

# Historia de la pediatría en Canarias (1) La escarlatina en Tenerife en 1910

Víctor M. García Nieto

*"La escarlatina es a veces en algunas personas tan favorable y benigna que el paciente requiere sólo buenos cuidados generales; en otras es tan maligna que puede causarle la muerte en uno o dos días"*

*(Nils Rosen von Rosenstein, catedrático de la Universidad de Upsala; 1706-1773)*

*"La escarlatina no ama la laringe como si lo hace la difteria"*

*(Armand Trousseau; 1801-1867)*

Inauguramos con este artículo una nueva serie que esperamos que sea duradera. Pretende versar sobre diversos aspectos de la historia de la pediatría en Canarias. Con un propósito complementario hemos elaborado y editado en este número de la revista, un Índice de los títulos y referencias de los artículos publicados en Canarias Pediátrica durante el tiempo transcurrido entre los años 2008 y 2020, que están relacionados de algún modo con la historia de la pediatría en Canarias.

Inauguramos esta serie con una pequeña cartilla informativa escrita por el Dr. Diego Guigou y Costa (1861-1936) acerca del tratamiento, complicaciones y contagio de la escarlatina. Esta pequeña nota divulgativa fue solicitada por el Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife con motivo de la epidemia de la enfermedad que asoló la ciudad en 1910.

## Introducción

La escarlatina es una enfermedad de origen estreptocócico que ha vivido dos momentos muy distintos en cuanto a su evolución y consecuencias separados por la irrupción de los antibióticos y, en concreto, de la penicilina.

La enfermedad tiene un comienzo súbito con vómitos y un cuadro de angina estreptocócica con fiebre superior a los 38°C. La faringe está muy enrojecida. Después de 1 a 3 días, aparece el exantema consistente en numerosas maculas muy densas, de un "tamaño máximo como la cabeza de un alfiler"<sup>1</sup> que, primero, tienen un tono rosado y después se hacen muy rojas (figura 1). Las eflorescencias son ligeramente prominentes por tumefacción de los folículos cutáneos, por lo que la piel presenta

un tacto aterciopelado. Por lo general, no afecta el área alrededor de la boca (triángulo de Filatov). En los pliegues de la piel, especialmente en las axilas y en los codos, la erupción es de un rojo más intenso y se dispone de manera lineal (líneas de Pastia). En el periodo de acmé, algunas eflorescencias pueden desarrollar pequeñas vesículas llenas de un líquido claro, acuoso (miliaria escarlatinosa). Al tomar la medida de la presión con el esfigmomanómetro pueden aparecer lesiones petequiales

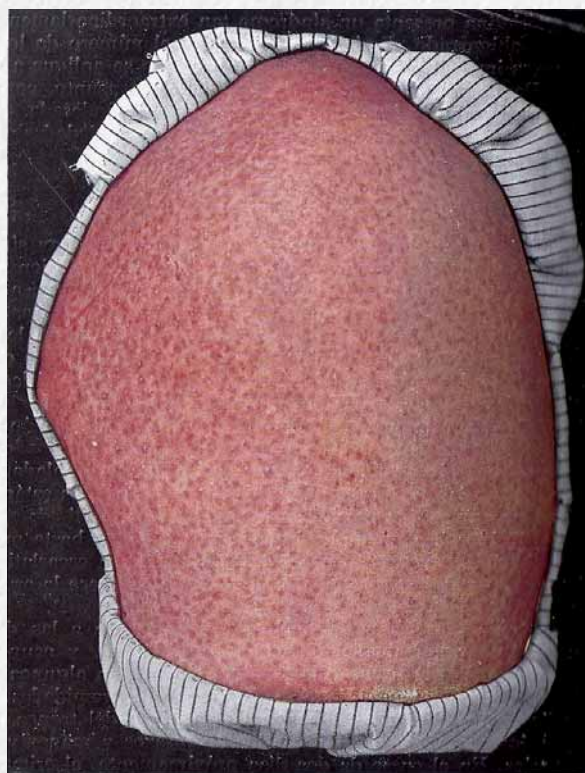


Figura 1. "Exantema escarlatinoso de la espalda que ofrece, en parte, la forma de escarlatina miliar. (Según un molde hecho por el Dr. Henning, en la Clínica pediátrica de Viena; profesor Pirquet)". Referencia 2, p. 676

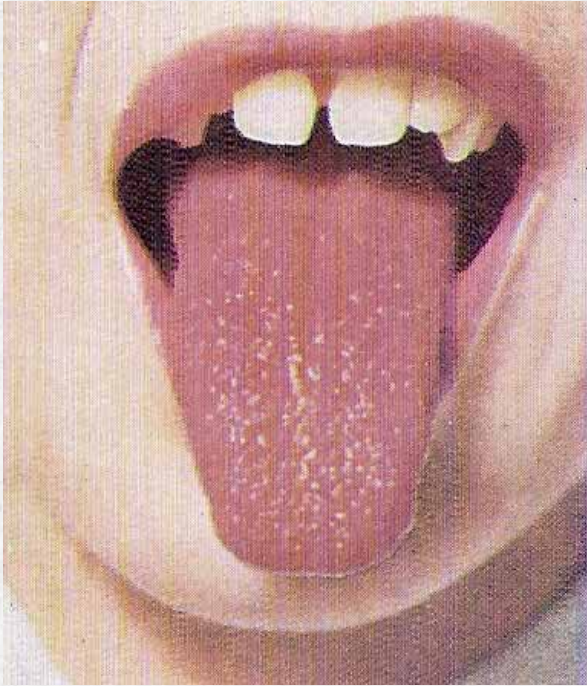


Figura 2. "Lengua escarlatinosa al quinto día de la enfermedad". Referencia 1, p. 556

en el sitio donde se colocó el brazalete (signo de Rumpell-Leede).

A partir del 2º o 3º días, se destacan nítidamente las papilas linguales sobre el fondo enrojecido de órgano (lengua de frambuesa) (figura 2)<sup>2</sup>.

Con respecto a la evolución, en algunos casos, al cabo de una semana, la fiebre desaparecía y se iniciaba un estado de convalecencia. En las epidemias se observaron, no obstante, casos malignos como la forma tóxica (escarlatina fulminante), las formas sépticas (angina necrótica) y la alteración tóxica del miocardio. Asimismo, se describieron complicaciones bacterianas como linfadenitis del cuello, linfadenitis mesentérica, otitis media, artritis purulenta e impétigo, especialmente de nariz... y la fiebre reumática<sup>1</sup>.

Con una frecuencia oscilante según las epidemias, hacia la 3ª o la 4ª semana se presentaba la temida glomerulonefritis aguda postinfecciosa.

#### **Breves instrucciones higiénicas para la escarlatina, redactadas por encargo del Excmo. Ayuntamiento**

"La escarlatina es en nuestro clima una enfermedad benigna si se la cuida bien; pero se hace traicionera y maligna si se

la atiende mal.

Su tratamiento higiénico descansa en cuatro condiciones esenciales, que son: leche, cama, aire puro y paciencia".

"PRIMERA. La alimentación exclusiva del escarlatinoso es la leche: todos los demás alimentos, especialmente el caldo, son en esta enfermedad **verdaderos venenos**, pues atacan á (sic) los riñones, produciendo su más frecuente y grave complicación.

En los casos normales el enfermo seguirá el siguiente régimen:

Primera y segunda semana: leche aguada con Vichy ó infusiones aromáticas, no siendo de café.

Tercera y cuarta semana: leche cocida con arroz entero ó molido, ó arrowroot (aro) (sic) ó tapioca, sémola etc., ó también harina lacteada con agua.

¡Permitido el azúcar! ¡Prohibida la sal! Desde la quinta semana pueden tomarse verduras cocidas, manteca de vaca, purés y huevos pasados por agua.

De la sexta semana en adelante se va gradualmente volviendo al régimen ordinario.

En los casos graves ó complicados, no hay ya más reglas fijas que las que indique el médico de asistencia".

"SEGUNDA. Todo enfermo de escarlatina, aunque no tenga fiebre, debe guardar cama de 24 á 30 días "

"TERCERA. El aire puro, dentro de la habitación es beneficioso para todo enfermo tenga lo que tenga. El temor á la ventilación es un absurdo; lo dañino son las atmosferas confinadas.

Los microbios no viven donde entran libremente el sol y el aire."

"CUARTA. ¡Paciencia! ¡Mucha paciencia! Los niños lloran por comer, piden levantarse, quieren golosinas; que na-

die caiga en la tentación de complacerles en estos peligrosos caprichos, antes de su debido tiempo. No impacientarse, que con habilidad se les convence. ¡Les va en ello la vida!

### COMPLICACIONES

Pueden ser varias, unas evitables y otras no.

Si la fiebre es muy alta, no hay que temer á los baños generales. Son salvadores, si los ordena el médico y se dan por personas entendidas .

En toda la enfermedad, préstese diaria atención á la orina, para que el médico la vea y analice, y ponga si es necesario los oportunos remedios....”

### CONTAGIO

"El microbio de la escarlatina vive en las flemas de la garganta, de la boca y de la nariz. No beséis á los niños ni permitáis que nadie bese á los vuestros, sanos ni enfermos. Hacerles limpieza de la boca y garganta, pero sin estregar fuerte sino con enjuagatorios y pinceladas muy suaves. Cuidad mucho de hervir y desinfectar los pañuelos, almohadas, sábanas y escupideras, manchadas por esas flemas, pero no queméis vuestras ropas, ni destrocéis vuestros muebles, ni vuestras habitaciones, que la destrucción y el incendio son prácticas pasadas á la historia.

Mucha agua caliente, mucha limpieza, mucha ventilación y algún aislamiento. Esto es todo.

Aislando al enfermo en una habitación, aún dentro de la misma casa, puede evitarse el contagio, pero de todos modos sabed, que el testimonio de todos los más

notables médicos del mundo está conforme con la siguiente afirmación:

Es imposible detener una epidemia de **Sarampión ó de Escarlatina** cuando invade á una población solo puede disminuirse el número de casos, y sobre todo mermar su gravedad evitando las complicaciones”.

Abril 3 1910 - D. Guigou

## Comentarios

La bacteria causante de la escarlatina es el *Streptococcus pyogenes* o estreptococo beta hemolítico del grupo A. El exantema se produce como resultado de una reactividad cutánea de tipo retardado a la exotoxina pirogénica (toxina eritrogénica, generalmente de los tipos A, B o C) producida por el microorganismo. Klein sugirió la etiología estreptocócica en 1887. Dos años antes se había detectado el estreptococo “sin el bacilo de Loeffler” en diez y ocho casos de la enfermedad en el Servicio de Antoine Marfan<sup>3</sup>. Durante varios decenios se aisló el estreptococo de las gargantas de los pacientes con la enfermedad pero muchos autores creían que se trataba de contaminaciones<sup>2,4</sup>. Fueron definitivos los trabajos de George y Gladys Dick en 1923 que demostraron que la escarlatina es una enfermedad focal de la garganta causada por un tipo particular de estreptococo hemolítico productor de una toxina soluble, cuya absorción es la que causa las manifestaciones generales de la enfermedad<sup>5</sup>. Los Dick, mediante filtración de cultivos de estreptococos, obtuvieron una toxina estéril que inocularon a caballos, con lo que obtuvieron un suero antitóxico<sup>6,7</sup> (figura 3). En España los doctores Mejías prepararon una antitoxina escarlatinosa purificada<sup>5</sup>. La llegada de las sulfamidias y, luego, de la

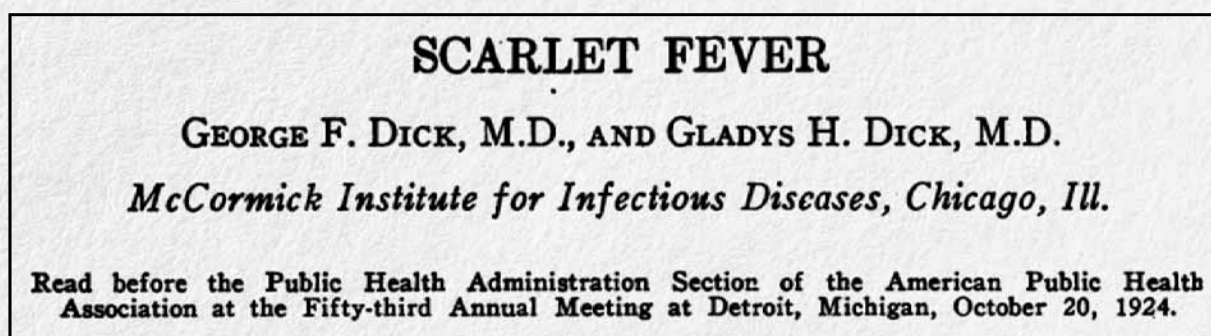


Figura 3. Portada del artículo firmado por George y Gladys Dick en el que se mencionaba el descubrimiento de la toxina estreptocócica<sup>6</sup>

penicilina, supuso una gran mejoría en el pronóstico de la enfermedad con lo que revirtió la mortalidad desde un 10-20% a alrededor del 0,5%<sup>1</sup>. Es llamativo que en los años 40 y 50 se dedicara muy poca atención en publicaciones pediátricas españolas a la escarlatina<sup>8</sup>. Es probable que este hecho se deba a que la morbimortalidad por escarlatina era reducida en comparación con la norteamericana, por lo que médicos españoles como González-Álvarez del Hospital del Niño Jesús de Madrid, se planteaban la indicación adecuada del suero antitóxico (no exento de reacciones), ya que mayoría de los casos se curaban con las reglas dietético-higiénicas<sup>5</sup>.

## Epílogo

Puede ser extraño para la mentalidad actual comprender las normas dietéticas recomendadas por el Dr. Guigou, especialmente la dieta casi exclusivamente láctea durante el primer mes de evolución de la enfermedad. Por supuesto que en 1910 no existían antibióticos ni la antitoxina. Lo que si podemos afirmar es que Don Diego estaba al corriente de lo que se publicaba en España y en el extranjero, especialmente, en la literatura francesa. Muestra de lo que afirmo es que poseía un broncoscopio que utilizó con maestría solo dos años después de escribir la cartilla sobre la escarlatina, en una niña portadora de un cuerpo extraño bronquial<sup>9</sup>.

En efecto, Jules Comby escribió en su libro: "Permitiendo sistemáticamente el régimen lácteo durante 20 días a todos los escarlatinosos del hospital, he podido evitar la albuminuria; yo no tengo que tratar otras nefritis escarlatinosas que las de los niños cuidados en sus casas y sometidos á una alimentación común antes de entrar en el hospital"<sup>4</sup>. En las primeras décadas del pasado siglo, algunos pediatras alemanes seguían recomendando la permanencia en cama durante tres o cuatro semanas aunque creían que "esta conducta apenas puede contribuir en grado alguno a que deje de producirse la nefritis"<sup>2</sup>. E. Feer en 1924 opinaba "que la dieta láctea pura, recomendada para las tres o cuatro semanas primeras, es incapaz de evitar la aparición de la nefritis en un grado apreciable. Así, se ve aparecer la nefritis grave en niños que han permanecido constantemente en cama, y a quienes se ha sometido a una

dieta láctea rigurosa, y, en cambio, esta complicación deja de producirse en muchos otros, que, al cabo de tres o cuatro días, han salido ya al aire libre"<sup>2</sup>.

## Bibliografía

1. Wahlquist B. Enfermedades infecciosas. En: Tratado de pediatría, ed. esp. Fanconi G, Wallgren A, eds. Madrid: Ed Morata 1971, pp. 535-621
2. Feer E. Enfermedades infecciosas agudas. En: Tratado de enfermedades de los niños, ed. esp. Feer E, ed. Barcelona: Manuel Marín ed. 1924, pp. 663-836
3. Marfan A, Apert E. La escarlatina en el Hospital de "Enfants-Malades" en 1895. Soc Méd Hôp, 6 mayo 1896
4. Comby J. Escarlatina. En: Tratado de las enfermedades de la infancia, 5ª ed, ed. esp. Barcelona: Salvat ed. 1907, pp. 84-94
5. Martínez Campos L. Escarlatina. "La segunda enfermedad". En: Algunos aspectos de infectología pediátrica en el pasado. Cuadernos de Historia de la Pediatría Española núm. 12. Madrid: AEP 2016, pp. 31-39
6. Dick GF, Dick GH. Scarlet fever. Am J Public Health (N Y) 1924; 14:1022-1028
7. Dick GF, Dick GH. The etiology of scarlet fever. JAMA 1924; 82:301-302
8. Zafra Anta M, García Nieto VM. Las nuevas publicaciones pediátricas de los años 40. En: La pediatría española en la postguerra. Cuadernos de Historia de la Pediatría Española núm. 18. Madrid: AEP, pp. 45-63
9. Guigou y Costa D. Un caso de broncoscopia. Revista de Medicina y Cirugía Prácticas 1912; 36:441-447. Reproducido en Can Pediatr 2012; 36:13-15