3191

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCARLATINA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ARTURO SILVA

BUENOS AIRES

"La Semana Médica„ Imp. de Emilio Spinelli

737 - Callao — 737

—

1900

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCARLATINA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ARTURO SILVA

BUENOS AIRES

"La Semana Médica„ Imp. de Emilio Spinelli

737 — Cailao — 737

1900

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vice Decano (en ejercicio)

Dr. D. JOSÉ T. BACA

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
„ „ JOSÉ T. BACA
„ „ RAFAEL HERRERA VEGAS
„ „ JACOB DE TEZANOS 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
„ „ GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
„ „ PABLO MARENGO
„ „ EDUARDO WILDE
„ „ MARTIN SPUCH
„ „ TELÉMACO SUSINI
„ „ EDMUNDO NOCARD
„ „ EMILIO R. CONI

Secretario Titular

Dr. D. LUIS M. ACUÑA

Pro-Secretario

Dr. D. ZENÓN AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía Descriptiva	Dr.	Juan José Naon
Anatomía Topográfica	„	Juvencio Z. Arce
Histología teórico-práctica	„	Rodolfo de Gainza
Fisiología General y Humana	„	Pedro J. Coronado
Patología General y ejercicios clínicos	„	Roberto Wernicke
Materia Médica y Terapéutica	„	Justiniano Ledesma
Higiene Pública y Privada	„	M. Gonzalez del Solar
Patología Externa	„	Obdulio Hernandez
Patología Interna	„	José Penna
Anatomía Patológica	„	Telémaco Susini
Bacteriología	„	Carlos Malbran
Medicina Operatoría	„	Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y su clínica	„	Enrique Bazterrica
Enfermedades de niños y su clínica.	„	Manuel Blancas
Enfermedades de los ojos y su clínica	„	Pedro Lagleyze
Enfermedades nerviosas y su clínica	„	José M. Ramos Mejia
Enfermedades mentales y su clínica	„	Domingo Cabred
Enfermedades Génito Urinarias.	„	Federico Texo
Enfermedades venéreas y dermatología	„	Baldomero Sommer
Clínica quirúrjica	„	Julian Aguilar Antonio C. Gandolfo Alejandro Castro
Clínica médica	„	Gregorio N. Chaves Abel Ayerza Luis Güemes Francisco Sicardi
Laringología, otología, rinología	„	Eduardo Obejero
Obstetricia y clínica respectiva	„	Samuel Molina
Medicina legal.	„	Francisco de Veyga
Toxicología	„	Juan B. Señorans
Química aplicada á la medicina.	„	Pedro N. Arata
Física médica	„	Jaime R. Costa
Zoología médica	„	Eliseo Canton
Botánica Médica	„	Martín Spuch
Botánica farmacéutica	„	Adolfo Mujica
Química Médica	„	Atanasio Quiroga
Farmacía teórica	„	Juan A. Boeri
Farmacia práctica	„	J. Manuel Irizar
Obstetricia para alumnas parteras	„	Juan R. Fernandez
Odontología	„	Nicasio Ectheparebordа
Dentistería operatoria	„	Leon Pereira

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía Descriptiva	Dr.	Juan D. Piñero Joaquin Lopez Figueroa
Anatomía Topográfica	„	Avelino Gutierrez
Histología teórico-práctica	„	Samuel de madrid
Fisiología General y Humana	„	Horacio G. Piñero
Patología General y ejercicios clínicos	„	Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	„	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Higiene Pública y Privada	„	Enrque Revilla Ricardo Schatz
Patología externa	„	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna	„	Marcial V. Quiroga
Anatomía Patológica	„	José Badía
Medicina Operatoria	„	Nicolás Repetto
Bacteriología	„	Vacante
Enfermedades de mujeres y su clínica	„	Alfredo Lagarde José F. Molinari
Enfermedades de niños y su clínica	„	Antonio F. Piñero Facundo Larguía
Enfermedades de los ojos y su clínica	„	Francisco Barraza Teófilo A. Moret
Enfermedades nerviosas y su clínica	„	José A. Esteves José R. Semprum
Enfermedades mentales y su clínica	„	Benjamin T. Solari
Enfermedades venéreas y dermatologia	„	Maximiliano Aberastury
Clínica quirúrjica	„	Juan B. Justo Diógenes Decoud Alejandro Posadas
Clínica médica	„	Julio Mendez Ignacio Allende Patricio Fleming Ricardo Colon
Laringología, otología, rinología	„	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
Obstetricia y Clínica respectiva	„	Luis F. Vila Fanor Velarde
Medicina legal	„	Domingo S. Cavia
Enfermedades génito-urinarias	„	Vacante
Toxicología	„	Juan Alba Carreras
Química aplicada á la Medicina	„	Francisco P. Lavalle
Física médica	„	Juan Jose Galiano
Zoología médica	„	Vacante
Botánica médica	„	Lucio Durañona
Botánica farmacéutica	„	Vacante
Química médica	„	Francisco B. Reyes
Farmacia teórica	Sr.	Juan A. Dominguez
Farmacia práctica	„	Miguel Puiggari
Obstetricia para alumnas parteras	Dr.	Enrique Pietranera
Odontología	„	Vacante
Dentistería operatoria	„	Vacante

PADRINO DE TESIS

Académico Dr. JOSÉ PENNA

A mis padres y hermanos

A la memoria de mis hermanos

Señores Académicos

Señores Profesores

Al presentarme nuevamente ante vosotros á rendir la última prueba que la Facultad exige al estudiante para aspirar al Doctorado, confío una vez más en vuestra benevolencia.

El tema elegido para mi tesis versa sobre la escarlatina, esa enfermedad infecciosa llena de complicaciones y tan fecunda en sorpresas.

En él no encontrareis cuadros magistrales ni nada que en estos últimos años no haya sido estudiado; no presento más que las pequeñas observaciones que pude hacer durante mi vida estudiantil.

Cumplo con el deber de manifestar en este acto mi profunda gratitud por vuestras sábias lecciones y útiles consejos, y al mismo tiempo mi sincero reconocimiento al Dr. Penna por la honra que me dispensa al acompañarme en la presentación de este trabajo.

En el año 1856 la escarlatina fué claramente separada del sarampión y otros exantemas y descrita bajo el nombre de *rossania* por Ingrassias. Hasta esa época es imposible encontrar ni en los libros de Hipócrates, ni en trabajos de autores más modernos, el menor indicio del conocimiento de esta enfermedad, que, hasta entonces, estaba confundida con las otras enfermedades eruptivas y sobre todo con la difteria.

En Francia Juan Coittar (de Poitiers) la describió el primero, hácia el año 1578, con el nombre de fiebre purpúrea epidémica y contagiosa. Desde esa época hasta el siglo XVII, numerosos trabajos han sido emprendidos con el objeto de establecer una distinción entre la difteria y la escarlatina, sin haber establecido nada preciso, hasta llegar á Seunert de Wittemberg en quien encontramos la primera descripción completa de la escarlatina, en el año de 1654.

Sydenham da una descripción que ha quedado clásica sobre hechos observados en una epidemia que tuvo lugar en Lóndres, exajerando la benignidad con una frase célebre.

Hoc morbi nomen, vix enim altius assurgit.

Algunos años después, nuevas y graves epidemias

observadas en Inglaterra por Morton y Fothergill, vinieron á hacer cambiar la opinión del ilustre médico con respecto al pronóstico; quedando desde entonces establecida la gravedad de la escarlatina, sobre todo entre la raza anglo-sajona, malignidad que persistía en los anglo-sajones que no habitaban el Reino Unido.

Graves, Trousseau, West han consagrado á esta enfermedad admirables lecciones clínicas. Barthes y Rilliet, Cadet y Gassicourt la han estudiado con un cuidado minucioso.

Las investigaciones modernas han traido elementos sobre la anatomía-patológica y la patogenia de esta enfermedad. Su naturaleza microbiana puede ser afirmada á *priori* como la de las otras fiebres eruptivas, pero el agente responsable no parece hasta ahora haber sido definitivamente aislado, y las investigaciones bacteriológicas modernas han tenido hasta hoy por resultado fijar la patogenia de las infecciones secundarias.

II

ETIOLOGÍA

La escarlatina pertenece al número de las enfermedades notoriamente contagiosas. Esta enfermedad no acomete al que no se haya expuesto previamente á la contingencia del contagio. No se desarrolla de una manera autóctona, por más de lo que se haya dicho en contrario. Es, indudablemente, difícil hallar siempre las huellas del contagio.

Para contraerlo es suficiente la permanencia en la habitación de un escarlatinoso, pudiéndose asegurar que el agente infeccioso se desprende incesantemente del enfermo esparciéndose por la atmósfera que lo rodea (contagio aéreo).

Puede trasmitirse el contagio por personas que hayan estado en contacto con enfermos, así como tambien por objetos inanimados, vestidos, muebles, juguetes, etc.

Ocurren casos en que basta el más fugáz contacto para trasmitir la enfermedad, y es tal la virulencia en algunos, que después de diez años se ha trasmitido la enfermedad por objetos inanimados que han estado en contacto con el agente escarlatinoso.

La presencia de este virus en los tegidos, productos de secreción, sangre, líquido lagrimal, secreción nasal, esputos, escamas epidérmicas, etc., parece probado por el hecho de inoculaciones con resultados positivos, sobre todo en la sangre y vesículas miliares de la piel; inoculaciones hechas con el objeto de prevenir la enfermedad ó benignizar su curso.

La contagiosidad de esta enfermedad parece tener su grado máximo en la época de la descamación sin que en el período de la erupción la contagiosidad no pueda tener lugar.

En cuanto al período de invasión parece ser muy poco ó casi nada contagioso en esta enfermedad. Existen, es cierto, casos raros de contagio en este período.

La predisposición á la escarlatina no es ni con mucho tan general como su congénere el sarampión. Notándose estas diferencias principalmente cuando en un mismo punto reinan ambas enfermedades, en que todos ó casi todos los niños son atacados del sarampión, mientras que no sucede lo mismo con respecto á la escarlatina.

Circunstancias accidentales favorecen la predisposición, encontrándose en estos casos, los heridos y hasta las puérperas, principalmente las primíparas, debiendo ser cautelosos en el diagnóstico en semejantes casos en que muchos eritemas de orígen piohémico ó septisémico pudieran confundirse con la escarlatina.

Esta enfermedad confiere inmunidad indefinida, por

más que hay autores que sostienen haber observado casos de recidivas repetidas en un mismo sujeto, hasta cuatro veces.

Es enfermedad esencialmente de la niñez, por más que se hayan observado casos en adultos.

Los niños de menos de seis meses y los recien nacidos, son rarísima vez atacados por este exantema.

El sexo no tiene influencia para ello. En cuanto á la raza, es conocida la predisposicion y la malignidad de esta enfermedad en la raza anglo-sajona.

III

SÍNTOMAS

La escarlatina se muestra bajo aspectos clínicos extremadamente variados. Entre las formas benignas y las formas malignas las diferencias son tan profundas, que parece, á primera vista, tratarse de afecciones distintas. De manera que es difícil dar una idea de conjunto de la enfermedad.

Empezaré por describir una escarlatina de intensidad media (forma tipo) para entrar después en las formas anómalas.

Como en todas las enfermedades eruptivas, se distinguen en la escarlatina, períodos de incubación, invasión, exantemático y descamativo.

a.—Incubación. Su duración es difícil de determinar en ausencia de inoculaciones experimentales. Si es fácil saber el momento del contacto con un escarlatinoso, el de la penetración en el organismo nos escapa. Este período es más corto en la escarlatina que en toda otra fiebre eruptiva. Trousseau ha visto accidentes á las 24 horas, Serestre después de 7 á 12 horas.

En la mayoría de los casos la duración media es

de 4 á 5 dias. Una duración de 48 horas no es excepcional. La incubación sería más corta en la escarlatina quirúrgica y puerperal.

b.—Invasión. Este período empieza con la aparición del primer malestar y se termina cuando el exantema es apreciable. La brusquedad del principio es uno de los caracteres de la escarlatina. Es en medio de una salud en apariencia perfecta que los sujetos son sorprendidos por un malestar súbito, por escalofrios vagos y violentos, muy pronto seguidos de un estado nauseoso que termina con vómitos biliosos y alimenticios. Casi de golpe la fiebre sube á 40, 41 grados. Otras veces un sensación de sequedad desagradable en la garganta es el primer signo mórbido. Es excepcional que la angina inicial falte, pero puede traducirse por sensaciones vagas á las que el enfermo no haga mayor atención.

En general algunas horas son suficientes para que el cuadro clínico del primer periodo sea completo. La temperatura llega á un grado elevado, el pulso vivo 120 á 140 pulsaciones por minuto, 181 en los niños. Trousseau insiste con razon sobre el valor de este signo. La cara está congestionada, los labios secos, las conjuntivas rara vez algo inyectadas. Unas veces abatidos, los enfermos tienen una sed ardiente, no salen de su torpeza más que para pedir agua; otras veces, al contrario, se mueven sin cesar en la cama. La piel es quemante y seca. El delirio puede hacer su aparición sobre todo en la noche, las convulsiones se manifiestan á menudo en la infancia.

Si en estos momentos se examina la garganta, se constata un color rojo difuso y oscuro, recubriendo no solamente las amígdalas sino también los pilares y el velo del paladar. Estos pueden estar hinchados lo que constituye la angina. Hay casos en que falta y todo se reduce á la coloración eritematosa sin tumefacción ni hipersecreción.

El dorso de la lengua está recubierto de una capa saburral (gris), los bordes y la punta estan apenas rojos, las papilas salientes. El apetito es nulo, la constipación habitual, la diarrea es la excepción Los enfermos acusan más bien una simple pesadez de cabeza que una cefalalgia verdadera.

Este período es, en general, muy corto; se le ha visto faltar totalmente y la erupción aparecer sin prodromos. Su duración media es de 12 á 24 horas, más raramente de dos ó tres dias. La duración de 8 á 9 horas señalada por Trousseau y Jaccoud pertenece á las formas anormales ó complicadas desde el principio.

c.—Erupción. El exantema escarlatinoso al estado naciente, según Kaposi, se presentaría bajo forma de pequeños puntos redondeados del tamaño de una punta de alfiler, de un rojo pálido ú oscuro, muy cercanos los unos de los otros, bien fáciles de distinguir con la lente. Es raro que en las erupciones francas se asista á esta faz de la erupción, pero en las formas atenuadas puede constituir por sí sola todo el exantema.

Este puntillado inicial se rodea de una zona roja y así es como se constituyen las placas que se tiene oca-

sión de observar. En efecto, se observa un eritema difuso fundado por la confluencia de placas más ó menos anchas, de bordes sinuosos, contornos mal dibujados, con tendencia á confundirse entre ellas y continuando por transición insensible con la piel sana. Con atención se ve un puntillado más ó menos rojo, pero más pálido que el fondo, de donde resulta un aspecto granate característico. La coloración del conjunto es uniformemente aframbuesado. Algunas petequias pueden observarse sin indicar por ello la tendencia hemorrágica.

La tumefacción que acompaña al eritema es insignificante; en ciertas regiones suele acentuarse: piés, manos. La presión del dedo hace desaparecer momentáneamente el rojo. Cuando se pasea la uña por la superficie de la piel se dibuja una raya blanca en medio de la cual se nota una estría roja más estrecha. Esta raya, llamada raya escarlatinosa, se encontraría aún antes de la erupción y permitiría (según algunos autores) el predecirla.

El punto de partida de la erupción es difícil muchas veces precisar. Unas veces es el cuello, delante de las axilas, otras veces el abdómen y parte superior de las piernas. Algunas veces la cara queda indemne, en particular en los niños. Cuando existe en la cara es menos marcado que en otras regiones, y respeta la nariz y los labios.

Las amígdalas son tumefactas, algunas veces notablemente, sus criptas son distendidas por un exudado cremoso. Algunas veces hay disfagia, pero en

la escarlatina regular la angina permanece pultácea con un ligero infarto ganglionar. Los labios rojos, algunas veces desecados y recubiertos de costras negras.

La lengua, de borde y punta, solamente, rosada el primer dia toma un tinte carmin que sustituye á la capa saburral que cae. Del cuarto al quinto día la lengua erizada de pupilas salientes, toma el aspecto frambuesado (lengua escarlatinosa). No recupera su aspecto normal hasta los doce dias.

Las conjuntivas algunas veces ligeramente hiperemiadas, comparable á lo que sucede en el sarampión.

Los síntomas generales no presentan remisión á la salida de la erupción. Solo los vómitos disminuyen. La fiebre siempre alta, su desfervescencia concluye con la descamación. El pulso es acelerado durante la erupción y su aceleración, muchas veces, no responde á la temperatura.

En casos intensos los enfermos están ansiosos y postrados; la agitación puede llegar al delirio. Las convulsiones solo en niños ó sujetos nerviosos. Apetito nulo, sed viva, ligero meteorismo abdominal.

El rojo es marcado sobre todo en las regiones de piel fina, cuello, pliegues de flexión, etc. Es en estas mismas regiones, en el cuello principalmente, que se encuentran vesículas parecidas. Estas vesículas de contenido transparente, después turbio y más tarde purulento, pueden formar por fusión entre sí, ampollas más ó ménos voluminosas. Se encuentran con más frecuencia en el adulto.

En el dorso la erupción es muy confluente y toma frecuentemente un tinte cianótico. En la cara externa de los brazos y piernas, el rojo con tinte violáceo predomina sobre los folículos pilosos, los cuales hacen saliencia realizando el fenómeno de la carne de gallina.

Generalmente en dos ó tres días la erupción se ha hecho general. Permanece estacionaria 24 á 26 horas, después palidece de una manera gradual y regular. El todo evoluciona en las formas regulares en 4 á 6 días.

El exantema ocupa en totalidad y en parte toda la mucosa buco-faringea. El rojo limitado en el período de invasión á las amígdalas y pilares, se extiende á la parte interna de las mejillas y encías; es muy vivo, aframbuesado, pudiendo coincidir en la proliferación y descamación epiteleal, de donde la capa saburral, constipación habitual, diarrea rara.

Las vías respiratorias no sufren. Algunas veces solo hay coriza ligero. La aceleración de los movimientos respiratorios es debida á la temperatura elevada. Las orinas densas y coloreadas, muy ácidas, en cantidad disminuida. La úrea excesiva, el ácido úrico lo mismo, los cloruros y fosfatos disminuidos. Una albuminuria ligera no es excepcional en el período febril. A medida que la erupción palidece, el estado general se mejora, la fiebre desaparece y el apetito renace.

d.—Descamación. La descamación empieza generalmente á la declinación de la erupción. Este diag-

nóstico es importante porque separa la escarlatina de los eritemas escalatiniformes.

Si el exantema ha sido muy oscuro, se puede ver la descamación sin la desaparición de la fiebre y la desaparición del rojor. Si ha sido atenuado,el enfermo está restablecido cuando recien empieza la descamación. Esto, en ciertos casos puede no ser notado.

La descamación sigue una marcha idéntica á la erupción; ella empieza por los sitios donde la erupción se ha hecho primeramente, el cuello, cintura pliegues articulares, etc.

La descamación se hace por pequeñas escamas furfuráceas menos finas que en el sarampión. Algunas veces se hace en placas más anchas; sobre todo en los niños y cuando la epidermis es espesa. Así en las palmas de las manos, dedos y sobre todo en la planta del pié tienen algunas veces una extensión notable. A veces se les desprende de los dedos bajo la forma de dedos de guante. Debajo, la epidermis aparece delgada y de color rosado. La región plantar es la que se despoja en último término, y es en ella, donde en los casos frustros, es necesario buscar la descamación que podría precisar un diagnóstico retrospectivo. La caída de uñas y cabello es excepcional.

La descamación dura de 1 á 3 semanas. Algunas veces se prolonga 60 á 70 dias. Las unciones y baños pueden disminuir su duración.

La fiebre que se ha mantenido alta con remisiones matinales de $^1/_2$ grado, comienza á disminuir cuando la erupción palidece, y cae habitualmente al princi-

pio de la descamación. La fiebre en la escarlatina normal no complicada, no debe existir pasados los 12 días; sin embargo, nuevas ascensiones térmicas no son raras bajo la influencia de la angina ó reabsorción de toxinas microbianas. El pulso vuelve á la normal cuando se muestra la descamación.

IV

ANOMALÍAS

Solo describiré sumariamente las formas anómalas de esta enfermedad; sin embargo, creo útil tratar también de algunas anomalias de detalle.

El período de invasión puede ser acortado ó alargado, el periodo prodrómico puede faltar. Otras veces algunos de los elementos de este período pueden no presentarse, la fiebre por ejemplo; tal otro exajerarse. La diarrea, que no es habitual, puede presentarse con ó sin dolores abdominales. Se ha observado en ciertos casos una raquialgia intensa. El período eruptivo está sujeto á variantes. El exantema puede ser exajerado, atenuado y aún faltar. Su duración puede alargarse ó acortarse. Puede sólo existir en ciertas regiones aisladas, habiéndose visto casos de localización puramente en la cara.

El aspecto puede variar en la erupción, independientemente de toda modificación del estado general. Unas veces son pequeñas manchas redondeadas y desiguales, un poco rugosas, otras simples vetas aisladas (escarlatina variegata) otras veces reviste la forma

papulosa, pequeñas nudosidades de un rojo más vivo que el fondo, perceptible al tacto.

En fin, se ha visto la erupción hacerse en dos tiempos, uno, primero, que se extingue á las 24 horas y después un segundo, sin los signos generales del principio.

V

FORMAS ANÓMALAS

Forma fulminante.—En esta forma apenas da tiempo de salir la erupción, que ya la muerte se produce. La fiebre sube de golpe á 40 y 43, el pulso depresible 130 á 140. La piel seca, quemante. Vómitos interrumpidos y dolor de cabeza atroz. Después aparecen los síntomas nerviosos, primero agitación, insomnio, carfología, que preludia un delirio activo que no tarda en aparecer, ó convulsiones que tiene lugar en los niños; más tarde depresión; estupor, somnolencia, coma. La muerte sobreviene en algunas horas, en dos dias á lo más, en coma y colapso.

Forma sincopal.—Predominan los accidente cardíacos. La muerte es consecuencia de la tendencia precoz al colapsus. Hay hipotermia.

Forma atáxica.—Los síntomas de esta forma son los de la forma fulminante, pero más atenuados. Su evolución es menos rápida. La muerte es habitual.

Forma tifoidea adinámica.—Parecido al estado tifoideo, los enfermos están en estupor; la postración es extrema. La diarrea, abultamiento de vientre, sobresalto de tendones, todo hace parecer á la tifoi-

dea, hasta las escaras de la región sacra, que precede de cerca á la terminación fatal.

Forma hemorrágica.—En esta forma, placas purpúreas aparecen en la piel; se observan ematurias abundantes y repetidas, y epistaxis. Unas veces las hemorragias aparecen desde el período de invasión, acompañadas de síntomas ataxo-adinámicos graves; la muerte sobreviene en algunas horas ó en un dia. Otras veces estos fenómenos se muestran más tarde, después de una erupción regular. La muerte es casi constante, resultado de las pérdidas sanguíneas y de la toxiemia profunda.

Forma tardía.—Los accidentes nerviosos, graves, aparecen en medio de una erupción en apariencia regular, sucediendo á un período de invasión normal. Esta forma es muy grave.

Forma gastro-intestinal.—Forma á predominio de síntomas del lado del tubo digestivo; habitualmente se observa en el niño. Lengua saburral, cefalalgia, anorexia, náuseas, vómitos, vientre abultado, etc. Esta forma no es grave.

VI

COMPLICACIONES DE LA ESCARLATINA

Como en todas las enfermedades, las complicaciones de la escarlatina están constituidas por la exageración de sus síntomas normales, ó por la aparición de un accidente extraño. La angina grave puede ser la más importante, no solamente por sí misma, sino por los accidentes á que puede dar lugar, como por ejemplo: otitis supurada, adenitis cervicales, septisemias, etc. En ciertas epidemias, presentan tal gravedad que parecen constituir toda la enfermedad.

En ciertos casos toman un desarrollo extremo las manifestaciones anginosas de la escarlatina. A los dos ó tres días de enfermedad la garganta se cubre de un exudado de apariencia absolutamente diftérico. Falsas membranas, espesas, recubren las amígdalas, los pilares, la úvula; cuando se las atrae la mucosa amigdaliana sangra facilmente, no siendo raras las ulceraciones en muchos puntos, reproduciéndose rápidamente las falsas membranas; es la angina pseudo-membranosa del principio de la escarlatina.

Investigaciones bacteriológicas emprendidas por Lenhartz, Raskin, Bourges, han fijado definitivamen-

te su naturaleza y probado que, en algunos casos, aunque raros, (1 por 18) han encontrado el bacilo de Klebs-Lœffer asociado al streptococus, siendo por lo común anginas pseudo-membranosas á streptococus. Se le encuentra sea aislado, sea asociado al staphilococus ó al *bacterium coli*.

La angina tardía secundaria que aparece después de la desaparición de la faringopatía del principio de la enfermedad, en el segundo ó tercer septenario, es al contrario siempre diftérica. Es siempre una difteria asociada al streptococus, difteria grave que presenta casi siempre los síntomas de la difteria tóxica y ocasiona rápidamente la muerte.

Como toda enfermedad infecciosa, la escarlatina ataca el sistema linfático, tiene sus bubones, ha dicho Trousseau. En efecto, la adenopatía submaxilar á un grado cualquiera no falta jamás. Pero en las escarlatinas intensas, en las formas anginosas, sobre todo, esta adenopatía puede tomar un desarrollo considerable. No solamente invade los gánglios submaxilares y parotídeos sino que puede producir una verdadera infiltración celular. La evolución hácia la resolución es siempre larga y generalmente terminan por supuracion, formándose abscesos profundos que, cuando se encuentran en la proximidad de los vasos, suelen ulcerar sus paredes, dando lugar á hemorrágias rápidamente mortales.

La escarlatina como toda enfermedad á determinación faringea, se acompaña frecuentemente de otitis. La infección del aparato auditivo se hace por

la trompa de Eustaquio. En estas formas ligeras las cuales se traducen por dolor poco vivo y poca fiebre, y otras formas graves supuradas, es felizmente menos frecuente.

Ella aparece frecuentemente durante la erupción en el momento que las determinaciones farinjeas están en su apogeo. Unas veces hay gran dolor, gran fiebre, agitación hasta el momento en que el pus perfora la membrana timpánica; otras veces la perforación se hace tan precozmente que los dolores han tenido poca intensidad. Los cuidados antisépticos traen generalmente de una manera rápida la curación de la otitis. En algunos casos las células mastoideas pueden ser invadidas, y se ha visto casos en que se ha producido lesiones de la roca y aún propagación á las meningeas.

Las complicaciones del lado del aparato circulatorio suelen traducirse en endocarditis, en las formas muy graves de la escarlatina, tomando la forma ulcerosa, dice Baginsky, determinando embolias que acarrean rápidamente la muerte. Las pericarditis son más raras y en muy pocos casos se han señalado lesiones del miocardio.

Las complicaciones del lado del aparato respiratorio suelen ser muy raras. Las laringitis son tardias y pertenecen comunmente al crup. Trousseau dice *que la escarlatina no prefiere la laringe* y tiene razón para el principio de la enfermedad; investigaciones bacteriológicas, emprendidas por eminentes bacteriólogos, prueban que la angina del principio jamás es difterica.

La bronco-neumonia, muy rara, siempre determinada por el streptococus, pertenece á las formas graves.

Pueden presentarse pleuresias, generalmente purulentas, conteniendo siempre streptococus, cuya patogenia hay que buscarla en una escarlatina anterior; una intervención precoz suele ser de provechosos resultados.

Existen en la escarlatina complicaciones articulares denominadas seudo-reumatismo escarlatinoso. Estas artropatías consideradas por algunos como el despertar de la diatesis reumatismal, hoy en dia se consideran como un seudo-reumatismo infeccioso, bajo la influencia del streptococus.

Existen dos formas de reumatismo escarlatinoso, una serosa, otra supurada. Es una complicación rara de la escarlatina.

En la forma serosa se limita á un pequeño número de articulaciones, sobre todo de la mano ó de las vértebras cervicales y principalmente, como lo había indicado Graves, á la articulación atloidea-axoidea; hay contracción de los músculos cervicales. Esta forma serosa es una complicación tardia; es generalmente poco intensa y de corta duración, su curación es la regla.

La forma supurada es más rara, casi siempre limitada á una articulación, por excepción ataca á varias. Ella presenta los síntomas de toda artritis supurada. Generalmente los enfermos que tienen estas lesiones presentan un estado infeccioso de los más graves, con accidentes ataxo-adinámicos que traen la muerte. La supuración articular no es nada más que la manifestación de la piohemia.

VII

NEFRITIS

Las complicaciones del lado del riñon son las más importantes y merecen ser tratadas con detención.

Hace ya algunos años, antes que la albuminuria se conociera, que los médicos habían comprobado la presencia de anasarca en el curso de la escarlatina. Hoy en dia se sabe que la nefritis es la causa de la albuminuria y del anasarca. Esta complicación es tan frecuente que, en todo enfermo atacado de nefritis (en un niño particularmente) debe buscarse, si no ha habido una escarlatina anterior.

Existe en la escarlatina dos formas de albuminuria: una precoz ligada á la erupción, designada con el nombre de albuminúrica febril, cuya frecuencia es variable, según los diversos autores, que no se manifiesta sino se la busca, generalmente pasagera y debida probablemente á una nefritis ligera.

Otra segunda forma, tardia, que aparece generalmente hácia la tercera semana, y en la cual la nefritis es bien marcada. La nefritis escarlatinosa tiene un principio variable: en unos casos se instala insidiosa-

mente y solo el análisis de orina permite comprobar su presencia. Esta manera de instalarse no es la más frecuente; generalmente, algunos signos llaman la atención del médico: un poco de cefalalgia, algunos vértigos, perturbaciones pasajeras de la vista, á lo que se agregan la anorexia, algunos vómitos, dolores de riñon, polakiuria, orinas más raras, más oscuras, lo que llama la atención del lado del riñon. Es á estos síntomas que se reduce la nefritis del principio; al mismo tiempo el enfermo palidece, hay ligera hinchazón de la cara, sobre todo por la mañana. En otros casos la hinchazón es más marcada, el edema invade la cara, párpados, después el resto del cuerpo, constituyendo el anasarca; frecuentemente estos síntomas se acompañan de una ligera elevación térmica. En fin, en ciertos casos, la nefritis se manifiesta bruscamente: fiebre violenta, dolores renales internos, hematuria más ó menos abundante, y rápidamente se ve venir la uremia.

En estas formas graves puede existir anuria durante algunas horas, aún durante un dia ó más. La cantidad de albumina en los casos graves, no ha pasado de cinco gramos (Cadet de Gassicourt).

La marcha ulterior de los síntomas varía según la intensidad de la nefritis; unas veces apenas marcada, otras se presenta con el cuadro de la uremia lenta.

Su duración escapa á toda determinación; su curación es la regla

Patogenia.—Primeramente se ha atribuido á enfriamiento la causa única de la nefritis; pero investigaciones modernas han venido á demostrar el rol que juega

el streptococus. Es posible que el streptococus exista en el riñón sin manifestarse, pero un enfriamiento puede hacer que este órgano sea más vulnerable; de ahí la nefritis.

Anatomia patológica.—Unos autores han hecho de la nefritis escarlatinosa, una nefritis intersticial aguda (Kiener-Charest), otros como exclusivamente glomerular (Kleb), y en fin otros han hecho resaltar las lesiones parenquimatosas (Lancereaux, Lecorché, Bartels). Parece hoy dia demostrado que la nefritis escarlatinosa es general y que ataca todos los elementos del riñon. Cuando un enfermo muere en los primeros dias de la escarlatina y existen lesiones renales, éstas se reducen á hiperemias; la consistencia del riñon es dura, el corte rojo oscuro. El epitelio de la cápsula de Bowman comienza á descamar, el de los tubos contorneados está tumefacto, infiltrado de granulaciones grasosas, las células embrionarias se acumulan al rededor de los vasos. Cuando el enfermo sucumbe más tarde, las lesiones varían según la época en que la muerte ha tenido lugar. Ya se presenta hiperemiado, con hemorragias intralobulares, ya tiene la apariencia del grueso riñon blanco; al corte los glomérulos hacen saliencia roja sobre el fondo blanco amarillento; los epitelios están profundamente alterados en esta forma.

En fin, cuando sucumben los enfermos á un período más avanzado, el riñon puede presentar los caracteres del pequeño riñon contraído. Las lesiones histoló-

gicas atacan todos los elementos renales. El epitelio capsular está hinchado al principio, un exudado granuloso y fibrinoso la distiende; numerosos leucocitos y granulaciones grasosas se mezclan al exudado. En los casos agudos se encuentran hematies, algunas veces una verdadera hemorragia. A un grado más avanzado la esclerosis invade el ramillete vascular, la cápsula se espesa y se rodea de tejido fibroso. El epitelio es siempre atacado. La degeneración grasosa de éstos y la lesión glomerular sería en algunos casos la única lesión. En otros existe una diapedesis considerable de glóbulos blancos alrededor de los capilares. Los leucocitos abundan por todas partes entre los tubos y sobre todo alrededor de los glomérulos. Fischer ha señalado la periarteritis de las pequeñas arterias.

Por último solo mencionaré, como complicación, la vulvitis, complicación que se encuentra sobre todo en el medio hospitalario.

VIII

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Al hablar de las complicaciones,he tratado ya de las lesiones anátomo-patológicas que se suelen encontrar en el riñón. De manera que solamente me limitaré á esbozar ligeramente las lesiones que presentan los otros órganos.

Siendo la escarlatina una enfermedad benigna en sí, rara vez ocasiona la muerte, como no sea debida á su fúnebre cortejo de complicaciones, por lo que se hace temible en determinados casos.

Siendo el exantema de la escarlatina una hiperemia cutánea, él se borra con la muerte, de manera que en el cadáver de un escarlatinoso no existe señal alguna de ésto.

El análisis microscópico de la piel revela la existencia de tumefacción del tejido dérmico, dilatación ampuliforme de los capilares sanguíneos, abultamiento de la red de Malpighi y especialmente de los núcleos. Se han descrito hemorragias de las glándulas sudoríparas y eliminación activa de su epitelio.

Los músculos llaman la atención por su blandura y color pálido, encontrándose al exámen microscópico

enturbiamiento granuloso y degeneración grasosa de las fibras musculosas.

Se ha comprobado hiperplasias y tumefacciones en los folículos linfáticos de la lengua, faringe, amígdalas, y tráquea. Las venas de los gánglios linfáticos del cuello se han hallado obstruidas por coágulos sanguíneos.

El corazón pálido, flácido, presenta dilataciones é hipertrofia. Microscópicamente se reconoce degeneración grasosa y turbidez granulosa de las fibras musculares

El hígado presenta degeneración grasosa á la vez que proliferación de células redondas en el tegido intersticial.

El exámen microscópico del bazo revela engrosamiento de las vainas arteriales y multiplicación nuclear de los músculos de las paredes de los vasos.

IX

DIAGNÓSTICO

Si bien es cierto que, en los tipos normales de esta enfermedad, el diagnóstico es fácil, no sucede lo mismo con las formas anómalas, y su confusión es posible con numerosos estados.

La escarlatina es una pirexia relativamente rara en el adulto; rara vez la erupción escarlatinosa se presenta á la vista donde por lo general n se la busca, desconociéndose en muchos casos su existencia.

La escarlatina principia bruscamente por escalofrios, vómitos y fiebre alta. Esta manera de presentarse es tan frecuente que, con dificultad se piensa en otra cosa, cuando estos fenómenos se presentan. Si bien muchas enfermedades agudas principian así, rarísima vez el exámen completo del enfermo deja lugar á dudas.

Cuando los fenómenos generales son muy desarrollados y que se trata al principio de esas escarlatinas malignas, en las cuales el enfermo pasa en algunas horas de una salud perfecta á los desórdenes nervio-

sos más graves, el diagnóstico se hace imposible sin la noción de un contagio ó epidemia reinante.

El diagnóstico diferencial entre la escarlatina y la viruela se distingue fácilmente, si se tiene en cuenta el dolor lumbar, la ausencia de angina y la aparición rápida de pápulas variólicas que invaden rápidamente la cara, lo que no sucede en la escarlatina.

La rubeola, fiebre eruptiva tan interesante, que conocemos hace pocos años solamente, puede prestarse á confusión por el hecho de que su erupción puede en ciertos casos tomar la apariencia escarlatinosa. Se distingue en que en la rubeola no hay angina y se constata frecuentemente un catarro oculo-nasal. Pero lo que sobre todo caracteriza á la rubeola es la adenopatía cervical y sub-occipical, tan clara, cuya semejanza con la adenopatía sifilítica es tan notable. Además la erupción es casi siempre híbrida, escarlatinosa en ciertos puntos, rubeólica en otros.

Ciertos medicamentos, la belladona, el opio, la quinina pueden dar lugar á un eritema cuya apariencia es absolutamente la de la escarlatina. He visto un caso, dice Moizard, en que el diagnóstico fué el de los más difíciles, con fiebre y angina y sin la noción de recidiva constante bajo la influencia de la menor dosis de quinina.

Guinon dice haber visto un caso en que la antipirina determinó una erupción escarlatiniforme con angina y fiebre intensa; solo el catarro ocular permitió evitar el error.

Los eritemas determinados por el mercurio son más

difíciles de reconocer. En las formas ligeras es fácil evitar el error; pero en las formas graves, piréticas, la semejanza con la escarlatina puede ser absoluta, como dice Morel-Lavallée (Revista de Medicina, Junio 1890). Es el mismo elemento eruptivo, formando por su confluencia, las mismas napas; es la misma miliar.

En las formas graves de erupción hidrargírica el principio es brusco y febril y se ha observado descamación de la lengua. La descamación cutánea en estos casos tiene mucha semejanza con la enfermedad que nos ocupa; diferenciándose en que empieza más pronto del 5º al 8º dia y puede renovarse varias veces; por lo tanto en las formas graves de hidrargirismo, el diagnóstico se hace imposible sin nociones etiológicas.

El eritema descamativo escarlatiniforme puede ser al principio confundido con la escarlatína. Pero en la primera afccción los fenómenos generales son poco marcados, mientras que la erupción es más pronunciada en la escarlatina. Su descamación en el eritema escarlatiniforme empieza desde el tercer dia, cuando la rubicundez está en su apogeo y trae habitualmente la caida del cabello y las uñas, complicación absolutamente excepcional en la escarlatina.

En ciertas enfermedades infecciosas, difteria, fiebre tifoidea en particular, los eritemas que se presentan pueden inducir á error, sobre todo cuando se aparecen muy al principio. Solo el exámen bacteriológico y la presencia del bacilo de Loefer, en los exudados faringeos, disiparán las dudas, que sabemos que

la angina del principio de la escarlatina es excepcionalmente diftérica.

Esto en cuanto al eritema difteroide, que para el de la fiebre tifoidea, citado por algunos autores, tendremos que sujetarnos á las mismas consideraciones.

Investigaciones recientes nos muestran que muchas coincidencias de escarlatina con otras fiebres eruptivas ó con otras enfermedades no son más que erupciones escarlatiniformes debidas á infecciones secundarias, hoy dia muy conocidas y cuyo agente principal es el streptococus (Moizard).

X

PRONÓSTICO

Nada es más difícil que sentar el pronóstico de la escarlatina; varía segun se presente benigna ó de ca racter grave.

Esta enfermedad, dice Moizard, parece mucho más grave en Inglaterra que en el continente, conservando los ingleses esta vulnerabilidad aún léjos de su pátria. Reina verdadera incertidumbre para fijar un pronóstico, teniendo en cuenta la série de complicaciones que pueden despertarse en la evolución de esta enfermedad. Tal escarlatina de apariencia benigna puede volverse grave inopinadamente, sea por la aparición brusca, inexplicable de fenómenos de malignidad, sea por la producción de complicaciones imprevistas.

Al hablar de los síntomas y de las formas, he dado ideas sobre su pronóstico.

Este debe ser por lo general reservado.

XI

TRATAMIENTO

En la escarlatina regular el tratamiento higiénico, prima sobre el terapéutico propiamente dicho.

El enfermo será colocado en un local suficientemente vasto y bien aereado. Debe contener solamente los muebles estrictamente necesarios. Solo el personal encargado de cuidarle tendrá acceso á él. El aire debe ser renovado teniendo cuidado de no esponer los enfermos á una corriente. La temperatura conveniente es de 18 á 20 grados.

La alimentación será líquida únicamente, caldo ó leche durante el período febril; algunos autores solo admiten la leche, para otros este régimen lógico cuando aparece la menor traza de nefritis, es de un rigor excesivo en las formas simples. Debe proscribirse toda sustancia capaz de irritar el filtro renal, (alcohol). Se dará á discreción tisanas refrescantes, cocimiento de cebada, limonada, etc., según el gusto de los enfermos.

Es conveniente tener la piel limpia; prescríbanse los baños tibios aún en el período de erupción. Se les puede jabonar durante el baño.

Los baños con fricciones jabonosas son más indicados, sobre todo en el periodo de descamación. Se le asocia unciones con sustancia grasas ó con una pomada cualquiera antiséptica. Esta práctica ayuda mucho á la caida de las escamas.

La antisepsia bucal y naso-faríngea es una medida lógica de preservación contra las infecciones secundarias.

Se practica lavajes, irrigaciones, pulverizaciones repetidas tres ó cuatro veces por dia con líquidos antisépticos y poco tóxicos (acido bórico y salicílico).

Los lavajes de la nariz con el sifon de Weber son acusados de favorecer la infección del oido medio.

En las niñas es conveniente los lavajes vulvares con agua boricada, ó con una solución de bicloruro de hidrargirio muy débil, cuando hay el menor síntoma de vulvitis.

Los enfermos permanecerán en cama durante15 dias á 3 semanas segun la intensidad. La primera salida tendrá lugar en general después de 40 dias y todavía será subordinada al tiempo. Sobre todo se deberá regir para ello por la descamación.

El tratamiento de la escarlatina anormal es puramente sintomático.

Cuando la fiebre es muy viva, ella es por su intensidad y su continuidad un peligro que es necesario conjurar. Los medicamentos antitérmicos son todos más ó menos tóxicos y pueden tener una excesiva acción nociva sobre el riñón. La quinina da pocos resultados; solo á pequeñas dosis á titulo de

nervino, podía ser prescrita. La antipirina baja la temperatura pero su acción sobre el riñón es impropia para favorecer la eliminación de toxinas. El ácido salicílico y salicitados no son inofensivos para el riñón por lo tanto deben proscribirse. El acetato de amoniaco y digital han sido empleados como antisépticos.

Pero la medicación antitérmica por excelencia es la balneación, que aquí como en la fiebre tifoidea rinde grandes servicios; no solamente baja la temperatura, sino que calma la agitación nerviosa, trae la diuresis y determina un sueño más ó menos prolongado. La acción sobre el pulso es igualmente manifiesta, cae de 180 á 150 en los niños. La diarrea y los vómitos frecuentes en estas formas graves, se atenúan; cesan bajo la influencia de la balneación. La acción del agua fría bajo estos puntos de vista es notable.

Cunié fué el primero que la empleó en 1798 bajo forma de afusiones frías; los dos primeres enfermos á los cuales la aplicó fueron sus dos hijos atacados de escarlatina.

Después de su curación la prescribió á un gran número de enfermos y fijó las dos indicaciones: la hipertermia y los accidentes nerviosos.

Brand, Furgensen, etc., preconizaron los baños frios á 18 ó 25 grados dados sistemátimente desde que la temperatura llega á 39.5. El baño frío reanima la erupción, tiene una acción sedante muy marcada y baja la temperatura de un grado á un grado y medio; siempre es útil echar durante el baño sobre la cabeza y la nuca del enfermo agua fría. El

baño debe prolongarse durante 10 ó 20 minutos segun como el enfermo lo soporte. Es necesario repetirlo cada vez que la temperatura marca 39'5.

Los baños tibios de treinta á treinta y tres grados rinden grandes servicios en las formas menos graves de la escarlatina.

La hidroterapia puede ser empleada en la forma de lociones con el agua á 20 ó 28 grados.

Se pasa por todas las partes del cuerpo del enfermo ejerciendo una presión fuerte, un esponja imbibida en agua. La loción dura uno ó dos minutos y el enfermo sin secarse se envuelve en cubiertas calientes. Los efectos de la loción son excelentes, pero su acción es menos marcada que con los baños. Sin embargo su uso tiene mayor aceptación entre las familias.

La envoltura puede dar servicios. Se envuelve el enfermo durante varias horas en un trapo mojado en agua á 12 ó 14 grados, bien esprimido y dispuesto de manera que esté en contacto con todas las partes del cuerpo. Estas envolturas pueden ser renovadas cada cuatro ó cinco horas.

La escarlatina, como toda enfermedad infecciosa, se complica frecuentemente de accidentes cardíacos que constituyen una contra indicación á la balneación. Cuando se acompañe de colapsus puede traer prontamente la vida á término. El mejor medio de combatirla es la cafeina en forma de inyeciones hipodérmicas.

No hablaré de las tentativas hechas en estos últimos años sobre el tratamiento por el lavage y la seroterapia; la cuestión se encuentra todavía en estudio.

XII

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

Cada complicación reclama un tratamiento apropiado á su naturaleza y gravedad. La angina precoz é intensa se tratará por irrigaciones antisépticas calientes (ácido bórico, ácido salicílico) y tambien podrán emplearse toques con glicerina fenicada, sublimado, fenol alcanforado, etc.

Contra la angina diftérica tardia, serateraapia.

La nefritis, en ciertos casos necesita para ser reconocida el análisis de la orina, el cual debe ser practicado sistemáticamente en toda escarlatina. Al principio de la nefritis la aplicación de ventosas escarificadas y más tarde ventosas secas en la región renal tendrán su indicación.

El régimen lácteo es de rigor en estos casos, los diuréticos tienen también su aplicación.

Contra los fenómenos urémicos que pueden aparecer, purgantes drásticos y la emisiones sanguíneas más ó menos abundantes.

Contra las hemorragias múltiples: ergotina, limonada sulfúrica y tártrica.

El bubon y la otitis exigen el concurso de la cirugía.

El reumatismo escarlatinoso puede ser tratado por el salicilato de sodio.

Durante la convalecencia, la escarlatina exige una vigilancia especial. La alimentación sólida no será permitida sino después de unos días de apirexia. Las orinas deberán ser examinadas con alguna frecuencia y al menor descenso de la cantidad normal, se restablecerá el régimen lácteo.

XIII

Observaciones Clínicas

OBSERVACIÓN I

María Ríos, 10 años, argentina, entró á ocupar la cama nº 6 de la sala 6ª de la Casa de Aislamiento, el 1º de marzo de 1900.

La enfermedad actual empezó con cefalalgia, desgano general, mucha sed, fiebre é insomnio por la noche. Al segundo dia apareció la erupción, acompañada de dolor de garganta.

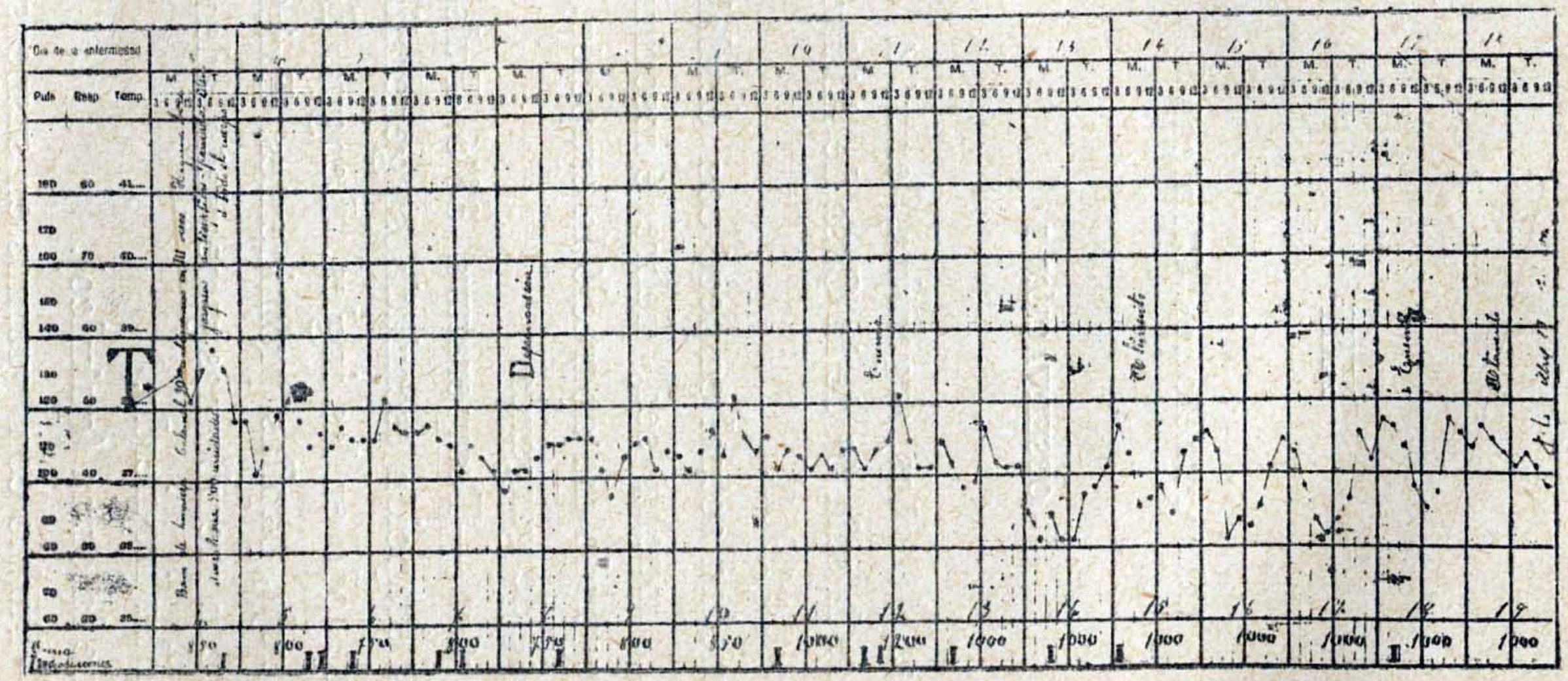
Estado actual.—Temperatura 38'6. Pulso bueno, presenta una erupción escarlatinosa generalizada, más intensa sobre todo en las ingles. Lengua descamándose, punta roja, papilas prominentes. Existe angina eritématosa con membranas y pequeña adenitis en el ángulo maxilar izquierdo.

Exámen de la orina (químico).

Aspecto.—Turbio con grumos en suspensión y poco sedimento.

Reacción.—Alcalina.

Color.—Amarillo pálido.



Pl. núm. 1

Densidad.—1022.
Urea.—22 gr. 14.
Cloruros.—4.50.
Fosfatos.—0.50.
Albumina.—0.50.
Glucosa.—No.
Bílis.—No.
Hemoglobina.—No.

Al microscópio no se encuentran cilindros renales, presenta gran cantidad de cristales de urato de amonio, fosfatos.

El exámen de las membranas demuestra la presencia de bacilos de Loeffer.

Diagnóstico.—Escarlatina difterio-faringea.

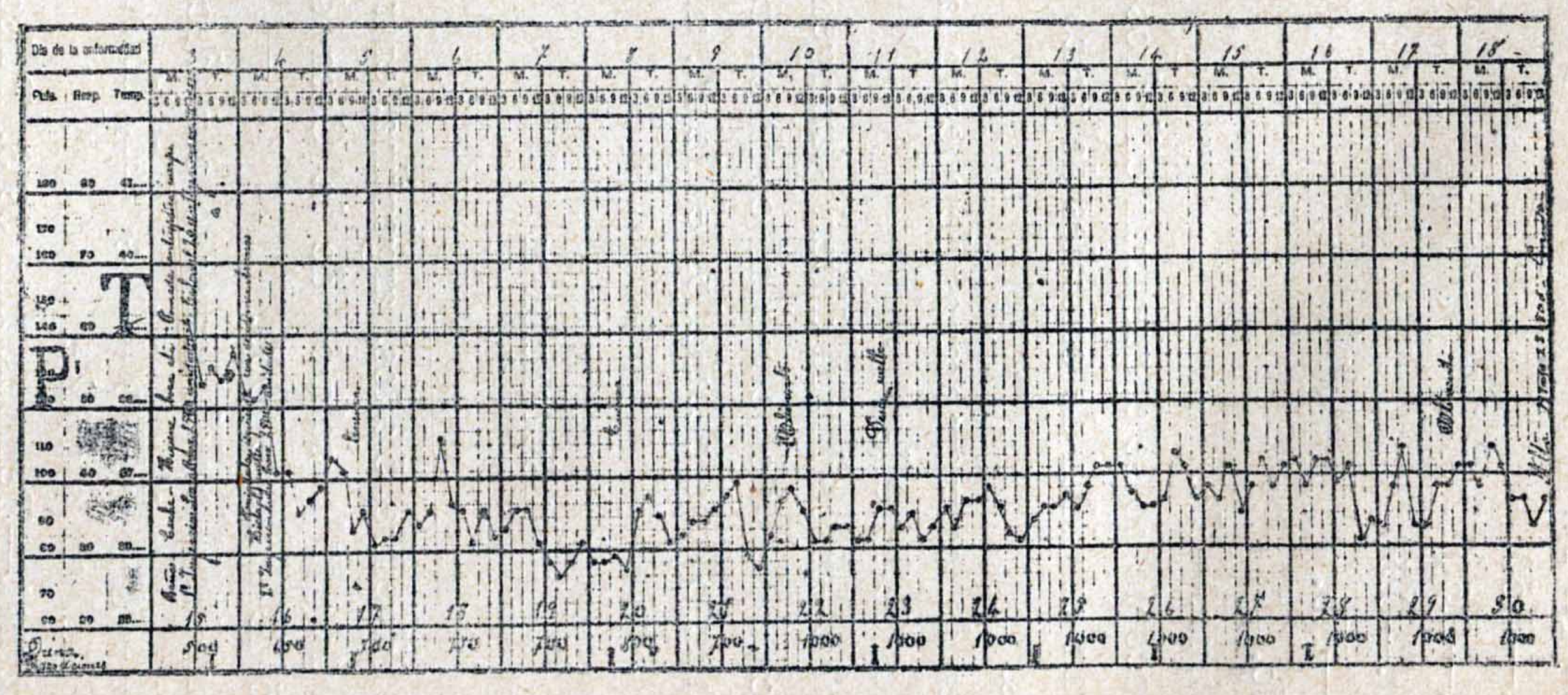
La evolución de su enfermedad como su tratamiento y su resultado van detallados en la Pl. núm. 1.

OBSERVACIÓN II

Adelaida Silvestre, 5 años, argentina, entró á ocupar la cama 14 de la sala 6ª de la Casa de Aislamiento el 15 de abril de 1900.

La enfermedad actual comenzó con decaimiento general, cefalalgia fuerte, fiebre, sed, dolor de garganta, inquietud en la noche.

Estado actual.—Temperatura 39'3. Pulso bueno. Presenta una erupción escarlatiniforme muy intensa en el torax y abdómen por delante, discreta en el resto del cuerpo. Lengua saburral, roja en la punta,



Pl. núm. 2

papilas algo prominentes. Existe además, en ambos lados del cuello gánalios muy pocos, dolorosos, mucosa faringea roja. Las amigdalas tumefactas están recubiertas por falsas membranas grises que ocultan toda su superficie.

Orina. Reacción.—Néutra.

Color.—Amarillo.

Densidad.—1023.

Albumina.—No.

Glucosa.—No.

Bilis.—No.

Hemoglobina.—No.

Al microscopio presenta células planas y algunos leucocitos.

El exámen microscópico de las membranas demuestran la presencia de bacilos de Loeffer en agrupaciones típicas, diplococus numerosos no capsulados, estafilococus y streptococus en cadenas cortas.

Diagnóstico.—Escarlatina difterio-faringea.

La evolución de la enfermedad como su tratamiento y su resultado van detallados en la Pl. núm. 2.

OBSERVACIÓN III

Maria Esther Silvestre de 8 años de edad, entró á ocupar la cama nº 3 de la sala 6ª de la Casa de Aislamiento el dia 15 de abril de 1900.

La enfermedad actual comenzó el dia anterior, con postración general, cefalalgia, fuerte dolor de gar-

ganta, sed, fiebre y por la noche insomnio. Hoy apareció rubicundez en el pecho.

Estado actual.—Temperatura 39'4.

Presenta erupción eritematosa en la parte superior del torax, escarlatiniforme en la proximidad de las clavículas. Lengua saburral, papilas algo prominentes. Adenitis en ambos lados del cuello, dolorosa á la presión. Amígdalas tumefactas, más la derecha, presenta seudomembranas de color blanco grisáceo en islotes.

Orina. Reacción.—Ácida.

Color.—Amarillo.

Densidad.—1024.

Aspecto.—Transparente sin espuma y sin sedimento.

Albumina.—No.

Glucosa.—No.

Bilis.—No.

Hemoglobina.—No.

Cloruros.—2 gramos.

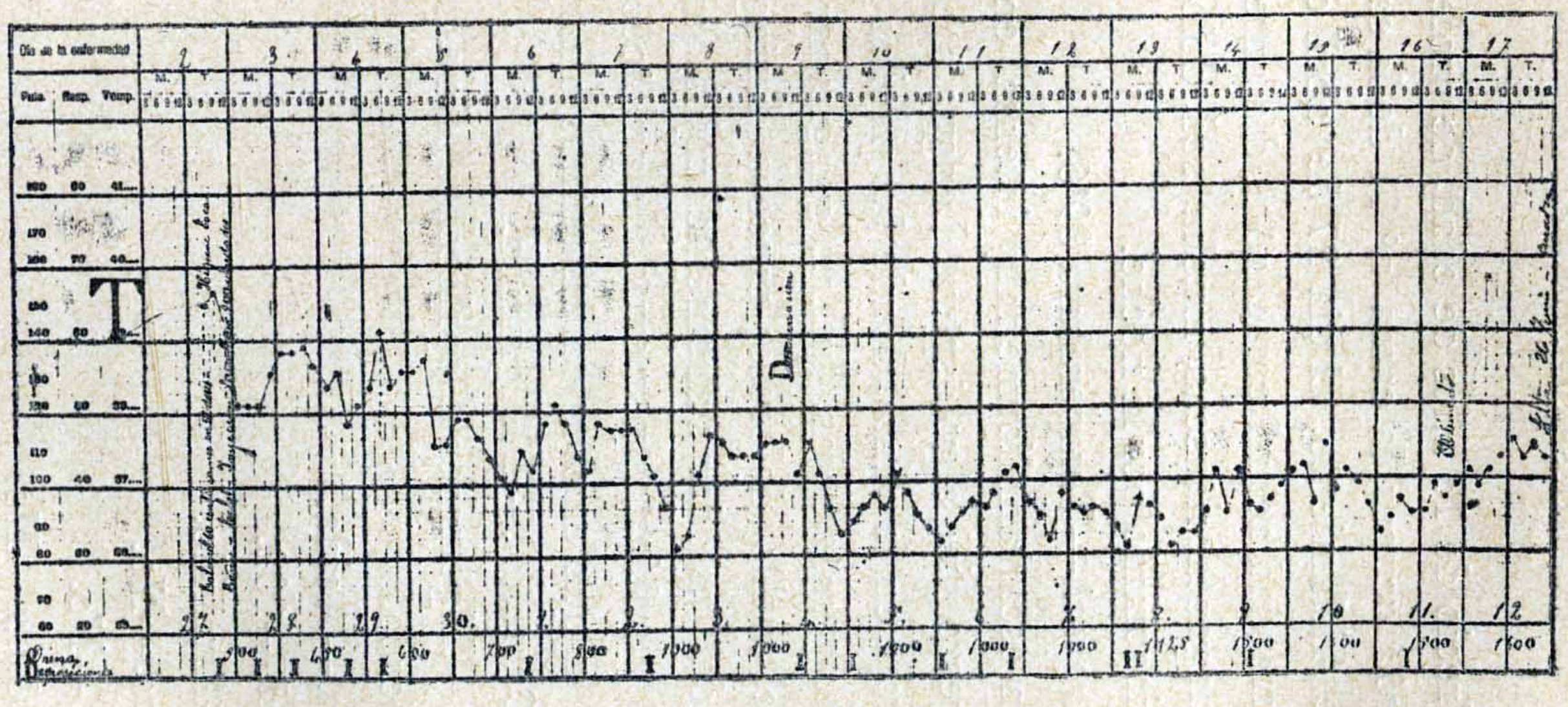
Fosfatos.—3'5.

Urea.—35'10.

Al microscopio presenta células planas escasas y y leucocitos granulosos.

Membranas.—En su exámen bacteriológico no se hallan bacilos de Loeffer; existen diplococus numerosos no capsulados, estafilococus y streptococus.

Diagnóstico.—Escarlatina.



Pl. núm. 3

OBSERVACIÓN IV

Juana Frecio de 13 años de edad, de profesión mucama, entró á ocupar la cama nº 11 de la sala 6ª de la Casa de Aislamiento, el dia 27 de abril de 1900.

La enfermedad actual comenzó el día anterior, con dolor de garganta, náuseas, mucha sed, dolores articulares é insomnio por la noche.

Estado actual.—Temperatura 39'6.

Erupción escarlatiniforme muy intensa en el cuerpo, en el resto piel algo áspera. Lengua saburral, en el centro, roja en la punta, donde las papilas son algo prominentes y más rojas. Infarto ganglionar del lado derecho del cuello, doloroso; mucosa faríngea, úvula y velo del paladar sumamente rojos, amígdalas tumefactas y cubiertas por exudado pultáceo salvo la derecha en la que existen varios puntos blanquecinos.

Orina. Cantidad.—100 gramos.

Aspecto.—Ligeramente opalecente, sin espuma, escaso sedimento.

Reacción.—Ácida.

Densidad.—102.

Color.—Amarillo.

Albumino.—No.

Glucosa.—No.

Hemoglobina.—No.

Bilis.—No.

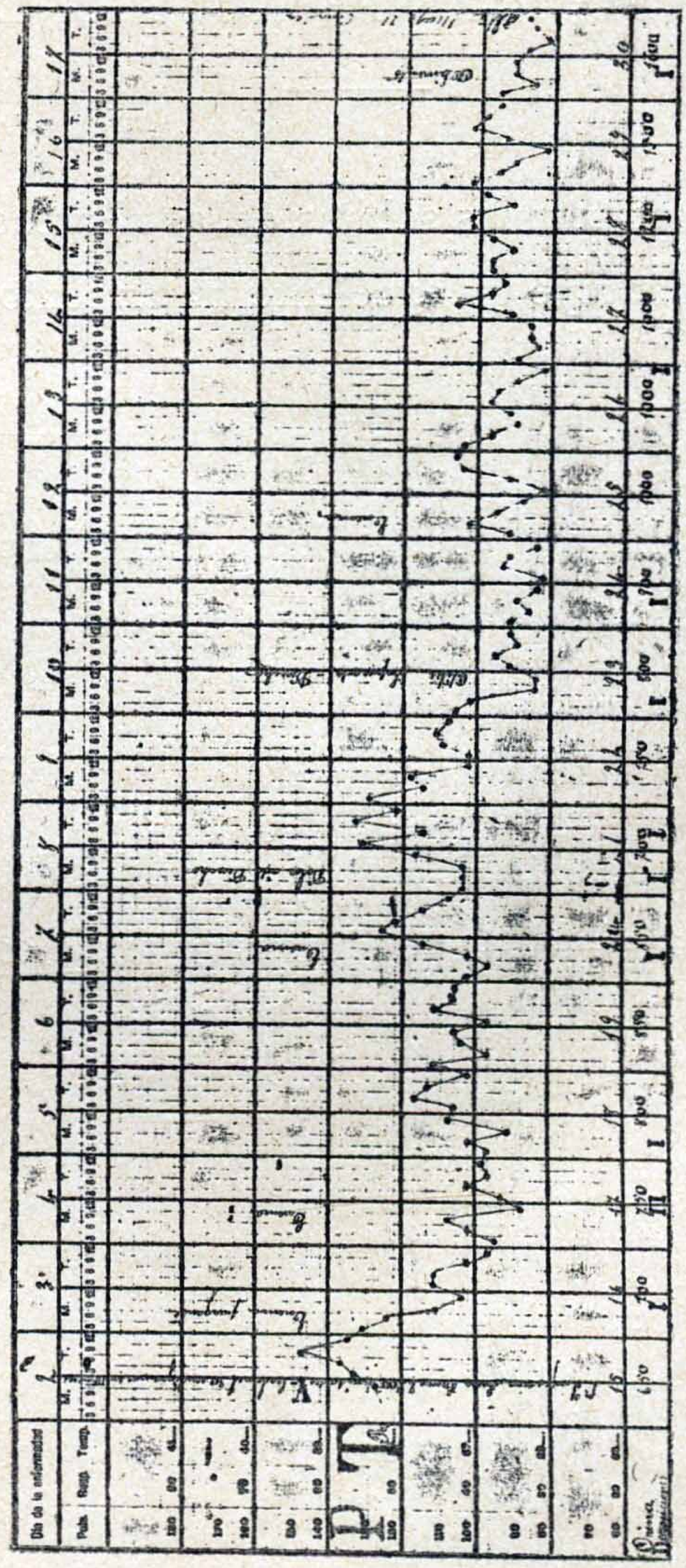
Cloruros.—Gr. 100.

Fosfatos.—1'05.

Urea.—32'40.

Al microscopio células planas y cristales de ácido úrico.

Diagnóstico.— Escarlatina.



Pl. núm. 4

PROPOSICIONES ACCESORIAS

En las hipertermias súbitas de las fiebres eruptivas, el baño constituye un excelente tratamiento.

La dieta hídrica es un buen tratamiento de las gastro-enteritis de los niños de pecho.

En el tratamiento de las enfermedades de la primera edad, el régimen tiene una importancia capital.

Buenos Aires, Noviembre 14 de 1899.

Nómbrase á los Sres. Académico Dr. Gregorio N. Chaves, Profesor Titular Dr. Abel Ayerza y Profesor Suplente Dr. Angel M. Centeno para que constituidos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

J. T. Baca
Luis M. Acuña

Noviembre 21 de 1899.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis del Sr, Arturo Silva.

«En el local de la Facultad, á 20 de noviembre de «1899 reunidos los que suscriben encargados de dic-«taminar respecto de la admisibilidad de la tésis del «ex-alumno Sr. Arturo Silva que versa sobre «Escar-«latina» resolvieron admitirla; con lo que terminó el «acto».

Firmados: G. N. Chaves.—Abel Ayerza.—
A. M. Centeno.—*Zenón Aguilar.*
Luis M. Acuña.

Noviembre 21 de 1899.

Entréguese esta tésis al interesado, para que la haga imprimir, debiendo fijarse por Secretaría el dia en que haya de ser sostenida.

J. T. Baca
Luis M. Acuña.