3006 681

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA VARICELA

TESIS INAUGURAL

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ROSENDO CENTENO
Exinterno del Hospital San Roque; expracticante mayor ad honorem
de la Casa de Aislamiento

BUENOS AIRES
IMPRENTA DE P. E. CONI É HIJOS
680 — CALLE PERÚ — 680
1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA VARICELA

TESIS INAUGURAL

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ROSENDO CENTENO
Exinterno del Hospital San Roque; expracticante mayor ad honorem
de la Casa de Aislamiento

BUENOS AIRES
IMPRENTA DE P. E. CONI É HIJOS
680 — CALLE PERÚ — 680
1898

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en esta tesis.

(Art. 162 del Reglamento.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Doctor ENRIQUE E. DEL ARCA

VICE-DECANO

Doctor Pedro Mallo

ACADÉMICOS TITULARES

Doctor Leopoldo Montes de Oca
» José T. Baca
» Rafael Herrera Vegas
» Pedro Mallo
» Jacob de T. Pinto
» Eufemio Uballes
» Juan R. Fernandez
» Enrique E. del Arca
» Pedro N. Arata
» Manuel Blancas
» Roberto Wernicke
» Pedro Lagleyze
» José Penna
» Luis Güemes
» Eliseo Cantón.

ACADÉMICOS HONORARIOS

Doctor Ernesto Aberg
» Pablo Marengo
» Eduardo Wilde
» Martin Spuch
» Telémaco Susini
» Emilio R. Coni
» Edmundo Nocard

Secretario titular : Dr. Luis M. Acuña
Prosecretario : Dr. Zenón Aguilar

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO DOCTOR DON JOSÉ PENNA

A MI PADRE

Á mis hermanos

BENITO, ALBINO y CESAR

A mi amigo

Doctor ***BENJAMÍN S. GONZÁLEZ***

Señores académicos,

Señores profesores :

Durante mi permanencia en la Casa de Aislamiento, he tenido oportunidad de observar la afección que sirve de tema para mi trabajo inaugural, en el que he creído deber insistir sobre ciertos síntomas generalmente desapercibidos, que permiten hacer un diagnóstico diferencial con otras afecciones de la misma naturaleza. No tengo la pretensión de añadir nada nuevo á los conocimientos que me inculcaron mis maestros, sino poner de relieve caracteres propios de esta afección y hacer conocer su frecuencia grande, relativamente, en los adultos.

Debo terminar agradeciendo á mis profesores, sus sabias lecciones; al doctor Penna, el honor que

me dispensa, acompañándome en la última prueba; á los doctores A. Castaño y J. R. Semprun, la enseñanza y las atenciones que me han dispensado siendo practicante de sus respectivos servicios.

DEFINICIÓN É HISTORIA

La varicela es una enfermedad infecciosa febril epidémica ó esporádica é inoculable.

Dos tendencias han dominado desde el siglo pasado en la medicina, respecto de la naturaleza de la varicela. La una, la más antigua, la que ha sido sintetizada por R. A. Vogel, en 1772, denominando esta afección con su nombre actual (varicela = pequeña viruela), ha considerado siempre esta enfermedad como una modalidad, como una forma atenuada de la viruela : sus sostenedores forman hoy una falange reducida, á cuya cabeza figuran Hebra y Kaposi, maestros eminentes de la escuela de Viena.

Los argumentos aducidos por esta escuela, no son ilevantables, y han sido rebatidos valiente-

mente por los que, con Trousseau, Bryce, Comby, representan la tendencia moderna, que ve en la varicela una enfermedad autónoma. Basándose en la observación clínica, en la inoculación, tentada felizmente con éxito positivo, del líquido y de las costras, ellos han aducido las siguientes conclusiones, abogando por la entidad patológica de la varicela:

1° La varicela puede constituir epidemias propias;

2° La viruela no preserva de la varicela;

3° La varicela no preserva de la viruela;

4° Ni la vacuna, ni la viruela impiden el contagio de la varicela;

5° La viruela no impide la inoculación vaccinal.

Estas conclusiones, que hacemos nuestras, por haber tenido oportunidad de comprobarlas durante nuestra permanencia en la Casa de Aislamiento, bastan por sí solas para hacernos admitir la varicela como entidad mórbida, aun cuando su agente patógeno no haya sido todavía revelado.

ETIOLOGÍA

La varicela es una enfermedad contagiosa de la que se observan algunos casos aislados, por excepción, siendo lo más común verla bajo la forma de pequeñas epidemias, limitadas á una casa de familia, á un barrio, á aquellos lugares donde hay aglomeración de individuos, como las escuelas, los pensionatos, los conventillos, casas de expósitos, hospitales ó asilos de niños.

Estas epidemias se desarrollan coincidiendo, casi siempre, con alguna otra de viruela ó de sarampión, á las que preceden ó siguen generalmente, aunque también domine de una manera endémica en la población de algunas ciudades en las que la viruela ha dejado de visitar epidémicamente después de algunos años.

El ataque de viruela, ó de cualquiera otra enfermedad infecciosa, no preserva del ataque de la

varicela, así tampoco el ataque de ésta, no confiere inmunidad para aquélla ó las demás, y es así cómo hemos podido observar algunos enfermos, que atacados de varicela, han sufrido después el ataque de un sarampión, ó de una viruela, y otros que, mandados por error á una sala de variolosos, han contraído allí la viruela, cuando la afección primitiva no era más que una varicela.

Estos hechos son bien comprobados, y hemos podido observarlos en la Casa de Aislamiento.

El grado de difusibilidad de este contagio es mínimo, puesto que, según hemos ya dicho, su radio de acción no se extiende mucho fuera del foco de origen, y se desprende también del hecho que no todos los individuos expuestos á él, como los médicos y los enfermeros, sean atacados por él.

Nada se sabe todavía con certeza sobre la duración de su poder contagioso, ni cuál es su puerta de entrada.

Los niños de cuatro á seis años, son los más frecuentemente atacados, siendo raro hallar esta enfermedad antes de los seis meses.

El adulto es también atacado por ella con mayor

frecuencia de la que se cree, y si se admite ordinariamente que en ellos es casi excepcional, es porque, según los autores clásicos, esta enfermedad no recidiva, y porque es difícil saber del enfermo si en la niñez ha tenido algún ataque de la misma, pues, debido á su carácter benigno, pasa conmunmente desapercibida. Sin embargo, Trousseau, Guersant y Hufeland, dicen haber observado casos de recidiva.

Las inoculaciones que del líquido y de las costras de las vesículas se han hecho con resultado positivo por Steiner, demuestran que es una enfermedad inoculable cuyo agente patogénico no nos es todavía conocido, á pesar de las persistentes é inteligentes investigaciones realizadas hasta aquí por algunos microbiologistas distinguidos. Los agentes que se han señalado como productores de la enfermedad, no han dado, por la inoculación experimental ni el cultivo, resultado satisfactorio.

Las estaciones en que aparece con mayor frecuencia, entre nosotros, la varicela, es en la primavera y en el verano.

Las estadísticas son contradictorias respecto de

la frecuencia con que es atacado el hombre ó la mujer.

Como dato ilustrativo de la frecuencia con que esta enfermedad ataca, entre nosotros, á los adultos y de su predominancia en las estaciones de primavera y de verano, añado aquí un pequeño cuadro estadístico de los tres años 1895, 1896, 1897, tomado de la Casa de Aislamiento :

Cuadro estadístico por edades

Edades	1895	1896	1897
De meses	8	2	0
De 1 á 5 años	12	3	0
De 6 á 10 años	4	4	2
De 11 á 15 años	3	3	4
De 16 á 20 años	6	6	8
De 21 á 25 años	1	6	4
De 26 á 40 años	4	5	4
TOTAL	38	29	22

Cuadro estadístico por meses

	1895	1896	1897
Enero	6	4	1
Febrero	0	1	1
Marzo	2	2	1
Abril	0	2	0
Mayo	0	1	0
Junio	1	3	2
Julio	1	1	0
Agosto	4	5	3
Septiembre	11	1	2
Octubre	0	6	5
Noviembre	5	2	5
Diciembre	8	1	2

SINTOMATOLOGÍA

Siendo la varicela una enfermedad infecciosa, tiene como ellas sus períodos de incubación, de invasión, de erupción que se suceden casi siempre uno á otro.

La incubación de la varicela varía, según sea espontánea ó inoculada.

Las experiencias de inoculación efectuadas por Steiner, le hacen admitir un período de incubación de ocho á diez días, en tanto que las pruebas realizadas por D'Heilly y Thoinot en diez individuos con tres resultados positivos, difieren, dando una variación de tres á diecisiete días en el período de incubación. Esta diferencia de criterio depende de que los sujetos observados por D'Heilly y Thoinot, no habían sido sometidos á un aislamiento riguroso y vivían en común con otros atacados de varicela.

En la varicela espontánea ó adquirida por contagio, los observadores más caracterizados admiten un período de incubación de doce á quince días (Talamon, Cadet de Gassicourt).

La invasión de la varicela en los niños se caracteriza por una fiebre tan ligera que no excede de 38° á 38°5 y pasa generalmente desapercibida, porque ella no se acompaña habitualmente, como el sarampión ó la viruela y la escarlatina, de catarro ocular, faringeo ó nasal, ni el niño se ve obligado á dejar sus juegos y guardar cama. Cuando más suele haber un poco de somnolencia.

Otras veces, la elevación de la temperatura alcanza 39°5 á 40° y hasta 41°, pero su duración tan alta no pasa de 2 á 3 días (Henoch, Kassowitz, Dumas). En estos casos el paciente se ve acometido de ligeros temblores, abatimiento, somnolencia, tiene cenvulsiones, vómitos, lengua saburral; á veces hay delirio, disnea, agitación y frecuencia de pulso, que oscila entre 90 y 100 pulsaciones para los niños de más de dos años y de 120 á 140 pulsaciones los de menor edad.

Estos síntomas violentos, como la alta tempera-

tura, las convulsiones, los vómitos, la disnea, la agitación y el delirio suelen á veces coincidir con la erupción de un diente y se amortiguan ó cesan tan pronto como aquél sale.

Por regla general, los síntomas de invasión de la varicela son tan benignos que muchas veces los padres del niño no ven que éste está enfermo ni se alarman sino cuando la erupción empieza ya á aparecer.

En el adulto, aunque la invasión de la varicela se distingue también por su benignidad, adquiere á veces una violencia y una forma que hacen pensar desde luego en una invasión de viruela. El enfermo tiene una elevación de temperatura de 39 á 40°, dolores musculares en todo el cuerpo, dificultad de la respiración, raquialgia, gran quebrantamiento, lengua saburral, vómitos, hay frecuencia de pulso, dolores de cabeza y un poco de enrojecimiento de las conjuntivas completan el cuadro. Este período no pasa de 24 horas (Trousseau, Cadet de Gassicourt), terminado el cual aparece la erupción.

La erupción se inicia en las horas de la tarde ó

de la noche, bajo la forma de máculas que atacan preferentemente el tronco, la cara, el cuero cabelludo, los brazos y las piernas, dejando entre sí grandes intervalos de piel sana, como sembradas al azar.

Esas manchas, perfectamente limitadas, de un color rojo que desaparece á la presión, tienen una duración efímera, presentan al tacto una ligera saliencia, estado en el que permanecen algunas veces pero que más á menudo dan lugar á la formación de una vesícula que se puede notar á las pocas horas superando la mácula.

Esas vesículas que se desarrollan en la epidermis están caracterizadas por una pequeña elevación epidérmica transparente y brillante, de forma circular ú oblonga, de superficie perfectamente lisa y redondeada unas veces, otras deprimidas en su parte central umbilicada y alguna que otra acuminada. Las rodea un pequeño halo enrojecido ó zona inflamatoria, que no es siempre circular sino más bien ligeramente sinuoso, carácter que merece tenerse en cuenta para el diagnóstico diferencial.

El tamaño de estas vesículas es muy variable,

desde el de una lenteja hasta el de un poroto y á veces más grandes, análogas á ampollas de pénfigo. Estas grandes ampollas son excepcionales y se suelen ver en el tronco, en las manos y en los pies, mezcladas á verdaderas burbujas de pénfigo ó constituyendo la variedad designada por algunos autores bajo el nombre de varicela penfigoídea.

En las manos y en la planta de los pies las vesículas suelen ser achatadas, grandes y dolorosas, à causa del espesor y de la poca elasticidad de la capa córnea que las encierra.

Cuando en una erupción cuyas vesículas guardan un tamaño casi uniforme se ve algunas raras ampollitas que resaltan por su tamaño, se nota también que ellas tienen una ó dos vesículas muy pequeñas que le sirven de satélites y esta particularidad ha sido ya indicada por uno de nuestros médicos como dato que debe tenerse en cuenta.

Todas estas vesículas tienen sus límites claramente marcados, ligeramente sinuoso á veces pero casi siempre circundado de la estrecha zona inflamatoria. Cuando ésta falta y la erupción se asienta sobre una piel normal, parece que el individuo hu-

biese sido sometido á una lluvia de agua hirviendo, según la feliz comparación de Goodhart.

El contenido de las vesículas es un líquido claro como el agua, transparente, alcalino, que encierra albúmina y algunos glóbulos blancos. Si se pinchan las vesículas, el líquido sale lentamente de las vesículas umbilicadas, y de aquellas en que está encerrada con poca tensión.

Al segundo día, la transparencia de este líquido se enturbia por la adición de numerosos glóbulos blancos salidos del dermis, por diapedesis (Cadet de Gassicourt), y entonces las vesículas presentan un tinte lechoso.

La erupción vesiculosa no se hace toda al mismo tiempo, sino que procede como si dijeramos por empujes, que se hacen con intervalos de 24 á 48 horas, coincidiendo con una ligera elevación de la térmica, y dando lugar á la aparición de 15 á 20 elementos vesiculares, diseminados en la superficie del cuerpo, dejando entre sí grandes espacios de piel sana. La erupción no se hace confluente, sino en las regiones que han sufrido una irritación anterior, ó en las partes sometidas á la presión,

como la espalda, y su duración no pasa de 8 á 10 días; así, es frecuente ver en un mismo individuo las distintas faces de evolución de las vesículas : al lado de máculas y pápulas, vesículas en desecación y descamación, unas con líquido purulento y umbilicadas, y otras con líquido límpido, perfectamente claro, tan claro que se asemejan á una perla.

El enturbiamiento del líquido contenido en las vesículas, y la comezón que le acompaña, muy intensa á veces para obligar al enfermo á rascarse enérgicamente, son los precursores de la desaparición de la vesícula. En efecto, su superficie se arruga, la zona inflamatoria que las rodea parece agrandarse; al cuarto ó quinto día, el líquido se ha desecado y á la vesícula sucede una costra amarillenta y negra después, que adhiere al dermis sin interposición de líquido, para acabar por caer el séptimo ú octavo día de la enfermedad, dejando una mácula de terminación ó pápulas rojas en las regiones en que la inflamación subvesicular ha sido viva ó que han sufrido una irritación anterior.

Esta es la manera más frecuente de evolucionar

las vesículas, pero, á veces, en aquellas cuyo líquido no se enturbia bien, éste desaparece sencillamente por reabsorción, y no deja más que una leve costrita obscura que da un aspecto umbilicado á la vesícula al principio, que se reconoce pasando levemente la mano por encima, y que cae fácilmente sin dejar señal alguna.

En algunos casos, la erupción deja después de la descamación algunas cicatrices indelebles, profundas, de fondo liso, talladas á pico, sinuosas ó redondeadas, y un poco más blancas que el resto de la piel. Estas cicatrices quedan cuando el enfermo, rascándose, ha llevado con sus uñas, una infección á las vesículas y escoriaciones producidas por el rascado.

El número de elementos eruptivos, aunque frecuentemente discreto, aparece á veces en tal abundancia en la cara y tronco, que llama la atención, y la varicela puede entonces parecer una viruela confluente, si á estos carácteres han precedido los síntomas violentos de invasión que he dejado señalado al principio de este capítulo. Es así cómo hemos podido ver en la Casa de Aislamiento casos

en que la confluencia de las vesículas en la cara y tórax, precedidas de una fiebre de 39°, y de algunos síntomas alarmantes, como la cefalalgia, dolores lumbares y vómitos, fueron enviados del público, con diagnóstico de viruela, cuando, en realidad, se trataba de una varicela.

ANOMALÍAS Y VARIEDADES DE ERUPCIÓN

Como las demás enfermedades de su género, la varicela puede presentar alteraciones de su cuadro sintomatológico por adición de caracteres secundarios que modifican poco ó nada su pronóstico, razón por la cual, en vez de admitirlas como complicaciones, las admito como variedad de la erupción.

La que ha pasado largo tiempo casi desapercibida y que, sin embargo, se observa con alguna frecuencia, es la aparición de vesículas en la mucosa buco-faringea, dando lugar á una estomatitis simple ó ulcerosa; en la mucosa vulvo-vaginal, en la conjuntiva y en la cornea.

Esta erupción de las mucosas, que complementa la erupción de la piel, aparece al mismo tiempo ó antes que ésta, bajo la forma de pequeñas erosiones granulosas, de fondo blanco amarillento rodeado de una ligera tumefacción y de una zona inflamatoria rojo-violácea. En estos casos las vesículas asentadas en superficie humedecida se rompen pronto y es difícil ver la ampollita.

Cuando la mucosa buco-faringea es atacada, la localización de estas erosiones es muy variable, pero los pilares, el velo del paladar, la cara interna de las mejillas, los bordes y la punta de la lengua son los puntos predilectos del exantema. Las erosiones son comunmente discretas y la estomatitis consecutiva da lugar á alguna pequeña dificultad de deglución y de masticación. Si las erosiones se acompañan de un mal estado general y de suciedad de la boca, son, entonces, más numerosas, ulceradas, infectadas, y provocan una tumefacción, á veces enorme, de la mucosa, acompañada de fenómenos dolorosos de masticación y de deglución con abundante corrimiento de saliva, que se escurre por las comisuras.

La angina, la traqueitis, provocadas por la localización de la erupción, son benignas.

La mucosa de los órganos genitales, atacada también con frecuencia, es sitio de ardor, comezón y dolor.

La localización en la conjuntiva no es grave: da lugar á una conjuntivitis flictenular que cura fácilmente, pero la córnea puede quedar con algunas nubéculas después del ataque por las vesículas.

La aparición de un *rash* escarlatiniforme, que precede de pocas horas la aparición del exantema, es un hecho señalado por los autores como una verdadera anomalía. Este rash, que Chaufard ha visto aparecer con carácter morbiliforme, es casi siempre único, precede ó acompaña á la erupción vesiculosa y desaparece con ella. Su duración no pasa de veinticuatro horas y toma el carácter de un eritema difuso, á veces uniforme, variando de colocación otras, más obscuro en las ingles, cuello, abdomen y áxilas, con un ligero puntillado y una pequeña elevación térmica.

Según los autores que lo han observado, aparece entre dos *poussées* eruptivas, marcando en

algunas el final de la erupción. Demme afirma haber visto un enfermo que en el intervalo de quince días presentó tres *poussées* de rash, precediendo otras tantas de vesículas.

En presencia de este rash podría pensarse en una escarlatina, pero la falta de angina y de descamación, así como la presencia de vesículas perladas, alejan, en seguida, toda duda.

Galliard cree que la rareza de este rash se debe al poco empeño de los observadores en comprobarlo.

Debo señalar también, entre otras variedades de la erupción, aquella en que, debido á un mal estado anterior, las zonas perivesiculares toman un tinte equimótico, que ha hecho designar esta variedad con el nombre de purpúrica, sin que esto signifique otra cosa que la impresión que produce la erupción.

Casos de falta de desarrollo en las vesículas que permanecen en estado miliar ó que no pasan del estado papuloso, y otras en que toman un desarrollo exagerado, pareciendo verdaderas ampollas de pénfigo, no es raro ver en los enfermos de esta afección.

COMPLICACIONES

Dejando á un lado la aparición del exantema y del rash que acabo de señalar, y que algunos autores incluyen entre las complicaciones, señalaré brevemente aquellas indicadas como tales.

La más interesante de todas es, sin duda alguna, la nefritis, señalada por primera vez por Henoch : aparece del 5° al 20° día, ya como edema de la cara y de las extremidades inferiores, ya como hematuria é iscuria, con albúmina, cilindros granulosos y hialinos en la orina, disnea, vómitos, agitación y fiebre alta de 38° á 39°. De cuatro casos observados por Henoch, en niños, uno solo sucumbió, pero éste era sifilítico.

Unger ha presentado posteriormente en el Congreso de Colonia de 1888, siete observaciones nuevas, cuyo resumen traduzco de Galliard :

« Los hechos se refieren á niños de 20 meses á 4 años. Entre estos, uno solo tenía antecedentes de neumonia reciente. La varicela no había presentado al principio ninguna anomalía. Después de la última *poussée* eruptiva, del 6° al 12° día, apareció la nefritis. Dos veces fué leve, la albúmina desapareció al cabo de 5 días. Cuatro veces fué moderadamente grave: fiebre (38° á 38°5), agitación, oliguria, cilindros granulosos ó hialinos, leucocitos, glóbulos rojos, albúmina en gran cantidad, falta de edema, y curación bajo la influencia de la dieta lactada, al décimo día. Una vez nefritis grave; fiebre viva (39°5), orinas raras, obscuras, rojizas, cilindros, anasarca, diarrea, vómitos, curación al cabo de pocas semanas. »

La gangrena es, quizás, la complicación más señalada por los observadores antiguos, bajo la forma de varicela ulcerosa, cuando las ulceraciones eran superficiales, y de varicela gangrenosa propiamente dicha, cuando las vesículas, rodeándose de una zona hemorrágica delimitada por un surco, producía placas de 2 á 3 centímetros, que se eliminaban dejando una superficie ulcerada, granulosa,

supurante, que pasa muy rara vez los límites de la piel, pero que era de un pronóstico grave, debido á la frecuencia con que se producían infecciones secundarias. Son estas infecciones las que pueden dar lugar á una serie de complicaciones, citadas como posibles por los autores, y anotadas como una rareza, tales como la linfangitis, los flemones, los forúnculos, la erisipela, artritis y alteraciones nerviosas, como una monoplegia braquial, y una paraplegia, hechos observados por Marfan y W. Gay.

No es difícil explicar estas complicaciones, si se tiene en cuenta que se ven en individuos predispuestos por un estado general anterior malo y que son un campo propicio para el desarrollo microbiano.

DIAGNÓSTICO

Se ha dicho que el diagnótico de la afección de que me ocupo, no tiene dificultades, y que puede hacerse á primera vista con sólo tener en cuenta el carácter y la marcha de la erupción. Sin embargo, de que ésta es la opinión más aceptada, yo creo que la facilidad es relativa, y que solamente aquellos casos que siguen una marcha tipo, permiten hacer un diagnóstico fácil al médico, no habituado á ver desarrollarse esta enfermedad, y que no goza de las facilidades de una clínica comparada de las enfermedades infecciosas, como nos ofrece la Casa de Aislamiento.

Hay casos que mantienen en la incertidumbre el diagnóstico, á causa del carácter de la erupción, del cuadro prodrómico, y más que todo del *medio* en que se desarrolla la enfermedad, y en estos ca-

sos, en que la duda asalta al espíritu, es cuando el médico se pregunta si se halla en presencia de un enfermo atacado de viruela ó de una varicela, cuyos síntomas premonitores son un poco más alarmantes. En estos casos, en que un cortejo de síntomas alarmantes asustan al paciente, y á la familia, en que el médico es requerido á prestar el auxilio de sus conocimientos profesionales, en que se le compele, puede decirse así, á que asiente un diagnóstico prematuro, es cuando se necesita tener presente todos los síntomas que permiten dilucidar la afección de que se trata, y evitar esos errores de diagnóstico, humillantes para el médico, y bastantes comunes, en que el enfermo ha sido declarado afectado de una viruela, cuando, en realidad, se trataba de una varicela.

La viruela es siempre precedida de una invasión brutal de síntomas asustadores: temblores, cefalalgia, raquialgia, vómitos, fiebre alta de 39 á 41°, depresión y ansiedad extrema del enfermo, seguidos, al cabo de dos á cuatro días, de la aparición de pápulas cónicas, rojas é induradas en su base ó de un rash proteiforme en las ingles, en el abdomen,

los muslos y miembros superiores, precursor de la erupción vesiculosa discreta ó confluente que empieza en la cara al nivel de la boca, las narices, para extenderse después á todo el cuerpo. Exantema infaltable que da á la mucosa de la boca un aspecto puntillado característico.

En la varicela, los síntomas alarmantes análogos á los de la viruela son raros, y cuando se presentan y son acompañados de fiebre alta de 39 á 40°, su duración no pasa de 48 horas cuando más ; la erupción, que aparece regularmente al cabo de dos días, se hace por empujes, en las horas de la tarde ó en la noche y tienen una duración de diez á quince días. Las vesículas son rara vez umbilicadas, aparecen primero en el tronco y tórax para tomar después las demás partes del cuerpo, su aspecto *perlado* y lo discreto de la erupción, así como la estrecha zona inflamatoria *sinuosa* de que se hallan rodeadas las vesículas y el aspecto constelado que ofrece una vesícula mayor rodeada de dos más pequeñitas, la falta del puntillado rojo de la mucosa bucopalatina, son caracteres todos que merecen no olvidarse si se quiere hacer un dignóstico diferen-

cial con la viruela. Y, si aún quedara alguna duda, la inoculación del virus vacínico, con resultado positivo, permitirá sostener nuestro diognóstico de varicela.

La sarna en los niños, cuando es acompañada de una ligera elevación térmica, con estado gástrico y de ampollitas, podría ser tomada erróneamente por varicela cuando no se ha tenido en cuenta para el diagnóstico el poliformismo de la erupción, el grado de comezón de que se acompaña y que es más intenso por la noche, cuando se deja sentir el calor de la cama; el examen del medio en que vive el enfermo, sus costumbres é higiene, y, por último, la existencia de surcos en las regiones en que habitualmente anida el acarus, como las comisuras de los dedos, los pliegues de flexión del brazo y pierna, las áxilas y la cintura bastan para comprobar la presencia del cuerpo del delito.

La urticaria es acompañada de estados gástricos, las vesículas son raras, asentadas sobre una base edematosa, muy pruriginosas, alternadas con pápulas grandes, irregulares, típicas de urticaria, con su carácter anémico central, que es típico tam-

bién así como el dermografismo del individuo.

El prurigo es una dermatosis caracterizada por pápulas discretas, precedidas de una comezón intensa que obliga al enfermo á rascarse y da lugar en consecuencia á las costras, que sirven para hacer el diagnóstico de la afección.

En el pénfigo las ampollas son grandes, aisladas, asentadas sobre una piel normal ó muy ligeramente inflamada alrededor, su tamaño aumenta poco á poco, el líquido contenido en ellas es citrino y no empieza á enturbiarse sino del tercero al cuarto día de terminado el desarrollo de la vesícula.

La sifilide variceliforme, de Dühring, no se puede confundir sino en el adulto, se desenvuelve lentamente, es apirética y se acompaña siempre de manifestaciones secundarias.

PRONÓSTICO

El pronóstico de la afección, dado el carácter benigno que habitualmente reviste la enfermedad, es siempre favorable.

Salvo casos excepcionales de complicaciones graves, debido á un mal estado general anterior, en que el pronóstico debe ser reservado, la enfermedad termina felizmente á los quince ó veinte días.

TRATAMIENTO

Las indicaciones á llenar en el tratamiento, resultan de sí mismas de la naturaleza de la enfermedad y de la sintomatología.

El aislamiento del individuo debe practicarse para evitar el contagio y observar con él los cuidados higiénicos más elementales é imprescindibles que su falta de recursos tal vez ó el descuido y la mala voluntad de los que le cuidan hacen superfluos. Se le tendrá en un cuarto bien aereado, limpio y cómodo, guardando cama mientras evoluciona la enfermedad.

Si hay estado gástrico, se le dará un purgante, se le dietará manteniéndolo á leche, huevos y alguna presa de pollo. Régimen lacteo absoluto si hubiese albuminuria.

Se combatirá la fiebre y el escozar que producen

las *poussées* de erupción, bañándolo dos veces por día en agua de 25 á 30°, y si el escosor no cesara ó fuese muy intenso, se prescribirá todavía pomadas antisépticas al ácido bórico, al ácido fénico ó polvos inertes, como licopodio, el almidón, el arroz ó talco.

Las ulceraciones de la boca se combatirán con colutorios al borato de soda ó al clorato de potasa, así como las ulceraciones de la córnea serán combatidas eficazmente por las soluciones débiles de nitrato de plata, sulfato de zinc ó la pomada al precipitado amarillo de mercurio.

OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN I

Ciriaco Mancinelli, italiano, de 38 años de edad, jornalero, ingresó á la Casa de Aislamiento el día 4 de agosto de 1898 siendo las 5 p. m.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes individuales. — No recuerda haber sufrido de ninguna otra afección que de la actual, que comenzó hace tres días por un fuerte dolor de cabeza, decaimiento general, con pérdida de fuerzas, dolores en la cintura y ambas rodillas, elevación de temperatura, anorexia, sed y diarrea profusa, consecuencia de un purgante que tomó. Vacunado en la infancia.

Es recién desde ayer que pudo notarse en el cuerpo una erupción, por cuyo motivo ha sido enviado á este Hospital.

Estado actual. — Á la inspección se constata, efectivamente, algunas manchas rojas y vesiculitas de contenido claro en la espalda, pecho, abdomen, cara y extremidades, ampollitas que están rodeadas de una estrecha zona inflamatoria irregular y que, al decir del enfermo, le producen mucha comezón, por cuya razón se ve obligado á rascarse, quedando en los sitios en que lo ha efectuado una costra hemorrágica.

Al siguiente día se constata que las manchas rojas que tenía han desaparecido para ser sustituidas por ampollitas claras, semejantes á perlas, de tamaño variable y separadas unas de otras por porciones de piel sana. Se hallan á su vez estas ampollas rodeadas de una zona inflamatoria, casi siempre irregular, sinuosa. Las ampollitas de la parte anterior del cuerpo, que el día antes eran completamente transparentes, se han tornado opacas, algunas son umbilicadas, otras, muy pocas, en vértice, existiendo además otras que han perdido el líquido que contenían y quedando en dichos sitios costritas obscuras adherentes á la piel.

Lengua saburral, con surcos profundos. Mucosas normales. La temperatura, desde el día de la entrada ha oscilado de 35°4 á 36°6, con ligeras alternativas de descenso por las mañanas. Pulso regular, lento, 54 por minuto. Respiraciones: 22. Nada de anormal en los distintos aparatos respiratorio, circulatorio, génito-urinario, etc. Orinas: 2010 gramos en las 24 horas y nada de anormal en los análisis completos efectuados.

El examen del enfermo, al quinto día de su ingreso, presenta su erupción los siguientes caracteres: es discreta, hay vesículas claras al lado de otras turbias y de otras en período de desecación y descamación, diseminadas en toda la superficie del cuerpo. El enfermo está atacado de comezón, especialmente en la espalda, en donde la erupción es más abundante, se ve obligado á rascarse frecuentemente, produciendo de esta manera la ruptura de las vesículas y escoriaciones.

Al octavo día se notan algunas raras vesículas en estado de desecación y manchas difusas de un color rojo obscuro en los sitios atacados por la erupción. Se constata asimismo cicatrices en los sitios

en donde el enfermo se ha rascado con más persistencia.

El tratamiento instituido fué de baño de limpieza, purgante de calomel, higiene de la boca, pomada de vaselina boricada para calmar el prurito y facilitar la caída de las costras. Régimen lacteo. Al décimo día fué dado de alta completamente curado.

OBSERVACIÓN II

Juan Pereira, argentino, de 22 años de edad, soltero, jornalero, ingresó á la Casa de Aislamiento el día 4 de agosto de 1898, siendo las 7 p. m.

Antecedentes hereditarios. — Buenos.

Antecedentes individuales. — Sarampión en la niñez. Blenorragia á los 20, que curó en mes y medio. Vacunado en la infancia.

Su padecimiento actual comenzó el día anterior con vómitos biliosos y un poco de decaimiento general. Durante la noche se sintió más molesto

impidiéndole dormir cierto escosor y malestar que sentía en el cuerpo.

Esa mañana se encontró con una erupción constituida por ampollitas situadas en la cara y en el tórax que lo alarmó sobremanera, decidiéndolo á llamar médico de la Asistencia Pública, siendo enviado por esa repartición á esta Casa de Aislamiento.

Estado actual. — No hay fiebre. Lengua ligeramente saburral. Constipación. Pulso regular é igual. Respiraciones normales. Erupción vesiculosa muy discreta en la cara, más abundante en la espalda. Se le administra en la noche de su entrada un purgante de calomel de 0.60 en tres veces y un baño de limpieza á 30°.

El purgante dió por resultado cuatro movimientos intestinales, de los cuales los dos primeros fueron abundantes y extremadamente fétidos.

En el examen del enfermo, al siguiente día, se constató manchas rojas de tamaños variables, irregulares, dicretas, en cuyo centro existían ampollitas con líquido muy claro en unas, en otras ligeramente turbio; que producen escozor al enfer-

mo y que se rompen al rascarse, dando salida al líquido, mitigándose así el escozor y quedando en el sitio de las ampollas una costra roja.

Esta erupción es más marcada en el dorso, constituida por máculas rojas desiguales entre sí, alternadas con vesículas, de las cuales algunas son umbilicadas con contenido claro y otras de aspecto purulento. Existen igualmente en la cara, de carácter máculo-papulosa y casi confluente. Mucosas sanas. La temperatura, durante la enfermedad del sujeto, no ha pasado de 36°8 con remisiones matinales leves.

Al cabo de siete días el enfermo fué dado de alta completamente sano, sin observarse en éste las cicatrices propias de aquellos que se entregan al raclage. El tratamiento fué el de los baños, dos veces al día para mitigar el prurito, facilitar el descamamiento, ayudado de unciones de vaselina boricada para prevenir la infección de las escoriaciones. Régimen lácteo.

OBSERVACIÓN III

Galo Gudiño, argentino, de 24 años, soltero, bombero, ingresó á la Casa de Aislamiento el 10 de septiembre de 1898.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes individuales.—Ha tenido viruela á los 8 años; blenorragia á los 18, que curó bien.

El día 7 de septiembre por la noche, estando de servicio en uno de los teatros, empezó á sentir cierto malestar, al que no dió mayor importancia, creyendo que fuera debido al exceso de calor que reinaba en el recinto, por lo cual salió un momento afuera á tomar aire. El día siguiente, durante todo el día, se sintió sin disposición de hacer nada, quebrantado y sin apetito, por la tarde sintió dolores de cabeza y en la cintura, aunque no tan fuertes, tenía fiebre y guardó cama. Al día siguiente concurrió á ver á un facultativo de la repartición de Policía, quien habiendo constatado una erupción vesiculo-

sa, le dijo que tenía *viruela boba* y resolvió enviarlo á la Casa de Aislamiento.

Estado actual. — Hombre blanco, bien constituido, regular panículo adiposo, sistema piloso bien desarrollado. Presenta en la cara, al nivel de las alas de la nariz, en la frente, al nivel de las cejas y en la barba, algunas vesículas cuyo contenido es turbio, que le producen mucha comezón. Las hay también en la cabeza, y son sumamente pruriginosas. Muy abundantes en el tórax, abdomen y sobre todo en el dorso, en donde producen intensa picazón, que le obliga á rascarse, escoriándolas, y dejando en el sitio costras hemorrágicas. Menos numerosas en los miembros, que están casi indemnes, excepto la región superior de los muslos. Estas vesículas tienen algunas líquido claro, otras turbio y un halo inflamatorio rojo de bordes irregulares en su inmensa mayoría. Temperatura 36°6. Respiración 18. Pulso regular, igual 70 por minuto. Mucosas normales. Aparatos respiratorio, circulatorio y génito-urinario funcionan normalmente. Se le administra 60 centígramos de calomel.

Dos días después, la erupción está caracterizada, en su inmensa mayoría, por costras rojas rodeadas de un halo rojo, á veces irregular, alternadas con vesículas límpidas y turbias : estas últimas tienen una superficie arrugada. Hay vesículas cuyo contenido es verdaderamente purulento, y cuyo tamaño es poco mayor, pero están situadas únicamente en ambas piernas. En la espalda, llama la atención el gran número de escoriaciones producidas por el rascado, así como unas manchas pigmentadas rojo obscuro en los sitios en que primero apareció la erupción. La temperatura no ha sobrepasado de 36°8, con ligeras, muy ligeras, remisiones matinales. Orinas normales, 2000 gramos en cantidad.

Cuatro días después fué dado de alta ya completamente curado. Presentaba algunas cicatrices en la espalda, en donde se había rascado con más violencia.

El tratamiento instituido fué tenerlo en cuarto separado, bien ventilado, completamente solo : un purgante el primer día, baño de higiene á la entrada, dos baños á 30° cada día, para calmar el prurito y facilitar la caída de las costras. Vaselina

boricada para facilitar el desprendimiento de las mismas y evitar la infección. Régimen lácteo.

OBSERVACIÓN IV

(Del Dr Cucullu)

D. R., mujercita, de dos años y medio de edad. Constitución débil. Vacunada. Sus padres son sanos.

Hace seis meses tuvo una bronquitis aguda, que fué atendida por el médico doctor Arraga.

En la mañana del día de la enfermedad actual, se le notó un poco caidita, sin deseos de jugar, con el cuerpo algo caliente, sin apetito, y deseando estar contínuamente en brazos de la madre.

Al hacerla dormir, á la noche, la madre notó que tenía unas ampollitas en la cabeza, y al mismo tiempo vió que en la frente tenía una manchita.

Como amigo íntimo de la familia, me llamaron de noche para ver la enfermita, y constaté que realmente tenía unas vesiculitas en el cuero cabelludo, y estaban implantadas sobre una mancha : estas vesículas eran umbilicadas.

En el lado izquiedo de la frente, cerca de la sien se notaba una manchita.

Los caracteres de las manchas no se distinguían bien, á causa de la hora en que examinaba la enfermita, lo mismo sucedió que no pude distinguir nada en el examen de la boca.

En el cuerpo noté, especialmente en la espalda y en la región glutea, en la pierna derecha y en el vientre, unas vesiculitas de contenido claro y también eran umbilicadas como las de la cabeza. El número de vesiculitas sería en todo de 10 á 15.

La lengua era saburral. Fiebre 38°.

Como le dijera á la madre que se trataba de *viruela boba*, y que indudablemente los otros dos hermanitos se contagiarían, quiso que el doctor Arraga, médico desde hace mucho tiempo de la familia, la viera al día siguiente.

Con dicho doctor Arraga examinamos perfectamente á la enfermita y vimos que las manchas eran pequeñas, algo redondeadas unas y de bordes sinuosos otras, sobre las cuales se elevaba una vesiculita; ésta era de contenido claro y á veces umbilicada.

Había exantema constituido por una pequeña erosión del velo del paladar y por una vesiculita en uno de los bordes de la lengua. Fiebre 38°.

El doctor Arraga hizo el diagnóstico de varicela.

A la tarde de este mismo día ví que aparecían otras vesiculitas en la cara y pecho principalmente y algunas en el brazo y dorso de la mano.

Las primeras vesículas que aparecieron se rompieron pronto, dando salida á un líquido espeso, turbio, purulento y formándose costritas obscuras que cayeron pocos días después.

Al tercer día de estar enferma esta niñita, apareció con los mismos síntomas que ella otro niño hermanito de ella, y á los dos días después, era también atacado el mayor de sus hermanitos, con los mismos síntomas, la misma erupción, de la que curaron todos en pocos días bajo el siguiente tratamiento: purgante, baños templados, polvos inertes y dieta lactea.

Septiembre de 1898.

ROSENDO CENTENO.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El pronóstico de la fiebre tifoidea debe ser siempre reservado.

II

La inoculacion de virus vacínico permite hacer el diagnóstico diferencial de la varicela con la viruela.

III

El método de Schultze es el mejor tratamiento de la asfixia en la muerte aparente de los recién nacidos.

BIBLIOGRAFÍA

CHACOT y BOUCHARD. *Tratado de Medicina.*

DECHAMBRE. *Diccionario de Medicina.*

BAGINSKY. *Malattie dei bambini.*

GOODHART. *Maladies des enfants.*

J. COMBY. *Maladies de l'enfance*, 2ª edición.

GRANCHER-COMBY MARFAN. *Maladies de l'enfance,* 1er tomo.

MORIZ KAPOSI. *Maladies de la peau.*

TENNESSON. *Traité de dermatologie.*

BERLIOZ. *Manuel pratique de maladies de la peau.*

BROUARDEL. *Tratado de Medicina.*

Buenos Aires, Septiembre 30 de 1898.

Nómbrase á los señores : académico doctor Pedro Mallo, profesor titular doctor Baldomero Sommer y profesor suplente doctor Maximiliano Aberastury, para que constituidos en comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
L. M. Acuña.

Buenos Aires, Octubre 7 de 1898.

Señor Decano :

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno don Rosendo Centeno.

« En el local de la Facultad, á 6 de Octubre de 1898, reunidos los que suscriben encargados de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis presentada por el ex-alumno don Rosendo Centeno, que versa sobre *La Varicela*, resolvieron admitirla. Con lo que terminó el acto. Firmados : *Pedro Mallo, Baldomero Sommer, Maximiliano Aberastury, Zenón Aguilar,* Prosecretario.

L. M. Acuña.

Fecha ut supra.

Entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
L. M. Acuña.