

LA ESCARLATINA EN QUITO

Por ser de mucho interés, publicamos a continuación el informe emitido por la comisión de los Dres. Luis G. Dávila, E. Gallegos Anda y Aurelio Mosquera N., quienes por encargo de la Facultad de Medicina, han estudiado prolijamente los caracteres de la epidemia que desde hace algún tiempo, se ha presentado en Quito, poniendo justamente en alarma a sus moradores.

La aprobación que ha dado la Facultad al informe, ha determinado, por parte de las autoridades seccionales y sanitarias, la adopción de varias medidas conducentes ya a la extirpación de la epidemia mediante la higienización de los lugares infectos; y ya también a la asistencia a los atacados, con la creación de un servicio médico gratuito para las familias menesterosas.

DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

Señor Decano de la Facultad de Medicina.

Señor:

De la minuciosa investigación llevada a cabo por vuestra comisión encargada de descubrir la existencia de escarlatina en esta ciudad, se desprende lo que a continuación se expresa:

Junto a los numerosos casos de sarampión y rubeola observados por varios facultativos y por los miembros de la Comisión, se ha encontrado una forma de fiebre eruptiva cuyo cuadro sintomatológico, en la mayor parte de los casos, es el siguiente:

El período de invasión se caracteriza por uno o más escalofríos, fuerte y rápida elevación de temperatura (40-41 grados) cefalea, curbatura general, lengua pastosa en el centro y roja en los bordes, estado nauseoso y eritema al nivel del velo del paladar, de las amígdalas y de la faringe. Este eritema, en algunos casos, no tarda en transformarse en una verdadera tumefacción de esos órganos.

La erupción aparece generalmente, del segundo al cuarto día, en el tronco, bajo la forma, ya de máculas sin relieve apreciable o ya de grandes placas dispuestas a manera de red o de bandas caprichosamente anastomosadas. Del tronco se generaliza a las extremidades, respetando, varias veces, la cara y, rara vez, las palmas de las manos y las plantas de los pies. Cuando el exantema invade la cara, los surcos naso-labiales y naso-geniales, los párpados y la nariz permanecen idemnes.

Mientras dura la erupción, la temperatura se mantiene elevada y en algunos casos, se observa estados ataxo-adinámicos más o menos marcados, la lengua se descama y las pupilas, aumentadas de volumen, comunican a ese órgano el aspecto de una fresa. Preciso es anotar que, este aspecto de la lengua no ha sido observado sino en un número relativamente pequeño de casos.

Poco a poco, la erupción palidece, la temperatura baja bruscamente y el enfermo entra en plena convalecencia. De cuatro a diez días después, aparece una descamación furfuracea, en unos casos, y, en otros, bajo la forma de grandes placas que recuerdan, sea girones de epidermis o sea también, verdaderos dedos de guante. Esta última forma de descamación ha sido observada por varios facultativos y últimamente por los miembros de la comisión.

Las orinas, durante el curso de la enfermedad, son escasas, de color subido y, una que otra vez, se ha encontrado albúmina. (Es de sentir que no se haya investigado este principio de una manera sistemática en todos los casos).

La fórmula leucositaria, a la cual da Weill una importancia capital, no ha sido efectuada sino en un solo caso y, en éste, se ha hallado un gran polinucleosis (Polinucleares: 91, 5%); en ese mismo caso hubo un disco medio de albúmina en las orinas.

Como complicaciones de esta fiebre eruptiva, se han señalado: un caso de angina pseudo-membranosa seguida de muerte (Dr. Gallegos). Un caso de nefritis (Dr. Mariano Peñaherrera), un caso de pseudo-reumatismo (Doctores Peñaherrera y García Drouet). Se debe también mencionar un caso ataxo-adinámico, sobrevenido en el período de erupción y que ocasionó la muerte al quinto día de la enfermedad (Dr. Gallegos).

La fiebre eruptiva que acaba de ser descrita tiene, como se ve, muchos puntos de contacto con la rubeola y la escarlatina. Sin embargo se puede diferenciarla de la primera de estas enfermedades por las siguientes razones:

a) La rubeola casi nunca tiene período de invasión y si lo hay es muy corto.

b) En el período de erupción, la rubeola es, muchas veces, apirética o ligeramente febril. (Nymann sobre 110 casos encontró 58 apiréticos, 39 con temperatura de 38 grados, 13 con 38, 5 grados, 6 con 39 grados y sólo dos con 39, 5 y téngase en cuenta que las temperaturas son rectales)

c) La erupción rubeólica principia por la cara y se generaliza al tronco, y a las extremidades, respetando siempre el cuero cabelludo, las palmas de las manos y las plantas de los pies. (Lewis-Smith),

d) La descamación en la rubeola es discreta, furfurácea, jamás en láminas. (Weill).

e) Las complicaciones en la rubeola son excepcionales y el pronóstico es, en general, muy benigno.

Por el contrario, la analogía que existe entre la enfermedad descrita y la escarlatina es tal que no cabe diferenciación esencial alguna. En efecto: como en esta fiebre eruptiva, el período de invasión es bien marcado, la erupción es macular o en bandas, principia por el tronco y se generaliza hasta las palmas de las manos y las plantas de los pies; no respeta la cara ni el cuero cabelludo, la descamación se hace a menudo en láminas y en dedos de guante; en fin, existen las mismas complicaciones. La fórmula lucositaria, ya enunciada, no se observa sino en la escarlatina. (Weill).

Cierto es que, en varios casos, no se ha encontrado un cuadro clínico tan completo como el que se ha descrito y, casi ninguno ha presentado la gravedad que en otros países se atribuyen a la escarlatina, pero se debe tener en cuenta: primero, que las epidemias cuando aparecen por primera vez revisten, a menudo, caracteres benignos, y segundo, que la escarlatina es benigna en ciertas razas, por ejemplo en los japoneses.

En vista de las consideraciones expuestas, vuestra comisión cree poder afirmar la existencia de la escarlatina en la capital.

Quito, a 5 de febrero de 1917

X L. G. DÁVILA.

E. GALLEGOS. A.

AURELIO MOSQUERA. N.