



Año 1918

Núm. 3512

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**Púrpura  
Hemorrágica  
en la  
Infancia**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Julio S. Dillon

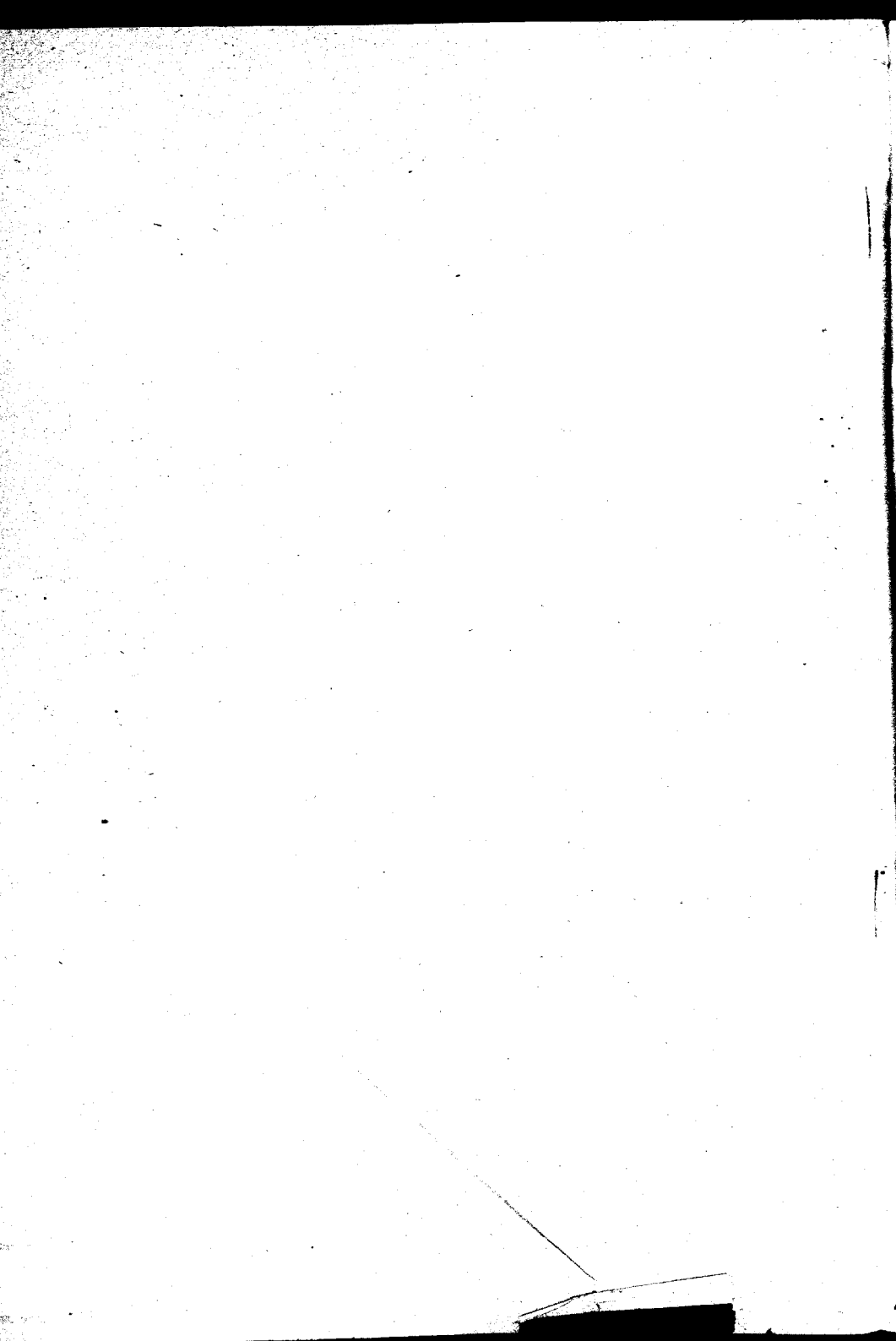


CASA EDITORA  
VITULLO OSORIO HNOS.  
1677 CANNING 1677

1918



*Max. B. 11.6*



**Púrpura  
Hemorrágica  
en la  
Infancia**



**Año 1918**

**Núm. 3512**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**Púrpura  
Hemorrágica  
en la  
Infancia**

**TESIS**

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Julio S. Dillon



CASA EDITORA  
VITULLO OSORIO HNOS.  
1677 CANNING 1677

**1918**



# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

## Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

## Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

## Miembros titulares

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

## Secretaio General

Vacante

## Secretario

DR. D. DIOJENES DECOU



# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMAGO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINDO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDA
5. " " ALOYSIO DE CASTRO
6. " " CARLOS CHAGAS
7. " " MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

**Decano Interino**

DR. JOSÉ ARCE

**Secretarios Interinos**

SR. JORGE V. MILLER

» FERNANDO G. RAMOS



# ESCUELA DE MEDICINA

---

## PROFESORES HONORARIOS

DR. D. Roberto Wernicke  
» Juvencio Z. Arce  
» Pedro N. Arata  
» Francisco de Veyga  
» Eliseo Cantón  
» Juan A. Boeri  
» Francisco A. Sicardi  
» Telémaco Susini  
« Angel M. Centeno



## ESCUELA DE MEDICINA

---

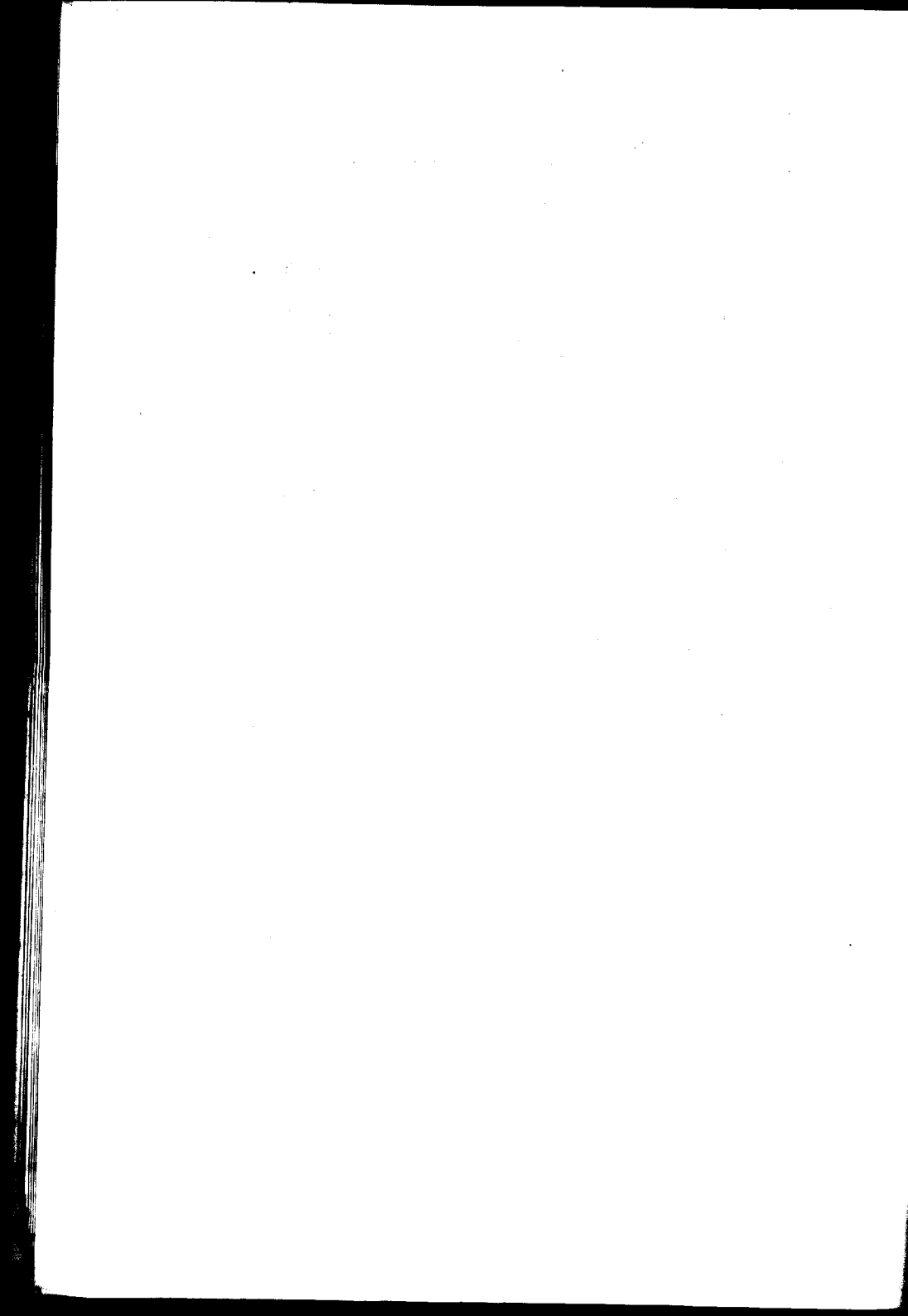
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica . . . . .	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica . . . . .	.. LUCIO DURAZONA
Anatomía Descriptiva . . . . .	.. VACANTE
Anatomía Descriptiva . . . . .	.. RICARDO SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva . . . . .	.. JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva . . . . .	.. PEDRO BELOU
Histología . . . . .	.. RODOLFO DE GAINZA
Física Médica . . . . .	.. ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana . . . . .	.. HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología . . . . .	.. CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica . . . . .	.. PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada . . . . .	.. RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos . . . . .	.. GREGORIO ARAOZ ALFARO
	.. DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica . . . . .	.. AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica . . . . .	.. JOAQUIN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapéutica . . . . .	.. Vacante
Patología Externa . . . . .	.. DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria . . . . .	.. LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica . . . . .	.. Vacante
.. Genito-Urriarias . . . . .	.. PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental . . . . .	.. JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica . . . . .	.. JOSE PENNA
.. Oto-rino-laringológica . . . . .	.. EDUARDO OBEJERO
Patología interna . . . . .	.. MARCIAL B. QUIROGA
Clinica Oftalmológica . . . . .	.. ENRIQUE B. DEMARIA
.. Médica . . . . .	.. LUIS GUEMES
.. Médica . . . . .	.. LUIS AGOTE
.. Médica . . . . .	.. IGNACIO ALLENDE
.. Médica . . . . .	.. MARIANO R. CASTEX
.. Quirúrgica . . . . .	.. PASCUAL PALMA
.. Quirúrgica . . . . .	.. DIOGENES DECOUD
.. Quirúrgica . . . . .	.. Vacante
	.. MARCELO T. VIÑAS
.. Neurológica . . . . .	.. JOSE A. ESTEVES
.. Psiquiátrica . . . . .	.. VACANTE
.. Obstétrica . . . . .	.. ENRIQUE ZARATE
.. Obstétrica . . . . .	.. ARTURO ENRIQUEZ
.. Pedriatica . . . . .	.. Vacante
Medicina Leza . . . . .	.. DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica . . . . .	.. Vacante



## ESCUELA DE MEDICINA

---

Asignaturas	Catedraticos extraordinarios
Botánica Médica .....	Dr. RODOLFO ENRIQUEZ
Zología Médica .....	„ DANIEL J. GREENWAY
Histología normal .....	„ JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica .....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología .....	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOYS BACHMANN
Higiene Médica .....	„ FELIPE A. JUSTO
Clínica Dermato-sifilográfica ...	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Genito urinaria .....	„ BERNARDINO MARAINI
Patología externa .....	„ CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología interna .....	„ RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica..	„ ELISEO V. SEGURA
Clínica Neurológica .....	( „
	( „ MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica .....	( „ ANTONIO F. PIÑERO
	( „ MANUEL A. SANTAS
	( „ MAMERTO ACUÑA
Clínica Quirúrgica .....	( „ FRANCISCO LLOP ET
	( „ MARCELINO H. VEGAS
	( „ JOSE ARCE
Clínica Psiquiátrica .....	( „ JOSÉ T. BORDA
	( „ BENJAMIN T. SOLARI
Clínica Obstétrica .....	( „
	( „ ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Ginecológica .....	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica .....	„ PATRICIO FLEMING



# ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología médica . . . . .	Dr. GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva . . . . .	" SILVIO E. PARODI
	" EUGENIO GALLI
	" JULIO JOSE SIRIO
	" FRANCISCO ROPHILLE
	" FRANK L. SOLER
Fisiología general y humana . . . . .	" BERNARDO HOUSSAY
Bacteriología . . . . .	" RODOLFO RIVAROLA
Química Biológica . . . . .	" SALVADOR MAZZA
Higiene médica . . . . .	" BENJAMIN GALARCE
	" MANUEL B. CARBONELL
Semiología y ejercicios clínicos . . . . .	" SANTIAGO M. COSTA
	" CARLOS BONORINO UDAONDO
	" ALFREDO VITON
Anatomía Patológica . . . . .	" PEDRO J. HARDOY
	" ANGEL H. ROFFO
Anatomía Topográfica . . . . .	" PEDRO DE ELIZALDE
Materia médica y Terapéutica . . . . .	" ANGEL F SAN MARTIN
	" JOSÉ MORENO
	" PEDRO CASTRO ESCALADA
Medicina Operatoria . . . . .	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
	" GUILLERMO B. ARANA
	" GUILLERMO ZORRAGINO
	" FRANCISCO P. CASTRO
	" CASTELFORT LUGONES
Patología externa . . . . .	" ENRIQUE M. OLIVIERI
	" ALEJANDRO CEVALLOS
	" NATOLIO LOPEZ CROS
Clinica Dermato-sifilográfica . . . . .	" NICOLAS V. GRECO
	" PEDRO J. BALINA
" Gènito urinaria . . . . .	" JOAQUIN CERVEIRA
	" JOAQUIN NIN POSADAS
" Epidemiológica . . . . .	" FERNANDO R. TORRES
	" FRANCISCO DE STEFANO
	" ANTONINO MARCO DEL PONT
" Oftalmológica . . . . .	" DANIEL THAMM
	" ADOLFO NOCETTI
	" RA. L. ALGAÑARAZ
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
" Oto-rino-laringológica . . . . .	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" FELIPE J. BASAVILBASO
	" ANTONIO R. ZAMBINI
	" ENRIQUE FERREIRA
	" DIOGENES MASSA
	" PEDRO LABAQUI
Patología Interna . . . . .	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARIARO
	" EDUARDO MARINO
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHUTRO
Clinica Quirúrgica . . . . .	" JOSE M. JORGE H.
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" JORGE LEIRO DIAZ
	" ANTONIO F. CELESIA
	" TOMÁS B. KENNY
" Neurológica . . . . .	" GUILLERMO VALDÉZ H.
	" VICENTE DIMITRI
	" ROMULO H. CHIAPPORI
	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
Clinica Médica . . . . .	" PEDRO ESCUDERO
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSÉ DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" JACOBO SPAGEMBERG
	" TULEO MARTINI
	" CÁNDDIDO PARTIÑO MAYER
	" GENARO SISTO
" Pediátrica . . . . .	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIMÉ SALVADOR
" Ginecológica . . . . .	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" JULIO IRIBARNE
	" CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	" FAUTINO J. TRONGE
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
Clinica obstétrica . . . . .	" ENRIQUE A. BOERO
	" JOSUÉ A. BERUTTI
	" NICANOR PALACIOS COSTA
	" VICTORIO MONTEVERDE
	" DOMINGO IRAETA
	" TOMAS A. CHAMORRO
Medicina legal . . . . .	" JOAQUIN V. GNECCO
	" JAVIER BRANDAN
Clinica Psiquiátrica . . . . .	" ANTONIO PODESTA
Toxicología . . . . .	" AMABLE JONES
	" ALFRED BUZZO



## ESCUELA DE PARTERAS

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc....	DR. JUAN C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico .....	„ MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clinica obstétrica .....	„ FANOR VELARDE
Puericultura .....	„ UBALDO FERNANDEZ

WATER RESOURCES

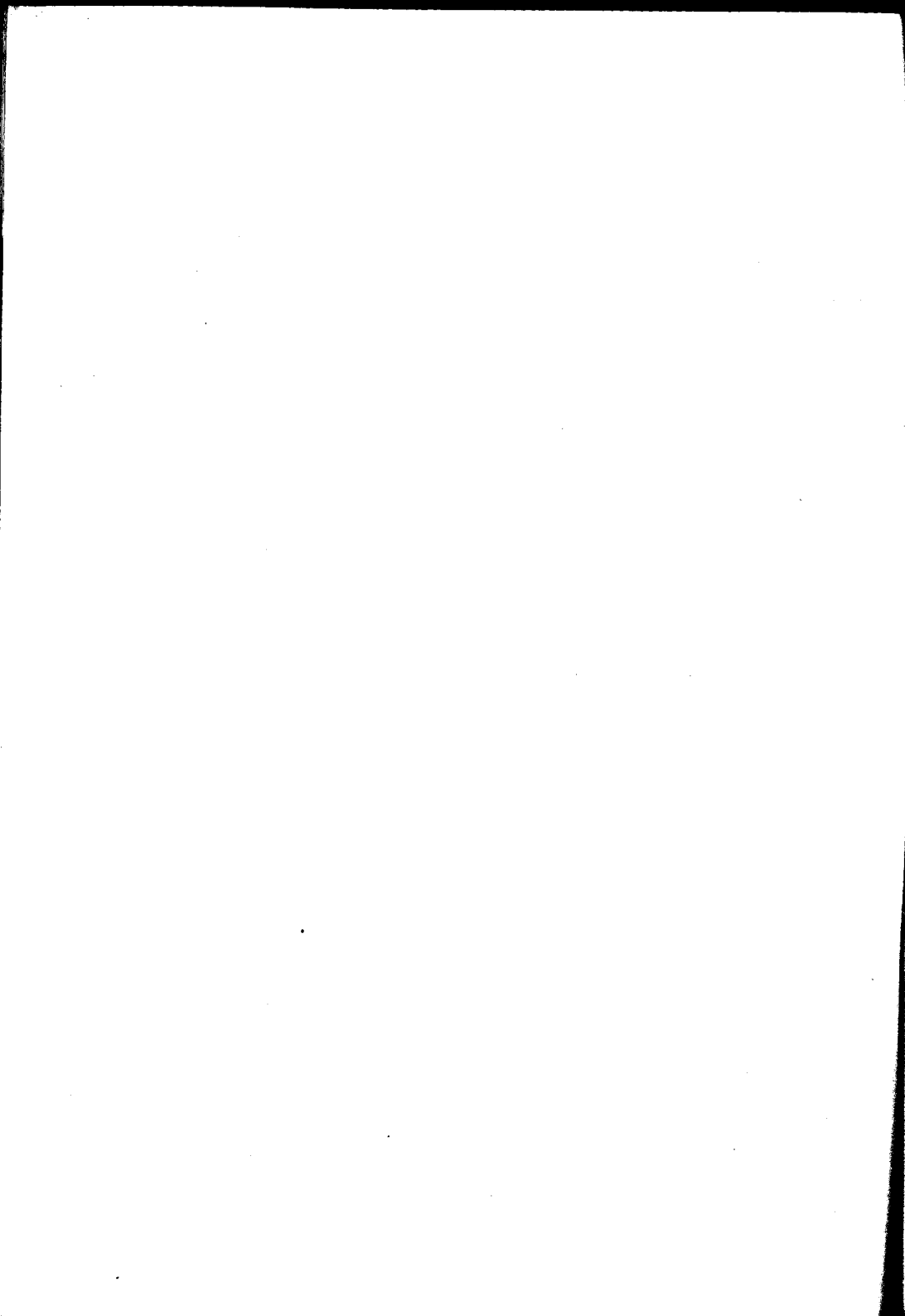
## ESCUELA DE FARMACIA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Zoología general.—Anatomía y Fisiología comparadas .....	<b>Dr. Angel Gallardo</b>
Física farmacéutica .....	.. <b>Julio J. Gatti</b>
Química farmacéutica inorgánica	.. <b>Miguel Puiggari</b>
Botánica y Micrografía vegetal	.. <b>Adolfo Mujica</b>
Química farmacéutica orgánica	(Vacante)
Técnica farmacéutica (2o. curso)	.. <b>J. Manuel Iizar</b>
Higiene, Ética y Legislación...	.. <b>Ricardo Schatz</b>
Química analítica general .....	.. <b>Francisco P. Lavalle</b>
Farmacognosia especial.....	<b>Sr. Juan A. Domínguez</b>
Técnica farmacéutica (2do curso)	<b>Dr. J. Manuel Iizar</b>

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Zoología general.—Anatomía y Fisiología comparadas.....	<b>Dr. Angel Bianchi Lischetti</b>
Química farmacéutica .....	<b>Dr. Tomás J. Rumi</b>
Química Farmacéutica inorgánica.....	{ .. <b>Angel Sabatini</b>
	{ .. <b>Emilio M. Flores</b>
Botánica y Micrografía vegetal.	.. <b>Hdefonso C. Vattuone</b>
Química farmacéutica orgánica	{ .. <b>Pedro J. Mésiges</b>
	{ <b>Dr. Luis Guglielmelli</b>
	{ <b>Sr. Ricardo Roccatagliatta</b>
	{ .. <b>Pascual Certi</b>
	{ .. <b>Cleopè Crocco</b>
Técnica farmacéutica.....	<b>Dr. Juan A. Sanchez</b>
Química analítica general .....	<b>Sr. Osear Mialock</b>
Farmacognosia especial .....	

## DOCTORADO EN FARMACIA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos Titulares</b>
Complementos de Matemáticas.	— —
Mineralogía y Geología.....	— —
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....	— —
Química analítica aplicada (Medicamentos).....	<b>Dr. Juan A. Sánchez</b> (supl. en ejercicio)
Química biológica.....	.. <b>Pedro J. Pando</b>
Química analítica aplicada (Bromatología).....	— —
Física general.....	— —
Bacteriología.....	.. <b>Carlos Malbrán</b>
Toxicología y Química legal...	.. <b>Juan B. Señoraus</b>



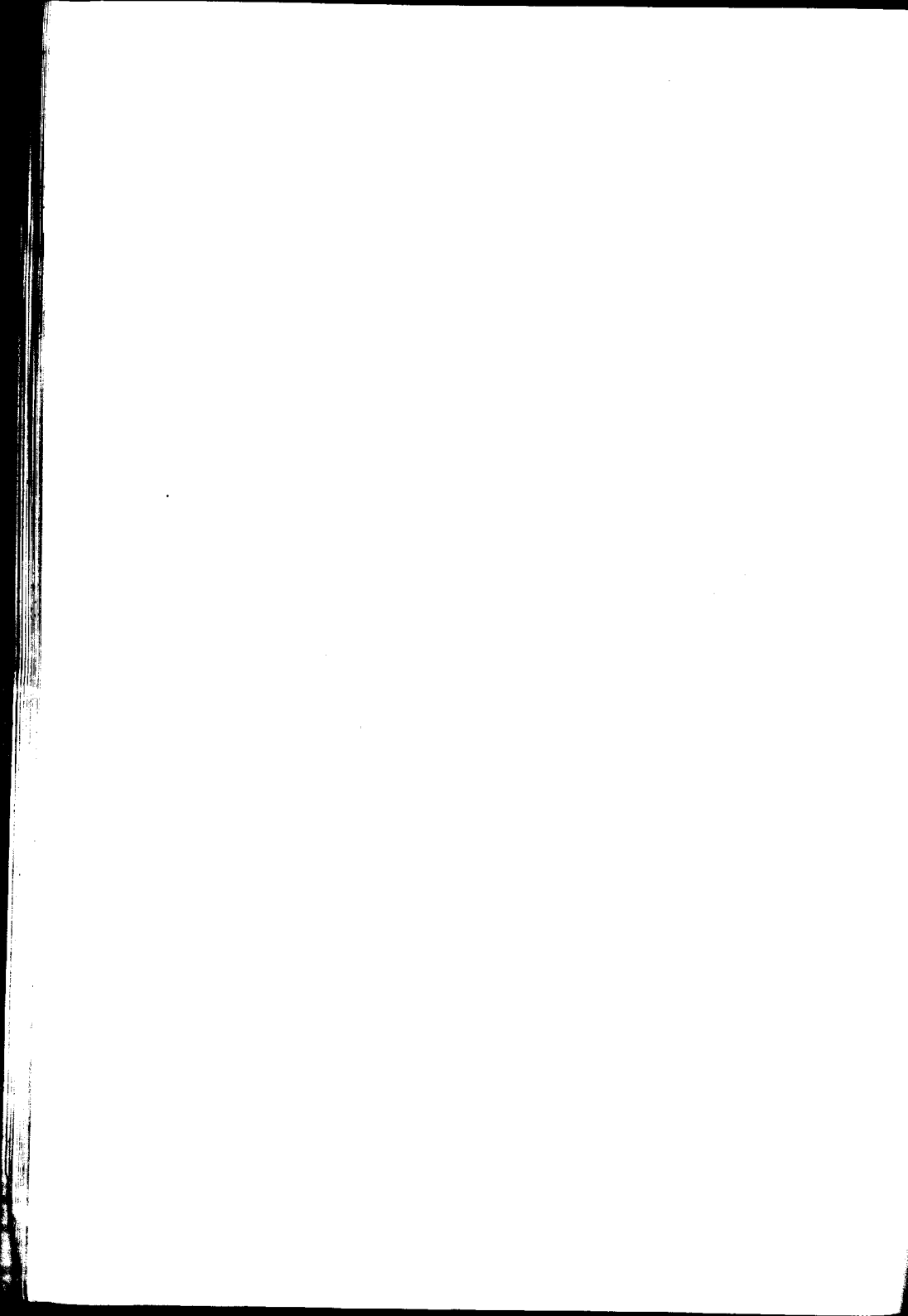
## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catédricos titulares</b>
1 <sup>er</sup> año .....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 <sup>o</sup> año .....	„ LEÓN PEREYRA
3 <sup>er</sup> año .....	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental .....	SR. ANTONIC J. GUARDO

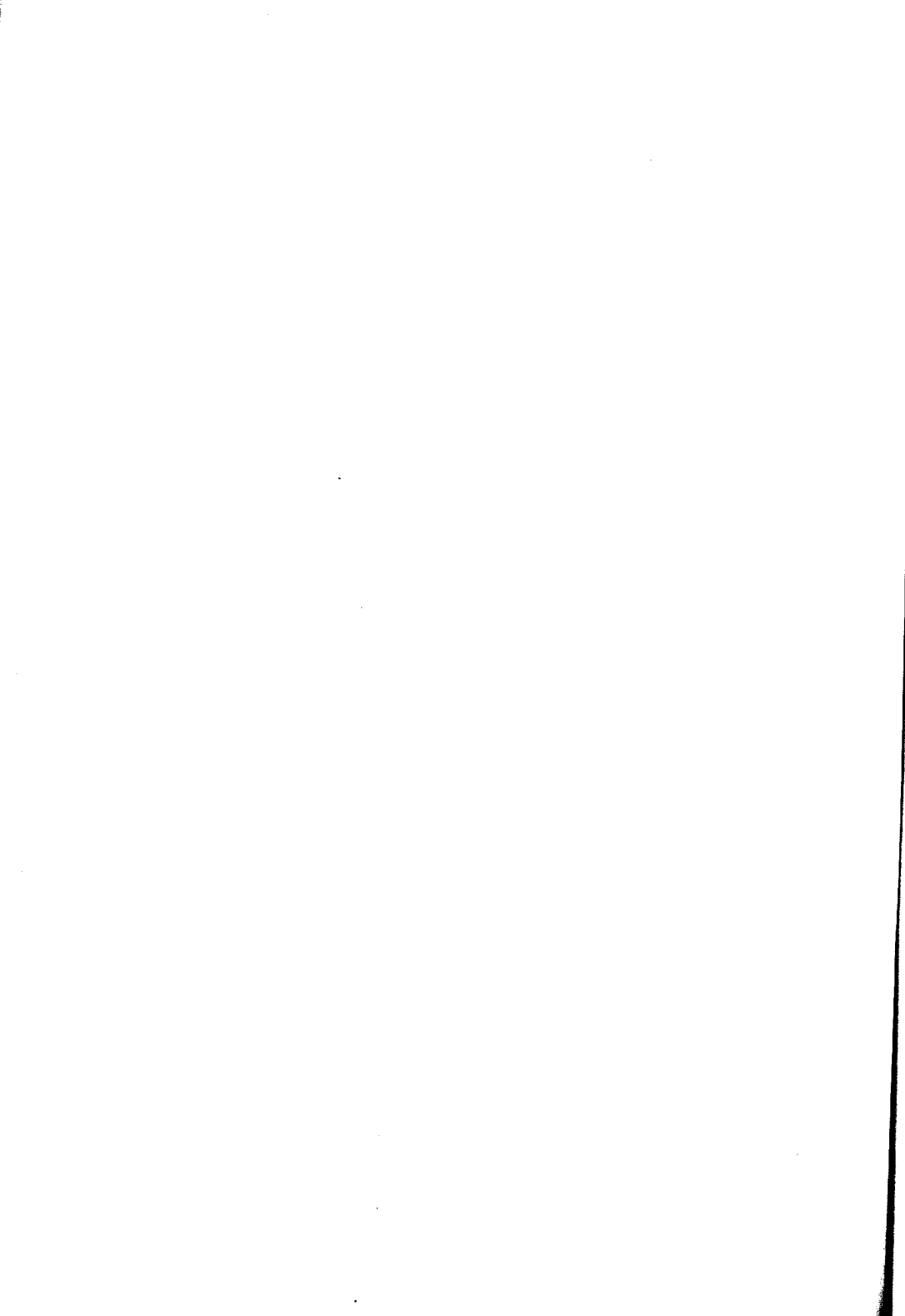
### **Catedráticos sustitutos**

DR. ALEJANDRO CABANNE  
„ TOMÁS S VARELA (2<sup>o</sup> año)  
SR. JUAN U. CARREA (Protesis)  
„ CORIOLANO BREA ( „ )  
„ CIRO DURANTE AVELLANAL (1<sup>er</sup>. año)

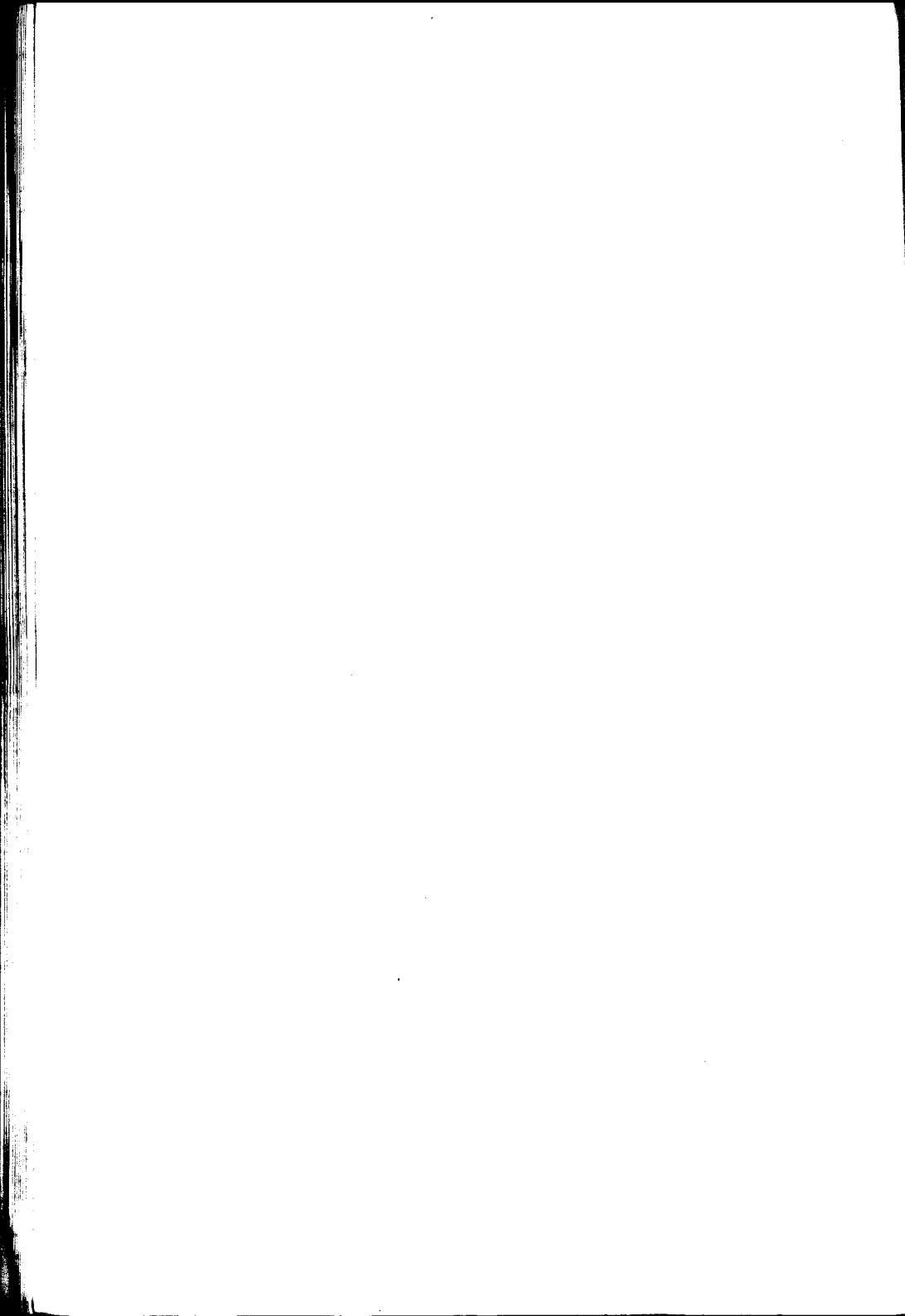


*Padrino de Tesis*

*Doctor Patricio Fleming*



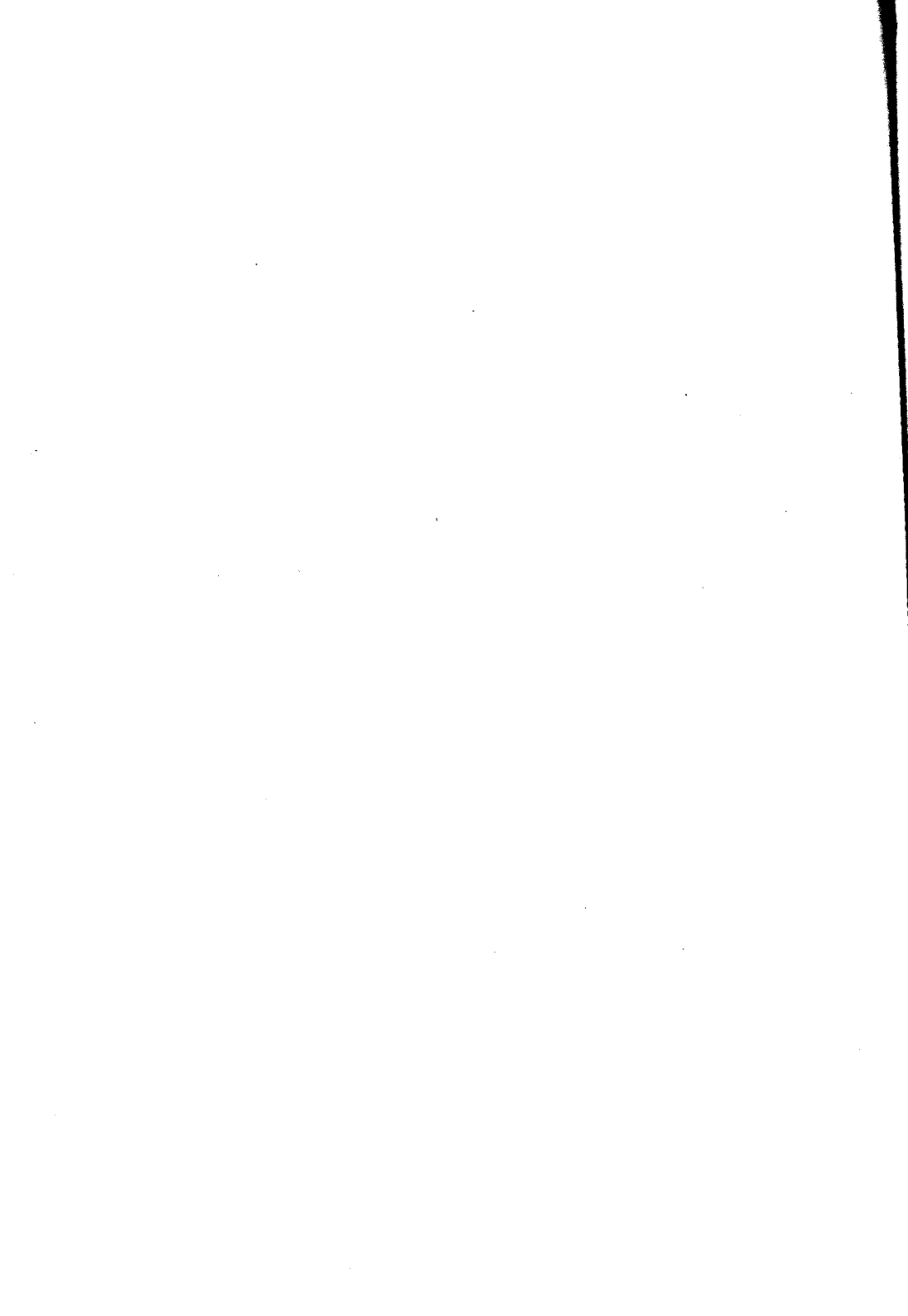
*A la memoria de mi Padre*



*A mi Madre*



*A mis Hermanos*



Señores Académicos,  
Señores Consejeros,  
Señores Profesores.

Este modesto trabajo que presento a vuestra consideración, es la última prueba exigida para dar fin a mis estudios de Universidad.

Durante mi internado en el Hospital de Niños he tenido ocasión de observar, estudiar, investigar y también poner en tratamiento una cantidad de niñitos enfermos de "púrpura"; esto me llevó a tomar como tema de mi tesis, esta enfermedad.

---



## PURPURA

### Caracteres generales de la erupción

---

Según se puede ver, la púrpura es una enfermedad que está caracterizada por una hemorragia espontánea de la piel y manifestada en el campo clínico por una erupción de aspecto especialísimo.

Se presenta bajo la forma de “petequias”, de “equimosis” o de “víbices”.

Las “petequias” son unas manchas pequeñas, puntiforme o en forma de lentejas, se presentan frecuentemente al nivel de los orificios pilo-sebáceos. En cuanto a las “equimosis” son más extendidas e irregulares llegando a cubrir los miembros, parte de ellos, o en algunos casos partes del cuerpo.

Las “víbices” son más raras en presentarse, teniendo la forma de una equimosis alargada en forma de una serpiente o lombriz.

Observando, no se halla una diferencia carac-

terística entre las petequias y las equimosis, tanto las primeras como las segundas presentan una coloración roja violácea, no desapareciendo bajo la presión y van perdiendo color cuando se van secando, de la misma manera que en las equimosis traumáticas.

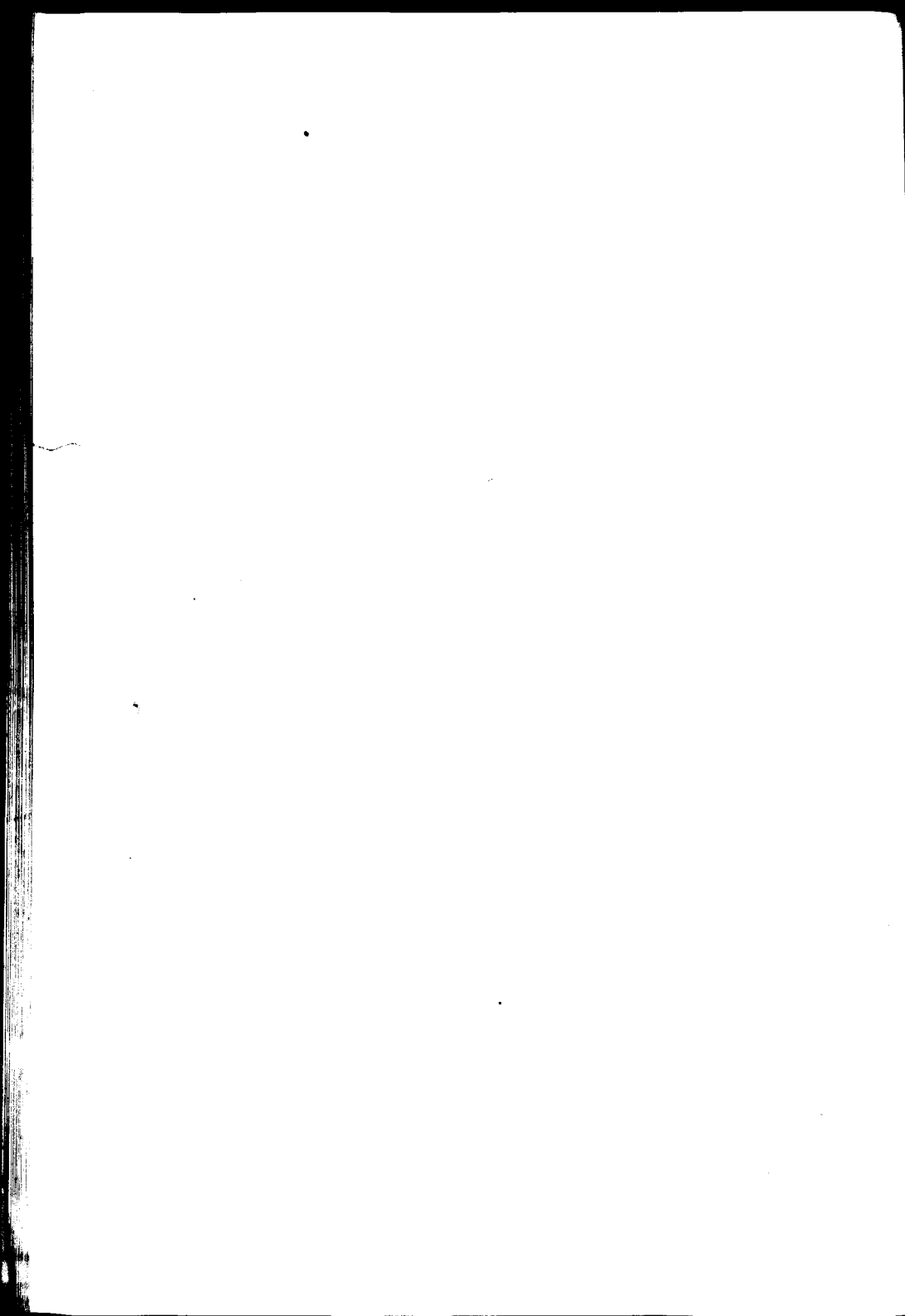
Las diferencias que existen entre las petequias y las equimosis son las siguientes:

Que las petequias son de tamaño más pequeño que las equimosis, y de forma, más perfecta, o mejor dicho más regulares, al extremo que una cierta cantidad de petequias fusionadas pueden llegar a formar una equimosis de cierto tamaño.

En ciertos casos las equimosis se producen inmediatamente después de una contusión violenta y esto es evidente, en algunos sujetos llamados hemofílicos un traumatismo insignificante y sin darse cuenta muchas veces ellos, determina la aparición de una larga equimosis. Ahora veremos en la forma gangrenosa.

En las púrpuras gangrenosas, las equimosis se secan y apergaminan, en su centro presentando el aspecto de la gangrena seca, o se cubren de ampollas a contenido sero-sanguinolento, las que se abren y toman el aspecto de ulceraciones a fondo negro que se seca y apergamina, pudiendo en algunos ca-

sos acompañarse de linfagitis y adenitis. Existe a veces una erupción de urticaria (púrpura urticans, de Filatow).



## DIVISION CLINICA

---

Hayen ha dicho que la púrpura es un síntoma y no una entidad mórbida, sin embargo Bante haciendo estudio de estas enfermedades, dice que es un complejo, sintomático, caracterizado según él: 1.º por la presencia de hemorragias múltiples en la piel (petequias, manchas, equimosis); 2.º por la presencia de las hemorragias a veces importantes por las mucosas y los órganos internos; 3.º por la falta de estomatitis hemorrágica y ulcerativa.

Pero este complejo sintomático púrpura, se manifiesta en estado mórbido tan distinto, que resulta difícil una clasificación.

El doctor Zuvizarreta, dice en su estudio sobre la púrpura hemorrágica, que no es una enfermedad, sino un episodio, un accidente dentro de una enfermedad, no es ni siquiera un síndrome. El síndrome es un grupo de síntomas que van siempre unidos, que forma un conjunto con su fisonomía especial y

que en general es producido por un número muy limitado de causas.

El púrpura hemorrágico, no tiene fisonomía clínica propia, su aparente cachet clínico, es prestado por la enfermedad visible u oculta que lo produce.

Dice este autor que la clasificación del púrpura no puede hacerse ni en su forma y marcha clínica, ni en su etiología y patogenia, llegando a clasificar el púrpura, basándose según que la lesión sea dérmica, o bien se haga en las mucosas serosas o vice-ras, es decir que sea interna o externa; establece la siguiente clasificación: púrpura con lesiones de primer grado, las que no afectan más que a los tegumentos (máculas, manchas, hematomas).

Púrpura con lesiones de segundo grado las que afectasen las mucosas o serosas (enterorrágia, hemotisis, hemartrosis, hemotórax, etc.), y de tercer grado las que fueran acompañadas de infiltraciones sanguíneas o leucocitarias (artralgias, gastroenteralgias). Dicha clasificación es simple y comprende todas las variedades imaginables del púrpura y facilita el estudio del caso clínico.

Bayer y también Dühring, tomando la temperatura como base, divide las púrpuras en febriles y no febriles, esto no se acepta dado lo variado que es el síntoma fiebre.

Grenet dice que debería tomarse como base,

la intensidad de las manifestaciones de la erupción purpúrica, dividiéndolas al efecto en:

1.º Púrpura a petequias predominantes;

2.º Púrpuras a grandes equimosis, pero como además de la erupción coexisten otros fenómenos que son debidos a la púrpura misma, o a su causa productora que son suficientes para modificar la forma de la enfermedad (hemorragias mucosas y viscerales), se inclina a aceptar las denominaciones de Willans, que distingue una púrpura simple y una púrpura hemorrágica; Schonlein agregó a la clasificación de Willans una tercera forma: la peliosis reumatisal, caracterizada por fenómenos intestinales y manifestaciones articulares.

M. Litten divide las diatesis hemorrágicas en: 1.º, escorbuto; 2.º, hemofilia; 3.º, en la enfermedad maculosa de Werlhof, comprendiendo ésta la púrpura simple, hemorrágica, reumática, peliosis reumatisal de Schonlein.

De todas estas divisiones la más aceptada, hoy día, es la división de Apert, que es la siguiente:

1.º La púrpura exantemática, engloba la peliose reumatisal de Schonlein, la púrpura exantemática de Laget, la púrpura nerviosa de Couty, la púrpura mielopática de Faisans, el edema purpúrico febril de Soyer, etc., respondiendo en suma, al púrpura exantemático reumatisal de Mathieu.

2.º La púrpura con caracteres infecciosos, engloba el tifus angino hemático de Gomot-Landouzy; la púrpura infecciosa primitiva de Martín de Gimard; la púrpura fulminante de Hinoch.

3.º La púrpura hemorrágica, con manchas de equimosis o púrpura maculosa (*morbus maculosus*), engloba la enfermedad de Werlhof, tal como la ha definido Laségue y un gran número de púrpuras secundarias.

## SINTOMATOLOGIA

---

La púrpura exantemática, presenta más frecuentemente estos síntomas que han sido bien observados: es una erupción especialmente petequiral y casi siempre simétrica, precedidas por puntadas dolores articulares y por trastornos gastro-intestinales.

Se presenta en un sujeto en completo estado de salud; esta enfermedad se inicia generalmente por podromos, los que son importantes, pues ellos parecen demostrar que esta erupción es muy frecuente, sobre todo bajo la dependencia de una infección ligera y por esto no se considera ésta como púrpura infecciosa. Estos síntomas son: la curbatura, los dolores articulares, la cefalgia, los vómitos, las fiebres, etc.

### Fenómenos nerviosos producidos por la púrpura exantemática

Debemos haber observado en resumen que la púrpura se presenta muchas veces durante la presencia de fenómenos nerviosos y otras veces es ella misma que los produce.

Frecuentemente esta erupción está precedida o acompañada de un edema, que se presenta sobre todo en el dorso de la mano o en los miembros inferiores; el edema puede ser rojo, doloroso, y estar acompañado de fenómenos linfáticos o adenopáticos.

M. Clement está de acuerdo y aun afirma en algunos casos la aparición de fenómenos meningíticos y de edema neuro-paralítico en unos casos de púrpura.

También si se tiene en cuenta los dolores articulares, muy frecuentes en estos enfermos, y también los trastornos de sensibilidad observados, nos dan una idea de la naturaleza de la enfermedad y de su mielopatía.

Se observa claramente en algunos casos, donde más tarde aparecerán las petequias, que se ha producido y edema de la fluxión, que existe una hiperestesia y una hiperalgia en una superficie mucho mayor a la de la fluxión sanguínea.

En otros casos la púrpura sobreviene a individuos afectados de una enfermedad nerviosa; así aparece cuando son más terribles los dolores de los tabéticos. Chevalier hace un estudio de la púrpura en la esclerosis en placas. Leví observó que tenía su aparición en la neurastenia; otros autores la han constatado en varios enfermos de parálisis infantil; en el alcohólico es muy frecuente. Bouchard la pudo observar en la neuralgia del trigemino.

En la meningitis tuberculosa y en las cerebro-espinales tiene costumbre de aparecer, bajo la forma hemorrágica, y Vanot tuvo ocasión de observar una púrpura exantemática en un niño atacado de meningitis tuberculosa.

El conjunto de los hechos y casos que hemos tratado, nos induce a afirmar, clínicamente, el rol del sistema nervioso en la producción y la manera de distribución de la púrpura exantemática.

#### **Trastornos intestinales que acompañan o preceden al exantema**

Se observa en la púrpura fenómenos gastro-intestinales que preceden o acompañan la púrpura de mayor o menor intensidad, según que el caso sea bueno o malo.

Algunas veces se presenta inapetencia, vómitos, constipación y otras veces un poco de diarrea, que

son los síntomas más habituales.

Muy frecuente es, que se presenten dolores, más o menos ligeros, en el hueco epigástrico o al nivel de la región hepática; algunas veces estos accidentes toman una forma aguda y llegan a una intensidad apremiante, en la forma exantemática, como también sucede en la forma hemorrágica.

Hay enfermos de púrpura que padecen trastornos gastro-intestinales, que llegan a producir su deceso por “invaginación intestinal”.

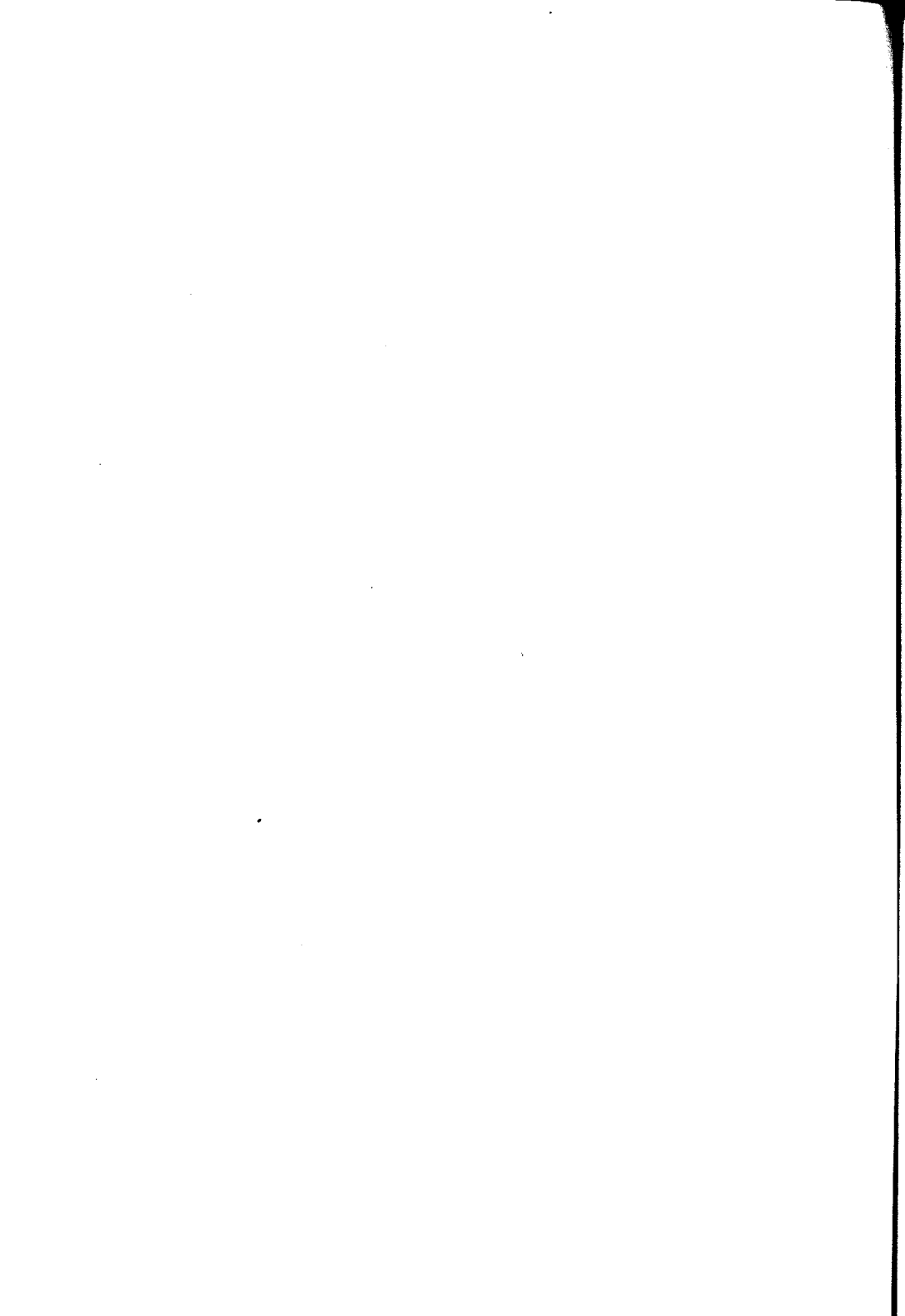
Vierhuff, habla de los trastornos producidos por ésta, y pone estos accidentes bajo la dependencia directa de una hemorragia de la pared intestinal, y estas hemorragias determinan la paresia, la dilatación o la invaginación del segmento superior del intestino, que en esta región debe estar sano y contraerse normalmente.

Hutinel declara y con bastante razón que tanto en los casos benignos como en los agudos, la púrpura es debida a un agente infeccioso y en todo su estudio clínico, insiste sobre la gran importancia de los fenómenos gastro-intestinales como causa de la púrpura en los niños. Una infección intestinal se declara con carácter grave; el hígado está hipertrofiado, la púrpura aparece y en la autopsia se halla un hígado hinchado.

Hace bastante tiempo que se viene estudiando la frecuencia de la púrpura en las afecciones hepáticas, y también la frecuencia de alteraciones hepáticas en el curso de una afección purpúrica.

Lortains y sobre todo Apert hablan de la importancia de las alteraciones hepáticas en la púrpura que ellos llaman primitiva; según ellos, en la púrpura, al hacer el examen clínico del hígado, se halla que está atacado en todas sus partes, tanto en la púrpura exantemática, como en la púrpura hemorrágica.

Habiendo comprobado con frecuencia la hipertrofia del hígado.



## PURPURA HEMORRAGICA

---

Esta forma de púrpura se caracteriza por el agregado de hemorragias mucosas abundantes, a la erupción cutánea de esta enfermedad.

Ya se habrá observado en la púrpura exantemática, algunas equimosis sobre las encías o sobre el yelo del paladar; por ejemplo, algunas epistaxis ligeras, que si se agrava la enfermedad se transforman en muy intensas.

Las hemorragias que se producen son las que a continuación trato: las epistaxis, las hemorragias intestinales, la hematuria, las metrorragias, etc., todo lo cual constituye un síntoma seguro, pero por su semejanza, los caracteres de la erupción son los mismos.

Además, todas las veces, en casos análogos son más abundantes por sus rendimientos las equimosis que las petequias.

En la púrpura hemorrágica, entra en su cuadro clínico, la enfermedad de Werlhof, y la púrpura infecciosa; esta última que recibe el nombre de infecciosa, se lo debe a la intensidad y gravedad de sus fenómenos infecciosos, pues bien sabemos que toda púrpura es más o menos infecciosa y tóxica.

En la siguiente enfermedad, vemos presentarse fenómenos intensos, que producen una gravedad general; por ejemplo, el estupor, el estado tifoidico, la fiebre elevada, son los síntomas principales de este tipo mórbido; sin embargo ha habido casos que no se ha presentado fiebre y la púrpura hemorrágica terminó con la muerte de la persona.

La púrpura infecciosa, que se le debería llamar “tifus” angio-hemático, evoluciona como una verdadera enfermedad tífica.

Comienza esta enfermedad como un abatimiento profundo, gran cefalgia, escalofríos repetidos y la temperatura va elevándose hasta llegar a los 39 grados y más aún hasta los 40 grados.

Las hemorragias son múltiples e intensas, epistaxis, hemorragias intestinales y púrpura; hay casos que estas hemorragias han precedido a la aparición de los caracteres generales.

También se observa, hematurias, metrorragias y las equimosis aparecen en la parte interna de la tibia.

Hay casos en que la muerte sobreviene al cabo de varios días, pues el pronóstico de la enfermedad es siempre gravísimo; si el enfermo llega a curar, la convalecencia es bastante larga.

### **Fenómenos nerviosos en la púrpura hemorrágica**

Esta púrpura presenta también fenómenos nerviosos, como ser: sefalgia, delirio, ataxo-adinámicos, los que demuestran que el sistema nervioso se resiente por esta infección .

La cantidad de hemorragias mucosas y viscerales son los caracteres principales de esta forma; estas hemorragias, pueden tener lugar en todos los órganos, las epistaxis son constantes y las hemotisis son raras.

Siendo particularmente frecuentes las hemorragias intestinales, que dan lugar si nduda a la gravedad e intensidad de los fenómenos gastro-intestinales; así Wagner dice que él ha observado en algunos enfermos de púrpura hemorrágica, dolores abdominales violentos, las evacuaciones estriadas de sangre y más tarde en la autopsia, el intestino se halla congestionado.

Es preciso reconocer que en ciertos casos, la sistematización de la erupción, no es nada más que aparente, pero sin embargo en dos casos semejantes, se puede constatar una reacción nerviosa.

En un enfermo observado por Variot, en una púrpura con caracteres exantemáticos y hemorrágicos, no se presentaba una simetría neta y las manchas estaban irregularmente diseminadas y la punción lumbar revela una linfocitosis aratnoides.

Hubo casos con síntomas que hacen pensar en una congestión a la médula; también se conoce la frecuencia, particularidad de la púrpura hemorrágica en ciertas epidemias de meningitis cerebroespinal.

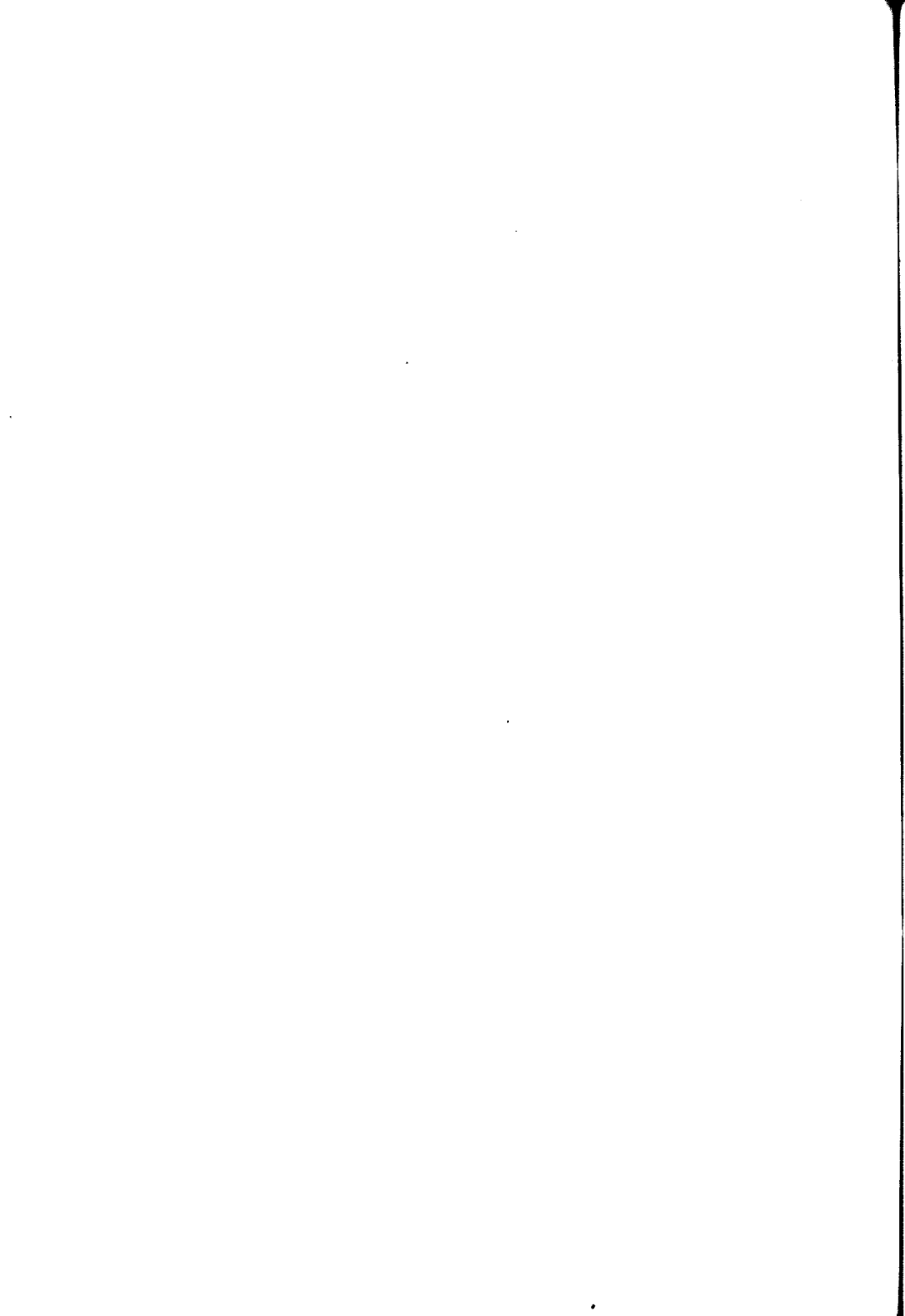
Giroux cita en su tesis un caso donde en seguida de una púrpura sintomática hemorrágica con angina estreptocócica, aparece una poli-neurite que ataca los extensores de los miembros superiores. Este hecho prueba la tendencia particular de los agentes infecciosos o de las toxinas por el sistema nervioso; lo mismo en un caso observado por Barot, el hígado estaba atacado, fenómenos nerviosos visibles, la atrofia muscular y los miembros inferiores se contraen. Todo esto nos hace ver la frecuencia de los fenómenos nerviosos en los casos de púrpura hemorrágica con fenómenos infecciosos.

Al hablar de los elementos eruptivos en su evolución, conviene citar lo siguiente: que algunas veces se presenta la gangrena en las placas equimóticas, que resultan de una infección gangrenosa local, producida donde es más intensa la inflamación,

acompañada de manchas equimóticas extendidas, y se atribuyen generalmente a embolias microbianas, y en la mayoría de los casos se hallan microbios al nivel de estas manchas, pero hay casos en los cuales no se ha hallado ninguno.

No solamente se presentan fenómenos nerviosos en esta enfermedad, sino que también se ha podido comprobar en las autopsias, que el hígado ha sufrido bastante, como también los riñones, de tal manera, que se nota hematuria y frecuencia de albúmina en tales enfermos, como asimismo el hígado hipertrofiado.

En cuanto a los fenómenos viscerales, vemos que, presentan una gran analogía, como vemos igualmente en las alteraciones nerviosas.



## ENFERMEDAD DE WERLHOF

---

Existe una púrpura, estudiada profundamente por Laségue que es hemorrágica, con manchas maculosas, y que se denomina enfermedad de Werlhof.

Veamos ahora cómo la define en su obra el eminente Laségue.

“El tipo mórbido establecido por Werlhof, se define, así, pues sus fenómenos son característicos, ausencia de fiebre, ningún trastorno prodrómico de valor. La afección comienza por una hemorragia más o menos intensa, raramente, muy abundante, ordinariamente gingival, algunas veces por una epistaxis, nunca por una hemotisis, un hematema o cualquier otra hemorrágia.

“Al día siguiente, al otro día o más tarde; una erupción petequial más o menos confluyente, ocupa todos los miembros inferiores y puede extenderse absta el tronco y a los miembros superiores, no llegando jamás hasta la cara. Estas máculas

“son puntuosas y no se blanquean por la presión de los dedos.

“Un día más tarde, dice Laségue, aparecen, posiblemente, manchas más largas, cardenales, manchas o placas equimóticas y extendidas variablemente, ocupan los miembros inferiores y se hallan también en la membrana mucosa de la boca. Las hemorragias o rezumos sanguíneos continúan con más o menos abundancia.

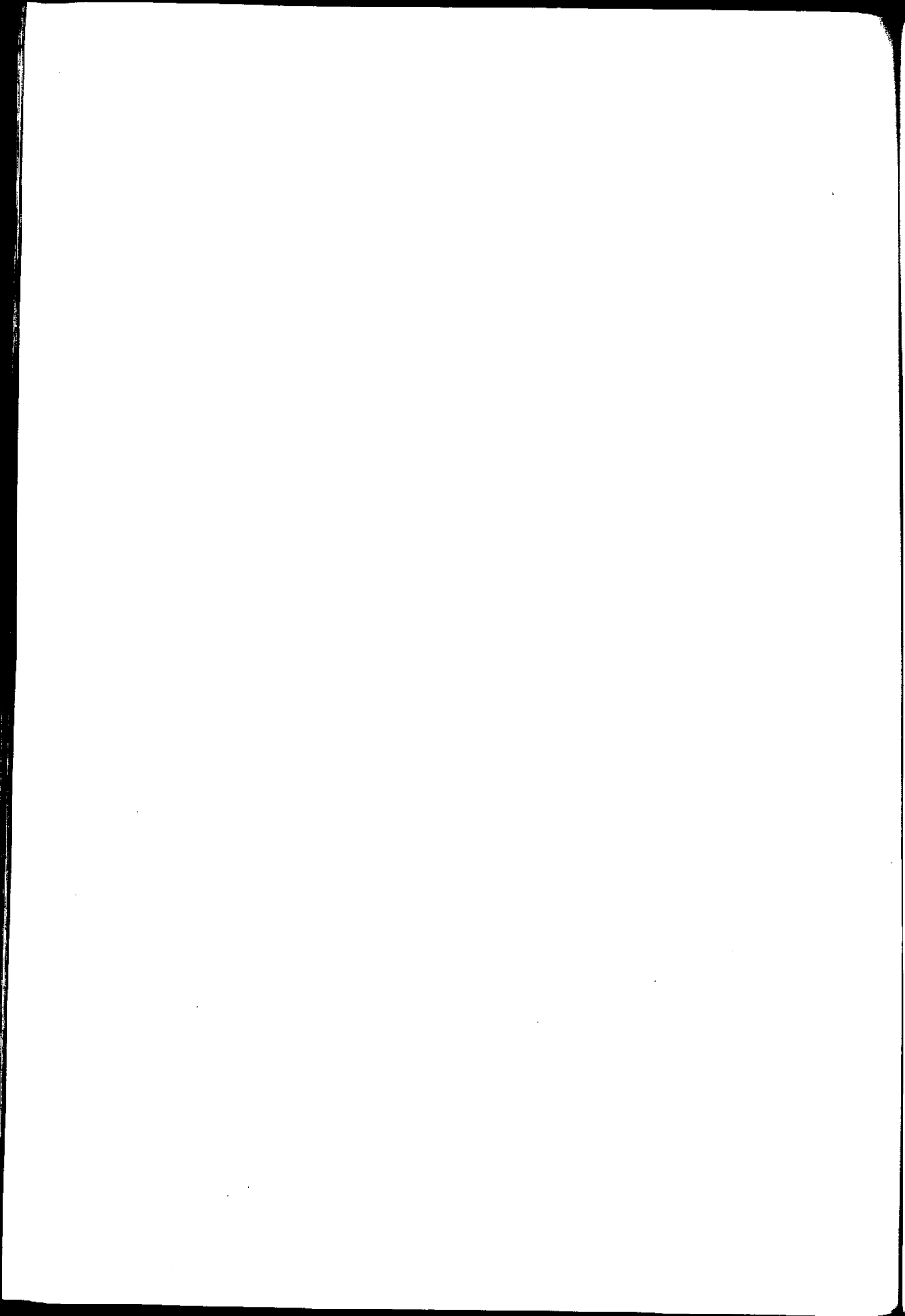
“Mejora a pasos rápidos desde que se declara y el enfermo se halla bien a los 8 o 15 días, sin convalecencia y sin consecuencias fatales”.

Marfan al explicarla dice e insiste sobre todas las grandes dimensiones de las equimosis y también porque la enfermedad de Werlhof aparece esencialmente como una púrpura de equimosis mayores (morbus maculosus) no febril y termina por la salud del enfermo.

Algunos autores han considerado a la púrpura de Werlhof como una forma atenuada de la púrpura hemorrágica.

Sin embargo al leer algunos autores, se nota que no todos están de acuerdo en afirmar que la enfermedad de Werlhof no es mortal, pues dicen que la muerte puede producirse por la gran frecuencia de las hemorragias, así cita Grunderberg un

caso de esta afección, morbus maculosus de Werlhof, que el enfermo, no pudo llegar a curarse pues falleció debido a la gran hemorrágia sufrida, y otro caso análogo a éste lo cita en su obra Descouts.



## DIAGNOSTICO

---

El diagnóstico de la púrpura como lesión es fácil, para esto debemos tener presentes las nociones etiológicas.

Bajo el punto de vista clínico, el diagnóstico debe mirar ante todo el origen y la naturaleza de la enfermedad.

El diagnóstico de las púrpuras infecciosas puede confundirse con un gran número de formas hemorrágicas de enfermedades infecciosas agudas (tifoidea — neumococia — gastro enteritis aguda — meningitis cerebro-espinal infecciosa; un gran número de focos infecciosos locales, absceso de amígdalas, parotiditis supuradas, pueden secundariamente acompañarse de púrpura y hemorragias mucosas, y en estos casos tendremos los síntomas propios de estas enfermedades que nos disiparán la duda. — “Simón”.

La púrpura reumatismal se puede confundir

con la forma hemorrágica del reumatismo articular agudo o del pseudo-reumatismo infeccioso.

La púrpura es rara en el reumatismo verdadero.

La extrema movilidad de las astralgias disipará las dudas. En el pseudo-reumatismo infeccioso los fenómenos de púrpura no son raros, pero ellos son secundarios a afecciones comunes y los fenómenos articulares son más intensos que en la peliosis; los dolores abdominales faltan, existiendo sin embargo en la púrpura reumatismal.

En la enfermedad de Werlhof, el principio tiene lugar por prodromos, por una epistaxis, una hemorragia gingival o intestinal; en los días siguientes sobrevienen erupciones sucesivas de púrpura.

La enfermedad en general evoluciona sin fiebre y el estado general está poco alterado y la curación se obtiene al cabo de diez o quince días.

Los autores se ponen de acuerdo para mirar la enfermedad de Werlhof como una forma atenuada de púrpura hemorrágica, y que puede confundirse con el escorbuto y la hemofilia, afecciones que van acompañadas de púrpura.

La hemofilia, enfermedad rara y cuya causa aun desconocida, caracterizada por una disposición hereditaria y congénita a las hemorragias. En ciertas familias y en ciertas regiones septentrionales,

se observa al lado de niños normales otros que la nariz sangra a menudo presentando hemorragias múltiples y rebeldes, y que cualquier traumatismo provoca una pérdida considerable de sangre, los jóvenes son acometidos más a menudo que las jóvenes, pero las mujeres transmiten a los hijos varones la disposición a las hemorrágicas.

Aparece esta enfermedad en general a la edad de un año y siempre antes de los 20 años.

En la hemofilia, se observa lo mismo que en la enfermedad de Werlhof equimosis múltiples, pero están lejos de ser espontáneas, ellas aparecen después de un traumatismo mínimo.

Las tendencias a las hemorragias interminables puede encontrarse en la enfermedad de Werlhof, pero es menos acentuada.

El escorbuto, es una enfermedad de la nutrición, cuya causa es debida a la privación de alimentos frescos y se halla caracterizada por alteraciones gastro-intestinales y nerviosas, dolores articulares y musculares, ulceraciones y gingivitis de las encías y hemorragias múltiples; su evolución no es rápida; la púrpura es casi constante ya bajo forma de ligero punteado hemorrágico, ya bajo forma de manchas petequiales muy extendidas.

En el tejido celular sub-cutáneo se forman también hemorragias y la sangre derramada forma

nudosidades y tumores más o menos voluminosos: al nivel de éstos, la piel se infiltra de pigmentos sanguíneos y pasa por todas las coloraciones de la equimosis: del rojo al azul, al verde y finalmente al amarillo.

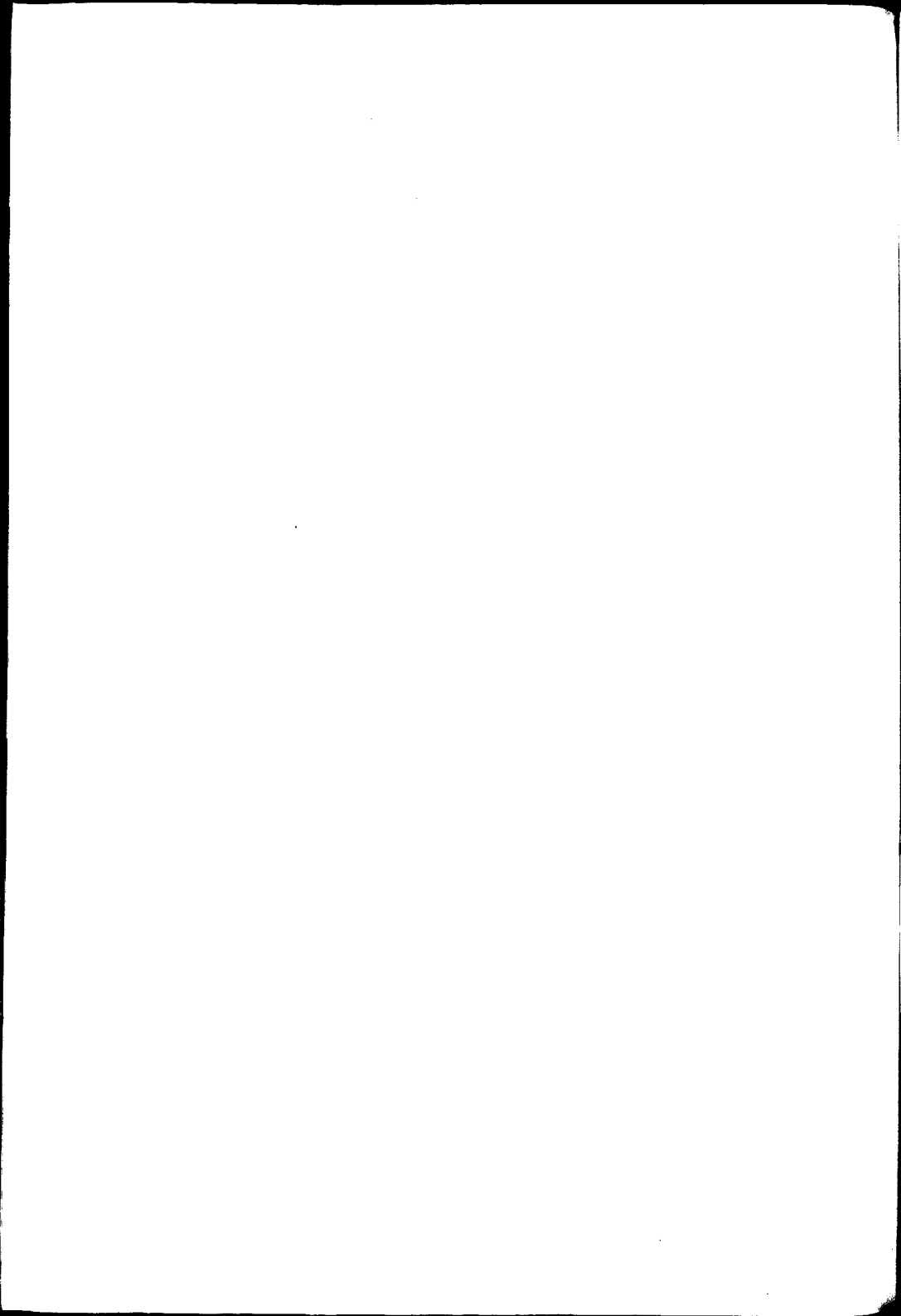
Su evolución no es rápida y se halla a veces entrecortada por períodos febriles, en que la temperatura llega a 39 grados; pero el diagnóstico del escorbuto no tropieza con dificultades, puesto que teniendo en cuenta, que la enfermedad se desarrolla generalmente como epidemia, y luego la noción fisiológica, por privación de alimentos frescos.

El escorbuto infantil o enfermedad de Barlow, se caracteriza en los niños, por la aparición de 6 a 18 meses, criados con leche de vaca esterilizada, de un estado de debilidad progresiva, con palidez de los tegumentos y dolores en las extremidades.

Los dolores se sitúan sobre todo en la cercanía de las articulaciones y se exageran por la presión, más tarde aparecen tumefacciones en los huesos largos de las extremidades inferiores equimosis palpebrales y hemorrágicas gingivales.

Dicha enfermedad no ha sido nunca observada en los niños al pecho o alimentados con leche de vaca fresca, sino únicamente en los casos en que la alimentación se ha hecho con leche esterilizada o

con harina lacteada, la enfermedad cura rápidamente si se alimenta al niño con leche cruda, a la que se añade un poco de jugo de limón y de berro, pero abandonada a sí misma termina casi siempre con la muerte.



## ETIOLOGIA Y PATOGENIA

### DE LAS PURPURAS

---

Las alteraciones infecciosas y tóxicas encontradas en el hígado de los individuos atacados de púrpura, nos ponen en la pista para la busca de un agente patógeno de naturaleza parasitaria; y se presenta la encuesta de saber si se trata de un agente específico o de varios microbios que en condiciones especiales y en terreno favorable son capaces de provocar diferentes formas de púrpura.

Se han encontrado microorganismos en las manchas purpúricas de la piel y en la sangre de los individuos atacados de púrpura; en esta dicen haber encontrado diplococos, neumococos, bacterium-coli, etc., hay autores que dicen no haber encontrado nada.

Respecto a la puerta de entrada de la enfermedad existen disparidad respecto a las opiniones,

así unos sostienen la cavidad bucal, como puerta de entrada, otros los bronquios, los pulmones, la piel, intestinos, aparato urinario, la sangre por focos de infección localizada.

Enfermedad de la infancia se observa desde los cinco hasta los quince o veinte años, el Werlhof se observa en esta edad y en los niños.

La púrpura infecciosa se ve en la infancia puede ser transmitida de la madre al feto.

La forma descrita por Henoch como fulminante, se ve en niños menores de cinco años y hasta mamones de siete a diez meses.

Como causas etiológicas, pero más bien secundarias podemos citar la influencia del frío, los baños, las emociones, la fatiga intelectual moral y física y la vida miserable.

Mosny y Harning, han observado púrpuras, en tuberculosos, algunos de los cuales se le inyectaba tuberculina apareciendo después de la inyección; y Besaude dice que muchas veces merece el nombre de prodrómico porque permite descubrir un foco de tuberculosis incipiente.

Al efectuar la autopsia, las observaciones realizadas, nos han demostrado que las alteraciones hepáticas, representan un papel importantísimo en las hemorragias principalmente en su producción.

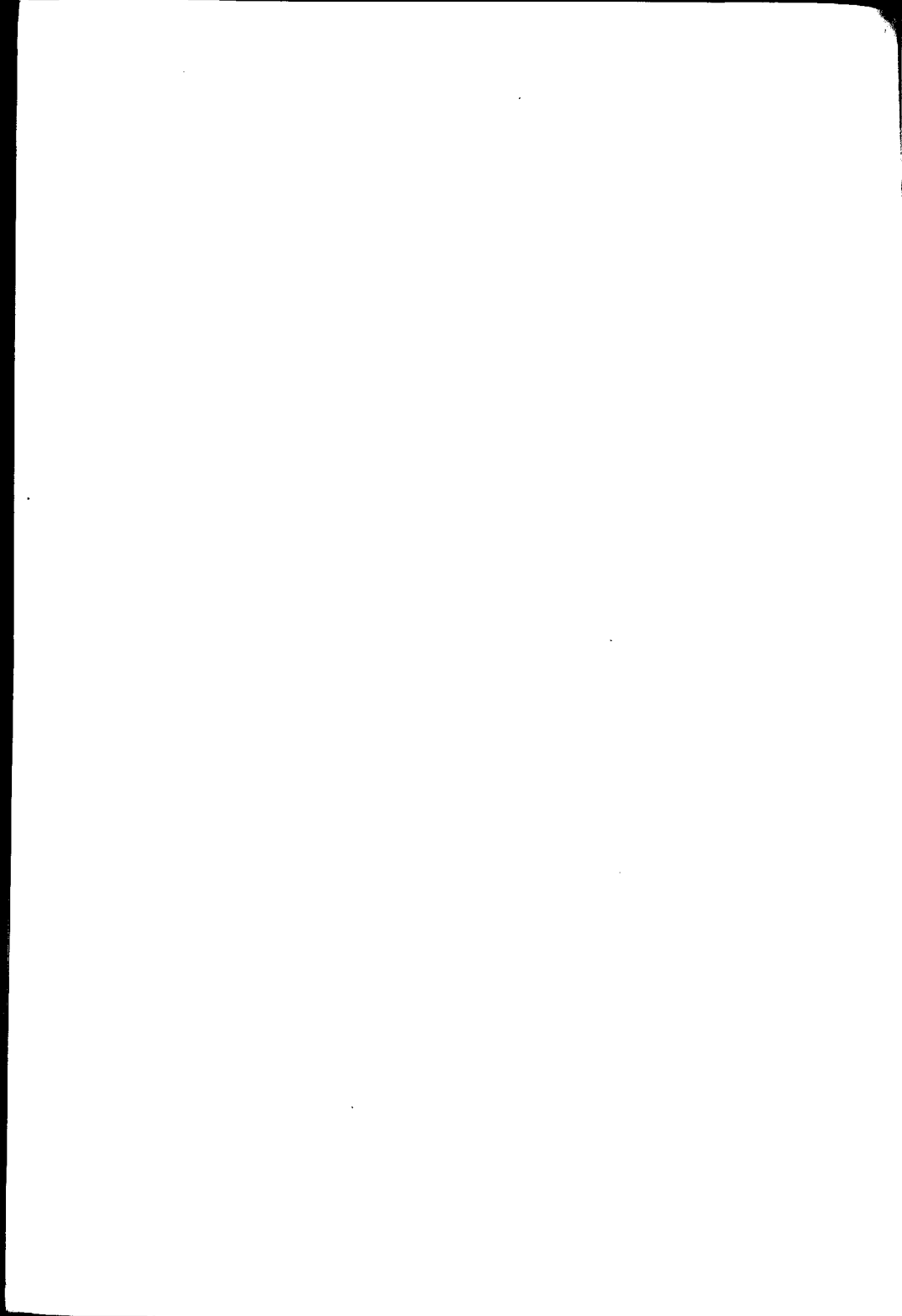
Los trastornos, que ya hemos dicho en otra

parte, de la glándula hepática, producen modificaciones químicas de la sangre, pues no pudiendo funcionar debidamente este órgano, disminuyen la coagulabilidad, dando lugar también a la formación de toxinas, que llegan a alterar las paredes de los capilares, y se paralizan los vasos-motores y se producen con facilidad los éxtasis sanguíneos.

Se ha observado que aun en los casos benignos existe la alteración hepática en los ataques de púrpura, pues según dice un autor, la prueba en la glicosuria alimenticia es casi siempre de resultados positivos.

También desempeñan un rol importante en la producción de la púrpura, las lesiones nerviosas centrales o periféricas. Si se observa su simetría, en algunos enfermos, su topografía radicular en otros, los dolores neurálgicos en los sitios donde se hallan las manchas petequiales o las equimosis nos demuestran que el sistema nervioso interviene en los fenómenos purpúricos.

Sin embargo, a pesar de las alteraciones nerviosas y las hepáticas o renales, debemos recordar que la púrpura es siempre el resultado de una infección o de una intoxicación, pues una de estas causas pueden producir una púrpura cualquiera, sin intervención de ninguna otra lesión.



## TRATAMIENTO

---

Respecto al tratamiento podemos establecer que debemos tener en cuenta la abundancia de las hemorragias, al peligro de supuración o gangrena, al estado del corazón, sistema nervioso y a la infección.

El tratamiento sintomático, consiste en dar a los enfermos, hemostáticos (percloruro de hierro, cloruro de calcio, ergotina, tanino, etc.), pero los resultados son inconstantes. Ultimamente se ha utilizado las propiedades vaso constrictoras de la adrenalina. En caso de púrpura infecciosa, se le ha dado al enfermo baños y quinina, se ha empleado el colargol en fricciones y en inyecciones endovenosas. Guñón ensayó en la púrpura reumatoide, el jugo de limón a altas dosis con buenos resultados, basándose, en un tratamiento de la enfermedad Barlow.

Además de la medicación sintomática puede recurrirse a la hidroterapia, tibia y fría, pero hay que tener en cuenta el estado del sistema nervioso y corazón. Según Marfan, esto facilita mucho la eliminación de las toxinas por el riñón.

El salicilato y el reposo, en las púrpuras reumatismales, pero hay que hacer un tratamiento sostenido y evitar las recaídas.

Reverdin aconseja el sulfato de soda a la dosis de 0.10 centigr. cada hora.

Las peptonas de Witte introducidas en la terapéuticas por Nolf y Herry, en inyecciones sub-cutáneas, cuyo objeto es aumentar la coagulabilidad de la sangre, por la abundante secreción de trombosi-na que provoca.

Navecour y Tixier que la han usado con éxito emplean:

Peptona Witte . . . . .	5 gramos
Cloruro de sodio . . . . .	0.50 centigramos
Água destilada . . . . .	100 gramos

La solución turbia en frío, se clarifica por la ebullición, con formación de copos se filtra en caliente y se esteriliza a 120 grados; el líquido debe ser claro.

Se emplea por vía sub-cutánea o rectal; por vía rectal se utiliza de 10 centímetros cúbicos en el niño, 20 centímetros cúbicos en el adulto. Solas son

ineficaces, es necesario acompañarlas con las subcutáneas.

Por la vía subcutánea Nolf inyecta dosis de 10 a 20 centímetros cúbicos, en niños de 6 a 8 años, y hace una o dos inyecciones.

Novocour y Nolf emplearon dosis de 6 a 7 centímetros cúbicos en niños de 8 a 10 años, disminuyendo enseguida la cantidad de 3 a 4 centímetros cúbicos, hacen inyecciones todos los días o día por medio; 3 o 4 inyecciones son suficientes.

Las altas dosis producen reacciones locales y generales que es necesario evitar.

Locales, tumefacción y dolores en el miembro de la inyección.

Reacción general: fiebre, escalofrío, cefalalgía, náuseas y eritema, son pasajeros y se debe seguir tratando al enfermo.

Estando favorecida la producción de manchas purpúricas por la estación bípida se recomendará a los enfermos el reposo en la cama.

Pero se deberá combatir sobre todo la causa de la púrpura sea moderando la intensidad de la infección, sea suprimiendo los orígenes de la intoxicación, o bien levantando las fuerzas de los enfermos caquéticos.



## OBSERVACIONES CLINICAS

### PRIMERA OBSERVACION

Sala 4 del Hospital de Niños

---

Nombre: Eulalia Suárez.

Edad: Siete años.

Entró: Enero 1 4de 1918.

Antecedentes hereditarios: Madre sana, no ha tenido abortos. Hijos vivos: cuatro, una murió al nacer por una presentación mala.

Padre: solo tiene adenitis bacilosa de los gánglios, no es ni alcoholista ni específico.

Antecedentes personales: Criada a pecho, ha tenido colitis, que curó perfectamente. Sarampión hace tres años.

Enfermedad actual: La niña empezó a enfermarse el día 11 con un poco de epistaxis, no muy acentuadas, pero a las 10 p. m. del mismo día, empezó a aumentar más y más, manchas purpúricas diseminadas en el cuerpo, con mayor intensidad en

las extremidades superiores e inferiores.

Estado general: Regular estado de nutrición, panículo adiposo escaso, buen esqueleto, piel pálida, cabeza, cuello y boca nada de anormal, aparato pulmonar normal, aparato cardíaco normal, abdomen tenso, bazo no se palpa, hígado tampoco.

Examen de laboratorio: orina normal: cuti y dermo-reacciones negativa.

Examen de sangre: Hemoglobina 50 o/o — Glóbulos rojos 2.200.000 — Glóbulos blancos 11.800 — Relac Globular e bl. x 186 — Valor Globular 1.13 — Retículo.....

Equilibrio leucocitario: Polinucleares: 49 o/o — Mononucleares 8 o/o — Linfocitos 43 o/o — Eosmófilos.....

Tratamiento: Reposo en cama, bebida con lactato de calcio e inyecciones de suero normal de caballo; como alimento café con leche, puré de papas, frutas cocidas y jugo de limón.

Se da de alta completamente curada en febrero 15 de 1918.

## SEGUNDA OBSERVACION CLINICA

Sala 4 del Hospital de Niños

---

Nombre: Angela Palumbo.

Edad: 2 años y medio.

Fecha de entrada: Julio 26 de 1918.

Antecedentes hereditarios: Padre: 52 años:

Madre: 40 años. Sanos.

Antecedentes personales: Criada al pecho los 15 meses, ha tenido sarampión hace un año; ha tenido también gastro-enteritis.

enfermedad con un poco de fiebre, teniendo una

Enfermedad actual: Hace 4 días comienza la gran cantidad de pústulas en el cuero cabelludo. Hace tres días tienen abundantes hemorragias por la nariz y boca; petequias hemorrágicas en todo el cuerpo. Sus equimosis generalizadas, manchas purpúricas en el abdomen, impétigo en el cuero cabelludo. Esqueleto normal. Nutrición regular, estado más bien bueno. Piel y mucosas pálidas con man-

chas purpúricas por todo su abdomen y extremidades. Gánglios en el cuello debido a su impétigo.

Cavidad bucal: Lengua muy saburral.

Abdomen: nada particular fuera de su purpura.

Hígado y bazo: No se palpan. Pulmones normales.

Corazón: auscultación: tonos acelerados.

Pulso: tenso regular, poco frecuente: 135 pulsaciones por minuto.

Sistema nervioso: normal.

Laboratorio:

Cuti y dermo reacciones negativas.

Reacción de Wassermann: Postura débil.

Examen de sangre: Hemoglobina: 50 o/o.

Glóbulos rojos: 3.040.000.

Glóbulos blancos: 17.200.

Poli nucleares: 64 o/o.

Mono nucleares: 50 o/o.

Linfocitos: 30 o/o.

Orina: Albúmina: 1 gramo 50.

Sedimento: gran cantidad de hematies.

Hemoglobina contiene: julu.

Julio 30:

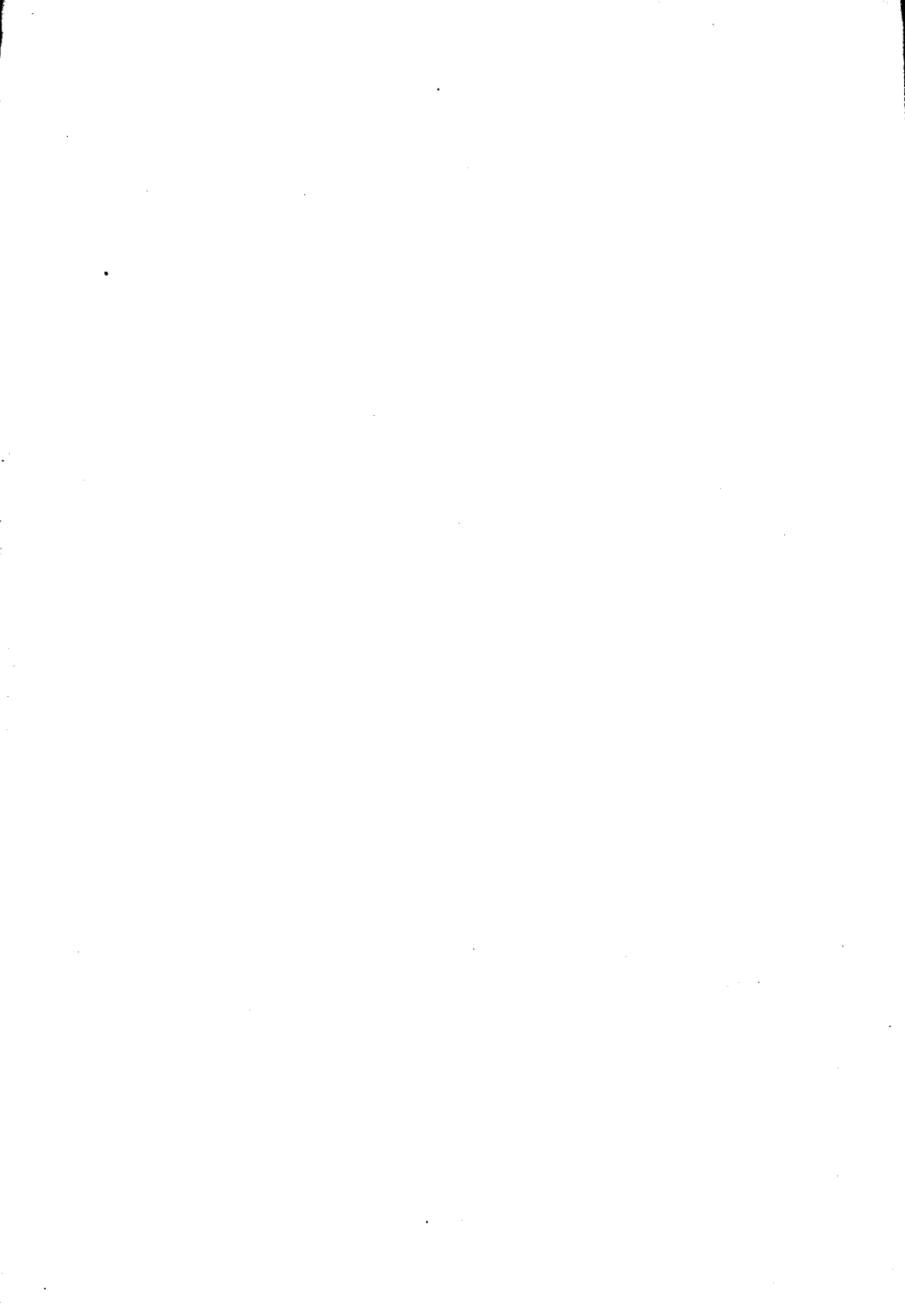
Orina normal. No hay ni albúmina, ni sangre ni hemoglobina. Sedimento normal.



### **TRATAMIENTO**

Reposo, purgante, dieta, cloruro de calcio en  
bebida.

Se da de alta Agosto 8 de 1918.



## **TERCERA OBSERVACION CLINICA**

### **Sala 3.a Hospital de Niños**

---

Edad: 12 años.

Nombre: Angélica Migoya.

Fecha de entrada: Setiembre 2 de 1918.

Antecedentes personales: Criada a pecho, ha tenido sarampión y erisipela.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Enfermedad actual: Comienzo notado por la familia hace 2 meses, con epistaxis frecuentes y abundantes, pequeña fiebre, equimosis localizadas principalmente en los miembros inferiores y flictenas en las manos y pies.

**Estado actual.** — Mal estado general; pálida, panículo adiposo escaso. No se palpan gánglios. Hígado y bazo normal, corazón y pulmones normales.

Laboratorio:

Wasserman: Negativo.

Orina: No hay insuficiencia hepática ni albúmina.

Sangre: Anemia alcucémica.

### **TRATAMIENTO**

Reposo en camá. Inyecciones de Peptona Witte. Bebida con cloruro de calcio y alimentos sencillos.

Se da de alta el 3 de octubre.

## **CUARTA OBSERVACION CLINICA**

**Sala 3.a Hospital de Niños**

---

Nombre: Angela Zabala.

Edad: 14 años.

Fecha de entrada: Mayo 6 de 1918.

Antecedentes personales: Criada a pecho hasta los 18 meses. Sarampión a los 6 años y tos convulsa a los 5.

Enfermedad actual: Empieza su enfermedad hace 4 años y medio, con epistaxis no muy abundantes. Manchas purpúricas y equimóticas diseminadas en los miembros superiores e inferiores.

Estado actual: Buen estado de nutrición. Esqueleto normal. Corazón y pulmones normal. Gánglios no se palpan.

Laboratorio:

Orina: no hay nada. Reacción de Wasserman: débilmente positiva.

Sangre: ligera anemia.

### **TRATAMIENTO**

Reposo: Dieta. Suero normal de caballo y peptona Witte. Bebida con cloruro de calcio.

Se da de alta Mayo 17 de 1918.

## BIBLIOGRAFIA

---

### **Autores consultados:**

- Acuña M. Revista sociedad médica. 1909.  
Archivos de Pediatría. Comby. 1911.  
Benedetti. Archivos M. Infant. 1904.  
Besancon y Labbe. Traité hematologie.  
De Elizalde Pedro. Revista del C. E. M.  
Filatow. Maladies de l'enfance.  
Grenet. These de París. 1905.  
Oyent. Maladie du sang. 1900.  
Hutinel. La semaine Medical. 1890.  
Hutinel. Traité Maladie d'enfance. 1900.  
Litten en Leyden Clempier. III tomo.  
Marfan en Grancher Comby y Marfan.  
Simón. Gazet des hosp. 1904.  
Zubizarreta Abel. La semana médica. B. A. 1910.

*Buenos Aires, Octubre 2 de 1918*

Nómbrese al señor Consejero Dr. Marcelo Viñas al profesor extraordinario Dr. Manuel A. Santos y al profesor suplente Dr. Genaro Sisto para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

A. GANDOLFO

*A F. Landivar*

*Buenos Aires, Octubre 23 de 1918*

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3512 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

ARCE.

F. G. RAMOS

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Defectos nutritivos y alteraciones de la sangre

*Marcelo Viñas*

II

El suero normal de animal en tratamiento de las enfermedades hemorragipara

*M. A. Santas*

III

Diagnóstico diferencial de las purpuras hemorrágicas.

*G. Sisto*

30394

