

## Las fiebres postsarampionosas \*

Por el Dr. MANUEL ESCONTRIA

En mis trabajos de turno de los años de 37 y 38, en esta Academia, me ocupé de los estados febriles postescarlatinosos que pude ver con motivo de la epidemia de escarlatina de los años 36 y 37.

El tema que hoy presento a la Academia, forma con el anterior y con otros que tengo en preparación, una unidad; pues el conjunto de ellos contendrá lo que me ha sido dable observar en el ejercicio de la profesión en ese tan trillado y a veces tan mal conocido campo de las fiebres eruptivas. Ese conjunto podría titularlo "Más allá de la Patología", porque en los textos forzosamente sólo se pueden describir las enfermedades "tipos" y sus variantes más frecuentes; queda para el nunca agotado campo de la clínica toda la inmensa variedad, toda la gama infinita de aspectos que un mismo padecimiento presenta y, lo que es más, todo lo que después de ese padecimiento, ya sea por sí mismo o por lo que él favoreció que ocurriera, puede presentarse como secuela en el organismo humano que lo padeció.

El sarampión, enfermedad microbiana, trasmisible, es junto con la varicela y, en pasados tiempos antes de la difusión de la vacuna Jenneriana y la viruela, una de las tres enfermedades más frecuentes porque prácticamente no hay ser humano que sea inmune a él y en edad variable (por diversas circunstancias), pero todos lo han padecido o lo padecerán. Para la escarlatina, la difteria y la coqueluche (por no citar sino los tres padecimientos que siendo universales y de todos los climas siguen en frecuencia al sarampión), siempre se encuentra un por ciento muy considerable de inmunes naturales que variando de una región a otra ha podido estimarse en un 30%, mientras que para el sarampión, la varicela o la viruela no hay inmunes salvo en los tres primeros meses de la vida.

Resulta el sarampión una enfermedad frecuentísima y, aunque su declaración es obligatoria, las estadísticas de Salubridad son las más erróneas para juzgar su frecuencia, no tan sólo porque los médicos no siempre den el aviso, sino porque en un sin número de

\* Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 21 de mayo de 1941.

casos la familia trata al enfermo y no ocupa al médico por pensar que se trata de un padecimiento muy benigno, con el que puede uno contentarse con aplicar el tratamiento preconizado por Carpio poeta y médico, pero más poeta que médico, que condensaba el tratamiento diciendo: "y si es un sarampión: acetato y al rincón".

Erróneas y todo van las cifras que Salubridad puede proporcionar en los años de 37 a 39 para dar una idea de su frecuencia en la ciudad de México. De los años de 35 a 36 no había un solo dato. Presento también un cuadro de defunciones del 35 al 39 proporcionado en el Departamento de Salubridad:

## C A S O S

	1935	1936	1937	1938	1939	TOTAL
Difteria	?	?	549	413	497	1459
Escarlatina	?	?	1373	230	219	1822
Sarampión	?	?	2552	1974	2706	7232
Tos ferina	?	?	4241	2879	1593	8713
Varicela	?	?	919	1193	628	2740
Viruela	?	?	292	128	66	486

## D E F U N C I O N E S

	1935	1936	1937	1938	1939	TOTAL
Difteria	114	121	141	150	119	645
Escarlatina	8	158	26	5	7	204
Sarampión	488	291	336	238	471	1824
Tos ferina	45	158	245	148	135	731
Varicela	0	0	0	0	0	0
Viruela	272	33	46	15	6	372

En el cuadro primero vemos que en los años de 37, 38 y 39 la tos ferina da un total de casos registrados en la ciudad de México por el Departamento de Salubridad, de 8713, contra 7232 de sarampión. Es que la tos ferina, enfermedad larga y que permite al niño estar fuera de la casa, es denunciada no sólo por el médico, sino por los vecinos atemorizados; y en cambio el sarampión en multitud de casos no se registran en Salubridad los enfermos y esto comprueba lo que antes

decía de lo falso que sería sacar tantos por ciento de estos datos estadísticos.

En cambio, en el segundo cuadro, proporcionado por la sección de demografía en relación con el Registro Civil, pueden haber escapado algunos casos por haberse asentado con certificados de defunción de diagnósticos erróneos de buena o mala fe, pero seguramente esto es de modo excepcional; ahí, en ese cuadro, vemos la no benignidad del sarampión, puesto que en cinco años (de 1935 a 1939) en la ciudad de México fallecieron 1824 niños por el sarampión, contra 1952 defunciones ocasionadas por tos ferina, escarlatina, viruela y difteria reunidas.

A muchas consideraciones se prestaría el estudio de los cuadros anteriores, mas esto me apartaría del tema que voy a desarrollar. Como antes decía, la mayoría de las madres creen que el sarampión es una enfermedad muy benigna y eso motiva que o no llamen a ningún médico o lo ocupen sólo para el primero en enfermarse; a los demás hermanos que caen posteriormente les apliquen el mismo tratamiento que al primero, y que si hay un médico de familia sea a él y no a un pediatra a quien ocupan, salvo cuando la marcha de la enfermedad o sus secuelas se salen de lo normal.

Todo médico medianamente instruido desconfía de esa pretendida benignidad.

No es extraño pues que a los pediatras les toque ver un por ciento alto de sarampiones graves en el curso mismo de la enfermedad o secuelas de importancia. Si no se quiere caer en grandes errores no puede referirse a tantos por ciento lo que en el cultivo de esta especialidad asentaran proporciones, que si son exactas en lo que a sus observaciones personales toca, no pueden ser generalizadas para el total de casos de esta enfermedad.

Para poder clasificar como fiebres postsarampionosas los estados de pirexia consecutivos al sarampión hay necesidad de señalar un límite máximo al curso febril de este mal; para ello creo que no debe partirse del principio del mal sino del momento de la aparición del exantema; si es cierto que en la mayoría de los casos normales medios de sarampión no son sino tres días de fiebre después de que empezó a brotar el exantema, no hay ningún inconveniente (por la frecuencia con que ocurre) que se pueda alargarlos por cinco días, más allá de

los cuales ya se trata de una fiebre postsarampionosa. Tal será el criterio que normará mi conducta en el trabajo que presento.

Hay dos formas de esta pirexia: una en la que la temperatura vuelve a ascender después de un período variable de haber sido normal y aun subnormal: y en otras ocasiones en que sin defervescencia o con ella, pero sin período apirético, la fiebre continúa ya con un ascenso brusco, acentuado o sin ese gancho de ascenso en la curva térmica.

En la enumeración que presentaré se irá haciendo en las diversas causas mención de estos dos tipos de fiebre postsarampionosa, siendo de advertir que en muchos casos la existencia o ausencia del período apirético puede servir para orientar en el diagnóstico.

De una manera esquemática pueden agruparse las fiebres postsarampionosas en tres grupos que quedarían formados así:

I.—Enfermedades concomitantes o intercurrentes en el sarampión.

II.—La infección sarampionosa misma sin que exista una localización ostensible y pudiendo calificarse de septicemia sarampionosa.

III.—Localizaciones francas y ostensibles del germen que por ende podemos designarlas seguramente como las complicaciones propiamente dichas del sarampión.

#### I.—Enfermedades intercurrentes o concomitantes

En el estudio de las fiebres postescarlatinosas que tuve el gusto de leer en esta Academia y al que en diversas ocasiones me seguiré refiriendo por el paralelismo de los temas, hacía notar cómo es forzoso en clínica, como en no importa qué disciplina mental, tender a la simplicidad y no buscar lo excepcional, sino que conviene siempre pensar primero en lo habitual sin por ello dejar descartado en lo absoluto de nuestro pensamiento aquello que es menos frecuente.

En la marcha de un padecimiento, si se presenta alguna anormalidad, es muy lógico y razonable que ese cambio que observamos se atribuya y se marque como causado por algo que esté en el padecimiento mismo y, sin embargo, con harta frecuencia no está ahí la causa del cambio observado. Teniendo en cuenta que entre el período de incubación y la evolución del mal transcurre un tiempo aproximado de tres semanas, resultará de ello que, para que aparezca la

fiebre postsarampionosa, se tratará más que de una enfermedad intercurrente, de una enfermedad que es concomitante pero que, ostensible o no, ya está atacando el organismo desde antes de la contaminación por sarampión.

En 687 enfermos de sarampión que tengo anotados en los años de 35 a 39, hubo 48 que presentaron fiebre postsarampionosa divididos en: uno por paperas, en que no hubo dificultad ninguna en saber la causa de la fiebre porque una semana antes de la iniciación del sarampión, un hermano había tenido orejones y exactamente a los 21 días de él y cuando el sarampionoso llevaba ya una semana de apirexia, se presentó la fiebre y la parotiditis bilateral dolorosa hizo su aparición.

En tres enfermos fué una infección colibacilar la causa de la fiebre, siendo que en dos ya existía un síndrome entero-renal febril desde antes del sarampión y al concluir el período normal de fiebre de éste, siguió habiendo fiebre sin período intermediario apirético, siendo bien marcados los signos de colibacilemia que ya existía; solamente en un enfermo la colibacilosis presentaba un síndrome disenteriforme y el examen de las evacuaciones reveló la naturaleza colibacilar del padecimiento febril.

Quedan 44 en los que la tuberculosis fué el origen de la fiebre postsarampionosa y de los cuales voy a ocuparme. En ese total se encuentran 28 casos en los que antes del sarampión habían existido manifestaciones diagnosticadas tuberculosas: 16 con adenitis, 4 de otitis, 6 con brotes pulmonares evolutivos anteriores y 2 que contrajeron el sarampión cuando tenían un brote evolutivo tuberculoso. En todos estos 28 casos, terminado el sarampión, continuó la fiebre sin período apirético, haciéndose ostensible en todos ellos la infección bacilar, especialmente en los dos enfermos que contrajeron el sarampión en pleno brote evolutivo tuberculoso, evolucionando de ahí en adelante como granulias de marcha rapidísima y de terminación fatal. De los otros 26 casos de este grupo de 28, hubo diez que presentaron el cuadro de córtico-pleuritis (forma clínica tan frecuente de la tuberculosis en los niños) y 3 fallecieron, a más de uno de los que habían tenido una otitis de larga duración, en quien de nuevo se manifestaron signos del oído medio y que una semana más tarde tenía una invasión a las meninges, terminando fatalmente.

En todos ellos, lo mismo en los que tuvieron una terminación

fatal, que en los que llegaron a tener un alivio aparente de su bacilosis, fué marcadísimo el adelgazamiento que presentaron durante su fiebre postsarampionosa (en estos casos bacilar) y muy lenta la recuperación de la salud aparente.

En los otros 16 casos en que no había antecedentes claros de bacilosis, 6 presentaron una adenitis febril de marcha tórpida, 9 hubo con signos pulmonares agudos (dos de los cuales murieron) y hubo uno con síndrome meníngeo que también falleció.

Solamente en dos de estos 16 enfermos se presentó un período de apirexia intermedio entre el sarampión y su fiebre postsarampionosa bacilar; en todos ellos como en el primer grupo de 28 hubo un adelgazamiento rápido y muy acentuado, recuperación muy lenta, y en casi todos una anorexia desesperante.

Cuando hay antecedentes bacilares claros y la continuación de la fiebre sin período de apirexia se presenta en quien acaba de pasar un sarampión, la ausencia de una localización de las que me ocuparé en el tercer grupo (complicaciones del sarampión) permitirán con cierta rapidez hacer el diagnóstico. No tan fácil será cuando no se tienen antecedentes claros de contaminación tuberculosa; entonces la falta de período apirético (sólo existió en dos sobre 44), el adelgazamiento rápido, la inapetencia casi absoluta y, en algunos casos, la aparición de signos tuberculosos pulmonares, ganglionares, óticos o meníngeos harán el diagnóstico.

No entraré en detalles de tratamiento porque éste quedará subordinado a la numerosa gama de formas que presente la localización del bacilo de Koch, pero sí insisto en que en todos los casos debe de hacerse todo lo posible por una alimentación abundante, variada y rica en vitaminas, especialmente la B.

¿Qué razón de orden biológica existe para que la bacilosis adquiera esa preponderancia en presencia de la infección sarampionosa? La respuesta nos la da el estudio de la reacción de Von Pirquet en el sarampión y su convalecencia.

Los estudios llevados a cabo por León Bernard y por todos sus colaboradores en la obra Granchet, llevaron a la conclusión de que de cada 100 niños que antes del sarampión presentaban una cuti positiva sin que tuviesen una manifestación clara de bacilosis, en 98 la reacción se volvió negativa durante la fiebre eruptiva de que me ocupo y en 84% persistió negativa durante seis

semanas después de concluido el sarampión. Los estudios de Feer y el mismo Von Pirquet de la escuela austríaca, los de Morquio y colaboradores en Montevideo dieron idéntico resultado. Es pues una anergia típica provocada por el germen del sarampión.

## II. Por la misma infección sarampionosa.

Con ausencia de una franca localización visceral, ótica o en los ganglios (aunque éstos en general están crecidos pero son indoloros y sin que se marque tendencia a que supuren) y con una **persistencia marcada del exantema** que con frecuencia en vez de apagarse del tercero al quinto día de brotado, subsiste y subsiste cambiando de color hacia un tono violáceo, es como se presenta esta fiebre postsarampionosa.

Señalando como límite 5 días después de brotado el exantema para que el enfermo esté apirético, la existencia de fiebre (que no sea debida a lo que señalé en el primer grupo y tampoco a lo que se mencionará en el tercer grupo) es causada por la infección sarampionosa misma, y podría llamársele sarampión prolongado o, mejor aún, septicemia sarampionosa.

Al cabo de 5 días del brote del exantema, la fiebre en estos casos continúa, habiendo habido o no una defervescencia sin llegar a la normal, y a pesar de la declinación de la faringo-bronquitis y catarro óculo-nasal, el exantema se marchita, toma un tinte violáceo.

En este grupo puede haber disminución de la fiebre al tercer día de brote, pero no hay apirexia, sino que sin transición la calentura continúa por un tiempo variable.

En 24 de mis 687 casos de sarampión ocurrió como vengo describiendo y la fiebre se sostuvo un tiempo variable (según lo que tardó en aplicarse el procedimiento terapéutico de que en seguida haré mención); al segundo o tercer día de implantado ese tratamiento la fiebre tenía grandes oscilaciones y concluyó al cabo de 7 a 10 días, sin que en ese tiempo hubiera discordancia entre el estado general del enfermo y la importancia de la fiebre; el exantema fué apagándose paralelamente al descenso de la calentura.

El hecho de persistir el exantema, la declinación del estado

catarral brónquico, faríngeo y óculo-nasal y la ausencia de todo otro signo visceral permiten hacer el diagnóstico.

Muy de tomarse en cuenta en estas condiciones para no caer en grave error, es que a poco que se prolonga la fiebre y el enfermo es puesto a una dieta de atoles y, con mayor razón, si se le suministra purgante o enemas, aparece una diarrea a la que la familia y muchas veces los médicos atribuyen el mal, clasificándolo de "infección intestinal, colitis" o cualquier otro rubro semejante; diarrea y fiebre desaparecerán al hacerse el tratamiento adecuado, dando una alimentación amplia y bien balanceada de grasas, hidrocarbonados y proteínas.

Empleando el suero de sangre de convaleciente de sarampión (con más de una semana de apirexia) o en su defecto sangre del padre o de la madre o sangre de placenta en inyección diaria de 5 c.c. (cualquiera que sea la edad del paciente), se ve mejorar al enfermo a las 48 ó 72 horas y siempre en menos de una semana se ve la terminación de la fiebre.

### III.—Por localizaciones del germen mismo del sarampión o sus acompañantes habituales (estreptococos, estafilococos)

Tócame en este tercer grupo, interesante por todos conceptos y lleno de variedades (al grado de que cada observador puede presentar cuadros y tantos por ciento de lo más variables), estudiar aquellos casos en que terminado el plazo normal de la fiebre del sarampión, continuó habiendo una pirexia y cuya causa no está comprendida en los dos primeros grupos.

En el grupo que estudió de 687 enfermos, hay 120 que tienen este tipo de fiebre postsarampionosa, proporción altísima pero muy fácilmente explicable por las razones que con anterioridad expuse de que, ni al pediatra y muchas veces ni al médico general, les toca observar miles de sarampiones benignos o normales.

De los 120 enfermos, en 49 la causa de la fiebre era una bronconeumonía (acompañada de otitis uní o bilateral en 36 de ellos); 42 veces era una otitis supurada media o bilateral (no incluyo en esta cifra las otitis que se presentaron a la vez que había bronconeumonía); 12 veces fueron adenitis de las que 5 terminaron por supuración; 3 veces fué un noma la causa de la fiebre; 3 veces pio-



dermitis (sin que se presentaran en el curso de otitis o bronconeumonías); en 3 veces fué una pleuritis (todas ellas unilaterales); 2 veces meningitis no tuberculosa; en 1, mielitis ascendente; en 1, mielitis transversal; en 3, encefalitis (con hemiplejia); y en 1, encefalitis difusa.

Brevemente analizaré estos casos, examinándolos en el orden de frecuencia que me fué dable observar.

**Bronconeumonías.**—Desde los tiempos más remotos y no sólo sabido por los médicos, sino como conocimiento popular, está ya establecida la noción de que rara vez el sarampión mata por sí mismo y que las defunciones que ocasiona son debidas principalmente a las complicaciones, entre las cuales la más frecuente y la más grave es la bronconeumonía. En los 49 casos que he mencionado, por los menos en 30 de ellos los fenómenos broncopulmonares pudieron observarse desde el período de estado; en 13 probablemente apareció en esa época y solamente en 6 veces la complicación se presentó después de la evolución del sarampión, habiendo en esos 6 casos habido un período apirético que varió de 2 a 5 días.

Cuando la bronconeumonía se presenta en el curso del sarampión, a los signos ordinarios de bronquitis difusa y que llega a los bronquios medios, se añaden los signos de auscultación (más que los de percusión) que marcan la invasión del parenquima pulmonar; pero más que esto que no siempre es fácil observar en su principio, lo que orienta al diagnóstico es una **hiperpirexia brusca acompañada de disnea muy intensa**. Cuando la bronconeumonía viene después de un período apirético, la ascensión térmica coincide con la aparición de los fenómenos broncopulmonares. Con una frecuencia grande la bronconeumonía está acompañada de otitis (36 sobre 49 veces) y las piodermitis son frecuentísimas; es que la localización pulmonar, como la ótica, como la cutánea, no son en estos casos sino los signos de una septicemia en que el germen del sarampión y sus asociados (estrepto y estafilococos) manifiestan su presencia en esos sitios u órganos; pero de hecho el organismo entero sufre un ataque, y si se habla de bronconeumonía y no se mencionan otros órganos como riñón o cápsulas supra-renales o hígado, etc., es porque la importancia y gravedad de la bronconeumonía domina sobre todo lo demás.

De todas las fiebres postsarampionosas, seguramente ésta es

la de diagnóstico más fácil dada la riqueza e intensidad de los síntomas que la caracterizan.

No hay obra de pediatría ni hay médico que se dedique a esta especialidad, que no se haya ocupado de la bronconeumonía en el sarampión, por lo que citar autores y textos sería interminable; pero todos están de acuerdo en que si hay facilidad para el diagnóstico, no acontece lo propio para el tratamiento; la balneación caliente, los estímulos cardíacos, siguen ocupando un lugar importante; no así el uso de sueros y vacunas antibronco-neumónicas polivalentes, que en la mayoría de los casos son ineficaces. Con la introducción de las sulfanilamidas parece mejorarse el pronóstico de esta terrible complicación, pero no puede uno estar autorizado aún para dar un fallo absoluto. Es sobre todo el tratamiento **preventivo** el que debe de implantarse y divulgarse. A más de los cuidados estrictos de las cavidades bucal y nasofaríngea en todo sarampionoso, importa evitar la acumulación de enfermos de este mal, pues bien sabido es que la bronconeumonía sarampionosa es sobre todo frecuente en los casos en que se encuentran reunidos varios pacientes (familias numerosas, salas en común en el hospital, casas de cuna, etc.)

**Otitis medias.**—Siguen y quizá en muchas ocasiones anteceden en frecuencia a la bronconeumonía. Son 42 los casos por mí anotados en el grupo que estudio, sin contar las 39 veces en que vi otitis a la vez que bronconeumonías; 30 veces fué bilateral y 12 unilateral; en 15 ocasiones apareció en el curso mismo del sarampión y en 30 fué después de que la fiebre había terminado.

Es casi regla que se inicie con otalgia intensa y que si es en el curso del sarampión sube más la fiebre y si ya no existía calentura, vuelva a presentarse al mismo tiempo que el dolor; estos dos signos son casi siempre tan ostensibles, que el diagnóstico se impone

Sólo en 8 casos de los 42, no terminó por supuración; en 34 sí la hubo.

La paracentesis del tímpano debe de hacerse con más precocidad que en la mayoría de las otitis medias supuradas agudas ordinarias; esta urgencia tiene su analogía con lo que en igual circunstancia sucede en la escarlatina.

La desinfección cuidadosa y metódica de la nariz con solución

de argirol solo o con efedrina es la base del tratamiento preventivo de la otitis.

**Adenitis.**—Existe siempre un crecimiento de los ganglios linfáticos tanto del cuello como de axilas e ingles en el curso del sarampión. Los 12 casos que cito es porque **en todos ellos la fiebre se prolongó**, no había signo de localización en pulmón, etc., y sí, en cambio, los ganglios estaban crecidos y dolorosos y a veces muy dolorosos.

La medicación antiptiógena con o sin choque y los cuidados escrupulosos de la nasofaringe y de la boca, constituyen el tratamiento, mientras no es un adenoflemón; si ya el ganglio supuró, la abertura y canalización serán el camino que deba de seguirse.

**Piodermitis.**—Tengo anotadas tres observaciones en que ésta fué la causa de la prolongación de la fiebre después del sarampión. Sólo tomo en cuenta para dar ese número, cuando la infección de la dermis con formación de pústulas esparcidas ampliamente en los tegumentos no estaba acompañando a una otitis o a una bronconeumonía.

En los tres casos la fiebre desapareció para presentarse de nuevo coincidiendo con la aparición de los elementos supurados de la piel. Por lo general la fiebre no es alta; el tratamiento local con una anilina (azul o mejor violeta de metilo) y una vacuna antiestafilocócica de aplicación local, son suficientes. El tratamiento preventivo consiste en el aseo de la piel, la desinfección de la cavidad nasal e impedir todo lo posible la contaminación de la piel por los dedos introducidos en la nariz o la boca.

**Noma.**—Tres veces he visto esta gangrena presentarse después del sarampión. Es al final del padecimiento, en todas mis observaciones, cuando a una subida brusca de temperatura acompaña la aparición de la estomatitis gangrenosa que se inicia en la mucosa gígilal al principio y en 48 horas aparece en el carrillo, en los labios o en la comisura labial.

La secreción bucal muy abundante, rápidamente llegando a ser fétida, de una fetidez de cadáver; el tinte **plomizo** de la piel de la cara, la infiltración edematosa de esa misma piel, adenitis del cuello de crecimiento rápido, muy dura la consistencia del o de los ganglios del cuello; todo es de tal modo aparatoso que, aun antes del examen directo de la cavidad bucal, ya el diagnóstico se

impone. Dos de mis pacientes sanaron y uno falleció. Todos los cuidados de antisepsia bucal, aplicación de suero antigangrenoso y de un arsenobenzol, fracasan de ordinario. La aplicación local de luz ultravioleta vi que fué de modo franco favorable en dos. Fué hecha en sesiones de cinco minutos dos veces al día y a 50 centímetros de distancia entre la boca y la lámpara de cuarzo.

La técnica seguida en estos casos fué la preconizada por Jean Said en las aplicaciones de luz ultravioleta a corta distancia y para cavidades, sin uso de concentrador.

Todos los cuidados de aseo de la boca, sobre todo si existen piezas cariadas o hay una estomatitis anterior al sarampión, son el modo más natural de tratar de prevenir esta espantosa complicación.

**Pleuritis.**—Son 3 mis observaciones; todas ellas unilaterales; en las tres hubo signos broncopulmonares bien perceptibles, antes de que pudiese diagnosticarse el derrame pleural purulento. Por tanto, la prolongación del periodo febril después del sarampión tuvo por origen las lesiones del parenquima pulmonar; la formación de un derrame pleural (cuando la bronconeumonía ya parecía ceder) no hizo sino exacerbar la fiebre, cambiándola al tipo remitente de grandes oscilaciones.

**Localizaciones en centros nerviosos.**—Llego después de este largo recorrido de las complicaciones del sarampión a ocuparme de los casos en que la prolongación de la fiebre es debida a una localización en los centros nerviosos o sus envolturas. Naturalmente que en este caso, al hablarse de meningitis, no podemos jamás asegurar que las meninges y sólo ellas y no su contenido son las afectadas, sino que predominan de tal modo los signos meníngeos sobre los encefálicos o los medulares, que mencionamos sobre todo al continente, haciendo caso omiso del contenido, como cuando se habla de una pleuresía sin mencionar al pulmón.

Las complicaciones nerviosas del sarampión sin duda alguna son las que con menos frecuencia y menos prolijamente se enumeran o describen en los tratados clásicos y aun en la literatura médica de revistas o sociedades. Es sólo a partir de unos 20 años a la fecha cuando la mención de ellas va siendo más frecuente y tal ocurre lo mismo en la literatura médica de los países centrales que de los de occidente u oriente de Europa, de las Islas

Británicas, como de nuestro Continente, tanto en su parte norte como sur. ¿Es que en realidad son más frecuentes hoy día que antes estas complicaciones? ¿Se debe su mayor abundancia a que el estudio de los enfermos se haga hoy más completo que antes, a que la difusión es mayor por las revistas en la actualidad y esto hace que muchos observadores acudan con su nuevo caudal a engrosar las observaciones? Son preguntas difíciles de responder; como también lo es querer dejar sentado como un principio el que el ignorado germen del sarampión adquiera propiedades neurotropas en determinadas circunstancias, o que sea la asociación de un germen neurotrofo con el sarampión el causante de estas complicaciones o bien que lo sean gérmenes que siempre están en nuestras cavidades bucofarínegas y que con condiciones de anergia producida por el sarampión puedan ser los invasores de los centros nerviosos o sus envolturas.

Es difícil aceptar que el virus que ocasiona el exantema sea el mismo que afecta los centros nerviosos, porque de ser así, las complicaciones nerviosas del sarampión serían muchísimo más frecuentes y deberían observarse sobre todo durante el período de estado y no en la convalecencia, como casi siempre ocurre en todas las observaciones publicadas; todavía, como un último argumento, el hecho de que no es consecutivamente a los sarampiones graves cuando estas complicaciones se observan sino después de un sarampión normal y muchas veces aun benigno. A título de hipótesis podría decirse que un virus neurotrofo ignorado que existe como saprofito, gracias al estado de anergia producido por el sarampión, consigue abrirse paso hasta los centros nerviosos y nada extraño sería que cerebro y médula sensibilizados por el virus sarampionoso, sean fácil presa del virus neurotrofo; todo lo cual no sería sino un nuevo capítulo sobre las ectodermosis y los ultravirus, unos con afinidad neurotrofa y otros con afinidad dermatrofa, que obrarían en una especie de simbiosis.

Dicho todo lo anterior como un anhelo de querer encontrar un por qué a estas complicaciones, principiarié mencionando las

**Meningitis.**—Son dos casos los observados por mí. Quedan naturalmente descartados de modo absoluto aquellas invasiones meníngeas de origen fímico, que están señaladas anteriormente al tratar de tuberculosis, y las que se presentaron en el curso de

una otitis media supurada aguda, pudiendo (a falta de datos en contra) atribuir el cuadro meníngeo al virus sarampionoso. En uno de mis enfermos, después de dos días de apirexia, hubo una elevación térmica brusca que llegó a 40 a las 4 horas; en las primeras 12 horas rigidez de nuca, estrabismo, vómitos, desigualdad pupilar, signo de Koernig y raya meníngea. A las 18 horas de principiar el mal se hizo punción lumbar, extrayéndose 5 c.c. de líquido turbio que dió 0.90 de albúmina y 95% de linfocitos. Después de la punción disminuyó la rigidez de la nuca y desapareció el estrabismo, quedando vómitos, fiebre alta, signo de Koernig y constipación. A los 4 días principió a descender la fiebre a menos de 39 y cesaron los vómitos; en una semana todo había desaparecido. Este enfermo fué tratado con 5 c.c. diarios de sangre de la madre, punción raquídea (5 días seguidos) en que se extrajeron en total 43 centímetros cúbicos que fué dejando de ser turbio a medida que fueron pasando los días. En el otro enfermo (niño de dos años), después de un día de temperatura normal, subida brusca de temperatura a 39.5 y estado comatoso; hubo rigidez de la nuca, convulsiones tónicas y vómitos. El líquido céfalo-raquídeo era francamente purulento con 87% de polinucleares. El coma duró 4 días y en 10 días sanó completamente. Se le trató igual que al anterior, más envolturas húmedas cada 5 horas.

Llama la atención la benignidad del pronóstico; así ocurrió también en los casos comunicados por Decheneau, Lemiére, Larroche y Quioc, Hutinel (hijo) y Dufourt.

En todas las observaciones se anota la brusquedad de la aparición de la fiebre y del cuadro meníngeo, y en todos los casos descritos por los autores franceses hubo una apirexia que duró de un día a una semana, antes de principiar la fiebre meníngea.

**Mielitis.**—Seguramente que cuando hablamos de mielitis, como cuando el síndrome lo catalogamos de meningitis, el mal y sus lesiones no están limitados ya sea a la médula o en los otros casos a las meninges; pero predomina de tal manera la sintomatología correspondiente a esa parte del sistema nervioso o de su envoltura, que pasan inadvertidos (por poco marcados) los signos que dependen de otra localización del mal.

En uno de mis enfermos de 4 años de edad, después de dos días sin fiebre, subió la temperatura a 39 y lo primero que se hizo ostensible al cabo de 24 horas de fiebre fué una falsa incontinencia de orina, pues lo que había era una parálisis de la vejiga. En esas condiciones principié yo a verlo; al explorar encontré una parálisis flácida completa de ambos miembros inferiores, con abolición completa de los reflejos y de la sensibilidad; antes de 24 horas había parálisis dorsal y signos de insuficiencia respiratoria por parálisis de los músculos de la respiración; un día después moría el niño con signos de parálisis bulbar. Fué una mielitis ascendente, en la que el líquido céfalo-raquídeo era purulento, con 490 elementos figurados por c.c. y 1.75 de albúmina.

El otro enfermo fué un caso de mielitis transversa con parálisis de ambos miembros inferiores, que apareció junto con la fiebre a los 3 días de apirexia del sarampión. Duró 5 días el ascenso térmico, la parálisis fué disminuyendo con bastante rapidez y sólo quedó una marcha atáxica que paulatinamente fué mejorando para llegar a desaparecer a los dos meses.

En todas las mielitis transversas descritas por diferentes autores franceses y alemanes y reunidas en una monografía hecha por Dufour de Lyon, el resultado final fué favorable; pero en las mielitis ascendentes señaladas en ese mismo artículo, sobre 10 descritas hay 3 mortales correspondientes a observaciones de Oelnitz, Egler y Wolhill.

Tan aparatosa sintomatología como es la de las mielitis, permite desde luego en todos los casos hacer el diagnóstico del motivo de la fiebre postsarampionosa.

**Encefalitis.**—Constituyen una de las complicaciones nerviosas del sarampión más frecuentemente descritas en todos los países. Las variedades clínicas son numerosas de modo que es difícil describir un cuadro clínico general. Casi todos los autores las señalan apareciendo al final del sarampión y sobre todo en la convalecencia. Esta aparición casi siempre tardía, precisamente en un sujeto que está en vías de inmunización, es un fenómeno notable y por eso cabe siempre duda de si es el virus mismo del sarampión el causante de esta complicación. Los tres casos que se presentaron en el grupo que estudio fueron de forma hemiplé-

jica; en dos de ellos radicaba el mal en el hemisferio izquierdo, por lo que en ambos hubo afasia; en el del hemisferio derecho quedó comprendido el tercer par. En los tres que ya estaban sin fiebre se presentó ésta de nuevo, acompañada de gran excitación y delirio, y dentro de las 24 horas ya era ostensible la parálisis. Todas fueron benignas; antes de 3 semanas los movimientos se habían recuperado y sólo en uno de los enfermos quedó una paresia de los extensores y falta de vigor en los músculos de la eminencia Tenard. La benignidad por mí observada corre parejas con lo descrito por Raymond, Bonara, Morquio, Finkelstein, Variot, Munser, Dufour, Hanoser, Neal y Operbaum.

La aparición de la parálisis casi en seguida de la fiebre, da el diagnóstico. En observaciones de otros autores hay descrita la forma apoplética; el estado comatoso, que dura varios días, termina en casi todas las veces fatalmente. A mí no me ha tocado ver esa forma.

El tratamiento que he seguido ha consistido en balneación caliente (39 grados) breve y repetida tres veces al día, hielo a la cabeza, desinfección de nariz y boca y garganta e inyecciones de urotropina (septicemina).

La faradización no he tenido que usarla; sólo me he concretado a masajes y movilización después de dos semanas sin fiebre.

**Encefalomielitis difusa.**—Con una observación de este síndrome concluye mi ya larga enumeración. Era un niño de 6 años en quien el sarampión evolucionó normalmente y que sólo tuvo de especial la aparición de una tosis palpebral derecha en el final de la enfermedad. Después de tres días de apirexia, en los que la tosis fué más acentuada, se presentó una fiebre moderada (la temperatura más alta fué de 38.8). El niño se mostraba indolente, falta de fuerzas aun para los movimientos más insignificantes, no podía incorporarse en la cama; se presentó nistagmus, temblor casi continuo de sus extremidades, sobre todo las superiores; había asinergia y adiadococinesia, la palabra lenta y abolición de los reflejos tendinosos; al quinto día hubo incontinencia de orina, crisis de asfíxia y taquicardia y, después de dos días de este cuadro tan serio, fué mejorando el enfermo, al cabo de dos semanas recuperando la salud. La misma marcha favorable se encuentra en



las observaciones de Sheppers, Bregman, Guinon, Catalá, Moricheaux, Frey y Rameix.

Quedan enumeradas las causas de prolongación de la fiebre después del sarampión. Ni pretendo que son las únicas que puede haber ni que la proporción en que se presentaron en mis enfermos sea siempre igual. Bástame señalar lo observado por mí y unir esas observaciones a lo que otros muchos autores han visto.

### Comentario al trabajo del Dr. Manuel Escontría \*

Por el Dr. ALFONSO G. ALARCON

El Dr. Manuel Escontría es el tipo del clínico especializado, valioso en las artes de aplicación médica. Clínico afanoso, observador, pensador y erudito.

Nada me obliga a prodigarle este elogio, que es sólo la exposición de una verdad científica. Somos amigos, colegas, cultivadores de la pediatría y la puericultura; lo que diga yo en esta nota breve, lo dicta un sencillo y espontáneo deseo de que la lectura de hoy reciba la atención de ser comentada por un miembro de la sección respectiva.

El sarampión es una de las enfermedades infecciosas, epidémicas, que ofrecen caracteres clínicos y epidemiológicos precisos. Se presta, por lo tanto, para el estudio de las leyes que rigen a las enfermedades infectocontagiosas. Su diagnóstico es generalmente exacto, porque tiene dos bases inmovibles: el exantema típico y el genio epidémico.

Lo corroboran elementos bien conocidos: Koplik, catarro óculo-nasal, traqueítis, etc.

Se puede prever, en la generalidad de los casos, la evolución del ataque. La cronología de sus síntomas y la topografía de la erupción siguen una marcha definida.

Es fácil, por lo tanto, sorprender un caso atípico, una excepción a las reglas generales.

A estas anomalías es a lo que se refiere el Dr. Escontría en el estudio que nos acaba de leer. Esta contribución significa la

\* Leído en la sesión del 21 de marzo de 1941.

preocupación del clínico por los tropiezos que en materia de sarampión ha encontrado en la práctica; y las denuncia con buen juicio, las clasifica y define para que se incluyan en la nosología del padecimiento infantil.

La nota es irreprochable: exacta, concreta y redonda.

Tres posibilidades distingue el autor en esto de las "fiebres post-sarampionosas": estado anérgico, procesos concomitantes y persistencia prolongada de la infección.

El poder anergizante del sarampión es una verdad primera en patología.

A la salida de la inocente y habitual enfermedad infantil, esperan la tuberculosis, el estreptococo y el estafilococo, la bronconeumonía, la neumonía, los bacilos disentéricos, etc. Con razón la vieja nosología llamaba al calvario clínico post-sarampionoso, "fiebres de salida"; con razón también, se prescribía aquella dieta tradicional de los cuarenta días, que era el horror de nuestros abuelos.

Los procesos patológicos coetáneos acontecen por coincidencia, independientemente del sarampión. Constituyen las verdaderas complicaciones de la enfermedad, porque se suman al ataque infeccioso y son contingencias por paralelismo. Su presencia no es característica del sarampión.

El grupo más importante de los consignados por el Dr. Escontría es el que denomina "sarampión prolongado" es decir, el caso frecuente de que el proceso no termine como lo anuncia la clínica normal, sino que persisten sus síntomas, se reencuentran en plazos más o menos largos y parecen denunciar la presencia del agente infeccioso.

Digo que la contingencia es importante porque representa un estado particular cuya naturaleza conviene definir.

He presenciado el siguiente caso: una niña de 4 años es atacada de sarampión, que sigue evolución normal hasta la apirexia al 4o. día. Dos días más tarde, sube bruscamente la temperatura; las máculas ya pálidas y violáceas del exantema, vuelven a enrojecer; y el proceso toma de nuevo los caracteres del primer día de la erupción. A los dos días cedió el cuadro y curó la enfermedad sin consecuencias.

Lo que me pareció digno de recordarse es que no se trató en

el caso, de un nuevo brote, sino del reavivamiento del que se había extinguido, al menos en apariencia.

Otro caso también curioso: se presenta a mi consulta una señora, llevándome un niño de 3 años atacado de sarampión. Le expreso el diagnóstico y entonces ella me objeta con la pregunta de si el sarampión repite.

Como tengo la convicción de que la inmunidad para esta enfermedad es firme e indefinida, me atrevo a decirle que probablemente el sarampión anterior, sufrido por el niño, tal vez no haya sido tal enfermedad, sino un error de diagnóstico, porque en esta vez es perfectamente seguro que se trata de un sarampión en el segundo día del período de erupción.

Insiste la señora en su afirmación y me admira que lo haga con tanta seguridad hasta el punto de asegurarme que el ataque anterior había sido de sarampión. Como yo inquiriera detalles, llegamos al fin al hecho de que había sido yo mismo quien había hecho el primer diagnóstico. El argumento fué decisivo y tuve que rendirme ante el peso de mis propias armas, confesando haberme equivocado en el primero de los diagnósticos.

¿Quién quita que mi error se haya debido a un ataque de rubéola tomado en el caso anterior por sarampión? Pero ¿quién puede objetar que no se trató en el segundo caso de un fenómeno como los mencionados por el Dr. Escontría, de que la persistencia indefinida de la infección haya alcanzado tales proporciones de duración como un año?

Por eso me parece de lo más importante definir esta clase de fenómenos ya analizados por Miliam bajo el concepto del biotropismo.

Biotropismo es, según el autor citado, el fenómeno biológico consistente en la presencia indefinida en el organismo, después de un primer ataque, de infecciones al estado latente, dispuestas a presentarse de nuevo en sus caracteres propios si hay un motivo anergizante traumático, tóxico, infeccioso y aún emocional. Miliam explica con esta concepción los hechos de eritemas morbiliformes o escarlatiniformes al tiempo y como consecuencia de una inyección de Salvarsán, de un accidente o de otra infección.

Se han tomado siempre por síntomas tóxicos o reacciones alérgicas; pero hay pruebas suficientes para asegurar que tales

hechos son de otra naturaleza. El líquido extraído de las flictenas del zona que sobreviene como consecuencia de una aplicación arsenical, produce en la córnea del conejo una queratitis infecciosa.

El fenómeno es frecuente, mucho más frecuente de lo que generalmente se cree; es probable que muchas reacciones ostensibles en la existencia animal tengan en este mecanismo biológico la explicación de su extraña presencia.

Si en el caso que cito en primer lugar pudo reanimarse una infección unos cuantos días después de extinguirse sus manifestaciones, es posible que a la larga pueda suceder el mismo fenómeno. En esto consiste el biotropismo, condición en la que se ve la realidad de la persistencia indefinida de la infección infantil.

Las fiebres post-sarampionosas serían, según esto, la exaltación de infecciones latentes, sea el sarampión mismo, sea otras infecciones cuya existencia ha pasado necesariamente inadvertida y que reaparecen con motivo de que el factor anergizante por excelencia, modifica el terreno y da oportunidad a que se produzcan los síntomas inexplicables pero frecuentes a que se refiere el Dr. Escontría.

La contribución clínica que hemos recibido en esta vez, nos coloca en la posibilidad de esperar en el proceso del sarampión, la aparición de estados de prolongación infecciosa o de complicaciones como la encefalitis post-sarampionosa, que no debemos atribuir a la virulencia del germen sino al desequilibrio biológico a que el sarampión conduce al organismo, desmintiendo, como lo piensa el Dr. Escontría, el concepto general de que el sarampión es benigno.

La malignidad que durante las epidemias puede observarse y que frecuentemente es de terminación fatal, es, por lo tanto, un atributo orgánico con el que debe contarse siempre.

Por esta contribución interesante que nos ilustra respecto de hechos calificados de esenciales, idiopáticos o inexplicables, y por la exposición magistral de los fenómenos, me permito felicitar a nuestro estimable compañero y amigo.