Año 1909 N° 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA ESCARLATINA

Y SUS

COMPLICACIONES

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSE SEMERIA

Ex-practicante mayor y menor del Hospital Militar Central

«LA CIENCIA MÉDICA»

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CORDOBA 2080

BUENOS AIRES

1909

LA ESCARLATINA

Y SUS

COMPLICACIONES

Año 1909 N° 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA ESCARLATINA

Y SUS COMPLICACIONES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSE SEMERIA

Ex-practicante mayor y menor del Hospital Militar Central

«LA CIENCIA MÉDICA»

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CORDOBA 2080

BUENOS AIRES

1909

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

Articulo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

Dr. D. PEDRO N. ARATA

Académicos

1 DR. D. JOSÉ T. BACA
2 » » RAFAEL HERERA VEGAS
3 » » JACOB DE TEZANOS PINTOS
4 » » EUFEMIO UBALLES
5 » » PEDRO N. ARATA
6 » » ROBERTO WERNICKE
7 » » PEDRO LAGLEYZE
8 » » JOSÉ PENNA
9 » » LUIS GÜEMES
10 » » ELISEO CANTÓN
11 » » ENRIQUE BAZTERRICA
12 » » ANTONIO C. GANDOLFO
13 » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA

Secretario Académico

DR. D. JACOB DE TEZANOS PINTO

Académicos Honorarios

Dr. D. EDUARDO WILDE
,, ,, MARTIN SPUCH
,, ,, TELÉMACO SUSINI
,, ,, EMILIO R. CONI
,, ,, OLHINTHO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vice decano

Dr. D. Antonio Gandolfo

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón
,, ,, Luis Güemes
,, ,, Enrique Bazterrica
,, ,, Antonio C. Gandolfo
,, ,, José M. Ramos Mejía
,, ,, Baldomero Sommer
,, ,, Gregorio Araoz Alfaro
,, ,, José R. Semprun
,, ,, Abel Ayerza
,, ,, Eufemio Uballes
,, ,, Francisco Sicardi
,, ,, Telémaco Susini
,, ,, Nicasio Etcheparborda
,, ,, Eduardo Obejero
,, ,, Juan A. Boeri (suplente)
,, ,, Juvencio J. Arce

Secretarios

Dr. D. Jonàs Larguía (Consejo Directivo)
" " Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» (Vacante)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejer.)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología externa	» OBDULIO HERNANDEZ (Con lic.)
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermatológica y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pedriátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-Urinaria	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

ROBERTO WERNICKE

JUAN R. FERNÁNDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatol. 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

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr. D. J. GREENWAY
Física Mèdica	» ALFREDO LANARI (en ejercicio)
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNÁNDEZ JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología	» LEOPOLDO URIARTE ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino.laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN PEDRO LABAQUI
Clinica oftalmológica	» ENRIQUE DEMARIA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET MARCELO VIÑAS MARCELINO HERRERA VEGAS JOSÉ ÁRCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE DAVID SPERONI JUAN J. VITON
« Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO ENRIQUE ZÁRATE ARTURO ENRIQUEZ ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS MAMERTO ACUÑA GENARO SISTO
» Génito Urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedraticos
oología general, anatomía y fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y mineralogía . . .	» ADOLFO MUJICA (con lic.
Química inorgánica aplicada. . .	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada . . .	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognósia y posología razonoda	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.	» JULIO J. GATTI
Química analítica y toxicológica (primer curso).	» FRANCIRCO P. LAVALLE
Tecnica farmaceutica	» MANUEL J. IRJZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedratico sustituto
Farmacognósia y posología razonada	DR. JUAN A. DOMINGUEZ en ejer.

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedraticos titulares
Parto Fisiológico y Clínica Obstetrica Parto Distócico y Clínica Obstetrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedraticos sustitutos
Parto Fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARREL
Parto Distócico y Clínica Obstétrica	» UBALDO FERNÁNDEZ
» » » »	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedraticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología. .	DR. DEÓN PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica, Terapéutica dentarias, Medicina Legal . .	» ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

Dr. NICOMEDES ANTELO

CIRUJANO DE EJERCITO

A MIS PADRES

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Tócame el placer de presentaros mi última prueba como alumno de la Facultad de Ciencias Médicas. Este pequeño trabajo versa sobre Escarlatina, no abrigo la esperanza de poder agregar nada nuevo á lo que grandes maestros nos han enseñado.

Mis más caros afectos al Doctor Nicomedes Antelo que me honra acompañándome en este acto.

Quiero asimismo dejar constancia de mis reconocimientos, hacia los jefes superiores de la Sanidad Militar por la buena voluntad que siempre he encontrado durante mi internado en el Hospital Militar.

HISTORIA

La escarlatina fué separada y llamada rosania, por Ingrasias, estando hasta entonces confundida, con otras enfermedades eruptivas, sarampión, difteria, etc.

Seunert de Atemberg, es el primero que hizo una descripción que ha quedado clásica, aunque emitiendo ciertas opiniones erróneas, después por él modificadas. Trouseau, Barthes y Cadet y Gasicourt la han estudiado minuciosamente.

Entre nosotros la historia de esta enfermedad, se encuentra en una monografía del Dr. Penna, 1891, encontrándose abundantes datos.

El primero que cita la escarlatina, como enfermedad, es el señor Trelles que refiere epidemias de enfermedades contagiosas, que desde 1621 á 1778 azotaron á nuestra república, durante varias veces.

Moussy en una memoria habla de la escarlatina y dice que puede aparecer conjuntamente con la viruela, que es más localizada y menos regular en sus epidemias.

El Dr. Montes de Oca en su tesis estudia la escarlatina, estableciendo las distintas formas en que se encontraba entonces y sus modalidades clínicas.

En la República Oriental hay un estudio del Dr. Olivera, publicado en 1836 sobre la escarlatina. En este trabajo refiriéndose al pronóstico dice que es más benigna en los niños, teme las complicaciones y llama la atención sobre el anasarca, por la mortalidad de los casos en que lo había observado.

En el tratamiento recomienda la expectación, critica el empleo de la belladona, que entonces se hacía como preventivo y por no reconocerle acción profiláctica.

Entre nosotros el Dr. Francisco Javier Muniz publicó un trabajo en 1836.

Según el Dr. Penna este trabajo es más completo que el del Dr. Olivera. La obra del Dr. Muniz en la época en que fué escrita, la muestra como medio eminentemente observador, clínico profundo y de un talento poco común.

En el año 1856 fué la última epidemia de importancia. La estadística muestra que la mortalidad ha ido descendiendo y es mínima en estos últimos años.

Si no se nota un descenso casi completo, en la estadística de esta enfermedad es debido á importaciones que desde Francia, Italia, España, se efectúa por medio de la inmigración.

ETIOLOGIA

La escarlatina pertenece al grupo de las enfermedades contagiosas. Es menos que el sarampión, los sujetos refractarios son más numerosos. El contagio directo resulta del contacto con un escarlatinoso, siendo mayores las probabilidades, con la duración de este.

El contagio indirecto se hace por intermedio de objetos, vestidos, libros, cuartos habitados anteriormente por escarlatinosos. Tal es la virulencia en algunos que después de diez años, han podido ser causa de contagio.

Los productos de secreción, sangre, secreción nasal, lagrimal, esputos y sobre todo las descamasiones epidérmicas contienen el virus y esto ha sido comprobado en inoculaciones hechas con objeto de benignizar la enfermedad.

En Inglaterra se considera la leche, como un medio de transporte muy común de el agente infeccioso. Epidemias observadas en Heudon, Woltshue, en la clientela de una lechería. Pero estos hechos no han sido observados en ninguna otra parte y no han sido bien constatados.

El período más contagioso de esta enfermedad es el de la descamación, siendo las escamas menos infecciosas cuando la enfermedad es más antigua. El contagio

puede efectuarse en el período de erupción y en este caso se produce por la secreción bucal y nasal. Aun se citan casos en el período de invasión.

El enfermo es contagioso hasta que cesa la descamasión, lo que dá un término de seis semanas. Este puede ser apresurado por los baños, sin embargo se ha observado casos de contagio tardío, lo que hace pensar que persiste en las cavidades naturales.

Ciertas circunstancias difíciles á determinar favorecen momentáneamente el contagio. Así se vé á médicos atacados á una edad ya avanzada. La predisposición á la escarlatina es menor que la del sarampión.

El clima y las estaciones no tienen influencia sobre las epidemias. La mayor parte de los enfermos son chicos de uno á diez años de edad. Abajo de un año son pocos los casos en que se observa.

BACTERIOLOGIA Y ANATOMIA PATOLOGICA

Entre los más importantes trabajos hechos por los bacteriologistas, con objeto de hallar el agente están: los de Feltz y Tschaver que examinando la sangre, orina y escamas de escarlatinosos, aislaron un micrococus en forma de bastoncitos.

Klebs en 1875, señala un microbio al que llama mo-

nas escarlatinosun y que él considera como el agente de la escarlatina.

Klund en 1882, encuentra en las orinas de escarlatinosos y en ciertas aguas estancadas un microbio á quien atribuye la enfermedad.

Edington en 1889 estudiando las descamasiones, encuentra un bacilo ó quien el considera como el agente y le llama "bacilus scarlatinosos" diciendo que son bastones de 1.4 de largo por 0.6 m. de ancho.

Kurth 1893 describe un microbio, habiéndolo aislado de los exudados amígdalo faríngeos de los escarlatinosos, de las orinas y órganos de muertos de escarlatina á quien él llamó. Estrepococus conglomeratus. Veillon, dice que este bacilo se encuentra encuentra en todos los anguias.

Al estreptococus se le acuerda el papel de ser un agente secundario, que esconde por su frecuencia é importancia el bacilo escarlatinoso.

Bergé considera á la escarlatina como una afección debido al estrepcocus, que cultivándose en las amígdalas causa una afección local la angina y que esta trae á su vez todos los accidentes comprendiendo el eritema, pero esta teoría no puede explicar muchos síntomas.

De esto se vé que á pesar de tantos trabajos, aun no se conoce el agente patógeno de la escarlatina.

ANATOMIA PATOLOGICA

Las autopsias de escarlatinosos, nos dan muy pocos datos.

La hiperemia cutanea del exantem adesaparece quedando máculas más ó menos grandes. Examinando la piel se nota infiltración serosa del tejido subcutáneo. Hay una congestión intensa de toda la piel. El tejido cutáneo está infiltrado de elementos linfáticos y células migratrices, predominando estas alrededor de los folículos pilosos, de los tubos glandulares y de los vasos. (Eichorot).

La angre es oscura, fluída, tiene poca tendencia á coagularse y el suero está coloreado en rojo.

Hay hiperemia de las meníngeas y del cerebro, distensión de los senos craneanos y á veces edema cerebral.

En los pulmones se notan congestiones sobre todo al rededor de los bronquios.

En las pleuras hay á veces signos de inflamación.

El corazón con proceso de miocarditis, se nota flácido de color rojo pálido. El pericardio está un poco inflamado.

El hígado está aumentado de volúmen, congestionado. Se nota un proceso de hepatitis parenquimatosa.

El bazo está grande, congestionado, friable. Los ri-

ñones están duros, de color rojo, le cápsula se destaca fácilmente. Al corte se ven lesiones de nefritis parenquimatosa é intersticial.

La mucosa del estómago congestionada según Crooke hay á veces espesamiento de toda la mucosa y además una infiltración linfática de toda la capa muscular del estómago.

Los folículos linfáticos y las placas de Peyer infiltradas hacen saliencia en la mucosa intestinal.

ESCARLATINA NORMAL

Como en todas las enfermedades eruptivas, se distingue en la escarlatina cuatro períodos: de incubación, invasión, exantematico y descamativo.

El primer período es más corto en la escarlatina y más difícil de poder determinar en la práctica, que en cualquier fiebre erptiva. Trouseau cita casos de menos de veinte y cuatro horas. El término medio normal es de cuatro daís. La incubación es más corta en la escarlatina quirúrgica y puerperal.

El segundo período empieza con la aparición del primer malestar y se termina con la aparición del exantema. En medio de una salud en apariencia normal, los sujetos son presa de malestar, escalofríos violentos, estado nauseoso que termina casi siempre con vómitos.

En otros casos lo primero que se nota es una sequedad desagradable á la garganta.

Salvo raros casos la angina siempre se nota, si se examina la garganta se constata que las amígdalas, pilares y velo del paladar están un poco abultados y de color rojo oscuro, y al mismo tiempo hay hipersecreción. El dorso de la lengua está recubierto de una capa saburral, los bordes y la punta rojos, las papilas salientes.

En algunas horas este período llega á su máximun. La fiebre llega hasta 40 ó 41 grados. El pulso de 120 á 140 pulsaciones por minuto, 180 en los niños. La cara está congestionada, los enfermos tienen sed ardiente, están agitados en la cama la piel es quemante. El delirio puede presentarse y las convulsiones son muy comunes en la infancia.

Este período tiene una duración media de veinte y cuatro horas. Se le ha visto faltar.

Hay síntomas que raras veces se observan tales son, la diarrea con dolores abdominales y una fuerte raquialgia. El exantema empieza casi siempre en el cuello, tórax, muslos, para irse extendiendo después á todo el cuerpo.

La cara en algunos casos queda indemne.

Al estado naciente el exantema empieza por pequeños puntos muy cercanos de color rojo oscuro, no visibles á simple vista, pero si con la lente, este puntillado se rodea de una zona roja, que por confluencia forma las placas. Estas al fusionarse son de bordes sinuosos y de

contornos mal limitados, continuándose insensiblemente con piel sana, la coloración del conjunto es aframbuesada. La presión del dedo hace desaparecer momentáneamente el color rojo, se puede aumentar artificialmente la coloración de la piel cubriendo al enfermo, se acompaña entonces de un ligero prurito.

Cuando al nivel de una placa se hacen estrias con la uña, se ven estas dibujarse en blanco sobre el fondo rojo de la piel, este signo muestra que hay perturbaciones de inervación vaso motriz, es lo que Boniére y Lemaire han descripto con el nombre de raya escarlatinosa.

Al tacto las placas son ásperas, contrariamente á lo que pasa en el sarampión (Grancher). La tumefacción debida al eritema, es más notable en las manos y pies. Se produce á menudo una erupción miliar formada de vesículas ténues de contenido ordinariamente transparente en la superficie de las manchas.

Las amígdalas están abultadas, notándose la presencia de puntos blancos en su superficie, el enantema ocupa la parte interna de las mejillas y labios. La lengua de un color rojo vivo generalizado, si se frota su superficie con un trapo, se ven las papilas hipertrofiadas formando saliencias, se le llama lengua escarlatinosa, dura de diez á doce días en este estado.

En dos ó tres días la erupción se ha hecho general. Los síntomas generales no decaen, el pulso sigue acelerado y muchas veces no está en relación, con la curba termica.

La fiebre sigue alta sin oscilaciones, después desciende lentamente con remisiones matinales. Algunas veces hay coriza. Hay aceleración de los movimientos respiratorios. Las orinas muy disminuídas, son densas y coloreadas. La urea está aumentada, hay disminución de cloruros y fosfatos. A veces hay albúminuria ligera.

El apetito es nulo, la sed es intensa, hay un poco de meteorismo abdominal. Este período dura de cuatro á seis días normalmente. A medida que la erupción palidece el estado general mejora.

La erupción palidece, poco á poco se vuelve rosa, se borra, entonces comienza la descamasión.

Rulliez y Barthez la describen muy bien. Se ve á la epidermis levantarse en una pequeña ampolla redondeada, no acuminada, teniendo el volumen de una punta de alfiler. La epidermis que la forma está seca, de un blanco opaco, si se la desgarra no se derrama líquido.

Estas crecen en volumen, hasta llegar á las dimensiones de la sudamina, pero de ella difieren por la ausencia de líquido, por la flacidez del epidermis sequedad y opalinidad. Llegada á este punto, la saliencia se rompe á su centro y no queda más que un círculo epidérmico, que vá agrandándose hasta juntarse á los círculos vecinos y confundirse con ellos.

La piel presenta entonces una multitud de islotes irregulares, formados por porciones de epidermis, en parte destacadas sobre sus bordes, especie de escamas que pronto caerá á épocas variables.

La marcha de la descamasión es que las regiones primero invadidas son las que primero descaman. Hay á veces en una parte erupción y en otra parte ya empieza la descamasión.

En el tipo normal la descamasión comienza cuando la fiebre, ha ya pasado. Empieza en el cuello, bajo vientre, é ingles, sigue el orden de la erupción y termina por las manos y pies. Cuando hay erupción miliar la descamasión, se hace en tiras anchas, color azufre.

La descamasión será general, considerable y de larga duración, cuando la fiebre y los síntomas inflamatorios hayan sido violentos, aun con poca erupción.

Si la fiebre es fuerte y la erupción abundante, sin ningún otro síntoma violento, la descamasión será corta pero generalizada.

Si la fiebre y erupción han sido ligeras la descamasión será parcial y algunas veces imperceptible.

En la cara, tronco, la descamasión se aproxima del sarampión, son pequeñas escamas purpuraceas. En los miembros la piel está cubierta de escamas blancas. En las manos y pies se destaca por largas bandas.

Lo fenómenos generales que podían persistir al principio de este período, no tardan en desaparecer. Hay casos en que fuera de toda complicación la fiebre vuelve esta clase ha sido llamada fiebre consecutiva. La duración media de este período es de seis semanas.

ESCARLATINAS ANORMALES

Se puede observar variaciones muy numerosas en la evolución de la escarlatina, las unas ligeras y sin influencia sobre el pronóstico, las otras importantes y graves que lo hacen desviar del tipo habitual, que acabamos de describir.

ESCARLATINA BENIGNA

En esta pueden colocarse las formas: abortiva, ligera y apiretica.

La forma abortiva, según Latulle puede hacerse de dos maneras. En una el período febril, se hace con extrema rapidez, la erupción bien notable se hace pronto, la descamasión se apresura y en unos días todo se ha terminado.

En otra la erupción se borra pronto, pero la descamasión tiene su evolución normal.

Las formas ligeras han sido bien estudiadas por Roger, ellos son de tal modo ligeras y fugaces, que muchas pasan desapercibidas y si los enfermos bien sanos ó cu-

rados de una erupción reputada insignificante sufren la acción del frío ó de alguna otra causa, se ven sobrevenir en ellos hematurias ó hidropesías funestas.

La forma apiretica ha sido negada, sin embargo hoy es aceptada y descripta por muchos. Couatanamach que es el que más la ha estudiado, la describe así: el enfermo tiene mareos, vómitos, dolor de garganta, sobreviene la erupción, el exantema es típico, la lengua es característica, sin embargo, no hay fiebre, la temperatura rectal no pasa de 38. El estado general es excelente, el enfermo está contento, la descamasión se hace normalmente y si el enfermo es bien cuidado, no se observa ninguna complicación.

Esta forma ha sido observada en una epidemia al lado de escarlatinosos pureticos. Para Wertheimber la aceleración del pulso, con benignidad de la fiebre es un signo importante, para el diagnóstico de la enfermedad.

ESCARLATINA MALIGNA

Es la forma más temible de esta fiebre eruptiva. Se caracteriza por un desenvolvimiento excesivo de los fenómenos nerviosos y un estado ataxo adinamico de los más marcados, termina casi siempre con la muerte.

La escarlatina en la raza anglo-sajona afecta á menu-

do este tipo y también se le observa en ciertas epidemias bajo la forma de casos aislados. Los caquéticos, alcohólicos, tuberculosos ó aquellos cuyo hígado está lesionado, son los más predispuestos á la forma esta.

Se puede distinguir una forma fulminante, una lenta y una tardía.

Forma fulminante—En esta la enfermedad empieza con una fiebre extrema, 41 ó 42, al mismo tiempo hay agitación con delirio. El pulso de 130 á 160 pulsaciones. En los chicos se observan contracturas, convulsiones. El delirio es pronto reemplazado por estupor, después por coma ligero ó profundo. Al mismo tiempo, se observa la dipnea excesiva, que ningún fenómeno estetoscopico puede explicar. Esta forma causa la muerte en coma, durante los prodromos ó al empezar la erupción.

Forma tardía—Aquí la enfermedad, ha seguido su curso de una manera natural y regular. La erupción ha aparecido cuando de golpe, aparecen fenómenos ataxicos con la misma serie de fenómenos graves.

En ciertos enfermos los desfallecimientos, síncopes seguidos de colapsus, pueden causar la muerte. En otros casos parece que se le debe incriminar á la miocarditis ó á una parálisis de los nervios del corazón.

Forma hemorrágica — En esta se observan más comunmente las epistaxis, hematurias, el purpura y algunas veces hemorragias intestinales. La erupción es precedida ó se acompaña de una pousseé petequial.

Las amígdalas, las encías toman un tinte violeta. Al mismo tiempo se observan otras pérdidas sanguíneas. Esta forma es más rara que la viruela y el sarampión hemorrágicas. Ella se acompaña de síntomas generales alarmantes y termina casi siempre por la muerte. En esta forma las infecciones secundarias son muy comunes.

Se ve que los síntomas de la escarlatina maligna, en su generalidad, no son más que la expresión de una toxemia extremadamente intensa, causada por un veneno violento, veneno que según los casos ejerce su acción sobre los centros nerviosos ó sobre los vaso motores.

Como nuestros conocimientos, respecto al agente patógeno de la escarlatina dejase mucho que desear, estamos reducidos á hipótesis sobre estos venenos. Es probablemente á una exaltación de virulencia, del agente patógeno y á la producción de toxinas exaltadas en su poder nocivo, que son debidos todos estos accidentes graves, esta es la teoría actualmente más creíble.

FORMAS DE PRONOSTICO VARIABLE

La forma mucosa toma al embarazo gástrico febril, algunos de sus caracteres al principio anorexia nauseas, lengua saburral, etc. habitualmente poco grave, ella constituye una intermediaria entre la forma normal regular y la forma tifoidea.

En la forma gastro intestinal, la diarrea es síntoma predominante, apareciendo desde los podromos, la erupción se hace mal. En ciertos casos la diarrea determina tenesmo intenso y el aspecto de las deposiciones es disinteriforme.

ANGINAS

La escarlatina como todas las fiebres eruptivas, puede dar lugar á numerosas complicaciones. La escarlatina es esencialmente anginosa.

Angina eritematosa.

Esta angina que desde el principio de la enfermedad, es el síntoma dominante, aumenta de intensidad durante período de urupción. Los movimientos de deglución son tan penosos, que el enfermo no traga casi su saliva, al beber siente fuertes dolores, saliva continuamente, vuelve los líquidos por la nariz, la voz es nasal, la tumefacción de la uvula y amigdalos puede dificultar la respiración.

Al examen de la garganta, que es muy doloroso, se ven las amigdalas voluminosas, la uvula edematisada, la mucosa tumefacta, una rubicundez difusa invade toda la región y recubre la mucosa de los mejillas y labios.

Al cuarto día la angina se vuelve pultacea sobre las

amigdalas gruesas y rojas, se vé depositarse, al nivel de las criptas amigdalianas, pequeñas concresiones blanquecinas, grisaceas, capa pultacea que no es adherente á las partes, es soluble en el agua agitándola en un vaso con agua, se la vé desaparecer al disolverse y es muy facil de sacar con un hisopo.

Esta capa pultacea está formada por los productos de la descamasión epitelial y por el mucus, que segregan los foliculos de la amigdala.

Después de tres días, las amigdalas desprenden estas capa, quedando algunas veces escoriadas y rojas, la angina ha terminado.

Anginas pseudo membranosas — Trouseau el primero dividió estas en dos variedades.

La una no diftérica, habitualmente benigna y no teniendo tendencia á propagarse á la laringe y es á propósito de ella, que él emitió este aforismo célebre "La escarlatina no ama la laringe."

La otra variedad de naturaleza diftérica más tardía, mucho más grave, pudiendo invadir las vías respiratorias ó tomar los caracteres de la difteria maligna. Lo que Trouseau, enseñaba en sus lecciones clínicas viene á ser demostrado por la bacteriologia.

Anginas pseudo membranosas precoces — Aparecen del tercer al sexto día. Hellas no son casi nunca diftéricas, son debidas al estrepcoco, asociado con el colibacilo, cocus y estifilococus. Estas anginas por sus falsas membranas fibrinosas, por el infarto gauglionar y por

la reproducción de las membranas, simulan la difteria, pero no producen el crup, no son seguidas de paralisis y son habitualmente benignas.

Sin embargo estas anginas pseudo membranosas precoces, revisten algunas veces cierta gravedad. Henoch describe una forma, en la cual las membranas de la garganta, pueden generalizarse á la boca, labios y además son muy adherentes.

Cuando se las saca, se vé á la mucosa ulcerada y sangrante, el aliento es fetido, el infarto ganglionar y edema sub-maxilar muy acusados y la fiebre elevada.

Ha pesar de su aparente gravedad, estas anginas terminan habitualmente por la curación.

Otras veces estas anginas precoces revisten los caracteres de las anginas, septicas, infecciosas, malignas. Ellas se caracterizan por la extensión rápida de las membranas, de un color blanco grisaceo, que se vuelve gris, después amarillento con puntos negruzcos. Por la intensidad de la angina que dura de diez á veinte días y por la persistencia de la fiebre que oscila alrededor de 39.° Ha estos caracteres se añade un proceso hemorrágico y gangrenoso. La mucosa buco-faringea está edematisada, equimosada, sangrante. La gangrena ahueca las amigdalas, ulcera la lengua, los pilares, el aliento es fetido.

El proceso aunque no difterico puede ganar los parpados. La coriza pseudo membranosa constituye una complicación que no es de la más raras, se observa hin-

chamiento ú abliteración de las narices, con formación de falsas membranas, sobre la mucosa nasal y aún sobre las alas de la nariz. Las falsas membranas se reproducen después de su ablación, y pueden dejar lugar á ulceraciones con pérdida de sustancia.

Los bubones cervicales, los flegmones del cuello constituyen, una de las complicaciones más conocidas. Los bubones cervicales son comunes, lo que se explica por la frecuencia de las manifestaciones faringeas. Sucediendo á una adenitis simple, ellos se anuncian por un aumento de la hinchazón que dificulta los movimientos del cuello. La cara, el mentón están edematisados, la piel está tensa y brillante. Cuando la lesión es bilateral, el diámetro transversal de la cara se enancha y el enfermo tiene la facie llamada proconsular.

Síntomas generales, fiebre, agitación, delirio, acompañan este edema. En los casos graves se puede observar diarrea, hemorragias intestinales, purpura, etc. La muerte puede sobrevenir, antes de la supuración ó aún por asfixía, siendo la traquea comprimida por los ganglios cervicales.

Anginas diftéricas — Estas anginas, son tardías, aparecen en al tercera ó cuarta semana cuando el enfermo está en convalescencia.

Algunas veces tienen una evolución benigna y curan. Otras producen el croups, y otras toman los caracteres de la difteria maligna y son siempre mortales. Trouseau describe admirablemente bien esta forma. El

enfermo se halla en el noveno ó decimo día de su enfermedad y parece que la curación esté asegurada. De golpe un infarto considerable se muestra en el augulo de los maxilares, el ocupa no solo esta región sino que se extiende al cuello y á una parte de la cara. Un líquido fetido, abundante, se exuda de las fosas nasales. La anugdalas están muy voluminosas, el aliento exala un olor insoportable. El pulso se vuelve frecuente, es depresible, el delirio reaparece notándose además la presencia de otros accidentes nerviosos. El delirio persistiendo, el coma sobreviene, al mismo tiempo la piel se enfría, el pulso se pone difícil de contar y el enfermo sucombe después de tres ó cuatro días en una lenta agonía ó muere subitamente á causa de un sincope.

Este es el cuadro de esta forma de difteria maligna, que es debida á una asociación del bacilo de Loefler y del estrepcoco.

ALBUMINURIA ESCARLATINOSA

La albuminuria, la anasarca y la nefritis constituyen una de las complicaciones más frecuentes é importantes. Wells y Blackold hacían notar por primera vez que la orina, en los escarlatinosos era coagulable.

Fischer (1824), demostró las relaciones de la albuminaria y de la anasarca, con las lesiones del riñón.

Los estudios actuales son númerosos, entre ellos los de Cornil y Brault, Klebs, Charcot, etc.

Con las doctrinas microbianas las afecciones á frigore han perdido mucho terreno y hasta se ha agregado absolutamente la acción del frío, en la producción de la nefritis.

Hay enfermos que estando perfectamente cuidados han tenido nefritis, pero no es menos verdad, que en toda enfermedad infecciosa, la cuestión terreno es ó lo menos tan importante como el agente infeccioso, y que toda causa pudiendo poner al organismo, en estado de menor resistencia es ó temer sobretodo cuando el organismo, la sangre y los humores están impregnados de productos tóxicos y de elementos más ó menos virulentos.

Según los estudios bacteriológicos de Babes y de Reskin esta permitiendo creer, que la nefritis es causada por el estreptococo, la mayor parte de las veces solo ó unido á diplococus.

Como el estrepcoco puede determinar una nefritis? Lo más creible es que el riñón es irritado, esto por el terreno. En cuanto á la causa ocasional, se sabe experimentalmente, que en ciertos envenenamientos, bajo la influencia del surmenage ó del frío, los microbios de las cavidades naturales, penetran en la corriente circulatoria.

ALBUMNURIA PRECOZ

Ningún síntoma la revela, como su época de aparición es el período eruptivo, es variable y como el fugaz, es necesario buscarla. La orina está turbia, densa, muy oscura, deja depositar por enfriamiento, cilíndricos faciles de ver en el microscópio. La albumina es poco abundante, está constituida por globulina y serina. Ha veces dura unos días y cesa, los cilindros desaparecen, cuando persisten indican una albumnuria tardía. Algunas veces se observan accidentes temibles, como ser la hematuria en relación con las formas hemorrágicas y más raramente la anuria. Esta puede ser de origen nervioso y cura entonces pronto ó ligada á una nefritis subaguda con sus embolias parasitarias.

ALBUMNURIA TARDIA

Esta constituye la complicación por excelencia. Su frecuencia es grande. No parece haber relación cierta, entre la gravedad, intensidad de la fiebre eruptiva y la albuminuria tardía. Sin embargo dice que esta relación es contante en las formas malignas.

El principio es lo más á menudo insidioso, algunas veces es un poco de ederna de la cara, lo que llama la atención. Los parpados están pesados blandos y abultados. Las manos y los pies pueden estar igualmente edematosos. Un ligero movimiento febril indica algunas veces, el principio de la complicación renal.

Una anasarca generalizada en veinte y cuatro horas, sin albuminuria concomitante, puede ser el primer síntoma observado. Otras veces es la albuminuria el solo síntoma y necesita ser buscado con cuidado.

La anasarca puede ser acompañada de fiebre ó sin ella.

En los casos ordinarios se observa un poco de fiebre nauseas, imsonio, agitación durante la noche. La cantidad de orina disminuye y la albumina aparece. En otros casos la fiebre es intensa acompañándose de escalofrios, dolores lumbares, vómitos, con orinas turbias y rojas. La piel esta seca, la sed es viva y el apetito nulo.

La orina en los casos en que no es sanguinolenta, es bastante albuminosa, tiene uno y dos gramos por mil. Su cantidad muy disminuida 250 gr. por día, es de reacción acida y su densidad está disminuida. El sedimento es abundante, muestra glóbulos sanguineos en gran número, células del epitelio renal y cilíndros hialinos y grasosos, raramente epiteliales. La anuria es frecuente en los chicos más que en los adultos, ella puede durar mucho y terminase por uremia.

Algunas veces conjuntamente se observan, sudores de urea, que se deposita á la superficie de la piel, bajo la forma de polvo fino.

En los casos genignos, al cabo de unos días la fiebre cae, las orinas se vuelven menos rojas, menos abundantes, la albumina disminuye y desaparece al cabo de diez ó quince días.

En los casos graves, la muerte puede sobrevenir bruscamente, por edema de las serosas pleura, del pulmón ó edema de la glotis.

La anasarca puede existir sin albumina, el edema puede ser muy fugaz, puede no notarse más que la mañana y desaparecer durante el día.

La uremia es rara, ella se manifiesta por convulsiones, lo más á menudo con delirio, cefalalgia y vómitos. Los ataques convulsivos simulan la epilepsia, ellos pueden ser seguidos de un coma prolongado, aún de un verdadero delirio maniaco. La curación es lo más frecuente y se efectúa rápidamente. Las lesiones retinianas, dan lugar á diversas perturbaciones de la vista, yendo desde la ambliopia hasta la amaurosis.

Esta ceguera puede desaparecer con la albuminuria ó persistir definitivamente. La sordera hemilateral ó doble puede ser observada.

La hipertrofia del corazón, señalada por Wagner, es bastante frecuente después de la nefritis escarlatinosa, así como la dilatación cardíaca, esta aparece bruscamente.

La marcha de la nefritis escarlatinosa es independiente de la intensidad de la escarlatina. Es en todos los casos una complicación seria, sobre todo si se considera todos los accidentes que la nefritis pueda traer.

ANATOMIA PATOLOGICA

La nefritis escarlatinosa común tardía, ha dado lugar á numerosas discusiones.

Leichtensten distingue macroscópicamente tres formas.

Tipo de hiperemia difusa, en el cual hay dos variedades. El grueso riñón, duro, rojo uniforme, al corte, se ven las pirámides de color oscuro, la sustancia cortical de un rojo vivo, donde se reconoce difícilmente los glomerulos. El otro rojo oscuro, menos duro, estrellas de Verheyen bien marcadas con hemorragias glomerurales é intra canaliculares. Estos casos responden generalmente á aquellos, en los cuales la orina es rara durante la vida.

Tipo anémico — Dos variedades — Una riñón blanco, blando, edematoso es el de la nefritis aguda difusa. La otra riñón duro, blanco, dando lugar durante la vida á la excresión de orina pálida, albuminosa y abundante.

Tipo hemorrágico — El riñón está punteado de hemorragias á la superficie y al corte. El riñón puede estar aumentado de volumen.

Las lesiones histológicas se notan en todos los elementos del riñón. Los glomerulos están siempre lesionados. La cápsula de Bowman está espesada entre ella y el glomerulo se acumulan células poliedricas, granulosas, en masa cuyo origen no está bien determinado. Ellas se amontonan en la cápsula comprimiendo el glomerulo. Este exudado según Klebs podría determinar la anuria. En casos de nefritis hemorrágica, se encuentran numerosos glóbulos rojos. Se han visto numerosos infartus hemorrágicos, los que según Litten serían la causa de la anuria.

Los epitelios pueden estar diversamente alterados, se puede notar la tumefacción turbia ó la degeneración granulosa ó grasosa.

Las lesiones asientan en los tubos contorneados. Hay primero tumefacción turbia, después desaparición del límite celular, borramiento de la estriación y de los núcleos. El epitelio sufre la desintegración granulosa y cae. Se encuentran cilindros granulosos en los tubos de Henle y tubos rectos.

Las lesiones intersticiales son variables. El tejido conjuntivo interlobular, está infiltrado de pequeñas células redondas, sobre todo al nivel de los glomerulos y en la sustancia cortical. Los tubos useniferos están separados como disociados, por las células y el glomerulo

es transformado en una masa embrionaria. Los vasos del riñón pueden sufrir la degeneración hialina, Pelsch ha notado la periarteritis, de las pequeñas arterias.

SUPURACIONES

La piohemia escarlatinosa se localiza de preferencia en las serosas. Es una complicación del tercer período y aun de la convalescencia. Resulta de la penetración directa del estreptococo, en la sangre á favor de la angina, pues en todos los casos se encuentra el origen, en una angina grave.

La pleuresia es tanto supurada como sero fibrinosa, si sobreviene durante la convalescencia la fiebre reaparece, los vómitos se vuelven á notar, estos son los síntomas que algunas veces, solo se observan en los chicos, no hay casi tos, ni puntada de costado. Cuando se interviene á tiempo la curación no es excepcional.

La pericarditis es sero fibrinosa, hemorrágica ó purulenta, asociada ó no á la pleuresia y la endocarditis.

La supuración puede alcanzar los centros nerviosos bajo la forma de meningitis cerebro espinal.

Los abcesos cutáneos son raros.

La endocarditis toma á menudo la forma vegetante y ulcerosa y determina embolias múltiples. Los soplos dulces ó rudos, inconstantes y variables son los sínto-

mas principales. Estos son algunas veces tan atenuados, que una embolia cerebral ó pulmonar partida de una válvula, puede sobrevenir en medio de un estado general en apariencia satisfactorio.

Sin embargo, hay que no tomar como signos de endocarditis, los soplos extracardiacos muy frecuentes en los escarlatinosos, y que coinciden con la aritmia nervioso del corazón. La endocarditis puede pasar al estado crónico y hacerse notar después.

La angina escarlatinosa, aun la más simple está siempre acompañada de infarto de los ganglios submaxilares, esta adenitis dolorosa cura pronto. En otras circunstancias la adenitis supura y se forma los bubones del cuello. Estos bubones sobrevienen generalmente en el período eruptivo. El adeno-flegmon transforma la región cérvico lateral, en una región dura, rígida y dolorosa, todo movimiento del cuello es imposible. El edema puede extenderse hasta la cara y la clavícula. El dolor es intenso, la deglusión es casi imposible, la respiración dificultada.

La supuración del adeno-flegmon no es siempre, anunciada por la fluctuación. Los tejidos están duros, empastados, la piel brillante, el pus del flegmon es sanguinoleto, de olor fétido, mal ligado.

Estos flegmones son algunas veces acompañados de gangrena, la que pone á desnudo los vasos músculos y aponeurosis. La vena yugular y las carótidas, son algunas veces interesadas por el proceso. Esta forma de fleg-

mon, aunque grave puede curar. El flegmon difuso precoz es casi incurable.

La inflamación de la parotida es rara.

OTITIS MEDIA

La otitits escarlatinosa es frecuente y esto se comprende por la facilidad, con la cual las infecciones se propagan de la faringe al oído medio, por la trompa de Eustaquio. En su forma ligera que es la más común, el dolor, los zumbidos de oído, la disminución de la agudeza auditiva, son los síntomas apreciables. La resolución se hace en algunos días y la otitis cura si otros incidentes.

En las formas más graves que sobrevienen generalmente hacia el fin de la erupción, el dolor es muy agudo sobre todo á la presión del apofisis mastoide, la temperatura, el enfermo se agita, puede haber delirio y convulsiones. Habitualmente la infección acaba á la perforación de la membrana del tímpano, el pus sale por el conducto auditivo externo y generalmente esto pone fin á los acidentes agudos. Pero lo más á menudo la supuración es muy lenta y la otorrea dura meses.

Esta otitis es casi siempre bilateral, ella puede exponer al enfermo á terribles complicaciones. Meningitis, encefalitis, abcesos del cerebro, carie de la roca, parálisis del facial, etc.

PSEUDO REUMATISMO ESCARLATINOSO

Se presenta bajo tres formas. Seroso, primitivamente, seroso después purulento y primitivamente purulento.

Este pseudo reumatismo, hay que buscarlo ejerciendo una ligera presión, en el puño ó cuello del pie, que es donde se localiza de preferencia. Es más fijo que el verdadero, está menos sujeto á retornos. Algunas veces sin embargo, puede atacar de golpe, los órganos toraxicos, sin haberse notado en las articulaciones.

Este puede generalizarse. La artritis desaparece á los dos ó tres días, cura sin dejar rastro, esta es la forma benigna.

En la segunda forma, la resolución no se hace y en medio de un mal estado general las articulaciones se hinchan, se llenan de líquido, enrojecen y la supuración los invade.

En la tercera forma, se trata de escarlatinas graves, las articulaciones supuran, los dolores son violentos pero la postración y la adinamia vienen pronto á atenuarlos, sucumbiendo generalmente el enfermo.

ERITEMAS

Después de la erupción y aun en la convalescencia se ve frecuentemente erupciones de aspecto variado. Se ha visto eritemas liquenoides pruriginosos ó papulosos y otros análogos á la escarlatina. Ellos pueden ó no acompañarse de fiebre. Son manifestaciones toxi-infecciosas, más ó menos independientes de la enfermedad primera.

COMPLICACIONES

Sin tener en cuenta los fenómenos nerviosos observados en las formas grav de escarlatina y los causados por algunas de sus complicaciones; se puede observar durante la convalescencia, independientemente de toda lesión renal, vómitos repetidos, acompañados de delirio, agitación y seguidos de coma y convulsiones que llevan al enfermo. Estos desórdenes se observan tanto en adultos como en los chicos. En la autopsia no se encuentra nada que pueda explicar la causa de la muerte.

Se supone que son debidas al veneno escarlatinoso,

almacenado en el organismo y que en un momento dado produciria efecto.

La escarlatina es una de las causas de la corea. Se observa como e ntodas las infecciones, parálisis periféricas.

RECAIDAS Y RECIDIVAS

La escarlatina confiere inmunidad después de un primer ataque, pero esta regla como en el sarampión y viruela sufre excepciones. Jeanselme considera: Las falsas recaídas, las recaídas y las recidivas.

Cuando durante un largo período febril se produce un nuevo exantema se dice que hay falsa recaída.

Esta nueva erupción tiene la disposición en placas que se fusionan difícilmente.

La recaída está constituída por la aparición durante la convalescencia, de casi todos los síntomas del primer ataque. Se observa á las tres ó cuatro semanas. El pronóstico es favorable.

La recidiva es un segundo ataque de escarlatina, apareciendo cuando el enfermo está perfectamente curado. Se observa á los cuatro ó seis meses.

DIAGNOSTICO

Al principio de la afección el diagnóstico puede dar lugar á ciertas dificultades. Durante el primer período se puede confundir, el sarampión con la escarlatina, pues el catarro oculo nasal y la tos se pueden observar en esta, aunque raros. La ausencia de la angina y la diferente erupción sacarán de las dudas.

La viruela á pesar de su principio violento, se distingue por la raquialgia, su temperatura menos ascendente el pulso que es menos rápido y por el estado de invasión que es más corto. Si un rash escarlatiniforme aparece se le distinguirá por su tinte equimotico, por su topografía diferente y limitación, después aparecen las papulas.

Al principio los escalofríos violentos, los vómitos pueden hacer pensar, en una pneumonia, pero la angina el exantema y la ausencia de la puntada de costado alejarán toda sospecha.

Se podrá pensar al principio de ciertas escarlatinas malignas, en una fiebre tifoidea ó una meningitis. Hacia afuera de toda noción de epidemicidad, se deberá esperar la erupción para decidirse.

En el período de erupción el diagnóstico, deberá ser hecho con un gran número de erupciones toximicrobianas ó toxi-medicamentosas.

Se observa en difteria eritemas escarlatiniformes, cuya frecuencia es variable. Ellos pueden ser precoces, mostrándose en la primera semana de la enfermedad, y si ellos coesisten con un angina pseudo membranosa el diagnóstico es muy difícil. Ellos son apireticos, se distinguen dos formas: El eritema escarlatinoide no descamativo, que sigue lo más á menudo á un eritema polimorfo extendido y el eritema escarlatiniforme descamativo de Besnier. El diagnóstico deberá ser hecho bacteriológicamente.

En la blenorragia se observan algunas veces, eritemas escarlitiniformes sin que sean debidos á acción medicamentosa alguna. La busca de la enfermedad y la marcha alejan toda sospecha.

Ciertas manifestaciones secundarias sifilíticas, las sifilides descamativas furfuraceas, se presentan bajo la forma de placas confluentes, de un rojo vivo, recubiertas de pequeñas escamas blancas.

El eritema escarlatiniforme descamativo ó dermatitis exfoliatriz aguda, benigna caracterizado por un principio bastante franco, febril, simulando el principio de la escarlatina. Después de un tiempo variable, sobreviene una erupción roja más ó menos intensa, uniforme, salpicada de puntos hemorrágicos algunas veces, erupción que tiende á generalizarse, que se acentúa en los grandes pliegues articulares, á las partes laterales del tronco, palma de la mano ó planta del pie. Cuatro ó cinco días después, sin que la erupción cambie de aspecto, se

produce una descamasión seca, laminosa muy abundante.

El eczema rubrun, presenta como la escarlatina fiebre y rubicundez difusa de la piel, pero la región invadida por el eczema es el asiento de vesículas, pronto reemplazadas por escamas finas y fusfuraceas. La comezón y el ardor violentos provocados por el eczema son diferentes, del ligero prurito que se nota á veces en la escarlatina.

En la rubeola los síntomas del principio faltan en muchísimos casos, aun con erupción confluente, las mucosas están rojas é inyectadas, hay lagrimeo. La temperatura es poco elevada, el pulso poco acelerado, el estado general muy bueno. En fin, en la rubeola hay micropoliadenitis.

En los exantemas escarlatinoides puerperales no se observa inflamación de la laringe ni tumefacción ganglionar, se han vuelto muy raros actualmente.

Entre las erupciones de origen tóxico las hay producidas por la quinina, el ral belladona, yodo, antipirina, opio, datura, etc.

Como estas erupciones no se acompañan de temperatura el diagnóstico es fácil, y además la erupción ofrece siempre alguna anomalía.

La erupción hidrargirica es muy confundible cuando tiene un principio febril, brusco y se acompaña de descamasión, siendo esta más pronta que en la escarlatina y renovada varias veces.

PRONOSTICO

El pronóstico de la escarlatina debe siempre ser reservado, aun en las formas en apariencia benignas, muchos accidentes, sobrevienen durante la convalescencia y se notan cuando el enfermo parece curado. Hay que contar igualmente con las reliquias crónicas de la enfermedad. Como en todas las epidémicas la intensidad del mal varía con las epidemias. Cuando en una casa se manifiesta maligna, hay que temer, pues generalmente toda la familia es atacada en esa forma. La gravedad es mayor en la raza anglo-sajona. La mortalidad es mayor mientras menor sea la edad. En las formas malignas y en las complicaciones el pronóstico se agrava.

TRATAMIENTO Y PROFILAXIA

Cuando la escarlatina evoluciona normalmente, con una fiebre moderada, ella no reclama más que una buena higiene.

El enfermo será aislado en una pieza bien aereada y alumbrada, se sacarán de esta todos los objetos inútiles que haya en ella. El cuarto no será barrido, se pasarán

trapos mojados en una solución de bicloruro. Todos los objetos que hayan estado en contacto del enfermo deberán ser desinfectados.

En esta más que en ninguna enfermedad la temperatura constante es necesaria. La alimentación durante el período febril está limitada al régimen lácteo absoluto, se dará si es poisble hasta tres litros por día. Algunos aconsejan este regimen durante un mes.

La sed que es muy viva, deberá ser combatida por bebidas ácidas ó agua vinada en abundancia y refrescada. No se debe dar bebidas alcohólicas.

Al principio de la enfermedad conviene dar un purgante, se usa de preferencia el calomel.

Como en todas las eruptivas, la limpieza de los tegumentos es necesaria. El mejor medio es el baño tibio de 35 grados, no ofrece ningún peligro, obra como calmante y quita el ardor de la piel, debe ser dado desde el principio de la erupción.

La ingestión de alimentos será seguida de la limpieza de la boca, la que es preferible hacer con agua á 42 grados. La antisepsia de la boca y garganta se hace por gargarismos de una solución saturada de ácido bórico ó con licor de Labarraque 58 gramos por mil. En los chicos deberá tocarse la garganta con glicerina boricada al 20 por ciento.

En caso de angina se hacen inyecciones de suero antidiftérico inyecciones de 1500 unidades.

Contra la angina violenta es necesario largas irrigaciones con soluciones antisépticas calientes. Cuando es membranosa, hay que sacar las membranas y tocar la mucosa desnuda con un tópico de glicerina al 3 por ciento.

El uso del suero anti estrepcocico, no ha dado los resultados que se creían obtener.

Las inyecciones de suero salino, han sido usadas con mucho provecho, pues aumentan las secreciones, lo mismo que los enemas de suero. Aquí han sido empleadas y en su tesis Escudero cita trabajos hechos por él con muy buen resultado.

La hipertermia no es combatida del todo por los antitérmicos ordinarios. La quinina es ineficaz. La antipirina actúa, pero se necesita cierta dosis. El ácido salicílico baja la temperatura, pero es muy depresivo.

Los baños tibios constituyen el método de elección en los casos hiperpiréticos, y cuando hay aceleración del pulso y respiración.

El modera la excitación cerebral, levanta el miocardio, excita las contracciones del intestino, de la vejiga, produce la poluria y aumenta las secreciones.

El baño debe ser dado á la temperatura de 25 grados, durante diez minutos, en caso de temperatura elevada deberá darse cada tres horas.

En caso de amenazas de colapsus, debilidad cardiaca, de poliartritis ó hemorragias se deberá hacer uso de las lociones frías á la temperatura de 18 grados, durante

dos ó tres minutos, sus efectos duran poco y hay que hacerlas muy frecuentemente.

En los chicos se hará uso de las envolturas húmedas, durante diez minutos.

Contra el delirio, la agitación se utilizará el cloral á la dosis de 40 á 60 centígramos por día, en cucharadas cada tres horas, esta dosis es para la edad de tres años.

Contra el abatimiento se usará el jarabe de éter, el café á dosis repetidas, el acetato de amoníaco en poción dos gramos al día.

Cuando comienza con un cuerpo graso, se usa el ácido fénico al uno por ciento de vehículo.

CASOS CLINICOS

Observación I

Sala 17—Hospital Muñiz — Servicio del Dr. Bonorino Cuenca.

E. R., cama núm. 9, española de tres años de edad.

Antecedentes—Padres sanos, ha sido siempre sana, hasta su enfermedad actual.

Hace diez días que esta enferma. Según datos de la madre, dice que ha tenido fiebre, dolor de garganta, que después se le puso roja toda la piel del cuerpo. La trae al hospital porque se le hinchan las piernas y nota descamasión en el cuerpo, por el oído derecho le sale pus.

Al examen de la enferma, se nota empezando por la garganta. Las amígdalas grandes, rojas y con secreción

mucosa purulenta, lengua seca, saburral. Ganglios submaxilares aumentados de volumen. Se nota una fina descamasión en los miembros y axilar, en el cuerpo es poco pronunciada. Hay un edema blando que ocupa el pie y se extiende hasta el tercio inferior de la pierna.

Presenta una otitis media aguda supurada. Al examen de la orina que está disminuída, de color rojizo se ve que hay 0.03 centígramos por mil de albúmina y el examen microscópico muestra la existencia de células renales y regular cantidad de leucocitos.

El examen del exudado faríngeo muestra que hay cocus, estreptococus y estafilococus. Ingresa con 39° y 120 pulsaciones.

El tratamiento al entrar consiste en un purgante de calomel, fomentos á la garganta y baños tibios, además se le da teobromuro dos sellos de 0.30 ctgrs. por día. Regimen lácteo absoluto.

Siguiendo la práctica adoptada por el Dr. Penna se le hace una inyección de suero antidiftérico. Para la otitis lavajes y glicerina fenicada.

La temperatura empieza á ceder y llega á la normal el cuarto día, el edema tiende á desaparecer. A los siete días se le suspende la teobromina. La albumina ha desaparecido al séptimo día. La enferma continúa mucho mejor y es casi posible asegurar su pronta curación.

Observación II

Sala 17—Servicio del Dr. Bonorino Cuenca.

O. P., cama núm. 16, edad 19 meses. Según datos de la familia ingresó al cuarto día de su enfermedad habiéndola empezado con dificultad para hablar, llevándose constantemente las manos al cuello, notándole fuerte fiebre. A los dos días le empezó una erupción por el cuello. Ingresó con 39 grados de temperatura 140 pulsaciones, 45 respiraciones.

Al examen se nota una erupción en placas rojas que ocupa tado el abdómen, tórax y miembros. Se nota en la garganta, las anginas y velo del paladar congestionados.

Hay ganglios submaxilares, orina normal.

Como tratamiento se le da calomel, fomentos á la garganta, baños tibios y dieta láctea. Al día siguiente se nota en la axila derecha, tumefacción, dolor y empastamiento. Se le aplican fomentos y el pus se coleccione, abriéndose el abceso al segundo día. La temperatura baja á la normal. Empieza al quinto día la descamasión, entrando el enfermo en vías de curación.

Observación III

Sala 17 — Servicio Dr. Bonorino Cuenca.
M. C. — Cama N. 13.

Ingresó al quinto día de su enfermedad con casi todos los síntomas clásicos de la enfermedad, predominando en poco la angina, temperatura 39.° grados.

Se hace el examen del exudado faringeo y se encuentra la existencia de cocus, estrepcocus, deplococus y el bacilo de Loefler.

Al ingresar al servicio se le hizo una inyección de suero antidiftérico, notándose un descenso casi inmediato de la temperatura, que se mantenía un poco elevada.

Ha los ocho días, empezó la dixamación empezando por el cuello, siguiendo en evolución normal sin ninguna alteración, hasta que sale curada.

Observación IV

Sala 17 — Servicio del Dr. Bonorino Cuenca
E. T. — Cama N. 12.

Antecedentes personales — Ha tenido sarampión, á los nueve años, después ha sido sana hasta la ac-

tual enfermedad, con dolor de cabeza, de garganta y carmiento general. Al segundo día le apareció la erupción. Al ingresar tenía 39.3 de temperatura, 122 pulsaciones, 38 respiraciones. Al examen se nota un enrojecimiento difuso de la garganta y dos placas blancas sobre la cara interna de las amigdalas, adherentes y de bordes netos.

Hay un enrojecimiento difuso en todo el cuerpo, más intenso en el pecho y brazos que desaparece á la presión.

Al tercer día de enfermedad empezó á sentir dolores á la articulación de la rodilla, los que le duraron tres días. A la presión se aumenta un poco el dolor, no hay modificación en el aspecto exterior de la articulación.

La fiebre descendió al cuarto día á la normal. La descamasión se efectua normalmente y la orina no se encuentra nada.

La enferma entra en convalescencia.

Como tratamiento se le hizo el común.

José Semeria.

Buenos Aires, Marzo 16 de 1909

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. José R. Semprun al Profesor Titular Dr. Carlos Malbran y al Profesor Suplente Dr. Alois Bachmann para que, constituidos en comisión revisora dictaminen respecto de la presente Tésis, según lo establecido en el art. 4 de la Ordenanza sobre Exámenes

E. CANTON
R. S. Gómez

Buenos Aires, Marzo 20 de 1909

Habiendo la comisión precedente, aconsejado la aceptación de la presente tesis, segun consta en el acta N. 2020 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON
R. S. Gómez

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico de la angina escarlatinosa.

J. R. Semprun

II

Tratamiento profiláctico de la escarlatina.

C. Malbran

III

Valor terapéutico de la sueroterapia en la escarlatina.

A. Bachmann