



Año 1916

Nº. 3119

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**Asociación de algunas
enfermedades eruptivas**

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ G. ASTIGUETA

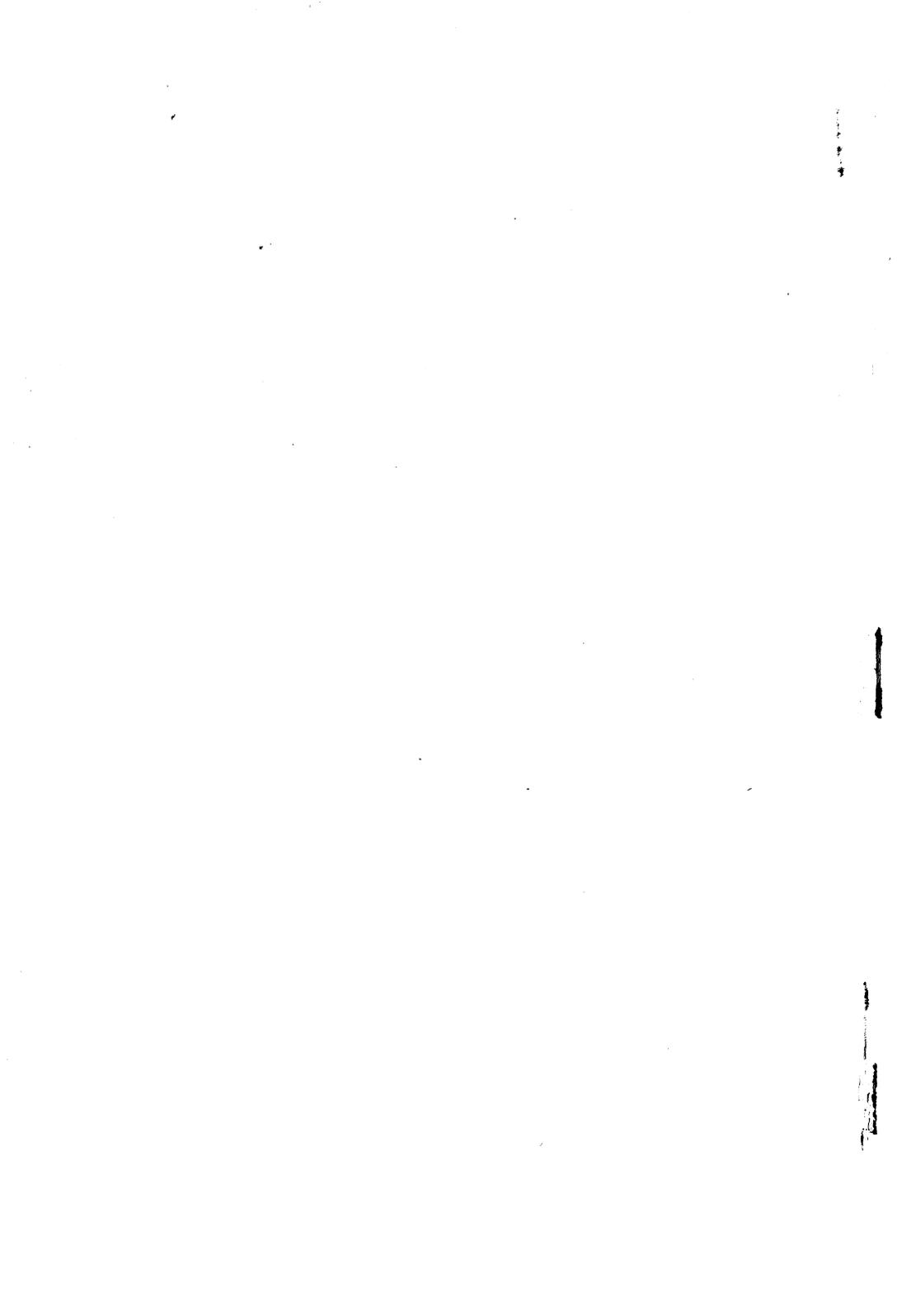


BUENOS AIRES

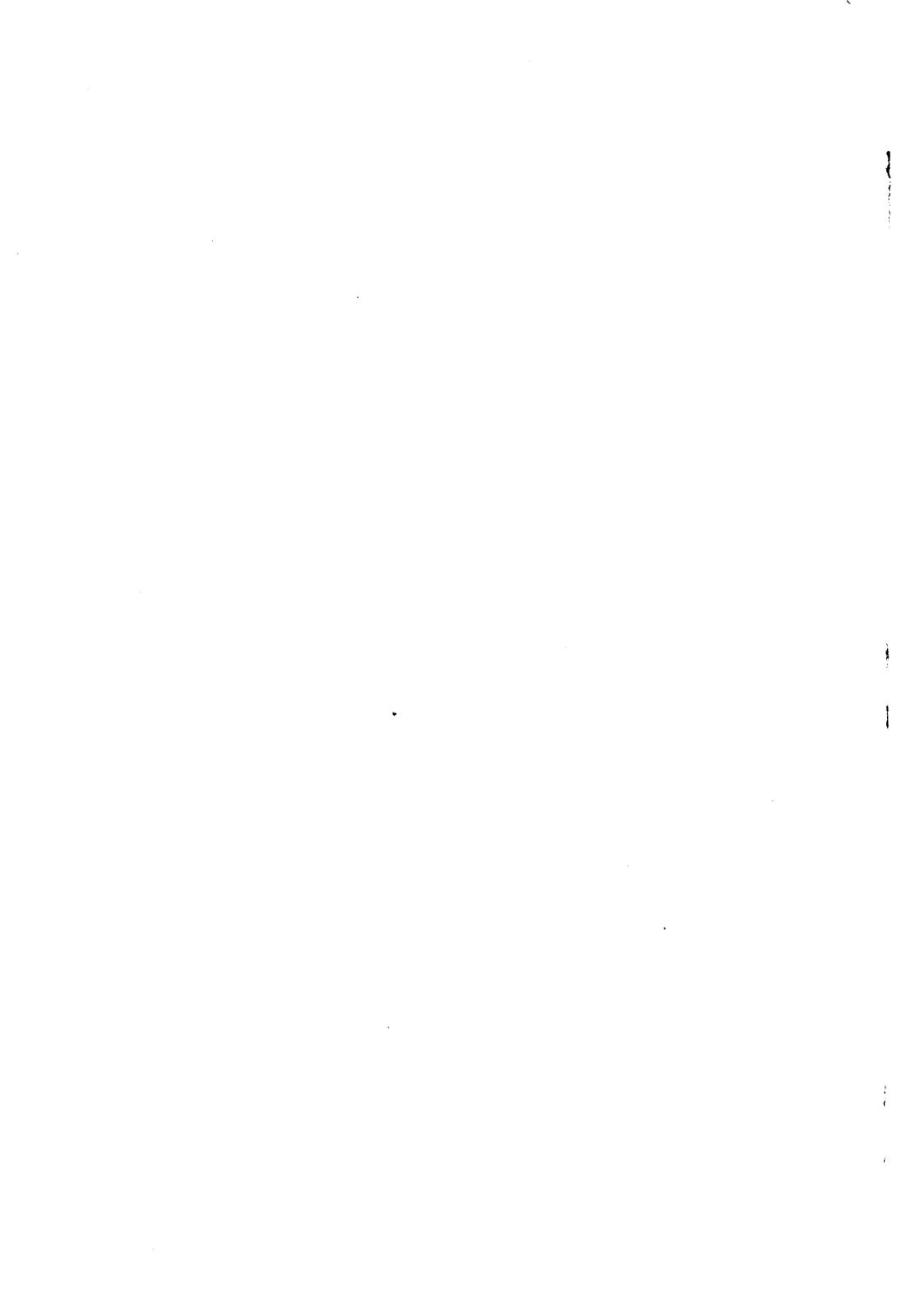
IMP. VINCENTY, BOSSIO & Cía.—CORRIENTES 3151

1916

Man. G. 07. 15



Asociación de algunas enfermedades eruptivas



Año 1916

Nº. 3119

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Asociación de algunas
enfermedades eruptivas

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ G. ASTIGUETA



BUENOS AIRES

IMP. VINCENTY, BOSSIO & Cía. CORRIENTES 3151

1916

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

Artículo 162 del R. de la Facultad

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » PEDRO LAGLEYZE
5. » » JOSÉ PENNA
6. » » LUIS GÜEMES
7. » » ELISEO CANTÓN
8. » » ANTONIO C. GANDOLFO
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » DANIEL J. CRANWELL
11. » » HORACIO G. PIÑERO
12. » » JUAN A. BOERI
13. » » ANGEL GALLARDO
14. » » CARLOS MALBRÁN
15. » » M. HERRERA VEGAS
16. » » ANGEL M. CENTENO
17. » » FRANCISCO A. SICARDI
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » DESIDERIO F. DAVEL
21. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » ABEL AYERZA
24. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

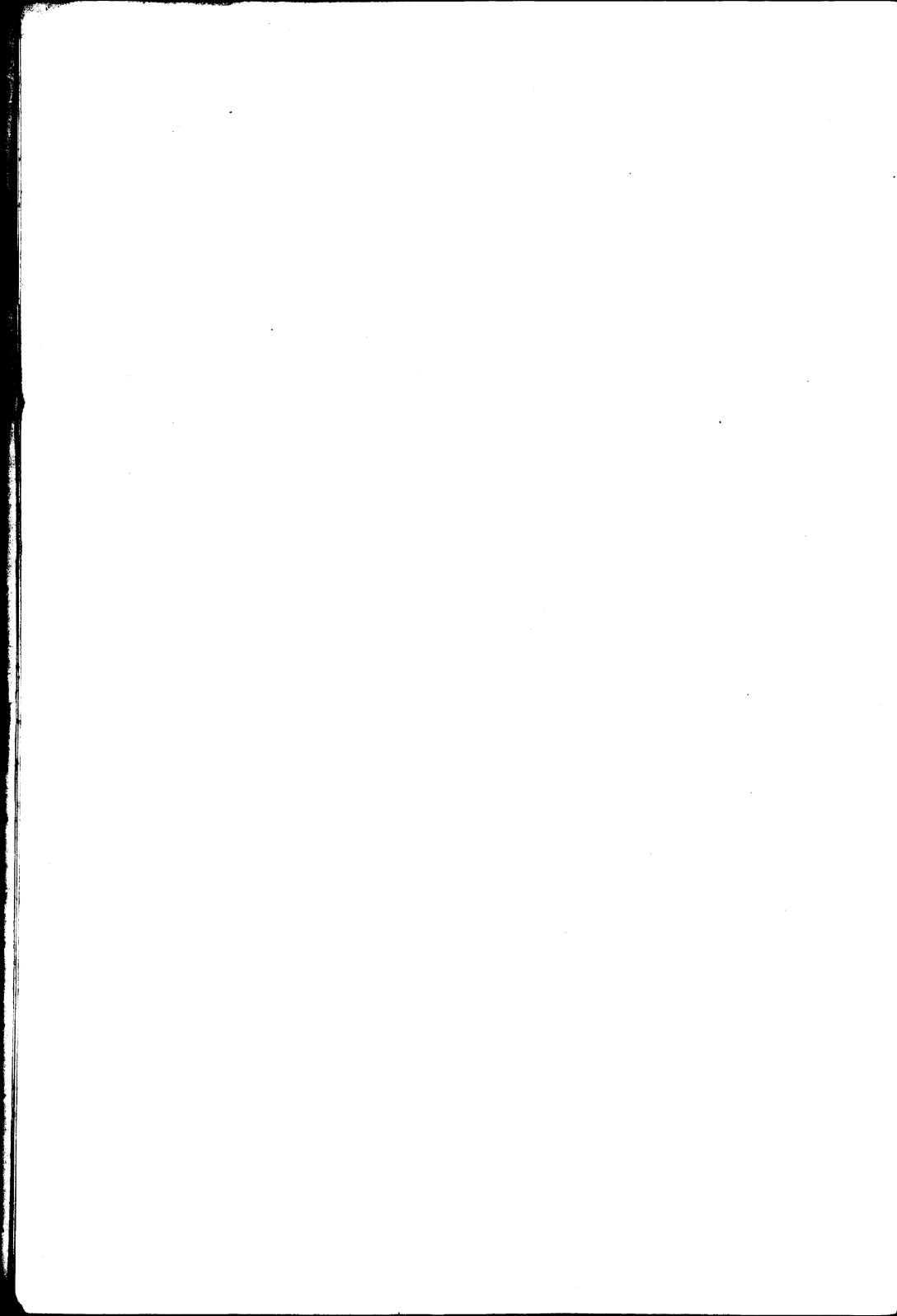
» » MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONTI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

- DR. D. LUIS GÜEMES
- » » ENRIQUE BAZTERRICA
 - » » ENRIQUE ZÁRATE
 - » » PEDRO LACAVERA
 - » » ELISEO CANTÓN
 - » » ANGEL M. CENTENO
 - » » DOMINGO CABRED
 - » » MARCIAL V. QUIROGA
 - » » JOSÉ ARCE
 - » » ABEL AYERZA
 - » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
 - » » DANIEL J. CRANWELL
 - » » CARLOS MALBRÁN
 - » » JOSÉ F. MOLINARI
 - » » MIGUEL PUIGGARI
 - » » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina).



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASTIER
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana ..	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínico-	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	x TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
Clinica Génito-uritarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
Clinica Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLEO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	{ » JUAN CARLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica	{ » BENJAMÍN T. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica	{ » ANTONIO F. PIÑERO
	{ » MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica	{ » FRANCISCO LLÓBET
	{ » MARCELINO HERRERA VEGA
Patología Interna	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA



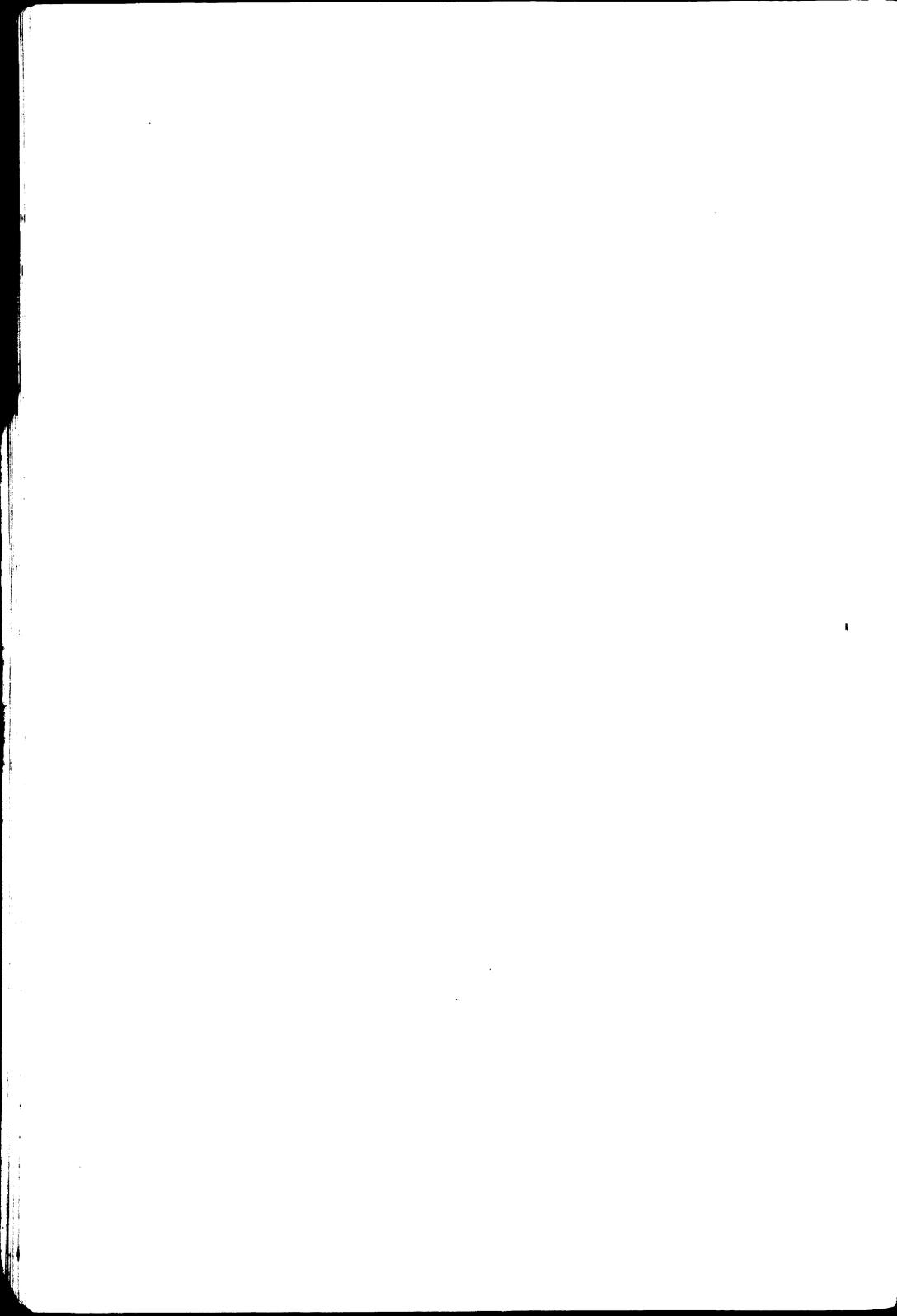
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	Dr. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEIBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLO
	» FRANK L. SOLER
	» BERNARDO HOUSSAY
	» RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	» ALOIS BACHMANN
Química Biológica.....	» GERMAN ANSCHÜTZ
Higiene Médica.....	» BENJAMIN GALABORC
	» FELIPE A. JUSTO
Semiología y ejercicios clínicos.....	» MANUEL V. CARBONELL
	» CARLOS BONORINO UDAONDO
	» ALFREDO VITON
Anatomía patológica.....	» JOAQUIN LLAMBIAN
Materia médica y terapéutica.....	» ANGEL H. ROFFO
Medicina operatoria.....	» JOSE MORENO
	» ENRIQUE TINOCCHIETTO
Patología externa.....	» CARLOS ROBERTSON
	» FRANCISCO P. CASTRO
	» CASTELFORT LUGONES
	» NICOLÁS V. GRECO
Clinica dermatosifilográfica.....	» PEDRO L. BALINA
» génito-urinaría.....	» BERNARDINO MARANI
» epidemiológica.....	» JOAQUIN NUN. POSADAS
» oftalmológica.....	» FERNANDO R. TORRES
» oto-rino-laringológica.....	» ENRIQUE B. DEMARIA
	» ADOLFO NOCETTI
Patología interna.....	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTIN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LABAQUEI
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLAHO
	» EDUARDO MARIÑO
	» JOSE ARCE
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SASSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSE M. JORGE (II)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO F. LANDIVAR
	» JUAN JOSE VITON
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. FULLERICH
	» IGNACIO IMAZ
» Medicina.....	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCIA
	» JOSE DESTEFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» MAMERTO AGÜSA
	» GENARO SISTO
» pediátrica.....	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO FIGUEROA
» ginecológica.....	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUES
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
» obstétrica.....	» FAUSTINO J. TRONZE
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RUSSO DOMINGUEZ
	» JUAN A. GARASTOU
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOAQUIN V. GRECCO
Medicina legal.....	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general, Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Física farmacéutica	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicología (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	DR. TOMÁS J. RUMI
Química orgánica	SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS GUAGLIALEMELLI
Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	» ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. DR. J. C. LLAMES MASSINI

Segundo año:

Parto fisiológico DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clinica ostétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura DR. UBALDO FERNÁNDEZ



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	» LEÓN PEREYRA
3.er año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

Catedráticos suplentes

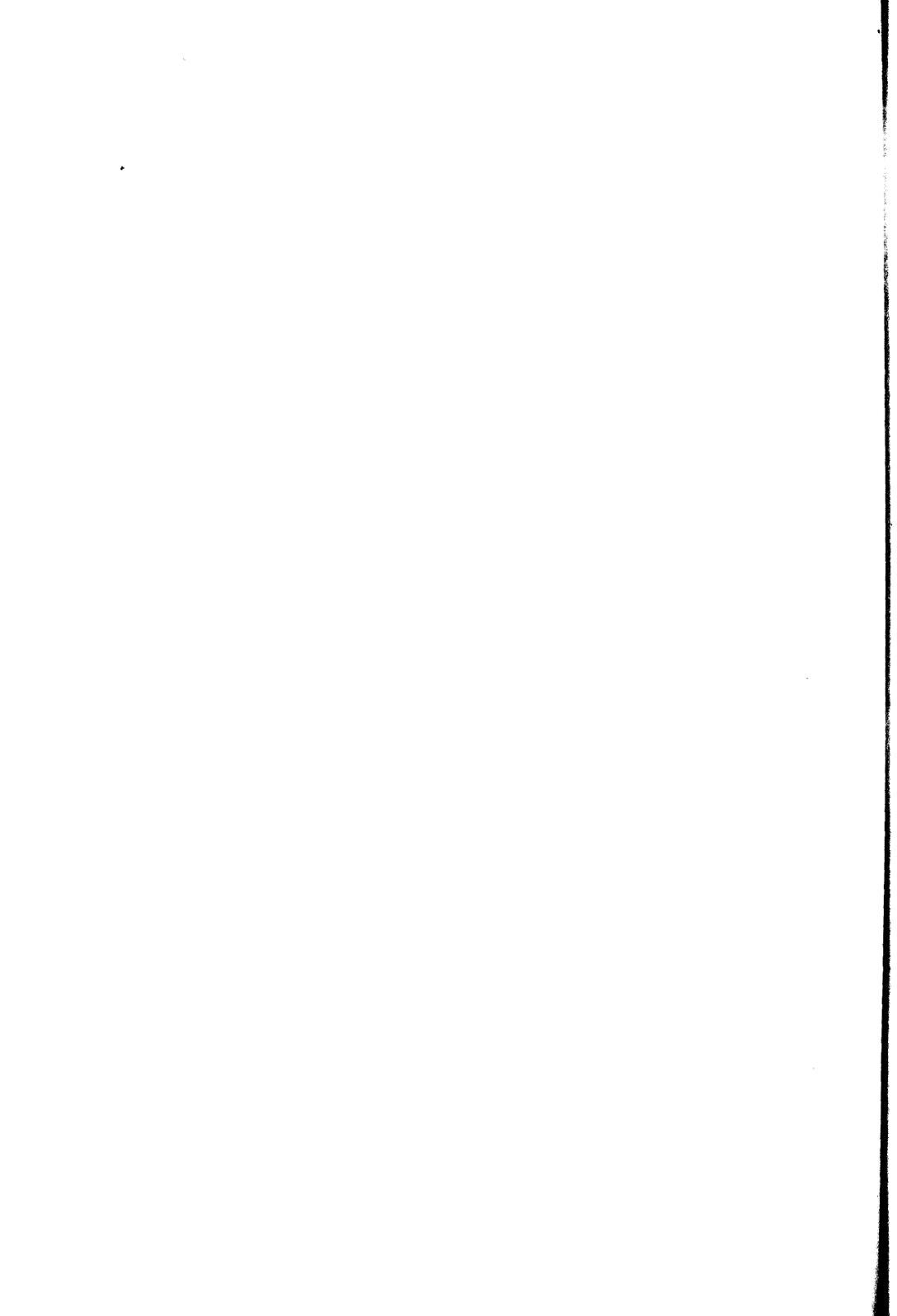
DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
» JUAN C. CARREA (Protesis)



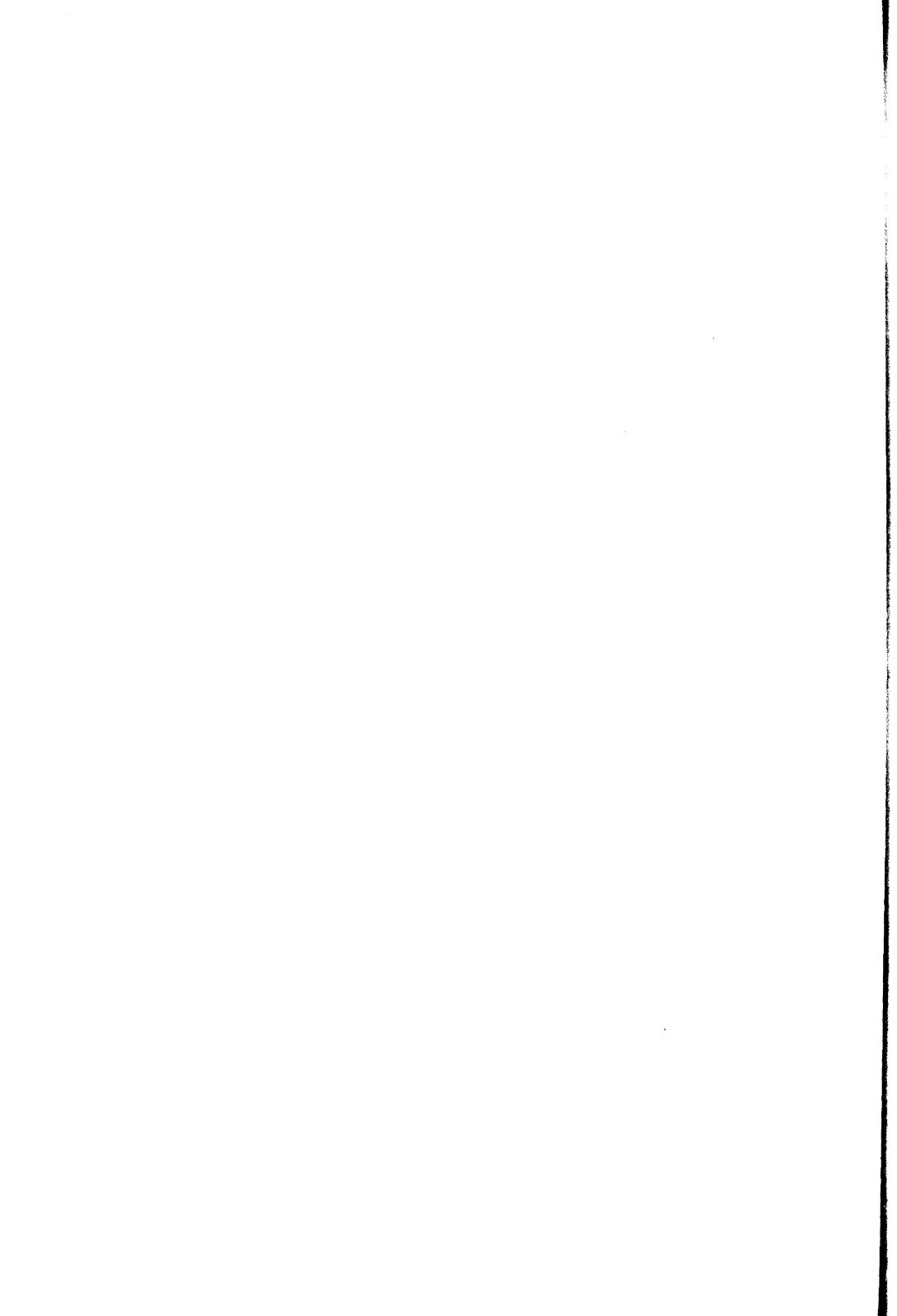
PADRINO DE TESIS:

DR. ABEL ZUBIZARRETA

Jefe del servicio de Observación del Hospital de Niños



A LA MEMORIA DE MI QUERIDA MADRE

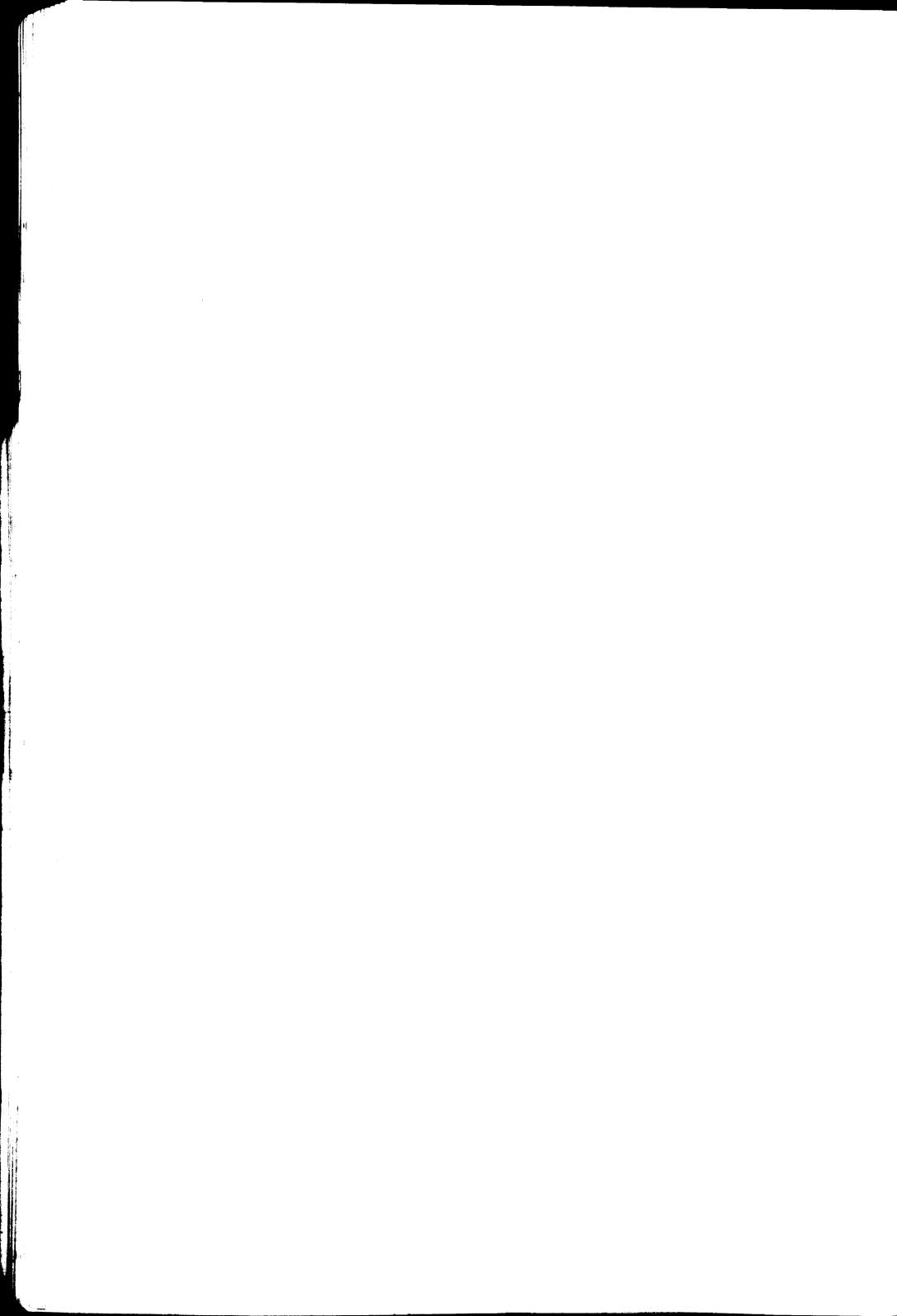


A MI QUERIDO PADRE



A MIS HERMANOS

A LOS MIOS



CAPITULO I

Introducción

Título esta tesis Asociación de *algunas* enfermedades eruptivas, pues solamente serán tratadas aquellas afecciones que han sido observadas en el servicio del Dr. Abel Zubizarreta del Hospital de Niños; no entrando en consideraciones, deliberadamente sobre aquellas asociaciones en que la viruela y la erisipela forman parte.

Las enfermedades eruptivas como la mayoría de las infecciosas, han tenido una evolución histórica idéntica: incompatibles en su evolución simultánea, al principio y hoy que estas enfermedades han sido mejor estudiadas es de observar la simultaneidad de las afecciones mórbidas.

Incompatibilidad de las fiebres eruptivas. — Dos enfermedades de naturaleza esencialmente dife-

rentes no pueden coexistir, había dicho Thomas Thompson en sus *Recherches sur la variole* en 1752.

Hunter erigió esta opinión en doctrina, bajo el nombre de *Incompatibilité des actions morbides* 1786 y decía:

«Que dos actos mórbidos no pueden tener lugar en la misma constitución ni en la misma parte, en uno solo y mismo tiempo.»

«Dos fiebres diferentes no pueden existir en la misma constitución ni dos afecciones locales en la misma parte y en la misma época.»

Reil estima contrarios los hechos de fiebres eruptivas simultáneas porque cada exantema implica una dirección particular del trabajo mórbido de la economía y que verdaderamente este trabajo no puede realizarse al mismo tiempo en sentidos opuestos (1845).

Hebra decía que no se puede admitir que la escarlatina coexista con el sarampión y la viruela en el mismo enfermo, considerando como errores de diagnóstico los casos observados y que cuando un individuo es atacado sucesivamente por dos de estas enfermedades, o bien los progresos de la primera son detenidos, o bien la segunda no se desenvuelve.

Trousseau en 1860 decía que en los niños de los hospitales, nunca se vé el contagio escarlatino-

so imponerse a un niño atacado de sarampión, y reciprocamente; estas afecciones se suceden, pero ellas jamás se desenvuelven simultáneamente.

Las fiebres eruptivas como todas las grandes pirexias, imprimen a la economía una especie de resistencia para la invasión de una segunda afección del mismo género.

Siguiendo este mismo orden de ideas, varias son las monografías y tesis publicadas demostrando la incompatibilidad de las eruptivas en el mismo individuo y en el mismo tiempo.

Por esa misma época Franck, a propósito de escarlatina y sarampión, recuerda que estas coexisten muchas veces en el mismo individuo y menciona varios casos de observación personal.

En 1829, Rumpelt, publica una importante observación de sarampión y escarlatina simultáneos, citando al mismo tiempo idénticas asociaciones encontradas por otros médicos.

En 1847 Marson, médico de los hospitales de variolosos de Londres, presenta una memoria sobre los hechos de viruela y escarlatina que ha tenido la ocasión de ver y termina su comunicación por una exposición de observaciones análogas conocidas antes que él haya presentado ese trabajo.

En el mismo año Willemin sin conocer el trabajo de Marson, presenta a la Facultad de París una tesis que es la primera monografía sobre el

tema que nos ocupa; posteriormente tesis de Bez en 1877. Desde entonces se han hecho publicaciones aisladas en revistas.

Plan y limitación del trabajo.— Lógicamente el orden de exposición debería hacerse tomando cada una de estas enfermedades aisladamente, como enfermedad primitiva y como afección intercurrente, pero hay una dificultad que es la que se refiere al comienzo.

Uno de los caracteres particulares a las enfermedades infecciosas es justamente la faz previa, latente, durante la cual el virus ha penetrado en el organismo y actúa silenciosamente en la economía.

Este estado forma parte integrante de las fiebres eruptivas y constituye el primer periodo o de incubación. Conocer el instante preciso de los contagios, sería el solo medio propio para establecer de un modo cierto las relaciones de presencia que existen entre dos o más fiebres eruptivas concomitantes.

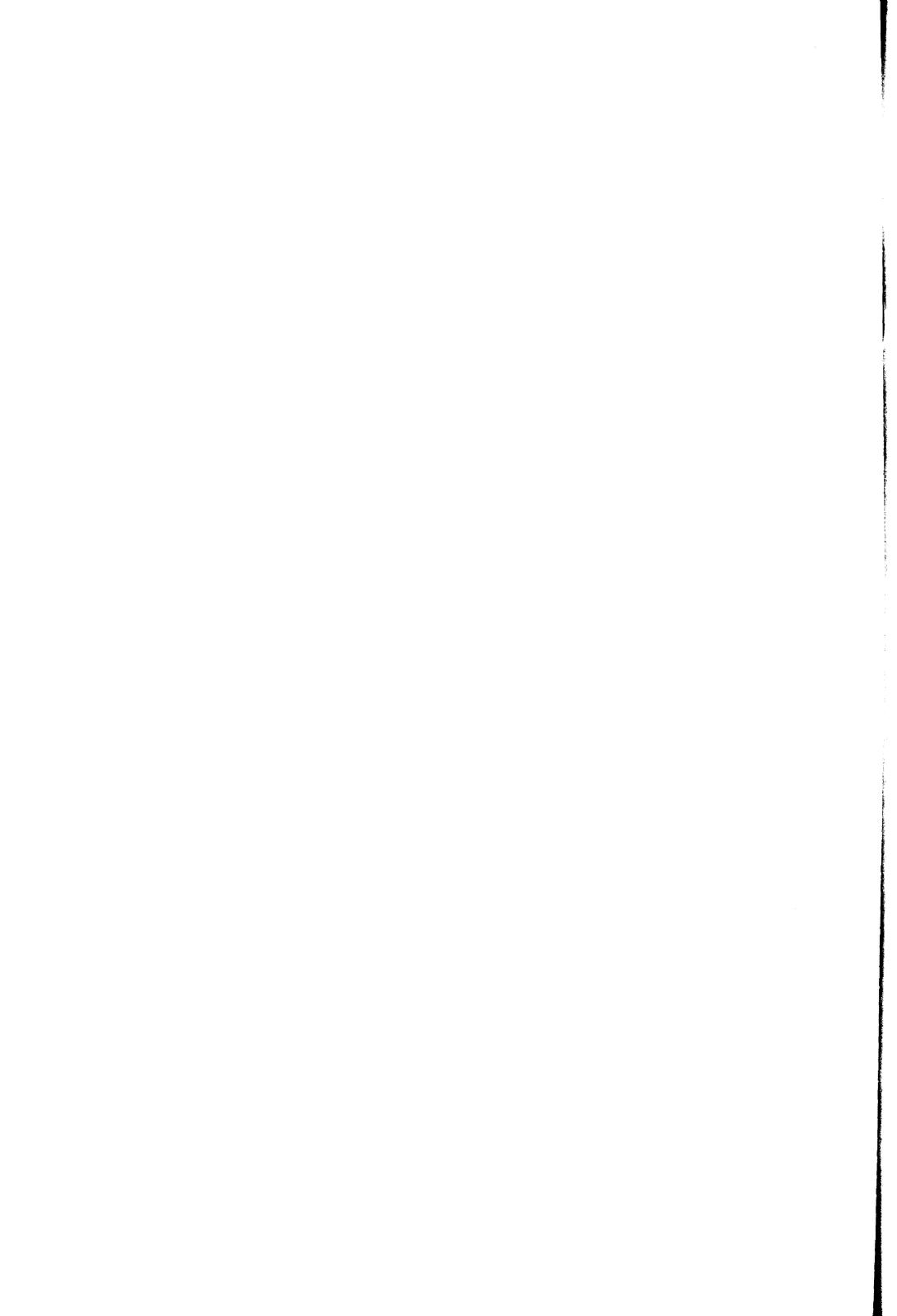
Numerosas investigaciones hechas para determinar el tiempo de incubación no han dado aun con el dato preciso, oscilando en todas las enfermedades eruptivas, de uno o más días según diversos autores. Solo se sabe que la escarlatina es la de incubación más corta, variando dentro de cinco días y las otras eruptivas dentro de los ca-

torce días término medio. Sabiendo esto se le puede dar prioridad a una u otra que sean simultáneas; por ejemplo en un enfermo cuya erupción sea mixta de sarampión y escarlatina, corresponde a la primera el derecho de prioridad.

La misma dificultad existe en los otros períodos, invasión, erupción, etc., porque dos enfermedades pueden ser simultáneas durante el primer período para luego disgregarse, sucediéndose una a la otra en su período eruptivo.

El contagio puede tener lugar en una cualquiera de sus faces evolutivas y manifestarse tardíamente, como en la convalecencia de la primera por ejemplo. Serán dos enfermedades asociadas porque la segunda está dentro de la primera en su incubación.

Consideramos pues como tales, todas aquellas eruptivas que coexistan en una cualquiera de sus faces, no solamente en su período más evidente que es el de erupción.



CAPITULO II

Sarampión y Escarlatina

Estas enfermedades simultáneas han sido las más observadas por los autores, llegando todos a las mismas conclusiones en lo que se refiere al pronóstico que es lo importante en esta asociación.

Según Rilliet y Barthez, en estos casos el sarampión es siempre anormal, lo que hace el diagnóstico muy difícil.

Además sucede algunas veces que la intensidad de los síntomas concomitantes está en razón inversa de la erupción.

Este resultado, en apariencia paradójal, se explica recordando que en algunos casos, existe una especie de balanceo entre la lesión cutánea y la de las mucosas y que, si por una causa cualquier-

ra la primera disminuye, la segunda aumenta; de suerte que si la escarlatina hace desaparecer la erupción sarampionosa, los catarros deben aumentar.

Es más raro ver el sarampión dominar a la escarlatina.

Mauthner en 1851, había notado que la coexistencia de estos exantemas era siempre grave; sin embargo hace notar que el pronóstico es menos serio, cuando la escarlatina sobreviene después que el sarampión haya palidecido o durante la descamación.

La escarlatina y el sarampión pueden desarrollarse simultáneamente sin alterarse; otras veces se modifican recíprocamente sin explicar su razón, pero nunca interrumpe una, el curso de la otra.

Escarlatina precede al sarampión. — Esta forma de asociación es la más interesante por su pronóstico, que según la observación de todos los autores desde la tesis de Bez hasta la fecha es considerada como muy grave; ha sido la más observada también en el Hospital de Niños, porque tuvimos una epidemia de sarampión en la sala de escarlatina y la estadística del servicio de observación contrariamente a lo dicho, nos da una mortalidad mínima.

Es de notar que cuando la escarlatina es seguida

por el sarampión en un intervalo muy corto, de algunos días, el sarampión ejerce una influencia evidente en la evolución de la primera, manifestándose por la agravación de los catarros morbillosos primero y por la especial predilección a las complicaciones, ya sean bronco pulmonares o estados infecciosos mortales.

OBSERVACION I

J. L., 7 años, historia n° 343.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

A los 22 días de iniciada la escarlatina, en el servicio respectivo, y en plena descamación en los pies y manos, sin haber presentado ninguna complicación, sube la temperatura a 39° dos días, pasando a observación el 12 de Abril de 1915 con el siguiente estado actual: En buenas condiciones y buen desarrollo general. Adenopatía submaxilar. Angina eritematosa difusa. Exantema del velo del paladar. Signo de Koplick en el lado izquierdo. Catarro oculonasal intenso. Piel blanca con una erupción a grandes máculas, en parte confluentes. Descamación de su escarlatina en las manos y pies. Bronquitis ligera y generalizada. Temperatura 40°. Aparatos normales. Orina sin elementos anormales.

Abril 17: La temperatura desciende en lisis hasta 37°, iniciándose la descamación a pequeñas láminas, por la cara y cuello.

Buen estado general.

Abril 29: De alta curado.

OBSERVACION II

F. M., 4 años, historia n.º 375.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Comienza la enfermedad el 12 de Abril de 1915, con todos los prodromos y luego la erupción de escarlatina; ingresa a la sala respectiva, donde evoluciona sin ninguna complicación, normalmente, hasta el 15 de Mayo, fecha en que la temperatura asciende a 39° manteniéndose hasta el 17, y con el siguiente estado actual: En buenas condiciones y buen desarrollo general. Adenopatía submaxilar. Angina eritematosa intensa, enantema del velo del paladar. Signo de Koplick en ambos lados. Piel presentando una erupción sarampionosa de regular intensidad, invadiendo todo el cuerpo. En las manos y pies se nota una descamación laminar. Catarros. Bronquitis leve. Aparatos normales.

Mayo 18 de 1915: Descenso de la temperatura a 37°; buen estado general. Orina con vestigios de albumina.

Mayo 21: Buen estado general. Descamación. Continua apirético. Orina sin elementos anormales.

Mayo 28: Curado.

OBSERVACION III

J. B., 5 años, historia N.º 396.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Se inicia la enfermedad el 20 de Abril de 1915, con fiebre alta y dolores de garganta; el 27 aparece la erupción ingresando

al hospital con el siguiente estado actual: En buenas condiciones, buen desarrollo general. Gran adenopatía submaxilar. Intensa angina, con exudado membranoso que cubre la amígdala derecha y úvula, y cuyo examen bacteriológico demuestra la presencia de bacilos de Loëffler. Piel con una erupción escarlatínosa clásica; lengua aframbuesada.

Aparatos y sistemas: Normales.

Orina: sin elementos anormales.

Se hizo suero antidiftérico 7.500 unidades en tres veces, con intervalos de un día.

Mayo 7 de 1915: Descenso de la temperatura a 37°.

Mayo 15: Descamación fufurácea generalizada. Sin fiebre.

Mayo 28: Ascenso térmico brusco a 38° 5, presentando catarrros y ronquera.

Mayo 29: Temperatura 39°, infarto ganglionar submaxilar; gran catarro óculo nasal. Angina eritematosa con un pequeño exudado en la amígdala derecha; enantema del paladar blanco. Piel con descamación en los pies y manos, menos intensidad en las piernas. Intensa erupción sarampionosa invadiendo todo el cuerpo. Labios fuliginosos; mucosa bucal roja; lengua aframbuesada; signo de Koplicik en ambos lados; bronquitis generalizada.

Aparatos: Normales.

Junio 2 de 1915: Tos erupal y frecuente; faringe limpia. Inquietud. Temperatura 39°.

Junio 3: Se agrava repentinamente y fallece en un estado asfético con 37°4 de temperatura.

En la autopsia se encuentra pleuresia fibrinosa adhesiva izquierda. Laringo traqueitis pseudo membranosa. Congestión pulmonar. Bronquitis purulenta doble. Hepatitis parenquimatosas. Enteritis folicular. Congestión renal, meníngea y cerebral.

OBSERVACION IV

A. S. 4 años, historia N.º 407.

Antecedentes hereditarios y personales. — No tiene. Enferma desde el 3 de Mayo, con su comienzo y erupción clásica de escarlatina; ingresa al hospital el 19 de Mayo, presentando una intensa angina eritematosa y membranosa en ambas amígdalas, cuyo examen bacteriológico y cultivos no nos demuestra la presencia de bacilos de Loëffler, a pesar de esto se hace 5000 unidades de suero antidiftérico y mejora su exudado.

Mayo 15 de 1915: Continúa con fiebre 38°5; buen estado general.

Mayo 27.—Buen estado general. Sin fiebre 37°.

Mayo 29.—Ascenso térmico a 38°, buen estado general; hipertrofia ganglionar en el cuello e ingle. Angina eritematosa. Enantema del velo del paladar, signo de Koplick en ambos lados; mucosa bucal roja en toda su extensión; lengua descamada; labios fuliginosos. Piel presentando un doble proceso; erupción sarampionosa, ocupando casi todo el cuerpo, muy notable en ambos muslos, miembros superiores y vientre por ser más confluyente; abundante en el dorso y cuello; discreta en la cara. Descamación abundante de su escarlatina más en el miembro superior que en el inferior. Fotofobia; coriza abundante, con secreción apreciable en el exterior y en el naso-farinx. Bronquitis generalizada. Aparatos y sistemas: sin novedad.

Orina: Sin elementos anormales.

Junio 11: Se inicia la descamación del segundo proceso por el dorso. Sin fiebre.

Junio 13: Descamación generalizada.

Junio 16: De alta curado.

OBSERVACION V

A. C., 7 años, historia N.º 439.

Antecedentes hereditarios y personales. — No tiene. Se inicia la enfermedad el 8 de Junio de 1915, con todos los prodromos y su erupción de escarlatina, ingresando a la sala respectiva el mismo día, donde permanece hasta el 24, sin presentar ninguna novedad.

Junio 25: Temperatura 39° 5; regular estado general; buen desarrollo. Adenopatía submaxilar; angina eritematosa intensa; enantema, lengua aframbuesada. Piel en plena descamación furfurácea, en especial en el pecho, abdomen y cuello.

Se nota también una erupción sarampionosa ligeramente pálida, que toma la cara y cabeza, disminuyendo de intensidad a medida que desciende. Escaso coriza y catarros. Rales bronquiales aislados en ambos pulmones.

Aparatos y sistemas: Sin novedad.

Orina: Sin elementos anormales.

Junio 26: La temperatura desciende en crisis a 37°; estado general bueno.

Junio 29: Descamación generalizada. Buen estado general.

Julio 4 de 1915: De alta curado.

Sarampión precede a la escarlatina. — En esta forma de asociación, no solo vamos a considerar aquellos casos en que el sarampión precede a la escarlatina en su período de erupción, sinó también aquellos que presentan erupciones mixtas, en que en realidad la escarlatina es secundaria por ser de incubación más corta.

Tiene importancia bajo el punto de vista del diagnóstico, porque algunas veces se hace difícil, y pasa desapercibida, por tratarse de erupciones mixtas en que alguna predomina, haciéndose diagnóstico de la más evidente.

Según Lereboullet, la evolución de una y otra afección no se modifican; el sarampión evoluciona por su cuenta; la escarlatina también sigue su curso normal. Sin embargo parece que al sarampión no modificaría, sino al contrario, es la escarlatina susceptible de reforzar las complicaciones del sarampión si ya se hubiesen producido. Si las dos erupciones son mixtas, el diagnóstico se hace algunas veces difícil, como hemos dicho; y en cuanto al pronóstico no se le ha dado mayor importancia, porque es el mismo de cada una de ellas aisladamente.

OBSERVACION VI

M. T. M., dos años y medio. historia N.º 395.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Comienza la enfermedad el 13 de Mayo de 1915, con vómitos, y fiebre alta, ingresando al servicio el 15 con el siguiente estado actual: Buen estado general y buen desarrollo. Adenopatía submaxilar. Angina eritematosa que invade el paladar blando,

amígdalas y retrofarinx; exudado pultáceo en ambas amígdalas, no habiendo bacilos de Loëffler. Signo de Koplick en ambas mejillas. Lengua roja y descamada en los bordes y punta. Labios fuliginosos, sangran con facilidad.

Piel con una erupción sarampionosa muy confluyente en la cara, invadiendo la cabeza. En el dorso no tan confluyente, pero las máculas de muy intensa coloración; algo menos en el pecho y casi desaparecida en los miembros. Catarro óculo nasal débil. Ausencia de fenómenos pulmonares.

Aparatos y sistemas: Normales.

Mayo 17: La erupción sarampionosa ha llenado por completo el tronco, miembros superiores, cabeza e invade los muslos.

Exudado desaparecido. Buen estado general. Temperatura 39°. Orina, sin elementos anormales.

Mayo 18: La erupción ha invadido las piernas respetando los pies. El enantema comienza a palidecer. Nada pulmonar. Continúa la fiebre alta 39°.

Mayo 23: Lengua completamente descamada. Descamación furfurácea en la cabeza, cara, espalda y raíz de los miembros, temperatura 38°.

Mayo 25: Temperatura 37°; en buenas condiciones.

Junio 3 de 1915: Sin temperatura; buen estado general. Termina su convalecencia en la sala de escarlatina, de donde es dado de alta curado.

OBSERVACION VII

A. V., 4 años, historia N.º 426.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia. Enfermo desde el 8 de Junio de 1915; con todos los prodromos

de un sarampión; el 12 aparece la erupción franca, ingresando al servicio respectivo, donde se le hace 600 unidades de suero antidiftérico. La afección evoluciona sin ninguna novedad hasta el 15 que vuelve a subir la fiebre a 39°; pasa a Observación con el siguiente estado actual: Buen desarrollo general y en buenas condiciones. Ligera adenopatía submaxilar y carotídea. Angina eritematosa intensa, invadiendo todo el paladar blando. Mucosa bucal roja. Lengua aframbuesada. Labios fuliginosos. La piel presenta una doble erupción: sarampionosa que ocupa todo el cuerpo, excepto pies y manos, e intercalada una erupción escarlatinoso evidente sobre todo en el pecho, dorso y abdomen. Temperatura 39°. Bronquitis ligera.

Aparatos y sistemas: Sin novedad.

Orina: Sin elementos anormales.

Junio 19: Se nota una pequeña descamación a laminillas en el cuello y cara; fiebre descendida a 38°; erupción escarlatinoso palideciendo. Angina disminuida.

Junio 23: Temperatura descendida en lisis hasta 37°; estado general bueno. Descamación generalizada.

Junio 27: Continúa la descamación en los pies y manos. Buen estado general. Sin fiebre. De alta curado.

OBSERVACION VIII

L. V., 5 años, historia N° 492.

Ingresa a la sala el 7 de Julio de 1915, sin ningún antecedente y con el siguiente estado actual: Buen desarrollo general; regular estado de nutrición. Micropoliadenopatía. Temperatura 39°; catarro óculo-nasal. Angina eritematosa de regular intensidad;

lengua completamente descamada, aframbuenada. Signo de Kóplick en ambas mejillas. Piel con una erupción sarampionosa extendida a todo el cuerpo y bien característica, no respetando más que los pies. Se nota también una descamación furfurácea, especialmente abundante en el pecho y cuello y discreta en el resto del cuerpo: Bronquitis discreta. Orina: sin elementos anormales. Es un mitral.

Julio 10: Cae la temperatura en lisis; buen estado general. Descamación generalizada abundante.

Julio 24 de 1915: Descamación en la palma de las manos y planta de los pies.

Agosto 8 de 1915: De alta curado.

OBSERVACION IX

D. G., 7 años, historia N.º 556.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Hacia 25 días que estaba internada en el servicio de difteria, donde se trató su afección a forma grave por 12.000 unidades de suero antidiftérico; evolucionó sin complicaciones, hasta el 18 de Agosto de 1915, que la temperatura sube a 40°; en buenas condiciones y buen desarrollo; micropoliadenopatía. Angina eritematosa muy intensa; mucosa bucal roja escarlata; enanitema del paladar blando; lengua descamada en los bordes y en la punta.

La piel presenta una erupción francamente sarampionosa en la cara y extremidades; pero en el pecho, abdomen y dorso, esta erupción máculo papulosa se destaca sobre un fondo rojo. Escaso catarro óculo nasal.

No hay bronquitis. Aparatos normales.

Orina: Sin elementos anormales.

Agosto 30: Continúa con fiebre variando dentro de 38° y 39°; estado general bueno; se inicia la descamación en la cara y cuello.

Septiembre 2: Descamación furfurácea generalizada; temperatura 37°.

Septiembre 11: Descamación de los pies y manos. Buen estado general.

Este enfermo pasa su convalecencia en la sala de escarlatina, donde no tuvo más complicación que una otitis. Curado.

OBSERVACION IX

J. B. B., 5 años, historia N.º 584.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Se inicia la enfermedad el 29 de Agosto de 1913, con fiebre 38° y dolores de garganta; el 29 aparece la erupción.

Ingresa el 30 de Agosto con el siguiente estado actual: en buenas condiciones y buen desarrollo general; micropoliadenopatía. Angina eritematosa de mediana intensidad, con enantema del velo del paladar; lengua roja en los bordes; signo de Koplick. Intenso catarro óculo nasal y fotofobia. Piel presentando una erupción sarampionosa que invade regiones mastóideas, cara, cuello y tronco, en las extremidades muy discreta.

La erupción sarampionosa del pecho, abdomen y dorso, reposa sobre un fondo rojo francamente escarlatinoso. Coriza, fuertes, disnea, ligera bronquitis.

Aparatos y sistemas: Normales.

Orina: Sin elementos anormales.

Septiembre 5 de 1915: Continúa con fiebre, que oscila dentro de 38°; estado general bueno.

Septiembre 7: Se inicia la descamación a pequeñas láminas en la cara y cuello; continúa febril.

Septiembre 17: La temperatura desciende en lisis a 37°; pigmentación de la piel, por su sarampión. Ligera descamación de los manos y de los pies.

Septiembre 21 de 1915: Temperatura 37° 8. Otitis.

Septiembre 24: Pasa al servicio de escarlatina donde termina su convalecencia, sin novedad.

Pronóstico

El pronóstico en la asociación que nos ocupa, es variable según observación de todos los autores. Sin embargo hay opiniones tan contrarias a las de la mayoría como las de Bernard y de Rochely, que del examen de 39 casos en los cuales el sarampión se guía a la escarlatina han llegado a la conclusión que la mortalidad, no es superior en esta asociación al sarampión evolucionando en medio hospitalario.

Todos están de acuerdo en proclamar la gravedad sobre todo cuando la escarlatina precede al sarampión. Es la forma que especialmente llaman la atención Tanzelin, Foucault, Baz, Grancher, Ba-

ginsky y Hutinel, por ser la única de pronóstico sombrío.

Es en estos casos que la influencia de la escarlatina sobre el sarampión secundario, se manifiesta de un modo particularmente neto. El agente específico de la escarlatina es aun desconocido; sin embargo todos los observadores y principalmente Bergé, han demostrado que cuando esta fiebre eruptiva aparece, el medio bucal está especialmente séptico; se encuentra al streptococo en estado de pureza casi absoluta y de gran virulencia, o asociado a una flora bacteriana variada.

Por esta causa se le ha considerado hasta la fecha como el agente específico de la escarlatina. Es el elemento constante de todas las complicaciones de esta afección.

Si el catarro morbillosa hace su aparición en un escarlatinoso en evolución, abre las puertas al streptococo para ejercer su acción nociva; facilita especialmente la infección brónquica descendente y la bronconeumonía.

En otros términos, como lo hace notar Lereboullet, el sarampión en el medio hospitalario debe su gravedad a las infecciones secundarias que vienen a complicarlo y principalmente a las infecciones bronco-pulmonares de origen exógeno.

Cuando el sarampión sobreviene en un escarlatinoso y el catarro brónquico se descubre mien-

tras la garganta del niño continúa siendo un foco streptocócico, la infección descendente es tanto más fácil, porque se trata de una autoinfección, no necesitando nunca la intervención de gérmenes venidos de afuera, para que la bronconeumonía sea más grave.

Si el sarampión sobreviene en una época más alejada del período escarlatinoso, cuando ésta ha terminado su evolución y el medio bucal ha podido ser despojado de los agentes patógenos que pululaban en el período agudo de la fiebre eruptiva, gracias a los lavajes antisépticos de la garganta, el sarampión se desarrolla sin complicaciones graves.

Según Gauget, la causa de la mortalidad infantil por enfermedades infecciosas está en las condiciones hospitalarias. El personal técnico y de enfermeros es el mismo; ningún progreso importante se ha realizado en la medicación del sarampión y sin embargo la estadística del Hospital Des Enfants Malades comprueba lo dicho:

	Sarampión	Sarampión post escarlatinoso
Hasta 1889	43.25 %	43.48 %
Desde 1890 a 1900. . .	24.47 %	27.27 %
Después de 1901. . . .	15.8 %	20 %

Por esta estadística se vé que la mortalidad por sarampión simple ha sido siempre menor que por sarampión post escarlatinoso; disminuyendo pro-

gresivamente y por igual en ambas formas a medida que las condiciones higiénicas y los cuidados hospitalarios son mayores.

En el Hospital de Niños y desde la inauguración del pabellón de Observación, durante el año pasado hemos registrado 36 casos de esta asociación, de los cuales solo 10 hemos tomado para esta tesis, porque los demás no constituyen una asociación pura sino que van acompañados de difteria que es la afección causante de la muerte en el 32 por ciento de los casos que nos ocupa y que complica con bronconeumonía.

De las observaciones presentadas tenemos la III que es la única defunción. Se vé que el enfermito ingresa por escarlatina y difteria; esta última dominada con suero en gran cantidad.

A los 20 días aparece su sarampión, manifestándose desde el principio con caracteres de gravedad y en donde la difteria no parece que haya tomado participación; pero fallece en un estado septicémico.

Una sola defunción en los casos presentados, nos da una estadística relativamente baja, que se le puede atribuir a la benignidad de la escarlatina entre nosotros, al aislamiento precoz y a los cuidados de que son objeto.

CAPITULO III

Escarlatina y Varicela

La varicela que se asocia a la escarlatina no tiene más importancia que la del diagnóstico y profilaxia, pues muchas veces la escarlatina asociada con la varicela, no es tomada como tal, sino como un rash escarlatiniforme, con elevación térmica que aparece antes de un brote variceloso.

La varicela que complica una escarlatina tiene según Rousset, Tesis de París 1910, una incubación más larga que cuando va sola; de 23 a 25 días, cuando lo normal es que su incubación sea alrededor de 14 días.

Según Lesage presenta una intensidad y supuración más fuerte, pero a pesar de esto no es grave, salvo raras excepciones.

Los errores de diagnóstico producirán la des-

viación de la profilaxia, máxime tratándose de afecciones cuya evolución y convalecencia es diferente, mirada desde dos puntos de vista: el de los cuidados dietéticos y de las medidas de salubridad general.

Como pronóstico, la contemporaneidad de estas enfermedades no tiene importancia, estando este subordinado al de cada una de ellas o mejor dicho al de la escarlatina, por ser la varicela una afección benigna.

OBSERVACIÓN I

Varicela precede a escarlatina, erupciones simultáneas.

F. G., 9 años, historia N.º 233.

Se inicia la enfermedad el 20 de Enero de 1915, con temperatura 39° 5, d'amblec, dolores de garganta, y al día siguiente aparece la erupción

Ingresa el 22 de Enero con el siguiente estado actual: En buenas condiciones y buen desarrollo general; angina eritematosa intensa; mucosa bucal escarlata; lengua saburral en el centro, roja en los bordes y punta y con hipertrofia papilar, descamada. Piel con una erupción vesiculosa discreta, con elementos claros no umbilicales en el pecho y pierna; algunas vesículas turbias, casi purulentas; en la espalda y cabeza algunos elementos secos.

Además de la erupción vesiculosa, se nota otra erupción a

pequeños puntos rojos sobre un fondo también rojo, y que abarca el cuello, pecho, abdomen y muslos respetando la cara.

Aparatos y sistemas: normales.

Orina: Sin elementos anormales.

Enero 23: La erupción escarlatinosa ha palidecido, como también su angina.

Las vesículas persisten, pero la mayoría de los elementos están secos.

Enero 24: La erupción de varicela quedó estacionaria después del primer brote; las vesículas que aparecieron después han quedado muy pequeñas y excepcionalmente han llegado algunas a su madurez; temperatura 37° en crisis.

Enero 28: Descamación alrededor de la boca, cuello y pecho.

Enero 30: Persiste la descamación que se ha generalizado.

Enero 31: Descamación en los pies y manos; sin fiebre; pasa su convalecencia en la sala de escarlatina donde no presenta ninguna complicación y es dado de alta curado.

OBSERVACION II

P. P., 4 años, historia nº 642.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Vacunada; ha tenido sarampión; nefritis hemorrágica con 4 por ciento de albúmina desde el 28 de Septiembre de 1915.

La enfermedad se inicia el 2 de Octubre con su erupción vesiculosa y temperatura de 38°, ingresando a la sala de Observación el 4 de Octubre de 1915 con el siguiente estado actual: En buenas condiciones y buen desarrollo general. Mi-

cropoliadenopatía. La piel presenta una erupción máculo-vesiculosa discreta, con elementos en distintos estados de evolución desde la cabeza hasta los pies. Angina eritematosa poco intensa. Lengua saburral presentando una ulcerita de un elemento variceloso en el borde derecho.

Ligera bronquitis.

Aparatos y sistemas normales.

Temperatura 38°.

Orina con 2 por ciento de albúmina y abundantes hematies.

Octubre 6: Elementos varicelosos secos en su mayoría; sin temperatura; buen estado general.

Octubre 11: Temperatura de golpe 40°, vómitos, intensa angina eritematosa, enantema del paladar blando, ligera erupción escarlatinosa en el pecho, lengua saburral.

Orina con 1.50 por ciento de albúmina, hemoglobina, hematies y leucocitos. Cilindros hialinos granulados y hemáticos.

Octubre 13: Lengua completamente descamada, con hipertrofia papilar.

La erupción persiste, habiéndose extendido al cuello, abdomen y muslos.

Octubre 20: Temperatura 37.8°, buen estado general; pasa su convalecencia en la sala de escarlatina, donde descama, no presentando ninguna complicación hasta que fué dado de alta en Diciembre 10 de 1915.

OBSERVACION III

M. S., 3 años y medio, historia nº 669.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Ha tenido sarampión y coqueluche.

La enfermedad se inicia el 21 de Octubre de 1915 con temperatura de 40° y vómitos.

Estado actual: En buenas condiciones y buen desarrollo general. Adenopatía submaxilar. Angina eritematosa intensa, con el paladar, pilares, amígdalos y retrofaringe bien rojos; enantema del velo del paladar, y una vesícula que se ha roto, dejando una ulceración. Lengua saburral en el centro, descamada, roja y con hipertrofia papilar en los bordes y punta. Piel escarlatínosa franca, especialmente al dorso, débil en las extremidades.

Al mismo tiempo una erupción vesiculosa, con elementos en diversos grados de evolución distribuidos desde la cabeza a los pies, discretamente.

Aparatos y sistemas: normales.

Orina: sin elementos anormales.

Octubre 24: Erupción escarlatínosa desaparecida; lengua completamente descamada aframbuesada, 38.8° de temperatura.

Octubre 25: Nuevo brote de vesículas, temperatura en lisis 37°.

Octubre 30: Los elementos varicelosos están todos secos y sus costras eliminadas.

Noviembre 1.º: Descamación de los pies y manos; sin fiebre; buen estado general.

Noviembre 10 de 1915: De alta curado.

Conclusiones

La observación de esta asociación nos ha dado margen a las siguientes consideraciones:

1.ª En el período de incubación de la varicela

inicial, no hemos notado ninguna particularidad.

2.^a En el período de estado de la varicela, ésta ha presentado una erupción benigna; han sido raras las vesículas que han llegado a la supuración. La erupción ha sido discreta; los elementos han sufrido su regresión desde el estado de vesícula y no se ha visto más que en la Observación III un nuevo brote de vesículas.

3.^a Los prodromos de la escarlatina, es decir su faz de incubación, han sido tan cortos que no se han notado, entrándose de lleno en el período de invasión, como en la forma normal. La angina, la erupción y la descamación han sido típicas.

4.^a El desarrollo simultáneo de las dos afecciones no hace modificar, ni la evolución general de cada una de ellas aisladamente considerada, ni los exantemas.

5.^a La coexistencia de ambas afecciones no modifica el cuadro clínico de cada una y el diagnóstico es fácil, porque es el de cada una de ellas por separado.

No se ha observado ninguna complicación; en caso de existir son las habituales de escarlatina.

7.^a De un modo general, el pronóstico depende exclusivamente de la evolución de la escarlatina.

CAPITULO IV

Sarampión y Varicela

La simultaneidad de estas afecciones no ha sido muy frecuente y si han existido casos aislados, por lo general han pasado desapercibidos; no llamando la atención por el **pronóstico**, que desde la Tesis de Bez hasta la fecha se lo ha considerado como benigno.

El mismo autor observa que en sus casos los prodromos sarampionosos han variado de algunas horas a algunos días. La erupción ha comenzado en la cara, generalizándose después, salvo un caso en el cual se respetaba la cara. Presenta otro, cuya erupción palidece al tercer día, pero persiste la pigmentación de la piel durante 18 días.

Los prodromos varicelosos no son mencionados. La erupción por lo general ha comenzado en la cara y cuello.

OBSERVACION I

M. M., 8 años, historia n° 573.

Antecedentes hereditarios. — No tiene.

Antecedentes personales. — Vacunado.

Comienza la enfermedad el 8 de Septiembre con todos los prodromos del sarampión y su erupción al siguiente día.

Refieren que tenía fiebre hacía una semana.

Estado actual: Septiembre 10 de 1915: En buenas condiciones y buen desarrollo general.

Micropoliadenopatía. Sarampión franco desde la cara y todo el cuerpo. Además de esta erupción se notan elementos vesiculosos, en períodos diversos de evolución, la mayoría ya secos. Angina eritematosa, enantema del velo del paladar; signo de Koplick en ambos lados. Catarros. Bronquitis ligera.

Aparatos: normales.

Orina: sin elementos anormales.

Septiembre 13: La temperatura desciende en lisis. Buen estado general. Erupción palideciendo. Los elementos vesiculosos completamente secos y las costras desprendiéndose.

Septiembre 15: Continúa sin fiebre. Descamación generalizada. Buen estado general. Curado.

OBSERVACION II

T. G., 2 años, historia n° 653.

Antecedentes hereditarios. — No tiene. •

Antecedentes personales. — Vacunado, ningún antecedente patológico.

La enfermedad se inicia el 22 de Septiembre de 1915, con fiebre 38° y una erupción máculo vesiculosa discreta.

Ingresa con el siguiente estado actual: Septiembre 24 de 1915: Buenas condiciones y buen desarrollo general. Adenopatía submaxilar. Angina eritematosa, con elementos vesiculosos en el velo del paladar, mejilla derecha y borde de la lengua. Piel con una erupción de varicela franca.

Aparatos: normales.

Orina: sin elementos anormales.

Octubre 3: Sin fiebre, no ha habido ningún brote después del primero. Elementos casi desaparecidos; costras secas en algunas partes.

Octubre 13: Temperatura 39°. Catarros. Angina eritematosa muy intensa; enantema del velo del paladar; signo de Koplick en ambos lados.

Octubre 15: Comienza a aparecer una erupción en la cara.

Octubre 16: Erupción sarampionosa extendida a casi todo el cuerpo. Bronquitis.

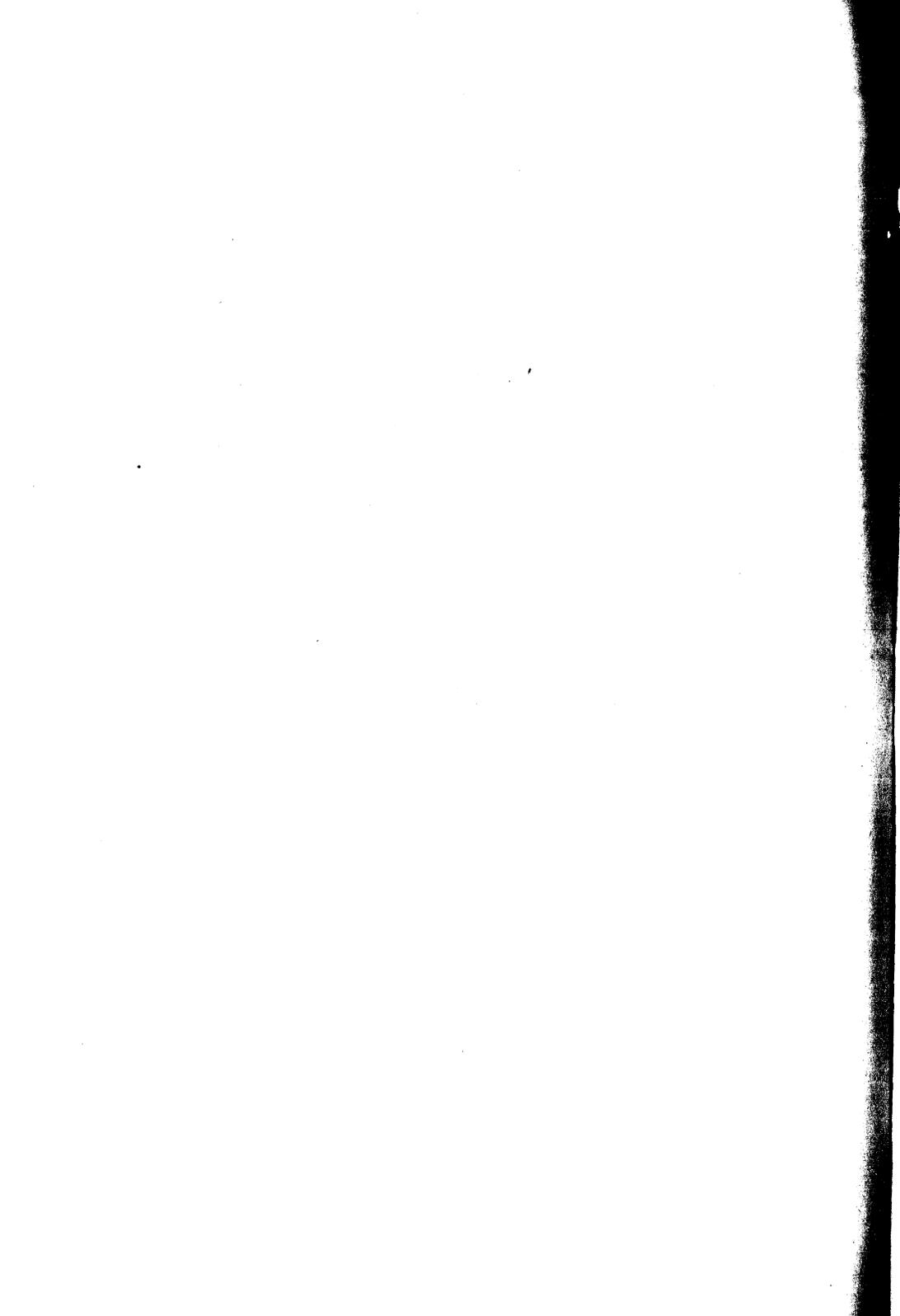
Octubre 18: Igual estado de la erupción; rales bronquiales finos en ambos pulmones.

Octubre 22: Erupción palidecida, estado general grave; continúa fiebre 38°.

Octubre 24: Pasa a la sala de sarampión donde presenta bronconeumonía y otitis.

Diciembre: Alta y curado.

Vuestros enfermos no se han apartado de lo que constituye la evolución normal de un variceloso o sarampionoso y no hemos notado las modificaciones exantemáticas que algunas veces se citan en esta asociación.



CAPITULO V

Escarlatina y Rubeola

Independizada la rubeola de las fiebres eruptivas y considerada por todos los autores como entidad mórbida, que en diversas ocasiones ha sido descrita como epidémica en Europa y entre nosotros por el doctor Penna en el ejército; no han faltado autores que al ver rubeolas con exantemas sarampionosos o con caracteres escarlatinosos, quisieron formar **entidades nuevas, como la Cuarta Enfermedad de Dukes**. Dicho autor afirma tratarse de una enfermedad independiente, basándose especialmente en los caracteres de epidemici-

dad.

Pues bien, basándose en los caracteres epidémicos, ya que hay tanto anarquismo en la evolución exantemática de estas enfermedades, pre-

sentamos dos observaciones de enfermitos con caracteres híbridos de escarlatina y rubeola y cuyo diagnóstico de eruptiva mixta es hecho por la procedencia de focos diferentes y por la evolución que no encuadra dentro de la Cuarta Enfermedad.

OBSERVACION I.

R. M., 3 años y medio, historia 639.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Vacunada; ha tenido gastro enteritis; sarampión hace un año.

Septiembre 24 de 1915: Ingresa al servicio de Escarlatina por presentar dicha afección en una forma franca; temperatura 39° que se mantiene hasta el 29 de Septiembre, en cuya fecha aparece una erupción y tos coqueluchoide, por lo que se aísla el enfermo.

Septiembre 30: Buenas condiciones y buen desarrollo general; presenta una descamación furfurácea, abundante en casi todo el cuerpo, laminar y a grandes láminas en los pies y manos; micropoliadenopatía. Angina eritematosa intensa; lengua saburral en el centro, roja descamada en los bordes y punta Coqueluche franca. Disnea; gran cantidad de rales bronquiales medianos en la extensión de ambos pulmones.

Orina: sin elementos anormales.

Octubre 2: Bastante fatiga. Pulmones en iguales condiciones, no se encuentra ningún foco, temperatura 39°.

Octubre 4: Aparece una erupción sarampionosa que inva-

de casi todo el cuerpo; el infarto ganglionar ha aumentado, en especial en el cuello donde se palpan algunos grandes y poco movibles. No hay catarros; ligera angina, con enantema; temperatura por encima de 39°.

Octubre 7: La erupción ha desaparecido, continúan sus pulmones en igual estado, temperatura 39°.

Octubre 10: Focos de bronconeumonía en las bases; temperatura 39.5°, estado general grave.

Octubre 12: Tiene una convulsión. Bronconeumonía.

Octubre 17: Fallece.

Autopsia: Pleuresía serofibrinosa izquierda; bronconeumonía y bronquitis doble. Miocarditis aguda. Degeneración parenquimatosa del hígado. Nefritis aguda. Congestión esplénica.

OBSERVACION II

F. F., 3 años, historia n° 637.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Ha tenido gastro enteritis; vacunado; sarampión hace tres meses.

Ingresa a la sala el 6 de Octubre de 1915 por su erupción y fiebre 38.5°.

Octubre 7: Estado actual: Buenos condiciones y buen desarrollo general; adenopatía submaxilar, carotídea, axilar e inguinal. Presenta una erupción escarlatinoso en sus sitios habituales de localización, al mismo tiempo que manchones aislados, algunos en la cara, de tipo sarampionoso. No hay catarros. Angina eritematosa de mediana intensidad; enantema del velo del paladar; lengua saburral en el centro, roja y descamada en los bordes y punta.

Aparatos y sistema: normales.

Orina: sin elementos anormales.

Octubre 9: La erupción eritematosa ha palidecido, dejando ver una erupción morbiliforme que toma todo el cuerpo, inclusive la cara; temperatura 37.5°; buen estado general.

Octubre 11: Temperatura 37° en lisis; buen estado general; persiste la erupción máculo-papulosa, pero más pálida.

Octubre 13: Buen estado general; descamación en el pecho; lengua aframbuesada.

Octubre 16: La descamación se ha generalizado, no hay angina. Temperatura 37°.

Octubre 18: De alta por pedido de los padres.

Octubre 25: Persiste aun pequeña descamación en los pies.

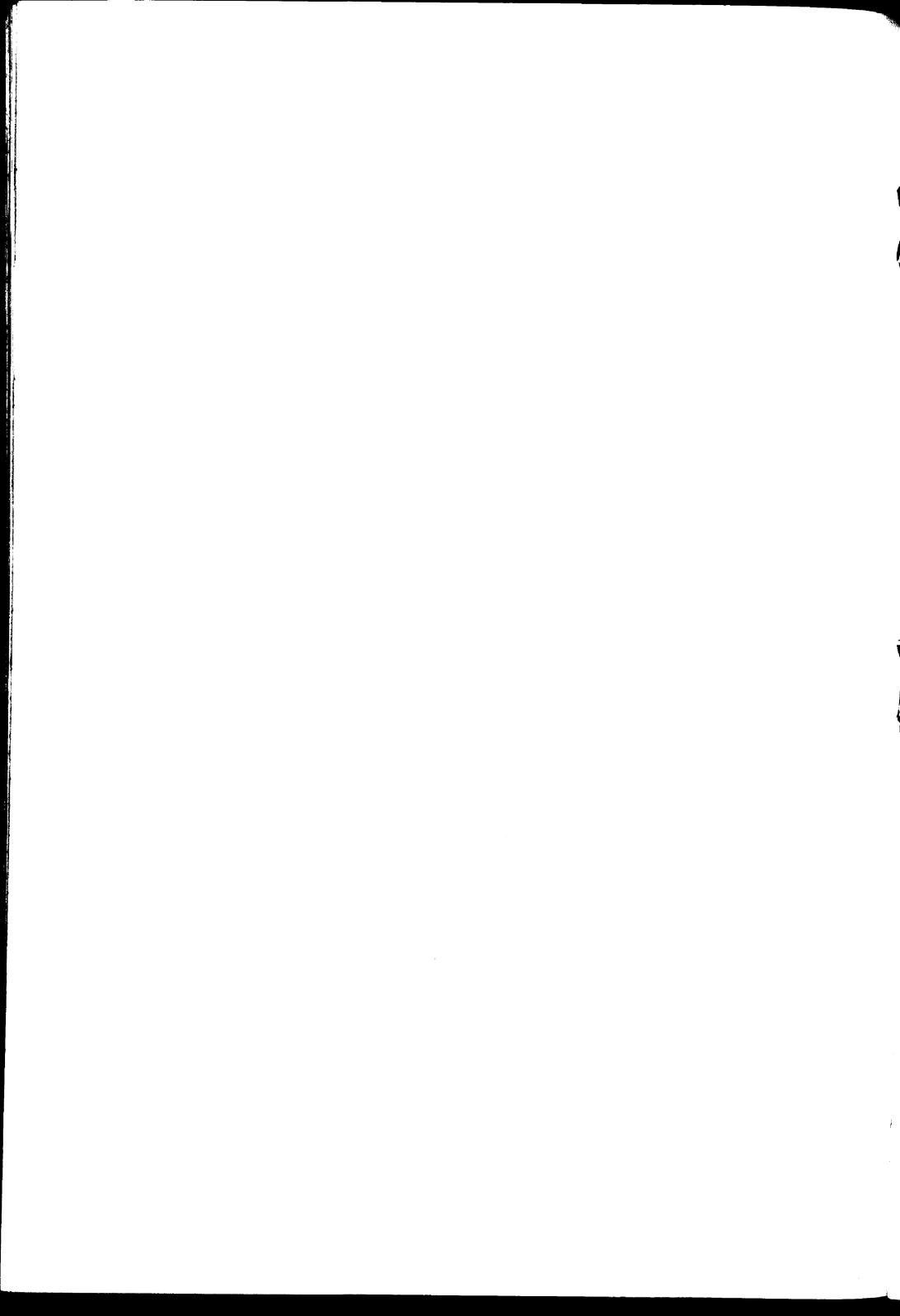
Estos enfermitos procedían de un Asilo de la Capital donde hubo una epidemia de rubeola y de escarlatina. Todos los enfermos fueron traídos al Hospital de Niños, donde tuvimos oportunidad de seguir estos rubeólicos a forma sarampionosa. Los escarlatinosos a su vez evolucionaron sin novedad e independientemente. De entre estas dos epidemias han resultado los casos que presentamos, de los cuales en la Observación I se ve que el niño ingresa al Hospital por escarlatina; a los 4 días presenta una erupción fugaz que desaparece a las pocas horas. A los 10 días de su ingreso aparece nuevamente una erupción que dura 3 días. Este niño ha venido con su rubeola en incubación y ha estallado posiblemente en su término normal.

Si este enfermo ha fallecido, posiblemente la coqueluche que coexistía ha tomado parte complicando la evolución.

En la Observación II se ve las dos erupciones superpuestas que luego se disocian, manifestándose primero la escarlatina febril y luego la rubeola que dura tres días y recién desaparece en un estado general bueno y sin fiebre.

Lengua y angina escarlatinosas. Erupciones en descamación.

No hemos pensado en una rubeola a forma sarampionosa o escarlatinoso porque ha habido dos exantemas y un solo tipo de angina.



CAPITULO VI

Escarlatina, Sarampión y Varicela

La rareza en la coexistencia de estas tres fiebres eruptivas, explica el silencio de la mayoría de los autores sobre este punto. Según Rillet y Barthez, la gravedad de la enfermedad es tanto mayor, cuanto más próximas son las erupciones, mientras que si intervalos de buena salud las separa, pueden sucederse las tres, sin producir fenómenos graves.

OBSERVACION I

M. Y., 7 años. historia nº 544.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Está vacunada; tiene actualmente coqueluche.

Se inicia la enfermedad el 2 de Julio de 1915; con vómitos, fiebre 39.4° y la erupción escarlatinosa típica.

Julio 5: Temperatura 39.4°; buen desarrollo, regular estado general; adenopatía submaxilar. Angina eritematosa intensa, con enantema del velo del paladar; lengua saburral en el centro, roja y descamada en la punta y bordes. Signo de Koplick en ambos lados. Mucosas de las mejillas presentando en el lado derecho un grupo de vesículas sobre una aureola inflamatoria. La piel con una erupción escarlatinosa palideciendo ya.

Catarros, fotofobia, bronquitis leve.

Aparatos: normales.

Orina: sin elementos anormales.

Julio 7: Temperatura 39°; erupción francamente sarampiñosa, que toma desde la cara, e invade todo el cuerpo, haciéndose más discreta a medida que se descende. Descamación en el pecho y cuello.

Julio 8: Exudado en la amígdala derecha con exámenes bacteriológicos que demuestran que es a Loëffer.

Julio 14: Temperatura 37.5°. Otitis.

Julio 18: Descamación furfuracea generalizada, pero débil; 38° de temperatura.

Julio 21: Aparición de una erupción intensa de varicela, a elementos abundantes en la cabeza, más discreta en el resto del cuerpo; temperatura 38.5.

Julio 30: Regular estado general; temperatura 37.5; elementos varicelosos secos, habiendo llegado algunos al período de supuración.

Septiembre 5: Hasta la fecha no ha presentado otra novedad; habiendo días de 38°, hasta el 29 de Agosto que cae la fiebre y sigue apirético. De alta curado.

OBSERVACION II.

J. L., 6 años, historia n° 600.

Antecedentes hereditarios y personales. — No tiene.

La enfermedad se inicia el 17 de Abril de 1915, con fiebre alta, catarros, tos, y una erupción escarlatinosa.

Estado actual: Septiembre 21 de 1915: En buenas condiciones y buen desarrollo general; adenitis submaxilar e inguinal. Angina eritematosa muy intensa, enantema del velo del paladar; signo de Koplick en ambos lados; lengua completamente roja y descamada, aframbuesada. Piel presentando una descamación generalizada, a grandes colgajos en los pies y manos. Además una erupción típica de sarampión, desde la cara hasta las piernas. Coriza abundante observándose algunas pseudo membranas cuyo examen bacteriológico y cultivos demuestran la presencia del Loëffler.

Bronquitis generalizada. Temperatura 40°.

Aparatos: normales.

Orina: Vestigios de albúmina; escasos cilindros hialinos granulados, hematias.

Abril 24: Temperatura 40°, bastante fatiga, disminución de los rales bronquiales en el pulmón izquierdo.

Abril 28: Temperatura 40°; foco de hepatización en el pulmón izquierdo. Descamación generalizada y abundante.

Mayo 1°: Rales subcrepitantes en la periferia de la zona de condensación. Temperatura 40°.

Mayo 6: Temperatura 37°. Matitez pulmonar aumentada, el foco pulmonar en el mismo estado.

Mayo 13: Temperatura 37.4°; se hace una pleuresía purulenta.

Mayo 14: Costotomía. Buen drenaje; estado general grave.

Agosto 19: Hasta hoy ha tenido temperatura subfebril; la

herida operatoria está en buenas condiciones; muy mal estado de nutrición.

Septiembre 3: Temperatura 39°; erupción vesiculosa discreta, pero generalizada; ligera angina eritematosa con elementos vesiculosos en las mejillas.

Septiembre 6: Nuevo brote de vesículas. Llegando las primeras al estado purulento. Aumenta la supuración pleural; fiebre 38.5°.

Orina: sin elementos anormales.

Septiembre 10: Elementos vesiculosos supurantes y confluentes en la cara y cabeza.

Septiembre 17: Otro brote de vesículas, de mayor tamaño que las anteriores; fiebre 38°; pequeños pero abundantes abscesos que se incinden.

Septiembre 20: Mejor estado general; sin fiebre; herida operatoria casi cerrada. Piel con sus elementos secos en su mayoría.

Octubre 2: De alta curado, con su herida operatoria cerrada, y en buenas condiciones.

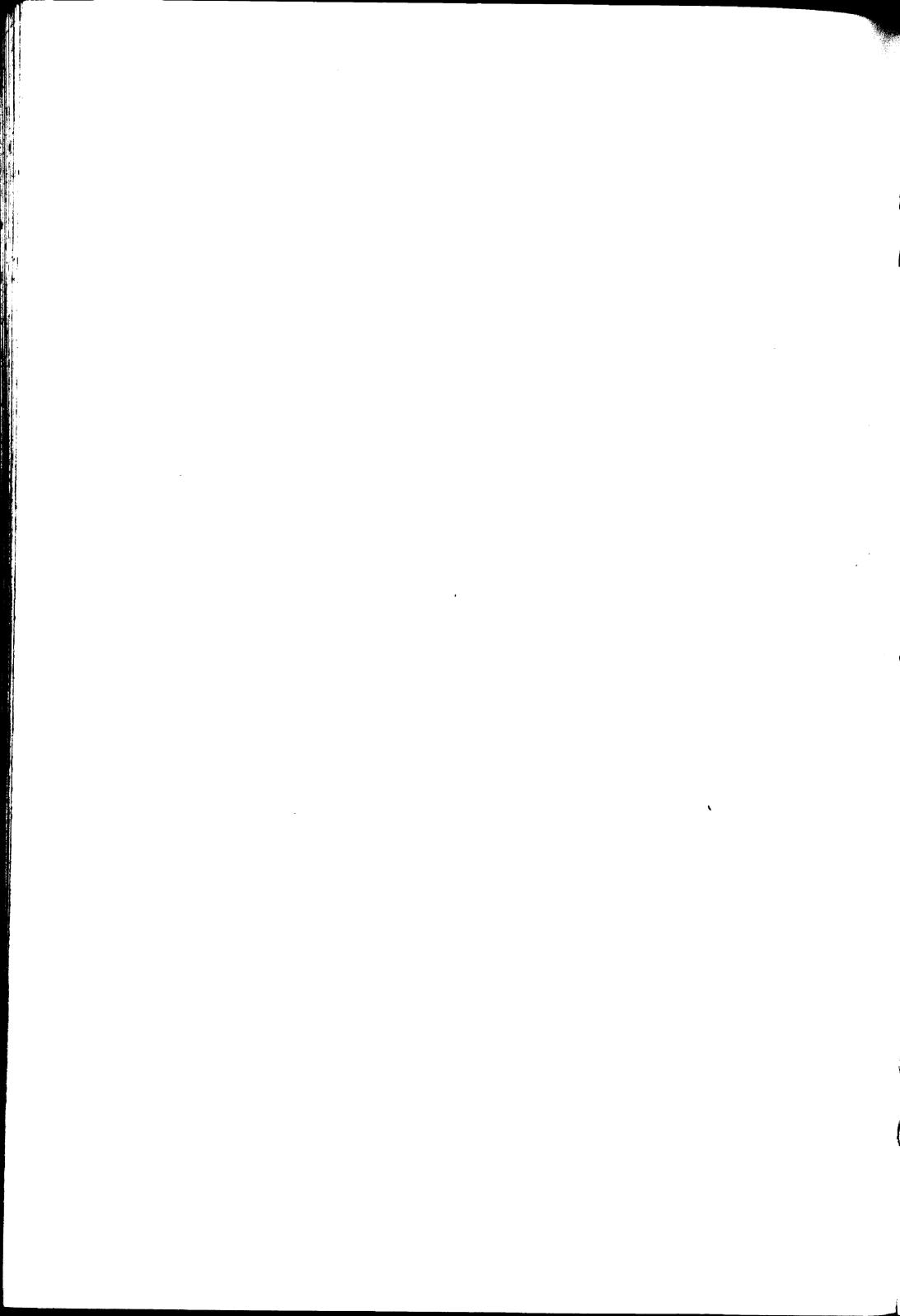
En la Observación I las tres eruptivas se han sucedido; en pleno período de estado escarlatinoso, aparecen los prodornos sarampionosos, con su signo de Koplick; dos días después tenemos un sarampión franco. A los 18 días de iniciada la enfermedad, estalla la varicela.

A pesar de haber estado tan próximas las erupciones, la evolución ha sido buena. En la Observación II también se han sucedido; las dos primeras muy próximas y la varicela a largo in-

tervalo; las complicaciones fueron graves pero curó.

Es de hacer notar la rara coincidencia de la contemporaneidad de afecciones múltiples. En esa complejidad patológica toma parte la coqueluche, que no hemos hecho más que mencionarla, por estar fuera de los límites que nos hemos trazado. Sin embargo tiene su importancia por haber evolucionado los enfermitos en un terreno lleno de complicaciones, a pesar de lo cual tuvimos una terminación favorable.





Buenos Aires, Abril 27 de 1916.

Nómbrese al señor Académico Dr. José Penna, al profesor extraordinario Dr. Julio G. Fernández y al profesor suplente Dr. Fernando Torres para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Mayo 21 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3119 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

30507



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

De la simultaneidad de la vacuna y la viruela y resultados prácticos observados de esta asociación.

José Penna

II

Diagnóstico diferencial de las erupciones séricas con las enfermedades eruptivas.

Julio G. Fernández

III

Diagnóstico diferencial de la roseola sífilítica con los exantemas morbiliformes.

Fernando Torres

