AÑO 1908 N.° 1827

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COMPLICACIONES DEL SARAMPIÓN

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN J. MON

FARMACÉUTICO

BUENOS AIRES

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE MAUCCI, RESTELLI Y ARCHINTI - TALCAHUANO 638

1908

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. ELISEO CANTÓN

VICE DECANO

Dr. D. JOSÉ PENNA

CONSEJEROS

Dr. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA
» » J. MANUEL IRIZAR

SECRETARIOS

Dr. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoologia Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Jaime R. Costa
Química Médica	» Anatasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín López figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce (interino)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Cárlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-lar'ngológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica.	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio Galdolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito-urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Anatomía Patológica	Dr. José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde
	» José F. Molinari
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell
	» Avelino Gutierrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves
	» José R. Semprun
Clínica Psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia
Física Médica	» Juan J. Galiano

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología Médica	Dr. D. Greenway
Física Médica	» *Vacante*
Química Médica	» *Vacante*
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Química aplicada á la Medicina	» *Vacante*
Histología	» Julio G. Fernandez
	» Alois Bachmann
Anatomía Descriptiva	» *Vacante*
» »	» *Vacante*
Semiología y ejercicios clínicos	» *Vacante*
Anatomía Topográfica	» *Vacante*
Fisiología General y Humana	» *Vacante*
Anatomía Patológica	» *Vacante*
Bacteriología	» Juan Cárlos Delfino
	» Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	» Felipe Justo
Materia Médica y Terapéutica	» *Vacante*
Medicina Operatoria	» *Vacante*
Clínica Ginecológica	» *Vacante*
» Oto-rino laringológica	» Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	» *Vacante*
Patología externa	» Cárlos Robertson
	» Ricardo S. Gómez
Patología interna	» *Vacante*
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Epidemiológica	» *Vacante*
» Quirúrgica	» Francisco Llobet
	» Marcelo Viñas
	» Marcelino Herrera Vegas
	» José Arce
» Neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina Legal	» Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Patricio Fleming
	» Ricardo Colon
	» Luis Agote
Clínica Obtétrica	» Enrique A Pardo
	» Enrique Zarate
	» Alberto Peralta Ramos
	» Arturo Enriquez
Toxicología Experimental	» *Vacante*
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas
	» Mamerto Acuña
» Génito-urinaria	» Bernardino Marainl
» Psiquiátrica	» Josè T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía, Fisiología, comparada	Dr. Angel T. Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mújica (con lic.)
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonada	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química Analítica y Toxicológica (primer curso	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	« J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Frangisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	*Vacante*
Botánica y Mineralogía	*Vacante*
Química inorgánica aplicada	*Vacante*
Química orgánica aplicada	*Vacante*
Farmacognosia y posología razonadas	Sr. Juan A. Dominguez (en ejerc.)
Física famacéutica	*Vacante*
Química Analítica y toxicológica (primer curso)	*Vacante*
Técnica farmacéutica	*Vacante*
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	*Vacante*
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	*Vacante*

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica . } Parto distócico y Clínica Obstétrica . . }	Dr. Fanor Velarde

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y Clínica Obstétrica .	» *Vacante*

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología . . .	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» N. Etcheparehorda

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología . . .	*Vacante*
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terepéutica dentarias, Medicina Legal	*Vacante*

PADRINO DE TÉSIS

CONSEJERO TITULAR

DOCTOR JOSÉ PENNA

Á LA MEMORIA DE MI PADRE

Á MI MADRE

A MIS HERMANOS

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Presento á vuestro elevado criterio este trabajo inaugural que exige la Facultad para optar al título de doctor en medicina.

Lejos estoy de creer que esta modesta monografía pueda llevar una nueva guía á la ciencia, pues lo verdaderamente científico que ella tiene ha sido ya abordado por otros.

Al despedirme de la Facultad permetidme que exprese mi gratitud y respeto á todos mis profesores por las sabias lecciones que de ellos he recibido en las cuales me inspiraré en los momentos de duda y de vacilación.

A los doctores Julio Mendez, Gregorio Araoz Alfaro, Baldomero Sommer, Angel M. Centeno y Felipe A. Justo mi eterna gratitud por los sabios consejos recibidos y por la amistad que me han dispensado.

Mi sincera gratitud al Dr. Justo P. Viera y á su hábil jefe de Clínica el Dr. Federico Oscamon por las múltiples atenciones y enseñanzas recibidas en su servicio de garganta, nariz y oído del Hospital Ransón.

Al Dr. Pedro Escudero mi agradecimiento sincero por la enseñanza recibida á la cabecera del enfermo, así como también á su distinguido jefe de Clínica el Dr. Pedro Ciliano

Al distinguido consejero Dr. José Penna que me hace el alto honor de acompañarme en este acto, mi agradecimiento sincero y respetuoso.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL SARAMPIÓN

Es esta una fiebre eruptiva infecciosa de las vías respiratorias y de la piel que afecta la forma de exantema agudo, cuyos síntomas no siempre siguen su curso normal, pues á menudo se le unen otras afecciones que lo complican, agravando su pronóstico y aumentando de una manera notable su letalidad.

Esta enfermedad fué llevada á Europa con la invasión de los árabes en el siglo VII, causó muchos estragos, siendo confundida por los médicos árabes con la viruela y la escarlatina hasta el siglo XVIII en el cual una epidemia mortífera invade á Londres en el año de 1760 y 1764 y Sydenham hizo en ella un estudio profundo de esta afección separándola de las otras.

En los Estados Unidos hubo pandemias de sarampión en el siglo XIX. En la guerra de su-

cesión se produjo una gran epidemia entre los beligerantes, pues fueron atacados por esta enfermedad 3800 soldados, con tal gravedad que fallecieron 1900.

Entre nosotros la historia del sarampión es poco conocida.

Entre otros que se ocuparon de descubrir el sarampión en sus formas benignas ó malignas figuran Borsieri, Willam, Bateman y Roser y últimamente en la escuela francesa Rillet y Barthez, Trousseau, Cadet de Gasicourt, han hecho grandes adelantos en los diversos síntomas de esta enfermedad, en sus complicaciones y en su diagnóstico.

En la escuela alemana se hacen al mismo tiempo estudios entre el sarampión y las diferentes roseolas.

Hoy día todas las tendencias están en encontrar el germen productor de la enfermedad, el modo de contagio y por lo tanto la profilaxia.

Panum hace una buena descripción para demostrar que el sarampión no se trasmite por el aire, así pues, en la isla de Feröe donde la última epidemia fué en 1781, invadió á todos sus habitantes desapareciendo por completo esta enfermedad en un período de 65 años, hasta que en 1846 un buque lleva nuevamente la infección y en esta fecha se produce una pandemia, enfer-

mándose todos los habitantes, excepto los muy viejos que en su niñez tuvieron sarampión y conservaban su inmunidad 65 años después de su primer ataque.

Se necesitaba el contacto con el enfermo ó sus secreciones, y como que á esta isla no podían llegar los gérmenes con suficiente virulencia la infección no se produjo durante ese lapso de tiempo, pero llegó un día en que las secreciones fueron tan virulentas que generalizaron la enfermedad en ella.

Grancher vió también en su servicio infectarse dos enfermos que estaban cada uno en los extremos opuestos de la sala, por el hecho de que en el período de invasión eran asistidos por la misma enfermera.

Luego Girar, Beclérc, Bard y Sevestre han establecido el momento en el cual el contagio llega al máximo y el modo como se produce.

La anatomía patológica de esta afección es muy reciente, se debe á Coyne, Catrin y Demme.

Los autores que más se han ocupado de las complicaciones del sarampión fueron Bard, Gontier, Mosny, Queisner, Neumann y Comil y Babés.

La bacteriología del sarampión ha sido estudiada por Coze, Feltz, Babesin y otros.

En las inoculaciones hechas á los animales con secreciones de enfermos, Leyden ha visto que todos son refractarios al exantema, aunque en algunos se produjeron inflamaciones circunscritas al punto de inoculación. También vió que la sangre de estos animales inoculados tenía poder inmunizante,

Leyden ha inoculado sangre de convaleciente á enfermos y ha obtenido una mejoría. Ha inoculado sangre de enfermos á sanos produciendo la enfermedad.

En la epidemia de la isla de Feröe en la cual los indivíduos habían sufrido un solo contacto, se observó que la incubación había durado once días y que el exantema aparecía á los catorce días del contagio.

Uno de los grandes medios de contagio son las escuelas, en las cuales el niño en el período de invasión contagia á sus compañeros y éstos trasmiten la infección á sus hermanos menores que aún no habían tenido esta afección.

Cuando un individuo sale de su tierra de origen sin haber tenido esta enfermedad y va á una región en la cual la afección es endémica, se contagia como sucede con los conscriptos entre nosotros, que vienen de sus provincias sin haber tenido esta afección y acá se contagian.

HOSPITAL DE NIÑOS

Servicio del Dr. José G. Rivas

Jefe de Clínica Dr. Rómulo Cabrera

ESTADÍSTICA DEL SARAMPION Y SUS COMPLICACIONES EN 1906

POR EDADES

DE Meses	1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS	6 AÑOS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS	13 AÑOS	14 AÑOS
7	20	19	8	3	5	8	5	9	2	—	—	—	—	—

FORMAS CLÍNICAS

Sarampión tipo normal	Sarampión hemorrágico	Sarampión tipo nervioso ó ataxsodinanieco	Sarampión con complicación Laringea	Sarampión con complicación Bronconeumonia	Sarampión complicado aparato digestivo	Sarampión secundario á nefritis
44	2	1	10 9 intubados	26 17 muertos	3	1 muerto

CASA DE EXPÓSITOS

Servicio del Dr. Naveiro

ESTADÍSTICA DE SARAMPIÓN Y SUS COMPLICACIONES EN 1907

DIAGNÓSTICOS		Edad de 3 á 6 meses	Edad de 6 á 12 meses	Edad de 1 á 2 años	Edad de 2 á 3 años	Edad de 3 á 4 años	Edad de 4 á 5 años	Edad de 5 á 10 años	SUMA
Casos de Sarampión		9	39	54	64	39	13	9	227
Sarampión normal		—	4	7	19	15	6	5	56
Sarampión complicado	altas	2	22	25	29	18	5	1	102
	defunciones	7	13	22	16	6	2	3	69
Bronconeumonia		3	16	17	14	8	—	—	58
Congestión pulmonar		—	15	18	18	4	1	—	56
Bronquitis congestiva		3	6	3	1	3	1	—	17
Tuberculosis pulmonar		—	1	3	3	2	1	—	10
Laringitis crupal		—	—	—	—	2	—	—	2
Laringitis catarral		—	1	1	4	3	1	1	11
Estomatitis		1	2	5	7	7	3	1	26
Difteria faringea		1	—	13	5	2	1	1	23
Enteritis y enterocolitis		3	6	15	19	4	3	—	50
Vulvitis		—	—	—	1	1	—	—	2
Gangrena del ano		—	—	—	—	—	1	—	1
Gangrena de la oreja		—	1	—	—	—	—	—	1
Otitis media supurada		—	—	3	5	2	—	—	10
Flemón ericipelatoso		—	2	—	—	—	—	—	2
Mastoiditis		—	—	—	1	—	—	—	1
Abcesos dérmicos		—	5	1	4	1	—	—	11
Meningitis		—	—	—	1	—	—	—	1
Congestión y edema cerebral		1	5	8	4	1	1	—	20
Pericarditis		—	—	1	—	—	—	—	1
Sarampión hemorrágico		—	2	—	—	—	—	—	2
Coqueluche		1	3	3	5	3	1	2	18
Varicela		—	1	1	2	—	—	—	4
Escarlatina		—	1	1	—	—	—	—	2

COMPLICACIONES MAS COMUNES

Según los cuadros estadísticos de la Casa de Expósitos y del Hospital de Niños, vemos que el sarampión no es grave por si mismo, pero si lo es por sus complicaciones. Así en la estadística de la Casa de Expósitos se aprecia, que sobre un total de 227 enfermos solamente 56 tuvieron sarampión normal, es decir, alrededor de un 25 °/₀ sobre los casos habidos el año pasado, los otros 171 casos ó sea un 75 °/₀ correspondieron á casos complicados, de éstos fallecieron 69, lo que dá un 40 °/₀ de ellos, equivalente á un 30 °/₀ del total de los atacados.

Esta elevada mortalidad es debida á que los niños atacados por él, tienen ya otras taras y encontrando la afección por esta causa un terreno débil, hace mayores estragos y facilita las

infecciones asociadas para determinar en unos casos la bronconeumonia que tuvo un total de 58 ó sea 21 °/₀ de los atacados de los cuales murieron 46. Hay que decir que muchos de ellos contaban además con otras complicaciones, lo que esplica el porcentage elevado de 79 °/₀ de muertos por dicha complicación.

En el Hospital de Niños la estadística de 1906 sobre 87 enfermos revela que 26 han tenido bronconeumonia lo que da un 30 °/₀ de los enfermos. Los casos complicados alcanzaron á un total de 43 sobre los 87 enfermos ó sea un 49 °/₀ de los atacados y sobre éstos la bronconeumonia concurrió con un 60 °/₀.

Sobre los 26 afectados de bronconeumonia murieron 17, lo que da un 65 °/₀ de mortalidad.

En los enfermos del Hospital de Niños, los fallecidos están en mayor número aquellos procedentes del Hospital, que los del público, á pesar de ser más elevado el número de éstos últimos, pues para 29 de procedencia hospitalaria hubo once fallecidos, mientras que para 58 del público solamente ocho. Esta diferencia encuentra en parte su esplicación, si tenemos presente que los enfermos de sarampión de los Hospitales reunen por causa una infección secundaria, lo que no sucede tan comunmente en el público.

Entre los adultos se produce también á menudo la bronconeumonia, aunque no con un carácter tan maligno como en los niños, así en la Casa de Aislamiento, los enfermos de sarampión comprendidos entre 20 y 30 años de edad habidos el año pasado alcanzaron á 148 correspondiendo en su mayoría á conscriptos de las provincias que al traerlos á la capital se infectaron. La complicación bronconeumónica se vió también en ellos pero solo murieron cinco por dicha causa. Además uno falleció por miocarditis y otro tuvo una arteritis cerebral, cuya historia relato en las observaciones clínicas.

El porcentage de las complicaciones en la Casa de Expósitos es muy grande, pero estas complicaciones existen en su gran mayoría en los niños al tiempo de su ingreso al servicio porque así los entregan las amas encargadas de cuidarlos.

Casi todos estos niños entran á la casa con alteraciones intestinales las más de las veces crónicas, otros son raquíticos ó atrépsicos y están en las condiciones más desfavorables para que haga en ellos cuerpo cualquier complicación secundaria.

Esta mortalidad de bronconeumonia está pues recargada de muchas otras causas que concurren á la mala terminación, pues cada una

hace su parte y en muchas ocasiones se ve al atacado de bronconeumonia morir de congestión y edema cerebral que aparece como dando el último golpe á una existencia ya debilitada.

Por el cuadro estadístico se ve que las congestiones pulmonares son también comunes y que casi siempre van unidas á la bronconeumonia.

La tuberculosis también se unen para aumentar la cifra de mortalidad, ya sea porque existe en una forma latente, tomando mayor virulencia al unirse al sarampión, porque se reagudece cuando es pulmonar, ó en fin, porque en lugar de ser localizado en dichos órganos son los ganglios traqueobroquicos los que se afectan y originan luego, fenómenos graves para la vida del enfermo.

La laringitis catarral es común encontrarla entre las complicaciones, produciendo á veces el falso crup, que puede ser en otros casos de origen diftérico con falsas membranas, en que siempre existe bacilo de Loefler.

El crup producido por el bacilo de Loefler en el sarampión es fácil encontrarlo y aunque determina menos estenosis laringea, es mucho más tóxico que el crup primitivo, pues son dos infecciones sobreagregadas.

La estomatitis eritematosa es su complicación común y lo es menos la estomatitis aftosa y la

ulcerosa, pero cuando los cuidados higiénicos no son suficientes, su importancia pronóstica reviste gravedad en los niños porque hay que temer el desarrollo del noma ó gangrena.

Todas estas alteraciones de la mucosa brucal se pueden producir también en las mucosas de la bulba y del ano y por lo tanto estas regiones necesitan el mismo cuidado y la misma vigilancia para evitar el noma. En el caso desgraciado de producirse, hay que emplear un tratamiento enérgico, pues esta gangrena puede invadir todos los tegidos y hasta los huesos produciendo la muerte del niño, esta gangrena también se puede observar en la piel.

En un orden de importancia considerable también hay que memoriar la otitis media catarral supurada, siempre muy dolorosas y acompañadas de síntomas graves y de la meningitis mortal.

A veces suele también presentarse abcesos en la piel, ó flemones erisipelatoso que atormentan al enfermo y le añaden nuevas causas de agravación.

Otras veces se producen congestiones renales en el curso de un sarampión grave ó en la convalecencia, seguidas justamente de la nefritis que llega á la uremia, con todas sus serias consecuencias.

La endocarditis no es de observación común en el curso del sarampión, pero, al decir de algunos autores es liviana y desaparece en la convalecencia. (?).

En ciertos casos la virulencia del germen es tan acentuada que el sarampión toma la forma hemorrágica, produciéndose subfusiones sanguíneas en la piel, seguidos de epistasis, enterorragias, hematurias, metrorragias que terminan pronto con la vida del enfermo.

Puede manifestarse en el curso del sarampión otras enfermedades tales como la escarlatina, la varicela y la coqueluche, que vienen á agravar la situación del enfermo por el estado delicado en que lo encuentra, también é iuvariablemente el sarampión es capaz de desarrollarse como secundario en el curso de cualquier otra enfermedad.

Las enfermedades de la piel pueden también complicar al sarampión tales son: el exema que suele originarse á veces, ó si antes era poco intenso hacerse generalizado con esta afección, lo propio pasa con el penfigo que en algunos casos se presenta después del sarampión ó si ya existía agravarse con él.

En resúmen, vemos que el sarampión es tanto más grave cuanto más pequeño es el enfermo

en que se manifiesta, cuanto más numerosas son sus complicaciones, cuanto más delicado es el estado general anterior á la infección, máxime si se presenta en un medio hospitalario y con taras hereditarias. Las complicaciones pulmonares, cerebrales, laringeas, é intestinales son las que dan mayor porcentage y las que dan mayor mortalidad, sobretodo cuando se trata del sarampión secundario.

Estas desviaciones del curso normal del sarampión, son producidas unas veces por aumento de la virulencia del germen determinando la forma ataxo-adinamica ó la hemorragica, pero en muchas otras el agente originario de esta fiebre eruptiva se encuentra unido á otros gérmenes, como el estreptococo, el estafilococo ó el neumococo, cuando no se le agrega el bacilo de Koch, lo que da lugar á la infección sobreagregada más grave de cuantos se han ocupado por la severidad del pronóstico que implica semejante asociación.

ETIOLOGIA

El gérmen del sarampión es desconocido; han sido descritos muchos bacilos y protozoarios como sus agentes productores; pero no están admitidos ni demostrada su acción patógena.

El sarampión confiere una inmunidad absoluta por lo general, pero hay casos en que se producen recidivas y esto le suele pasar á los miembros de una misma familia.

Esta afección puede desarrollarse en el feto transportada por la sangre materna. Pero se ha observado que el niño menor de seis meses es inmune por lo general, parece que conserva la inmunidad materna durante estos primeros seis meses de su vida; así aveces sucede que se infectan en una familia todos los hermanos que no tuvieron anteriormente esta afección mientras

que el menor que aun no llega á los seis meses no es atacado por ella.

En la epidemia de la isla de Feröe, se vió que los viejos que hacia 65 años que habían tenido su primer ataque, conservaban todavía la inmunidad para adquirirlo.

En esta epidemia se vió también comprobado que, el contagio no se trasmite por el aire y que era necesario el contacto con el enfermo ó sus secreciones suficientemte virulentas, para que este se produjera.

Grancher así también lo observó en su servicio en el hospital *Des Enfants Malades*, y para probar que el contagio no se trasmite por el aire, dice que en su servicio habian dos niños atacados de escarlatina, uno ocupaba la cama número uno y el otro el número doce, que cada uno de ellos estaba en su boxer á una distancia de 12 m., y uno de ellos que á pesar de tener escarlatina se hallaba á la vez en el periodo de incubación del sarampión, transmitió al otra esta enfermedad en el tiempo reglamentario de catorce días. Buscando Grancher la explicación de este percance, pues no podía creer que una corriente de aire fuera tan caprichosa, como para llevar el gérmen de un extremo á otro de la sala sin tocar á los enfermos intermediarios, en-

contró la razón del contagio, al pensar que la misma enfermera asistía á esos dos solamente por estar atacados de escarlatina y que esta durante el periodo de invasión del niño doblemente infectado, había trasmitido el contagio.

Este contagio se hace directamente por las secreaciones nasales, ó indirectamente por las ropas ó las personas que lo trasmiten á la larga distancia, pero para esto es necesario que la traslacion sea rápida.

Grancher, Bard, Sevestre, creen que la virulencia del gérmen dura muy poco tiempo y que en pocas horas desaparece; que basta sacar los sarampionosos de una sala un día y al día siguiente sustituirlos por enfermos de otra enfermedad, sin temor á que el contagio se produzca aunque no se haga ninguna limpieza en la sala (?). Parece que la desecación ó la luz fueran suficientes para desecar al gérmen (?).

El periodo de mayor eficacia para el contagio sería durante el periodo preeruptivo, el primer día del catarro, el primer estornudo y los primeros días de la erupción; pero cuando ya la erupción es manifiesta, no hay casi peligro de contagio, pues este se hace antes del diagnóstico.

ANATOMÍA PATOLOGICA

En el sarampión debemos tener en cuenta sus tres formas; 1.° el sarampión normal, 2.° el anormal ó maligno, 3.° en sus complicaciones. En el sarampión normal hay lesiones en la piel y en las mucosas. En la piel se producen primero papulas rojizas separadas por la piel sana, en estas papulas, al principio hay congestión y dilatación de los capilares en las papilas del dermis y en el tejido celular con ligeros exudados y diapedisis de leucocitos alrededor de los vasos y de las glándulas.

En las papilas del dermis puede haber transformaciones coloides de sus células y formar una erupción botonosa, en el tejido celular, puede haber edema y transfuciones sanguíneas. La epidermis se eleva y después de unos días las célu-

las se desecan y caen en forma de pequeñas escamas, esta descamación se produce por un proceso de degeneración coloidea de las células malpigianas que luego se necrosan. Después de estas lesiones de congestión, exudación y necrosis, estas lesiones se reparan pronto.

Las lesiones de las mucosas son las del catarro con flujo; se produce una congestión con dilatación de los capilares y diapedesis de leucocitos, alrededor de ellos y de las glándulas el corión esta edematoso inflamado con puntos hemorrágicos, los epitelios y las glándulas sufren transformaciones mucosas.

En la laringe se produce lo mismo, pero la gravedad está en que el edema puede tapar la glotis y que las ulceraciones por destrucción de los folículos, llegan á destruir parte del corión, y que la necrosis llega al pericondrio y destruya los cartílagos y los músculos, produciéndo una laringitis necrótica. En el intestino se pueden producir catarros como en las demás mucosas y dar diarreas anteriores y posteriores á la erupción.

Pueden producirse adenopatias que se consideran como producidas por una infección secundaria.

Se observa hiperplasia en todo sistema lin-

fático, en todas las glándulas internas y externas, en las amigdalas, el folículo solitario de la lengua y en aquellos de todo el intestino, las placas de Peyer del ileon, están en un grado de inflamación tal que es fácil confundirlas con las de una fiebre tifoidea; pero el bazo está menos aumentado que en otras fiebres infecciosas agudas. No se sabe todavía si esta invasión celular estará en relación con la leucocitosis que casi siempre se presenta en el sarampión y aunque á veces no se vea aumentar el número de leucocitos, hay sin embargo alteraciones en la sangre, pués los linfocitos disminuyen en relación á los polinucleares, lo mismo que los mastzelen.

A veces se ve aumentar el poder hemolitico del suero desde el periodo eruptivo hasta varios días después de cesar la erupción.

En el sarampión maligno que puede matar por las alteraciones de la sangre, (forma hemorrágica), por congestión del eje cerebro espinal (forma nerviosa), y por la congestión bronquial y pulmonar (forma pulmonar); no se conoce aún la causa cierta de alguna de estas formas.

En el sarampión complicado se sabe hoy que son infecciones sobreagregadas, producidas antes ó después del periodo eruptivo, como bien lo prueba el exámen bactereológico; el neumoco-

co, el estreptococo amenudo producen otitis, meningitis, laringitis necróticas, estomatitis eritematosa, ulcerosa, anginas, noma, bronconeumonia laringitis pseudomembranosas producidas por el estreptococo y por el bacilo de Lœfler.

El sistema arterial y venoso puede aterarse y producir gangrenas por trombosis y por embolias.

Entre las lesiones pulmonares se encuentran bronconeumonia, que es formada porque los bronquiolos tienen su cavidad, su pared y su periferia infiltrados por leucocitos, estreptococos y exudados fibrinosos.

Hay en varias partes del lobulo y alrededor del bronquiolo central, pequeñas aglomeraciones de exudados con leucocitos y estreptococos, son estos los nodulos de Charcot-Balzer; á consecuencia de esta lesión se produce enfisema en la parte más sana, atelectasia porque se tapa algún bronquio y pleuresias cuando los nodulos son vecinos á la pleura.

También encontramos tuberculosis en los ganglios ó al estado latente en el pulmón, ó que se inocule después de la infección, por encontrarse con un terreno predispuesto; esta complicación se produce á menudo en los niños.

Puede producirse también una bronconeumo-

nia tuberculosa diseminada en los lobulos, ó también por asociación del estreptococo y el bacilo de Koch y producir una bronconeumonia caseosa, ó sinó hacerse una tuberculosis miliar. Cuando la bronco neumonia tuberculosa no se ha caseificado es fácil confundirla con la simple.

Esta afección es fácil observarla, evoluciona rápida ó lentamente, puede producir adenopatia traqueobronquica y tos coqueluchoide.

Las otitis medias supuradas pueden producir una meningitis en los niños pequeños á través de las suturas de la roca cuando aún no están soldadas, ó por transporte de la infección á través de la sangre en una bronco neumonia; cuando hay otitis se puede producir trombosis del seno lateral y embolia septicas en el pulmón, Las nefritis son menos comunes que en la escarlatina y los riñones se afectan menos.

SINTOMATOLOGÍA

Sarampión normal.—En la evolución del sarampión hay cuatro períodos; 1.° incubación, 2.° invación, 3.° erupcion y 4.° descamación.

La incubación dura de ocho á diez días y pasa silenciosa.

La invasión está caracterizada por fiebre y catarro, dura cuatro ó cinco días y se distingue de la invasión de la escarlatina que solo dura, uno ó dos días, el de la viruela dos días, y hay que tener este dato presente, para no confundir un sarampión botonoso con esta última enfermedad.

La fiebre es de 39° á 39,5° con chuchos y sudor, enseguida se nota el catarro de la mucosa nasal que está inflamada con catarro seroso, luego mucopulento y por fin catarro seco con

estornudos; también el catarro existe en la conjuntiva y en la laringe, produciendo lagrimeo, tos, estornudos, predominando uno ú otro.

Hay dolor frontal, estornudo y epistasis por enantema nasal.

Obsérvase pesadez en los ojos; las conjuntivas están inflamadas, los parpados igual, y hay secreciones mucopurulentas de estas mucosas. En la laringe, traquea y bronquios, también se observan perturbaciones, hay secreciones mucopurulenta y sofocación, con más ó menos edema de la glotis, la tos es ferina, simula un falso crup, pero que dura poco tiempo; puede sin embargo aumentar,y en estas laringitis estridulosas hacerse necesaria la intubación ó la traqueotomia como en un crup verdadero. En el pulmón puede haber roncus y rales sibilantes. Del lado del oído puede haber ruidos otoscópicos, sordera etc.

Del lado del aparato digestivo observansé, diarreas, vómitos, nauseas, como sintoma de un enantema digestivo.

En la mucosa de la vulva también se puede presentar el catarro mucopurulento.

El niño está de mal humor por la fiebre tiene lengua saburral y mucha sed.

Este periodo de invasión ó sea de erupción del enantema dura tres días, la fiebre ha bajado

ya algo, cuando de pronto sube y aparece el exantema.

Erupción—La erupción aparece en la cara y la frente en primer lugar. luego va estendiendose á todo el cuerpo hasta los pies. Cuando llega á esta región, ya se debilita su color en la cara, toma un tinte azulado, luego bronceado y por fin desaparece de todo el cuerpo en cinco ó seis dias de evolución. La erupción es papulosa y estas papulas son pequeñas, rosadas y blandas, dejando entre ellas intérvalos de piel sana, pero en algunos sitios estas se unen y se tornan irregulares.

La fiebre aumenta con la erupción y llega á 40° y 41° á la tarde, bajando á 39° por la mañana; luego puede caer en crisis á 36° ó 35° en una noche ó desciende en lisis al tercero ó cuarto día.

El pulso es de 130 á 140 en la erupción, á veces es algo irregular. En este periodo persiste el catarro laringeo, el coriza la bronquitis y la conjuntivitis.

No hay apetito pero sí mucha sed, á veces diarrea cerosa que en los niños muy pequeños suele ser grave.

Descamación—Después que pasa el período eruptivo, el cuerpo del enfermo se llena de una gran cantidad de escamitas furfuraceas que le dan el aspecto blanquecino.

Si no sobreviene ninguna complicación después de la erupción el enfermo sana.

Sarampión anormal—No siempre el sarampión se adapta al cuadro que acabo de describir, pués hay formas más malignas y otras mucho más benignas que no se amoldan dentro de él. Entre estas formas benignas, tenemos el sarampión abortivo, en el cual la invasión y la erupción evoluciona en cinco ó seis días y son seguidas por la convalescencia. En otros casos la evolución es más lenta é incierta: con poca fiebre, algo de catarro y erupción escasa, esta última es la llamada forma frusta.

Entre las diferentes modalidades anormales del exantema, existe en que la erupción aparece tan aglomerada que se asemeja á una escarlatina; otras veces está constituída por manchas redondas y rosadas del tamaño de una moneda, planas ó elevadas, teniendo el aspecto de urticaria, en fin debemos citar la forma penfigoide de la erupción que suele verse en algunos casos.

Respecto del sarampión maligno debemos indicar la forma hemorragica, en la que se produce una alteración tal de la erupción ó del catarro acompañado de hemorragias por muchas mucosas, así hay epistasis abundantes, hematemesis, hematurias, metrorragias, enterorragias que matan al enfermo. Cuando las hemorragias se localizan solo en la piel se limitan á subfusiones sanguíneas que no desaparecen á la presión, aunque las papulas sean rojas, el enfermo puede sanarse, constituyendo el sarampión equimótico. En estos casos graves la erupción sale mal, es escasa ó palidece rapidamente, la fiebre es elevada y depresión de fuerzas considerable y el enfermo muere por lo general en medio de perturbaciones adinámicas.

La forma ataxo adinámica empieza en el curso de un sarampión normal ó generalmente antes, la erupción es escasa, la fiebre alta, la postración, agitación y el delirio intenso; la piel seca libida, el pulso pequeño, las orinas raras y la muerte sobreviene en el coma.

Rara vez estos accidentes se dicipan poco á poco y la enfermedad normalizada permite al enfermo curarse.

La forma disneica se caracteriza por una angustia respiratoria en el período de invasión

sin ningún sintoma pulmonar, solamente se oye una disminución del murmullo vesicular y que como se ve es diferente al sarampión complicado de lesiones bronquiales; la erupción en estos casos es escasa y el enfermo puede morir en muy pocos días si no se logra dominar ese grave sindroma.

COMPLICACIONES

Hemos visto que las causas que influyen para determinar las complicaciones eran en primer termino, la hospitalización, luego la pequeña edad y después el frío y la falta de cuidado en la cavidad bucal y nasal.

En otro orden de ideas, la gravedad del proceso tiene su origen en la virulencia extrema del germen productor de la enfermedad, y en la facultad de admitir asociaciones ó combinaciones microbianas extrañas á la enfermedad, tales como el estreptococo ó el neumococo, etc. que dán por resultado la neumonia, la bronconeumonia etc.

Estas complicaciones de sarampión son las que hacen peligrosa esta enfermedad y son ellas que dan el elevado porcentage de su mortalidad.

Las infecciones pueden sobreagregarse al

sarampión en el período preeruptivo, durante la erupción, después de ella y en la convalescencia.

Las complicaciones se situan en el aparato respiratorio, en el digestivo, en el circulatorio, en los órganos de los sentidos, en el oído ó en la vista, etc.

Complicaciones en la laringe. En el sarampión, la laringe es la más atacada y se notan al examen laringoscópico que la mucosa es el sitio de un entema más ó menos confluente ocupando las cuerdas vocales; luego aparece un exudado mucoso. Estas laringitis en los niños menores de dos años suele tomar el carácter de falso crup es una laringitis estridulosa que anuncia al sarampión y que en la mayoría de las veces la faz espasmódica se atenua para seguir su curso normal. La laringitis ulcerosa seguida de necrosis de los cartílagos y edema glótico con todo su gran sindroma axfisico es realmente rara.

La laringitis pseudo membranosa por lo general es diftérica pero hay veces que es producida por los estafilococos; los síntomas que presenta difieren los del crup primitivo, por atenuación en los síntomas respiratorios: la respiración es menos silbante, la disnea menos intensa y

para distinguir una laringitis pseudo membranosa de una laringitis morbillosa que no lo sea, Grancher aconseja que se ausculte el pulmón, y que si el murmullo vesicular se siente en todas partes, es que la laringitis pseudomembranosa no existe, mientras que si oye murmullo vesicular disminuído, hay que proceder como si fuere difteria, pues á veces el crup inicial complica al sarampión sin observarse placas diftéricas en la faringe, aunque en el exudado de la amigdala ó de la faringe puede encontrarse el bacilo de Lœfler.

La difteria faringea ó el crup es frecuente que ataque á los sarampionosos en el hospital, pero muy raro que se presente en el público. En el primer caso la difteria es más grave pues el bacilo diftérico aumenta su virulencia en el medio morbilloso y suele á menudo producir un crup primitivo, cosa rara en los casos de difteria sin sarampión y á veces este crup se propaga al árbol bronquial, determinando una bronconeumonia mortal, motivo por el cual el profesor Trousseau jamás aconsejara la traqueotomia á los niños sarampionosos complicados de crup. También puede encontrarse la difteria en la boca, en las amigdalas, en las fosas nasales, en la bulba y en las escoriaciones cutáneas con sus falsas mem-

branas, que son menos elásticas y que se desprenden con mayor facilidad que en la disferia primitiva.

Complicaciones pulmonares—Entre estas se observan frecuentemente las congestiones, las bronquitis capilares, las bronconeumonias agrupadas ó solas y de gravedad variable, según la extensión del pulmón que atacan.

El estreptococo es uno de los microbios que juega mayor rol en estas infecciones, aunque también se pueden asociar el neumobacilo de Friendlander ó el de Frankel.

Estas complicaciones pueden sobrevenir en cualquir tiempo del sarampión y son tanto más graves cuanto más pronto se manifiestan en su evolución.

Cuando estas se presentan en el período de invasión del sarampión los síntomas del catarro se hacen mucho más graves, viene fiebre de 40° á 41°, con mucha disnea, más de 60 respiraciones por minuto, en el pulmón se notan rales gruesas y finas, mucosos, de bronquitis capilar, hay cianosis y asfisia por la gran cantidad de secreciones que se producen. En estos casos suele suceder que la erupción es muy escasa y aún que

falte por completo. Por el contrario los síntomas pulmonares pueden aparecer en el período de erupción y complicarla por último pueden aparecer en el período de convalecencia.

En la bronquitis capilar la terapéutica fracasa en la mayor parte de los casos.

Parece que en los casos mencionados, la erupción en lugar de salir por la piel se hubiera producido en los bronquios y contrasta ver en la autopsia la piel sin erupción y la superficie bronquial muy congestionada. Estos procesos broncopulmonares producen ordinariamente mucho pus y por consiguiente la espectoración es muy abundante en los adultos que suelen llenar una salivadera de pus, en los niños que no saben esputar se acumulan éstas en los bronquios, tráquea garganta y fosas nasales de tal manera que en caso de fallecimiento si el cadáver se inclina con la cabeza hácia abajo, se ve salir de la boca y nariz gran cantidad de pus.

Se nota el principio de la bronconeumonia según Trousseau por la oscilación ascendente de de la temperatura en desacuerdo con la evolución de la fiebre eruptiva. Pero este síntoma no es cierto en todos los casos, pues á menudo se observa en niños con esta complicación que la temperatura baja y á pesar de ello producirse disnea

con levantamiento de las alas de la nariz oyendose á la auscultación rales subcrepitantes.

Si hay una neumonia pseudolobar, suele notarse submatitez en ese sitio, aumento de vibraciones y respiración tubaria, las vibraciones suelen desaparecer si al mismo tiempo hubiera pleuresia.

En ciertos morbillosos según dice Heubner suelen presentarse complicaciones en el pulmón de tal gravedad, que matan al enfermo y á la autopsia, se ven lesiones como aquellas observadas en la neumonia pestosa.

Tal suelen ser las perturbaciones que produce en el organismo el virus del sarampión solo ó asociado á otros bacterios.

COMPLICACIONES DEL APARATO DIGESTIVO

ESTOMATITIS

La estomatitis del sarampión es producida por el enantema en el que á veces se descama el epitelio de la lengua pareciéndose á la lengua frambuesada de la escarlatina y favoreciendo las infecciones secundarias, tales como la estomatitis aftosa, la ulceromembranosa, la difteria y el noma.

La estomatitis pues puede ser simple ó ulcerativa, en esta última las úlceras son redondas solas ó unidas, colocadas en la cara interna del labio ó en la conmisura, donde se fisuran con facilidad, unas veces tienen costras amarillas por el pus, otras son oscuras porque hay sangre en la costra ó puede presentarse una superficie lisa; á menudo son producidas por el estreptococo y

cuando no son tratadas convenientemente puede aparecer el noma, complicación grave, en la cual debe estar toda la observación del médico para detener al principio esta afección, de lo contrario si el mal avanza el enfermo muere.

El noma es una gangrena que tiene por punto de partida una parte de la superficie ulcerada de la boca, de la mejilla ó de otra región. Es esta una gangrena húmeda con coagulación intravascular, que empieza por lo general en una inflamación, se ulcera rápidamente en el centro y esta ulceración primero oscura, luego negra, se extiende en superficie y profundidad, llegando al hueso, pudiendo dejar al descubierto toda la rama montante del maxilar, tomar la laringe y pasar al pulmón. También pude formarse en la bulba, en la mucosa del labio ó en la piel vecina y á veces en la margen del ano.

Este noma puede ser un accidente tardío de sarampión; así; en el caso que presento se produjo muchos días después del pasado el período eruptivo, al cual siguió una bronconeumonia y al terminar ésta se produjo el noma en la superficie de la encía, llegando á perforar la mejilla y matando al enfermo. Esto no sucede solo en los sarampiones malignos sino que á veces complica á los benignos.

En la mucosa del intestino delgado y en la del grueso, se notan alteraciones lo mismo que en su sistema linfático producidos por la virulencia de la enfermedad ó por sus complicaciones. Es después de las complicaciones pulmonares, la más común y á veces es muy grave, sumando sus efectos á aquellos de la enfermedad ó á otras complicaciones, aumentando su letalidad.

Estas complicaciones pueden aparecer en el período exantemático, después de él y no solo ataca á los niños de pecho sinó también á otros mayores.

Estas diarreas pueden afectar el carácter catarral al iniciarse la enfermedad y tener cinco ó seis deposiciones al día y vómitos. A veces en el período de desaparición del exantema se producen deposiciones mucopurulentas, que parecen no afectar el estado general, en otras ocasiones se producen grandes dolores de vientre. Otras veces asume la forma de cólera infantil, que es de grave pronóstico y puede afectar la forma disenteriforme, con tenesmo y materias sanguinolentas.

Las convulsiones que se observan en el período de invasión son poco serias por lo general, pero si estas convulsiones se observan en el momento en que el sarampión desaparece, el pro-

nóstico es grave, de cualquier modo este pronóstico aun en el mejor de los casos debe ser reservado, pues pudiera ser algo de encefálitis ó meningitis, complicaciones que se observan á menudo.

Según algunos autores suele en raras ocasiones producirse una endarteritis liviana con un soplo que desaparece en la convalecencia; quizás en estos se trate solamente de un soplo anémico ó cardiopulmonar.

A veces la virulencia ataca las arterias ó las venas formando trombus, así en el caso que presento esta arteritis cerebral produjo una parálisis completa de los cuatro miembros y afasia que dura alrededor de un mes y termina por la curación.

Como complicaciones de la vista es común que el sarampión produzca ligera conjuntivitis en el período de invasión. En otros casos aparece conjuntivitis y se citan casos auque raros de ulceraciones de la cornea, abcesos en la misma, hipopión, estafiloma y pérdida de la visión.

Las complicaciones del oído medio son frecuentes en sus formas benignas ocasionadas por haber poca higiene en el naso faring pasando la infección á través de la Trompa de Eustaquio llega á la caja del timpano; también puede ser

producida según algunos autores porque el exantema altere la mucosa de ésta, como sucede en la boca, en la vista, etc., y puede aumentar la gravedad produciendo destrucción de los huesos del oído, sordera, que cuando es doble y en menores de tres años, puede ocasionar la sordomudez. También la infección puede pasar al antro mastoideo ó llegar á la meninge en los niños de uno ó dos años, en los cuales todavía no se han unido los huesos de la roca, puede también pasar la infección al seno lateral y dar una trombosis que mande embolias al pulmón.

DIAGNOSTICO

Cuando el diagnóstico del sarampión no es sencillo de por sí, es conveniente (para no incurrir en errores) hacer un estudio conciente de los síntomas que lo acompañan ó que los precedieron al estado actual, estos son; 1.° en el periodo de invasión hay catarro y fiebre, que dura cuatro ó cinco días, 2.° la existencia ó no del sarampión en los antecedentes del enfermo, 3.° que haya epidemia reinante de sarampión, 4.° la posibilidad del contagio por otro enfermo. En el periodo de invasión cuando aún no se produjo la erupción cutánea ó el enantema bucal, puede ser confundido con bronquitis, influenza, laringitis estridulosa ó escarlatina. Si hay un refrio con coriza, lagrimeo, cansancio, fiebre, el niño no ha tenido sarampión, va á la escuela ó estuvo en

contacto con un sarampionoso, en cuyo caso podría tratarse de sarampión, pero es necesario mirarle muy bien la garganta y reservar el diagnóstico pues pudiera suceder que fuera influenza, esto se puede sospechar cuando el enfermo no tuvo sarampión en circunstancia que hay epidemia de grippe. La escarlatina se distingue por la angina, la intensidad de la fiebre, la ausencia del catarro oculo nasal.

En el período eruptivo el diagnóstico es más fácil cuando aparecen las papulas rosadas, suaves al tacto como el terciopelo, con intérvalo de piel sana que aparece en la cara y en el cuello; pero en los sarampiones anormales es necesario tener muy en cuenta la existencia anterior del catarro oculo nasal. Si el sarampión sale botonoso en la cara y se tuviera en cuenta solo la erupción, se podría pensar en viruela, pero en esta la ausencia del catarro y la presencia de la raquialgia es característica.

A veces hay un rash varioloso morbilliforme que se confunde con sarampión, pero hay que tener en cuenta y que invade al tronco al segundo día respectando la cara.

Cadet de Gasicourt opina que la presencia de varicela y sarampión al mismo tiempo suele parecerse á la viruela y es necesario tratar de

buscar una vesicula sola y voluminosa de varicela, para eliminar la probabilidad de que fuera viruela.

Cuando la rubeola no tiene catarro ni fiebre es fácil distinguirla del sarampión, pero si existen esos dos síntomas, es ya más difícil establecer el diagnóstico; asi en la rubeola es posterior á la erupción, mientras que en el sarampión es anterior á ella, en la rubeola el exantema es más durable y la inflamación de los ganglios del cuello es mayor.

Parece á primera vista que el diagnóstico diferencial entre el sarampión y la roceola sifilítica que no debiera hacerse, pues ésta por lo general aparece sin fiebre, no invade la cara y es una erupción que sale primero en una región, luego en otra, en cambio en otras ocasiones esta roseola sifilítica se manifiesta con un rash morbilliforme, fiebre y catarro, siendo necesario observarla detenidamente para no confundirla con sarampión ó viruela.

A veces las perturbaciones digestivas en el nourrison ó en las personas mayores por coprohemia, pueden producir manchas purpureas parecidas al exantema del sarampión que con un purgante desaparecen.

Hay roseolas medicamentosas producidas por

la antipirina, cloral, quinina, ioduros, copaiba, cubeba, que se diferencia del sarampión porque se produce en otros lugares, así por ejemplo en el antebrazo, dorso, miembros, sin catarros y casi sin fiebre. Hay sin embargo que tener en cuenta la intoxicación subaguda por el arsénico que puede provocar una erupción morbiliforme con catarro nasal, ocular, de los bronquios y en casos difíciles hay que estudiar los síntomas nerviosos, anestesias, hipercotesias, parálisis y hacer el analisis de las orinas y de los cabellos para poderla diagnosticar.

La escarlatina conserva siempre el tipo de erupción pequeña, mientras que en el sarampión estas pequeñas erupciones se unen y forman papulas irregulares.

En algunos casos se observa que en vez del catarro hay un enrojecimiento intenso de las fauces y una tonsilitis, en estos casos de fácil confusión, se observa si hay erupción alrededor de la nariz y del menton, en cuyo caso se tratará de sarampión pues esta región queda límpida en la escarlatina.

El suero Bering suele á veces producir un exantema muy parecido al del sarampión, pero se diferencia por la falta de catarro.

A veces la erupción sarampionosa es tan

confluente y roja que parece tratarse de una escarlatina, pero tanto la piel no aparece como en esta la erupción pequeña que la caracteriza.

La miliar á veces puede confundirse con el sarampión, pero el período de ivasión es más corto y el catarro es muy ligero.

Cuando en el curso del sarampión se producen complicaciones, tales como laringitis estridulosa, gangrenosa ó diftérica, complicaciones pulmonares, las estomatitis, noma, enteritis ó en los órganos de los sentidos, se hace el diagnóstico por la sintomatología que hemos descrito en el capítulo respectivo.

PRONÓSTICO

Es esta una enfermedad aguda relativamente benigna, de la experiencia hospitalaria no se pueden sacar datos exactos, pues son niños en que muchas veces el sarampión ha aparecido en el curso de otras enfermedades y es por lo tanto secundario; estos pobres niños débiles, con taras hereditarias y mal nutridos antes de la enfermedad, los predispone á cualquier complicación en el curso de esta fiebre infecciosa.

Así lo demuestra Heubner que dice, que en un primer período hasta 1884, la población que rodeaba al hospital donde actuaba era pobre y vivía en míseras habitaciones de modo que en 278 enfermos la mortalidad llegó á 10,3 %. Al año siguiente se abrieron nuevas calles, se edificaron casas en mejores condiciones higiénicas para sus moradores y la mortalidad bajó al 3,1 %, en la clientela particular esta era la mitad.

En Francia el sarampión dá tal mortalidad que se la coloca después de la tuberculosis y es superior á aquella de la escarlatina y de la difteria.

En los niños menores de dos años el sarampión dá mayor mortalidad, maxime si es asistido en el hospital.

Hay epidemias en las cuales la mortalidad es muy grande, así Trousseau cita una epidemia en Neker que la mortalidad ascendió al 90 %.

En la estadística que existe entre nosotros se sabe que en tres decadas, hay un porcentaje de 1,9 de mortalidad por diez mil habitantes en la primera decada, es decir desde 1873 á 1882, en la segunda decada desde 1883 á 1892 hay 2,4 de mortalidad y en la tercera de 1893 á 1902 es de 1,4.

La relación del sarampión con otras ciudades es la siguiente:

Buenos Aires	1.14
Londres	4.98
París	3.14
Berlín	2.34
Viena	4.48
Madrid	10.75
Santiago de Chile	10.17
Río Janeiro	0.50
Stokolmo	1.70

Vemos por este cuadro que Buenos Aires es una de las ciudades que tiene menos porcentaje de mortalidad y que el porcentaje crecido que que se observa en la Casa de Expósitos y en el Hospital de Niños, es porque á ellos acuden los enfermitos ya con las complicaciones que los ha de matar, pues en estos establecimientos se observan todas las prescripciones higiénicas y de profilaxia que ordena la ciencia.

PROFILAXIA

La profilaxia contrae esta enfermedad no es precisamente por ella sino por sus complicaciones.

Grancher, para evitar los contagios que se producen en los hospitales, pues suelen infectarse los niños en el consultorio externo por hallarse en contacto con sarampionosos y en esos casos á los 14 días de estar en el hospital aparece la erupción; para evitar esto propone: 1.° que á la entrada haya un servicio de consulta organizado contra el contagio, un servicio de sospechosos y el servicio de morbillosos con pequeñas cámaras bien ventiladas, cree que de esta manera se disminuirá en lo posible el contagio, tan grave en los hospitales, por la bronconeumonia, la difteria que suele ser el acompañante productor de tantos casos mortales á los cuales se une la

meningitis, las congestiones y edemas cerebrales el noma, etc.

La bronconeumonia suele ser producida por el estreptococo cuya virulencia aumenta según Hutinel de pasage en pasage.

He tenido ocasión de observar tres casos de sarampión en una familia en los cuales el primer caso fué complicado con bronquitis, el segundo con una bronconeumonia en el pulmón derecho y el tercero con una bronconeumonia doble con otitis y meningitis que terminó con el enfermo

Bard creyendo que la bronconeumonia era una enfermedad sobreagregada al sarampión, que evolucionaba al mismo tiempo ó después de él, tuvo la precaución de separar á todos los sarampionosos con bronconeumonia y vió bajar la estadística de mortalidad del 25 °/₀ al 7 °/₀.

Así pues, como medida profilática se impone poner en una pieza aparte todos los niños con bronconeumonia, lo mismo hay que hacer con los que tengan otitis y máxime si la complicación es más grave como la difteria, hay que desinfectar las camas de estos enfermos y si el número de complicados aumenta hay que cerrar la sala y desinfectarla. Hutinel siguiendo este método ha visto en el Hospital des Enfantes Asistes ba-

jar la mortalidad por bronconeumonia del 24 °/° al 12 °/₀ y aún con métodos no del todo perfectos.

Siendo más común en la familia el sarampión simple, no exige separación del enfermo, pues ya se le ha trasmitido el contagio á los otros niños cuando se hace el diagnóstico, y no merece desinfección (al decir de algunos autores) pues el gérmen muere ó pierde su virulencia en muy poco tiempo. De tal modo que se puede desocupar una sala de sarampionosos y con un solo día de intérvalo habilitarse para otros enfermos sin temor, pues basta la luz y el aire para esterilizar al germen.

Si en la casa de familia el sarampión se complica de bronconeumonia ó de difteria, entonces es necesario aislar al enfermo y hacer desinfección, pues el estreptococo ó el bacilo de Lœfler son muy resistentes.

En una escuela que aparece un caso de sarampión y á los catorce días se producen otros en la misma clase; es conveniente sacar de la escuela á los niños que no han tenido esta fiebre eruptiva, por 20 días, no para que el contagio no se produzca, pues ya se habrá producido en muchos, sino para que con estos segundos enfermos no se contagien otros niños que hubieran escapado á la primera infección.

En el ejército los médicos militares deben hacer igual profilaxia tanto en los casos simples de sarampión como en aquellos complicados de bronconeumonia ú otra afección secundaria.

Aquí se observa un gran número de conscriptos de las provincias atacados por el sarampión, pues en los lugares de donde proceden no existe esta enfermedad y al venir á la capital se contagian y como las complicaciones pueden ser graves, el Dr. Penna en una de sus sabias lecciones nos decía: que se podía aconsejar al Gobierno que haga la reconcentración de conscriptos en sus provincias natales, evitando así estos contagios y sus consecuencias.

TRATAMIENTO

El tratamiento del sarampión en sus formas benignas es sencillo, consiste en hacer higiene de la cámara, mantenerla á una temperatura uniforme de 18°, tenerlo á dieta de leche, caldo, tisanas pectorales, tener gran cuidado en las ropas se deberá hacer un cuidado prolijo de la boca y de las narices, con gárgaras de ácido bórico, lavages nasales del mismo y vaselina con ácido bórico y mentol, el mismo cuidado hay que tener en los ojos y en la vulva. Cuando elcatarro conjuntival es excesivo, es conveniente después de los lavages conjuntivales hacer instilaciones de nitrato de plata al 0'5 ó 1 °/₀ y luego agua y cloruro de sodio para sacar el exeso, si la cornea está amenazada es indicado tratarla con sulfato neutro de atropina.

Si hay una otitis media muy dolorosa los especialistas suelen aconsejar la meringotomia poner glericerina fenicada al 5 °/₀ al oído y dre-nage con gazas.

En la laringitis aguda hay que hacer respirar aire con vapor de agua, si es una laringitis estridulosa ó que haya edema glótico ó subglótico, se puede hacer tubage ó traqueotomia, lo mismo se aconseja en la laringitis crupal además en esta tenemos el remedio específico el suero Bering ó el suero Roux.

Cuando la descamación ha empezado se puede dar baños para que esta se apresure y después de terminada si no sobrevienen complicaciones se le permite la asistencia á clase.

En la forma anormal nerviosa ó ataxoadinámicas, es necesario darles baños á 24° ó 26° y ver el resultado, si después de pocos minutos de inmersión el termómetro baja, la sensación de bienestar se acentúa tanto más cuanto más probabilidades hay de salvar al enfermo, en este caso el efecto es saludable y podemos ayudar al corazón con inyecciones de cafeina de 0'10 gr. en los niños ó de aceite alcanforado.

En la forma hemorrágica es bueno recurrir á los del alcohol, eter, cafeina, máxime si las fuerzas están deprimidas y la temperatura poco

elevada, el baño haría mal si las hemorragias fueran grandes, en cuyo caso se pueden hacer inyecciones de suero fisiológico y de ergotina.

Cuando hay catarro bronquial se ponen formentos calientes envueltos en una tela impermeable.

Cuando el exantema tarda en aparecer, aparece mal, ó desaparece rápidamente y hay disnea que indica que la descarga de la enfermedad se va á producir en los bronquios, entonces si el niño es débil es bueno envolverlo en paños calientes y secos dándoles bebidas calientes y Heubner dice que puede dársele de 0'005 á 0'01 gramos de pilocarpina para obtener una buena sudación. En los niños fuertes se les envuelve con paños mojados en agua caliente, luego envuelto en un paño de lana y se le pone bajo las cobijas para que la sudación sea mayor.

Otro procedimiento más radical consiste en poner harina de mostaza en agua fría y luego que se produjo la esencia se pone en un recipiente con agua caliente, la mostaza debe ser suficiente para hacer arder los ojos, luego en este recipiente se moja un paño grande, este paño se esprime y se envuelve al niño, se lo cubre con otro, se le tiene así por 15 ó 20 minutos y si todo el cutis del niño se ha puesto rosado, se saca este paño

se pone otro húmedo y caliente para que sude media hora, luego se saca este paño mojado, se seca al niño y se le da un baño tibio y es necesario hacerle asperciones de agua fría en la nuca para que no se congestione el bulbo, se seca y se deja al niño que reposé.

Esto debe hacerse una sola vez al día y luego dejarlo descansar por mucho tiempo. Si después de una revulción de esta naturaleza no se obtiene una erupción general puede repetirse al día siguiente y si el exantema no aparece es inútil repetir el procedimiento, pero si dió resultado es bueno repetirlo de cuando en cuando. Este procedimiento según Heubner da resultados espléndidos.

Entre nosotros el procedimiento empleado en el sarampión con bronconeumonia, es el siguiente: se colocan ventosas solas ó escarificadas en la espalda, en la región que se oyen los soplos, para descongestionar y también se dan inyecciones de 1 centígramo de ergotina Ivon en las personas mayores, en los niños se puede dar á dosis de 10 gotas por día por vía digestiva á la edad de ocho ó diez meses, también se puede dar ergotina Bonjean 2 gramos por día á personas adultas en una bebida. Para animar el corazón se dan tónicos como poción Tood, cafeina en in-

yecciones hipodérmicas ó bebida, esta puede producir convulsiones en los niños y puede ser reemplazada por el aceite alcanforado. También el sulfato de estrignina se usa en estos casos en proporción de 0'01 gramos en 10 centígramos de agua á dósis según la edad. Con el mismo objeto se dan las inyecciones de suero artificial.

Como medicación antipirética usamos los baños, cuando la temperatura pasa de 39° es conveniente que en los niños el baño sea tibio, hacerles masages cuando están en el baño y asperciones en la nuca con agua fría para que no se congestione el bulbo y ponerlos en la cama caliente, de este modo la temperatura baja y el estado general suele mejorar.

Si en la bronconeumonia ó en la bronquitis capilar hay mucha disnea, es necesario usar el oxígeno dándole durante diez minutos ó más y á intérvalos más ó menos largos según la disnea.

Cuando las alteraciones del intestino son serias es conveniente tratarlas con régimen hidrico y otras veces decocción de harinas, si la diarrea fuera folicular y sanguinolenta se dan varios enemas de 200 centímetros cúbicos cada uno de acetato neutro de plomo al 3 % en agua hervida.

Si se declara una tuberculosis aguda el enfermo muere rápidamente á pesar de todos los

tratamientos. Ahora si fuera una tuberculosis de forma lenta, sería conveniente tratar al enfermo en un sanatorio apropiado, con mucho aire sobre-alimentación y aconsejarle después que haga solamente trabajos livianos.

Para que el noma no se produzca, es necesario una limpieza prolija de todas las mucosas y una vez producido, hay pue hacer la exición con termocauterio si se puede y sino rodearlo de inyecciones de bicloruro y hacer labages continuos de infusión de coca y timol ú otro antiséptico,

Cuando la meningitis se presenta es necesario hacer revulsión poniendo sinapismos en las pantorrillas, ungüento mercurial en el cuero cabelludo y en la región de la columna ó hacer en en esta región ignipuntura, también se puede disminuir algo la tensión del líquido cefaloraquideo haciendo una punción entre la cuarta y la quinta lumbar y estraer algo de líquido.

Si la nefritis se presenta hay que dar régimen hipoclorurado, leche y verduras.

OBSERVACIONES CLINICAS

Estas observaciones clínicas en las cuales se basa mi disertación, las he observado en los servicios de los doctores Bonorino y Bataglia en el Hospital Muñiz; en el servicio del Dr. Naveiro en la Casa de Expósitos y en el servicio de los doctores J. G. Rivas y R. Cabrera en el Hospital de Niños, á quienes agradezco sinceramente las atenciones recibidas

---

HOSPITA MUÑÍZ

SERVICIO DEL DR. BATAGLIA

M. W. 22 años, argentino, conscripto. Hace dos meses que reside en esta capital en un regimiento.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.
Antecedentes personales—Siempre fué sano.
Estado actual—Se presenta al Hospital Muñiz, sala X, cama 4ª. el 26 de Junio de 1907, con una erupción de sarampión, el 27 hay 38°., no se encuentra cosa anormal en el pulmón, respiración 30, pulso 90 por minuto, tiene luego algunas elevaciones de temperatura que se pasan con un purgante de calomel, ha pasado bien la enfermedad está en el período de descamación cuando el 13 de Julio es decir á los 17 días de su ingreso, á las 6 a. m. sube rápidamente la fiebre y á las 12 m. tiene 39°, se le da 0'60 de calomel y la temperatura baja á 37' 8° y á las 9 de la noche el enfermo empieza á tener dificultad en la palabra, al día siguiente estaba completamente afásico, pierde luego la sensibilidad y motricidad en los miembros inferiores y superiores, el enfermo continúa así con 38°, el 15 de Julio baja á la normal y así sigue por 12 días, se le ponen puntas de fuego en la región de la columna, el enfermo vé, oye, se da cuenta de lo que pasa á su alrededor, pero hay que alimentarle pues está imposibilitado para hacerlo él. A los 12 días se observa una escara sacra que empieza á supurar, esta escara es tratada convenientemente.

Al cabo de 25 días el enfermo empieza á hablar con disartría como al empezar esta complicación y recupera á los pocos días la palabra pero los miembros siguen paralizados notándose solamente un aumento de sensibilidad, luego recobra poco á poco su motilidad por completo, hasta que después de una larga convalecencia sale del hospital completamente curado el 10 de Octubre de 1907.

Esta complicación fué diagnosticada como una arteritis cerebral.

SERVICIO DEL DR. BONORINO

OBSERVACIÓN 2.ª

A. J. T. 3 años, argentino, entra el 5 de Diciembre á la sala 6.ª del Hospital Muñiz.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales—No tiene nada de anormal.

Estado actual—A la entrada á este hospital tiene 39'5° de temperatura, pulso 130 y gran disnea.

A la auscultación se nota respiración, ruda

en el pulmón derecho con sibilantes y rales gruesos, en la base hay varios focos de bronconeumonia con soplo y rales crepitantes. Al siguiente día la temperatura es de 38° a. m. y 39'8°, p. m. el 7 de Diciembre 39'6° a. m. se le dan ventosas envolturas calientes, ergotina, sulfato de estrignina, tilo en infusión, baja el 8 de la temperatura á 36'8° a. m. y 39'6° p. m. el 9 á la tarde 39'6° el 10 á la tarde 38° luego el 11, 12 y 13 estuvo entre 37° y 37'5°. Hay otra elevación de temperatura varios días que llega á veces á 40° y luego baja unos días á 37'5° se nota que desaparece la bronconeumonia y se suspenden las envolturas y las ventosas.

El enfermo está ya curado de su bronconeumonia, pero continúa con una estomatitis ulcerosa que se le cuida pero á pesar de ello se nota que esta estomatitis se inflama en la encía y que se necrosa en el centro, se hacen ignipunturas, se lava con cocimiento de coca, ácido fénico y sin embargo el noma avanza, la gangrena se extiende á la mejilla, la temperatura á las mañanas es de 37'5°, á la noche de 39° se le dan inyecciones de suero artificial cada 12 horas y el enfermo muere el 5 de Enero de este año.

Diagnóstico. Sarampión, Bronconeumonia, Noma.

SERVICIO DEL DR. BONORINO

OBSERVACIÓN 3.ª

A. P. 5 años, chileno, entra á la sala 6.ª, cama 16, del Hospital Muñiz el 28 de Enero del corriente año.

Antecedentes hereditarios — Padres vivos y sanos.

Antecedentes personales —No tiene mayor importancia.

Estado actual—Al entrar al hospital se nota una erupción sarampionosa, temperatura 39'4°, pulso 140 por minuto, está con erupción de sarampión, con una congestión en el pulmón izquierdo y algunos focos de bronconeumonia en la base, se le da un baño y la temperatura baja á 38°, se le colocan ventosas en la espalda.

El 29 de enero, temperatura 39° á la mañana, á la tarde 39,6° se le dan baños, el 30 á la mañana 38°, 38,4° p. m. Sigue varios días con esta temperatura, el 3 de Febrero la temperatura sube á 39° a. m. 39,4° p. m. se observan varios focos nuevos de bronconeumonia, se le dan envolturas calientes y ventosas, el 4 se le dan ventosas y suero artificial para activar la circulación 80 gr. se le dan por dos días seguidos, el 6, 7 y 8 la

temperatnra se conserva entre 38° y 39° el 9 temperatura 39° a. m. 37,6° p. m., el 10, 37,2° a. m. sube á medio día á 38°, baja á media noche á 37,2°, baja la temperatura el 11 á 36,7° a. m. se le dá caldo y á las 3 p. m. temperatura sube á 40°, se le dá baño, baja á 38°, pulso 120, ción 40 por minuto á la mañana y á la tarde.

El 12 temperatura 40° se se le dá un baño y baja á 37, 8°, pulso 120, respiración 40 por minuto.

El 13 temperatura 38° a. m. y se observa que sale pus por el conducto auditivo externo, se le pone gaza y se le echan gotas de glicerina fenicada al 5 °/₀, sigue por seis días con temperatura al rededor de 38°. El 20 la temperatura está entre 36° y 37° y así sigue algunos días y empieza á orinar poco, el 24 solo orina 200 gr. en 24 h. al análisis se ve que la orina tiene muchas sales y hay 2 gramos de albumina por mil, no se encuentran elementos del riñon, la temperatura sigue entre 37° y 38° se le dá teobromina, estigmas de maíz, sigue orinando más, aunque menos de lo normal, en otros análisis posteriores solo se encontraron vestigios de albumina y el 20 de Marzo sale del hospital orinando 1500 gr. en 24 horas.

Diagnóstico: Sarampión, congestión pulmo-

nar, bronconeumonia, otitis media supurada y congestión renal.

CASA DE EXPOSITOS

SERVICIO DEL Dr. NAVEIRO

OBSERVACIÓN 4.ª

El exposito Arturo N.° 17703, de un año y un mes de edad, ingresa á este servicio el 18 de Febrero del año actual, con una erupción del sarampión, estomatitis eritematosa y congestión pulmonar, temperatura entre 38 y 40° durante cinco dias y una enteritis sobreviene con 4 ó 5 deposiciones por día de tipo infeccioso, verdosas y líquidas, á los cinco dias una bronco neumonia del lado derecho, luego del izquierdo y evoluciona entre 37° y 38° aparece enseguida una estomatitis estreptococica en ambos labios y en la comisura izquierda.

Luego viene temblor, hiperhemia é inyección conjuntival, ligera rigidez de la nuca, vomito sin nauseas se nota algo de signo de Kœrning.

Tratamiento ventosas escarificadas en la espalda, hielo en la cabeza, digital 0,10, ergotina

12 gotas por dia, dieta hidrica y tratamiento local de la estomatitis, con lavages de agua oxigenada y toques con glicerina boratada y resorcina al 1/10, Se hizo inyección de 10 cm^3 de suero Marmoreck, se hacen inyecciones de cafeina de 0,10 gr. aceite alcanforado y baños.

El niño siguió con sus temblores, se acentuaban sus fenómenos cerebrales, el 2 de Marzo subió la temperatura de 37,5° (que era la temperatura media en que evolucionó la bronco neumonia) á 39,8° p. m. bajó al día siguiente á 38,8° y murió el 3 de marzo con convulsiones.

A la autopsia se encontró; congestión y edema cerebral, bronconeumonia confluente en ambas bases, degeneración grasa del higado, congestión é hipertrofia renal, la causa de la muerte fué una meningitis purulenta con dos focos purulentos en la meninge.

OBSERVACIÓN 5.ª

Entra al servicio del Dr. Naveiro el exposito Leon N.° 18483 de nueve meses de edad, el 22 de Marzo del corriente año, la temperatura es de 39,5° respiración 50 por minuto, pulso 130, en

el pulmon izquierdo hay soplos y rales crepitantes, el enfermo tiene varias deposiciones diarreicas con mucus fino, todo el cuerpo se halla cubierto de un exantema característico de sarampión, el estado general es malo, pues el niño está muy raquítico.

Como tratamiento se le dá ventosas, ergotina X gotas, baños, régimen hidrico y nodriza.

La bronconeumonia evoluciona con temperatura baja, teniendo 36° á la mañana y 37,5° á la tarde y muere á los seis dias de su ingreso el 28 de Mayo.

A la autopsia encontramos, bronconeumonia doble y un núcleo tubercúloso en ambas bases. Intestino congestionado y degeneración grasa del higado, congestion renal, congestión y edema cerebral.

OBSERVÁCION 6.ª

Exposito Santos 17533 de un año y un mes de edad. Entra al servicio del Dr. Naveiro el 21 de Marzo sin erupción, pero con fenómenos de de congestión pulmonar, el 22 se produce la erupción y se encuentra congestión pulmonar,

en ambas bases, temperatura 37° a. m. 39,5° p. m. al día siguiente los mismos fenómenos pulmonares y 39°.

Tratamiento, ergotina XII gotas, baños, ventosas.

El 24 hay 37,5° la congestión va disminuyendo, el 25 disminuye la erupción y la congestión sigue así, hasta que el 28 sube la temperatura á 38°, el 29 á 38,5° y aparecen en el cuero cabelludo, en la región occipital tres abcesos pequeños que se abren con bisturí, luego aparecieron nuevos abcesos en la espalda, en la nalga y en el cuello que se incindieron y á los pocos dias el enfermo tenía temperatura normal y estaba en convalescencia.

Diagnóstico: sarampión, congestión pulmonar y abcesos dermicos multiples.

HOSPITAL DE NIÑOS

SERVICIO DEL Dr. JOSÉ G. RIVAS

JEFE DE CLÍNICA DR. ROMULO CABREBA

OBSERVACIÓN 7.ª

C. D. 20 meses, argentina, ingresa á este servicio el 26 de Febrero, criada á pecho hasta el año. No tuvo enfermedades infecciosas.

Al entrar hacía 4 dias que estaba enferma de sarampión que evolucionaba normalmente, empezó su enfermedad con coriza, diarrea, vómito y fiebre, deposiciones de enteritis, se le dió un purgante de aceite de ricino, régimen lacteo y una bebida con ácido lactico al 4 °/₀, tenía 3 ó 4 deposiciones diarias fétidas con leche coagulada, se le suprimió la leche, y se le dió harinas y cocimiento de vegetales.

El 1.° de Marzo tuvo deposiciones purulentas con estrias sanguineas, en los dias subsiguientes hubo deposiciones con mucus grueso, esto desapareció pronto.

A los doce dias le vinieron abcesos en la piel de la espalda, en el vientre y en los muslos que se abrieron con bisturí.

Luego se curaron los abcesos y á los quince dias salia sana del hospital.

Díagnóstico: Sarampión, enteritis y abcesos dermicos.

OBSERVACIÓN 8.ª

H. C. 5 anos, argentina, entra al servicio del Dr. Rívas el 29 de Marzo, viene de la sala V operada de peritonitis tuberculosa, estado de

nutrición regular, con una erupción clara de sarampión en la cabeza y en el tronco. Con conjuntivitis, itsmo de las fauces y velo del paladar, con enantema, la temperatura es de 38,6° p. m. el 39, a. m. 38,8°, p. m. 39,5°; el 31, a. m. 39°, p. m. 39,8°, al día siguiente iguales temperaturas el 2 de Abril hay 37,4° a. m. y 39,8 p. m. se nota un ligero foco de bronconeumonia en la base derecha con soplo, rales crepitantes y temperatura 36,6° el 4. Sigue con estos fenómenos pulmonares y una temperatura que oxila entre 37° a. m. y 37.5° p. m. por espacio de veinte dias. Tal vez esta bronco neumonia tome el caracter de la lesión peritoneal.

Diagnóstico: Sarampión secundario á peritonitis bacilosa.

OBSERVACIÓN 9.ª

A. B. 10 años, argentino, entra al Hospital de Niños y luego de una nefritas aguda se le delara un sarampión que dura ocho días, llegando la temperatura máxima á 39,8° y al terminar el sarampión aparece en la axila unas pequeñas ampollas que luego se extienden al tronco, cara y lengua, en esta las ampollas son blancas roji-

zas, con costras amarillentas; las ampollas blanquecinas se encuentran alrededor de la nariz, en la frente y en el cuello, se trataron con polvos secantes.

La nefritis se le trató con régimen hipoclorurado, leche y díureticos.

En el sarampión bebidas espectorantes é higiene de la boca y nariz; á los veinticinco dias salió curado del hospital.

Diagnóstico Sarampión secundario á nefritis y penfigo.

Buenos Aires, Junio 1.º de 1908.

JUAN J. MON.

Buenos Aires, Junio 6 de 1908.

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. José Penna, al Profesor titular Dr. Carlos Malbran y al Profesor suplente Dr. Felipe A. Justo para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tésis, de acuerdo con el Art. 4.° de la «Ordenanza sobre exámenes.»

E. CANTON

R. S. Gómez

Buenos Aires, Junio 19 de 1908.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta n.° 1872 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON

R. S. Gómez

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico diferencial entre el sarampión, la rubeola y la influenza.

JOSÉ PENNA

II

Complicaciones del sarampión.

C. MALBRAN

III

Vías de contagio en el sarampión.

FELIPE A JUSTO