas.

La erupción es escarlatiniforme en toda la extensión del tronco, y en los miembros es morvilliforme.

En el carrillo izquierdo, se notan algunas manchas petequiales.

Existen grietas en los labios y una en la parte interna del párpado superior del ojo izquierdo.

La temperatura hoy, sólo es de 37°6, sin haber sufrido ascenso ninguno con la erupción.

En los día siguientes, continúa la descamación del exantema que se hace en los pies en forma de placas.

Día 19.—La temperatura es normal, el eritema ha desaparecido sin dejar trazas.

El día 31 es dada de alta, curada.

SARAMPIÓN

He aquí algunos caracteres de los eritemas en los sarampionosos, según las observaciones de Hutinel.

El medio, según él, tendría gran importancia; supone que bajo su influencia se haría la infección especial, no siendo el sarampión, sino una causa accidental.

La forma más común parece ser la polimorfa y algunas veces la petequial.

Los síntomas generales en algunos casos son muy marcados, y después de varios ataques de eritema traen la muerte aun sin complicación pulmonar.

En el siguiente enfermo, como en la casi totalidad de los observados por el Dr. Penna, el eritema ha sido un accidente benigno, no habiéndose presentado nunca con síntomas tan graves, como parece haber observado, con mucha frecuencia, Hutinel, en sus enfermos.

D. G., de 2 1/2 años de edad, vacunado, entra á la Casa de Aislamiento el 24 de Septiembre de 1894.

Á su ingreso se nota una erupción generalizada de sarampión, acompañada de sus síntomas característicos. Temperatura 38º4, pulso frecuente y débil, disnea, 68 respiraciones por minuto.

En el pulmón sólo se constata rales de bronquitis.

Tratamiento.—Baños, ioduro de potasio, lavajes en la fosas nasales.

Septiembre 27.—Temperatura 38º. La erupción de sarampión, sumamente pálida, ha desaparecido en gran parte.

En las extemidades superiores, aparecen manchas rojas en gran abundancia, aunque no son confluentes, no desaparecen del todo á la presión y son muy notables, sobre todo del lado de la extensión.

La anorexia es completa, hay diarrea. El labio superior está tumefacto.

Septiembre 30.—Temperatura 39º5. Agitación,

disnea, piel seca; la erupción ha desaparecido, dejando sólo una ligera pigmentación en los sitios que ocupaba.

Los fenómenos pulmonares se acentúan más. En los días siguientes todos los síntomas decrecen gradualmente y el enfermo es dado de alta curado el 11 de Octubre.

Los eritemas en la fiebre amarilla

En esta como en las otras infecciosas, los eritemas se presentan con alguna frecuencia y si muchos autores no las señalan, es quizás como piensa Jaccoud, porque faltan en gran número de epidemias.

Todas las formas de erupción han sido observadas. Lecomte (1) ha visto en la epidemia de Cayena de 1850, la forma de roseola; ocupaba sobre todo los antebrazos y abdomén. Bailly habla de petequias rosadas.

Á veces, antes del séptimo dia, se suele presentar el eritema escarlatiniforme más ó menos extenso. Nœgeli, (2) que ha visto varios ejemplos, cita uno en que la parte superior del cuerpo estaba cubierto de erupción escarlatiniforme y en la inferior existía abundante urticaria. El enfermo sucumbió.

Entre nosotros se ha observado la forma morvilliforme en algunos casos; la erupción se asemejaba tanto á la del sarampión, que algunos la confundieron con esta fiebre eruptiva.

Excepcionalmente se han visto eflorecencias varioliformes ó pustulosas.

---

(1) Citado por Griesinger, *Traité des maladies infectieuses.*

(2) Según Jaccoud, *Patologia interna.*

Los eritemas en la Grippe

Ya Recamier, ([1]) en las epidemias de 1803 y 1837 en Francia, había insistido sobre la frecuente aparición de estas erupciones.

Revisten más comúnmente la forma rubeólica y escarlatiniforme. Moritz ([2]) ha visto el púrpura en un caso.

Se presentan sobre todo en los primeros días de la enfermedad, comúnmente al segundo. Por lo demás, siguen la evolución de los demás eritemas, desapareciendo en seguida sin dejar trazas ni modificar en nada la evolución del padecimiento.

Teniendo en cuenta algunos datos que hemos recogido, parece que las formas eruptivas se han presentado durante la epidemia actual, con una frecuencia muy superior á las de otros años; con gran predominio de la forma escarlatiniforme sobre la morvilliforme.

No han ejercido influencia alguna en el curso de la enfermedad.

---

(1) Widal (*Tratado de Medicina*, Charcot, Bouchard).

(2) S. Lyon, La grippe en 1889 y 1890 (*Revue de sciences medicales*, 1890.)

Los eritemas en los tifoideos

Varias son las formas de eritemas que se describen en los distintos períodos de la dotinenteria. Se han señalado erupciones morvilliformes y escarlatiniformes en el primer septenario de la enfermedad, también la escarlatiniforme en el segundo y tercer septenario. Raymond y Nelaton (1) describen erupciones claramente polimorfas. Pueden también presentarse en la convalecencia, y á ellos pertenece el siguiente caso del Dr. Semprun. La erupción se ha manifestado en pleno período de convalecencia, afectando la forma de petequias y sin otros síntomas que una ligera elevación térmica y malestar general.

He aquí el resumen de la historia clínica del enfermo: Se inicia la enfermedad en los primeros días del mes de Mayo, con malestar general y fuerte cefalalgia, y continúa hasta el día 10 con accesos de fiebre todas las tardes, alcanzando hasta 39° á las 6 p. m., para desaparecer á las 8 p. m.; al mismo tiempo, escalofríos y sudores.

---

(1) Citados por Hutinel.

El día 11, gran elevación de temperatura, postración general, diarrea, congestión pulmonar intensa, delirio, etc. En fin, todos los síntomas de una fiebre tifoidea aparecen, y aquélla sigue su curso hasta la primera semana de Junio, en cuya época entra el enfermo en convalecencia. Al cabo de dos días hay una elevación de temperatura, coincidiendo con una erupción de puntos rojos, de bordes regulares y situados en las muñecas, codos, rodillas, parte externa del muslo y articulación tibiotarsiana. La temperatura baja á la normal en la noche de este día: dos días después, desaparece la erupción sin dejar vestigios y la convalecencia sigue su curso normal.

No siempre siguen esta marcha benigna y existen casos que revisten una gravedad excepcional; es precisamente en los tifoideos, así como en los sarampionosos, que se describen el cuadro sintomático de los más graves, modificando bruscamente la marcha de la enfermedad.

De los eritemas en el cólera

Son muchos los autores que en sus obras hablan hoy de numerosas formas de exantemas que pueden presentarse en el curso del cólera; pero fué Duplay el primero que en 1832, llamó la atención sobre estas erupciones.

Su frecuencia, según F. Widal, ([1]) es de 1 en 25. Se presentan más á menudo en las mujeres que en los hombres, más en los jóvenes que en los ancianos. Varía también con las epidemias, muy frecuentes en unas como la de 1855 en Berlín, á tal punto que casi todos los enfermos las presentaban, es rara en otras como las de Berlín en 1852 y Viena en 1836 ([2]).

Se presentan en el período de reacción del cólera, afectando en su principio la forma de grandes manchas diseminadas, de un color rosado ó generalmente lívido y ocupan los sitios de elección, muñecas, codos, antebrazos, rodillas, abdómen, etc. pudiendo quedar localizadas á estos sitios ó extenderse á todo el tegumento.

No este solo el aspecto que revisten los eritemas

---

(1) Loc. cit.

(2) Griesinger, loc. cit

en los coléricos, y con mucha frecuencia se observan también las formas de eritema escarlatiniforme, morvilliforme, papuloso, varioloide, etc., y aún la forma petequial señalada por Reinhardt y Leubuscher (1) en la epidemia de Berlín.

Según Leudet, el eritema papuloso sería la forma más comúnmente observada, pero lo más frecuente es ver, tanto en el cólera como en las demás infecciones, presentarse estas erupciones con carácter más saliente, el polimorfismo. Puede suceder que en un mismo enfermo, se presenten por transformaciones sucesivas diversas formas eruptivas, como el siguiente caso de Morel-Lavallé citado por Besnier: (2) durante la reacción colérica, el niño presenta sucesivamente una erupción morvilliforme, después, al siguiente día, un eritema urticado, el cuarto día un eritema escarlatiniforme seguido luego de erupción de burbujas. Ante esta kaleidoscopia eruptiva se pregunta Besnier: ¿qué parte corresponde á las ptomainas del bacilo vírgula y cuál á la polifarmacia?

En casos como el presente, sobre todo si se tiene en cuenta la circunstancia de que el enfermo había sido sometido en aquel período á las más variadas medicaciones, no dudamos de la gran dificultad que habrá en deslindar la parte de acción medicamentosa, de la que corresponde á las toxinas; pero si bien es cierto que en algún caso análogo, la medicación

---

(1) Leudet, *Etude de patologie et clinique medicales* (1890.)

(2) M. Kaposi, *Maladies de la peau*.

pudiera tener una ligera influencia, lo es más el hecho de que los diversos microorganismos bastan por sí solos para producir idénticas manifestaciones cutáneas, como lo prueban las numerosas observaciones de enfermos atacados de eritemas análogos, en quienes no es posible atribuir á la medicación el rol de elemento causal, ya sea por no haberse usado de sustancias capaces de producirlos, ó por no emplearse tratamiento alguno.

Hemos dicho que estas diversas formas del eritema aparecen siempre en el período de reacción del cólera, y sobre este punto están conformes todos los autores; sin embargo, el doctor Penna (1) trata en su libro sobre el cólera, de dos formas de erupción no descritas por ningún autor en el período en que éstas se han presentado. Una de ellas, la forma petequial, parece haber sido muy frecuente, de tal modo que no se podría atribuir á una simple coincidencia ó á un hecho casual.

Dice así el doctor Penna: "esta forma del cólera que bien podía ser designada con el nombre de petequial, se ha mostrado indistintamente, tanto en las modalidades benignas, como en las malignas, y en 918 enfermos que han pasado por nuestras manos, la hemos encontrado más de cincuenta veces.

"Las manchas puntiformes, de un color rojo algo obscuro, tal vez algo más grandes que las de la fiebre tifoidea, á las cuales eran perfectamente com-

---

(1) José Penna, *El Cólera y su tratamiento.*

parables, existían lo mismo en los enfermos del segundo período que del tercero.

"Su sitio de elección era la parte ántero-inferior del tórax y parte correspondiente del abdómen, y á veces toda esta región y aún en sus partes laterales; en los miembros se veía en la región interna y anterior de los muslos y en los brazos. En otros casos la erupción era perfectamente generalizada, sin excluir el dorso de las manos, pie y el rostro; pero siempre se presentaba discreta."

Agrega después: "en todos los enfermos en quienes notamos la presencia de este fenómeno, no pudimos nunca establecer fundándonos en él, relación alguna con el pronóstico, ni con el tratamiento empleado, que tal vez podía hacerse intervenir como causa: las petequias han existido en los casos sometidos á las más variadas medicaciones y también en enfermos que no habían sufrido ningún género de tratamiento. Sin embargo, y á pesar de estas conclusiones generales á que nos obliga nuestra observación, debemos añadir, que en dos casos del segundo período donde la muerte es relativamente rara, se produjo en enfermos aparentemente buenos, pero con una erupción petequial abundante."

La otra forma era una erupción varioliforme, que se presentó desde el principio de la enfermedad, y en la que sin embargo, tanto los síntomas que precedieron y acompañaron á la erupción, como la marcha y terminación de la misma, hacían pensar que no se trataba de viruela.

Estas observaciones, que indudablemente entran en el grupo de los eritemas que estudiamos, nos demuestran que ellos no son tan raros en los primeros períodos de la enfermedad, como sería de suponer por el silencio de los autores.

La aparición del eritema, no va acompañada de fenómenos generales de ninguna especie, fuera de los ligeros ascensos de la temperatura, algunas veces, pero siempre efímeros.

Siguen la marcha de los otros eritemas que se presentan en las demás enfermedades infecciosas, sin que ninguna particularidad los caracterice en los coléricos.

En la terminación suele verse, según algunos autores, ligera descamación, sobre todo en las formas papulosas y varioliforme, y aun en la escarlatiniforme, pero siempre muy poco marcadas.

En cuanto al pronóstico, M. Legoupil les considera como un signo de terminación feliz; Leudet ([1]) presenta 6 muertos en 18 enfermos y cree sean un indicio de una forma grave de reacción.

La descoloración rápida era considerada como signo fatal. En general, puede decirse que no ofrecen acción alguna en la marcha de la enfermedad, pues no aumentan ni disminuyen en nada los peligros del colérico.

---

(1) Leudet, loc. cit.

Como conclusión á este pequeño trabajo que someto á vuestra aprobación, agregaremos que estas erupciones se observan con alguna frecuencia en el reumatismo verdadero, como también en ciertas anginas, en cuyo estudio no nos detendremos.

Las primeras, según la opinión de varios autores, deben ser consideradas como propias más bien á ciertos pseudo-reumatismos infecciosos, que al reumatismo articular propiamente dicho. Mas hoy la observación de las variadas formas de estos eritemas, en enfermos de reumatismo articular agudo, hace inadmisible aquella opinión, sobre todo si se acepta el origen infeccioso de este último.

LUIS VIAÑA

Buenos Aires, Octubre 20 de 1894.

Observación VII

R. A., 32 años, ingresa á la Casa de Aislamiento el 4 de Octubre.

Fué enviada con el diagnóstico de difteria. Al examen miscroscópico no se encontraron bacilos de Löffler; pero sí estreptococos, estafilococos y bacilos largos.

Estado actual.—Cuello tumefacto, notándose á la palpación, ganglios infartados en ambos lados, duros y dolorosos.

El examen de la cavidad bucal, muestra lo siguiente: Lengua saburrosa, húmeda y de bordes rojos. Las amígdalas rojas y tumefactas, están cubiertas en su cara interna de un exudado amarillento, blando, ligeramente adherente.

Hay además cefalalgia, dolor de garganta, sed, anorexia completa, constipación.

En los demás órganos, nada de particular.

Tratamiento.—Purgante, dieta láctea y gargarismos con una solución fenicada.

Octubre 12.—El exudado, que disminuía paulatinamente en los días pesados, ha desaparecido hoy completamente; pero las amígdalas continúan algo aumentadas de volumen.

Octubre 15.—El infarto ganglionar ha disminuído. Hoy se queja de dolor á la deglución; al examen se nota intensa inflamación de la parte posterior de la cavidad bucal, un exudado de consistencia más dura que el primero cubre la cara interna y posterior de las amígdalas, así como la cara posterior de la úvula.

El examen microscópico muestra la presencia de estreptococos y estafilococos y la falta de bacilos de Löffler.

Tratamiento.—Tópico de sulforicinato de soda y ácido fénico.

Octubre 21.— Anoche, inquietud, cefalalgia. Hoy la temperatura, que era normal, sube á 38°. La facies roja, piel seca y caliente, cubierta de una erupción roja que desaparece á la presión. Esta erupción principió en las extremidades, extendiéndose en seguida al resto del cuerpo. Hay sitios tales como la cara anterior del tronco, en las extremidades superiores del lado de la extensión y en las inferiores, las rodillas donde la erupción es casi confluente. El aspecto es completamente análogo á la del sarampión en toda la parte anterior del tronco y se asemeja á la de la escarlatina en la posterior. Algunas hacen eminencia en la superficie de la piel.

En la cavidad bucal se observan puntos hemorrágicos, sobre todo en la bóveda palatina. Las amígdalas cubiertas de exudado fácil de desprender, lengua saburrosa, anorexia, sed.

Tratamiento. — Purgante; polvos de licopodio al exterior.

Octubre 22. — La erupción en la cara es confluente, de color rojo intenso, y ligeramente saliente. No hay erupción alrededor de la boca y ojos.

En el abdómen es igualmente confluente y á lo largo de la columna vertebral es color rojo escarlata, con algunas pequeñas vesículas diseminadas en su superficie.

Octubre 24. — La erupción es más pálida, sobre todo en la espalda y abdómen. En el resto de la piel persiste con los mismos caracteres, así como el punteado hemorrágico de la bóveda palatina.

El exudado en las amígdalas se desprende más fácilmente.

Octubre 25. — Empieza á descamarse por la cara, alrededor de la boca es furfurácea.

Octubre 28. — Continúa la descamación en la cara. En las extremidades superiores la erupción está pálida, aunque es confluente; sin embargo, en el pliegue del codo se observan pedazos de piel sana.

En el resto del tronco la erupción persiste, aunque es menos intensa su coloración.

En las extremidades inferiores se nota ligera descamación, más en los maleolos y en los sitios de compresión.

En la cavidad bucal, ha desaparecido el exudado como también el punteado hemorrágico.

La enferma continúa aún en el hospital.

La temperatura, que subió á 38° el día de la erupción, ha persistido sólo dos días para descender á la normal y continuar sin fiebre.

Observación VIII

N. V., 24 años, argentino, estudiante.

Antecedentes hereditarios. — Hijo de padre asmático y de madre reumática.

Antecedentes individuales. — Temperamento herpético, ha heredado el asma, aunque con manifestaciones benignas.

Ha padecido á los 5 años de una viruela confluente. Un año antes tuvo una fiebre eruptiva de aspecto de escarlatina. Según la madre, había tenido también en la niñez el sarampión por dos veces.

Á fines del año 1892 fué atacado de una fiebre eruptiva que, según el diagnóstico de los doctores Chaves y Penna, fué escarlatina, la que siguió su curso normal terminando por descamación de anchas láminas de epidermis.

El 18 de Mayo del 93, se presenta un nuevo ataque precedido de ligeros escalofríos, inapetencia, dificultad en la respiración, un poco de tos, síntomas que se acompañaron de un entumecimiento de la

piel de las manos con sensación incómda que dificultaba sus movimientos.

En la noche agitación, insomnio y al día siguiente una erupción general cubría el tegumento.

Creyendo que se trataba de una nueva escarlatina, la tercera, según la madre, es llamado el doctor Penna, quien observa el siguiente cuadro clínico: rostro hiperemiado, piel del cuello, tronco y miembros, cubierta de una erupción formada de pequeños puntos rojos coherentes en algunos sitios y confluentes en otros, asemejándose en todo al exantema de la escarlatina.

Las amígdalas normales, la derecha un poco tumefacta, pero sin dolor ni disfagia.

El color rojo subido de la erupción cutánea, desaparecía á la presión y una sensación de prurito no muy acentuado acompañaba este síntoma cutáneo.

El pulso era normal, la temperatura fisiológica y el examen de los órganos no suministraba ningún signo de valor: sólo el pulmón mostraba á la auscultación, la existencia de rales sibilantes pequeños y medianos, irregularmente diseminados en ambos lados; pero no existía disnea ni expectoración, la tos era seca y moderada.

Las fosas nasales un poco estrechadas, eran el asiento de un catarro en el período de crudeza. La lengua ligeramente saburrosa; había anorexia y constipación.

Se mandó un purgante salino y aplicaciones de polvos de almidón en la piel.

20 de Mayo. — La erupción es más característica por la similitud con la escarlatina.

21 de Mayo. — El color rojo es mucho menos intenso. Al nivel del cuello é ingle se nota un principio de descamación que no tarda en generalizarse, tomando en las manos y pies el aspecto de grandes láminas como en la escarlatina verdadera.

La descamación tardó más de una semana en terminarse. Nunca hubo fiebre, ni nefritis.

Por último, el 20 de Octubre de 1894, nueva manifestación cutánea con caracteres análogos á la anterior, pero precedida y acompañada de alteraciones gastro-intestinales y un ataque benigno de asma.

Se manda el mismo tratamiento.

La erupción es ahora algo papulosa al nivel del cuello, acompañada de prurito general, dominando en los sitios donde la erupción se acompaña de edema; cuello y manos.

La descamación se hace como en la escarlatina, en forma de anchas láminas, sobre todo en los pies y manos.

Nunca se observó fiebre.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El rash, epifenómeno de la viruela, tiene numerosas analogías con los eritemas infecciosos.

II

El mejor tratamiento del hidrocele en el adulto es la incisión.

III

El suicidio es siempre un acto patológico.

Buenos Aires, Octubre 20 de 1894.

Sírvanse informar respecto de la admisibilidad de este trabajo, los señores Académico Dr. José Penna y Profesores Suplentes Dr. Facundo T. Larguía y Dr. Marcial V. Quiroga.

LEOPOLDO MONTES DE OCA

L. M. Acuña

Buenos Aires, Octubre 25 de 1894.

Esta tesis llena las condiciones prescriptas por el Reglamento.

José Penna

F. T Larguía

Marcial V. Quiroga

Buenos Aires, Octubre 27 de 1894.

En vista del dictamen que antecede, entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida en acto público.

LEOPOLDO MONTES DE OCA

L. M. Acuña