

Sarampión y Rubeola

POR EL DR. JULIAN ARCE

Profesor de Medicina Tropical en la Facultad de Medicina

En el año que acaba de terminar, se han observado en esta capital, además del recrudecimiento epidémico de la gripe, que no alcanzó felizmente las proporciones considerables que tuvo el año anterior (1918), una epidemia de sarampión y otra de rubeola, que se han desarrollado simultáneamente. Vamos a exponer, con tal motivo, algunas consideraciones sobre estas dos últimas enfermedades, cuya diferenciación clínica es, en muchos casos, muy difícil y no pocas veces imposible.

Pero, como al comenzar estas líneas hemos nombrado a la gripe, vale la pena que digamos, que continúan presentándose, con cierta frecuencia, casos no solo puros y por ende benignos de dicha infección, sino también complicados, septicémicos y violentos, de marcha fatal, como hemos tenido ocasión de ver hace pocos días (6-8 de febrero) en nuestra sala del hospital «Dos de Mayo», en un enfermo que presentó la *cianosis heliotropo*, descrita por algunos observadores en la influenza septicémica, con determinaciones broncopulmonares (1).

Diagnosticar el sarampión durante su desarrollo epidémico en los niños no inmunes, no es, sin duda, difícil, pero no sucede lo mismo cuando reina, al mismo tiempo, en la localidad, la rubeola, afectando tanto a los que ya sufrieron antes el sarampión, como a los que no lo han sufrido todavía. Tal es el caso de Lima. Es cierto, que aún en esas condiciones, la identificación clínica del sarampión y de la rubeola, en los casos típicos, no presenta dificultades, pero,

(1) A. ABRAHAMS, N. HALLOWS and H. FRENCH. *A further investigation into influenza-pneumococcal and influenza-streptococcal septicaemia.*—«The Lancet». 1919. Vol. I. pág. 1.

como al lado de dichos casos típicos, hay formas múltiples y variadas, que aproximan ambas enfermedades hasta confundirlas en manifestaciones sintomáticas idénticas, el diagnóstico carece entonces de elementos diferenciales seguros y su incertidumbre es mayor, todavía, si faltan datos anamnésticos precisos respecto del sarampión. De aquí, que los reglamentos sanitarios ingleses consideren desde 1915, no sólo el sarampión sino también la rubeola, entre las enfermedades cuya declaración es obligatoria.

Ultimamente, se han señalado dos medios auxiliares para distinguir dichas dolencias eruptivas, durante la evolución del exantema. Me refiero a la prueba de la ventosa y a la determinación de la fórmula leucocitaria. En efecto, D'OELSNITZ, (1) desde 1914 se ha esforzado por encontrar un procedimiento de identificación precoz de los exantemas, en los casos dudosos, que fuese más preciso y más comparable, que los procedimientos basados en la irritación del tegumento, dando la preferencia a «una prueba mecánica». Después de haber tentado, sin éxito, realizar esta prueba mecánica, por medio de la presión o el plegamiento prolongado de la piel, «hemos pensado, dice ese observador, en utilizar la acción aspirante de una ventosa sobre el tegumento sospechoso: la prueba o procedimiento de la ventosa nos ha parecido, desde entonces, reunir las ventajas que buscábamos». Empleada con resultados satisfactorios en el período pre-eruptivo del sarampión, lo ha sido, asimismo, con buen éxito, durante el período eruptivo, no sólo para el diagnóstico confirmatorio, sino también para el diferencial. «Así, dice D'OELSNITZ, hemos podido distinguir ciertos eritemas toxi-alimenticios morbiliformes, en los cuales el resultado fué negativo; hemos observado erupciones de manchas rosadas lenticulares confluentes, que no reaccionan a esta prueba; y sobre todo, hemos encontrado en el procedimiento de la ventosa un medio de distinguir el exantema de la rubeola de ciertas erupciones morbiliosas confluentes (algunas observaciones de M. GODLEWSKI vienen en apoyo de nuestras primeras comprobaciones a este respecto). Sobre la erupción de la rubeola, la ventosa no nos ha dado, habitualmente, ninguna acentuación regional del exantema. Este puede ser en nuestro concepto, un medio más de distinción entre esa fiebre eruptiva y el sarampión y la escarlatina, según los casos» En la erupción sarampionosa, la ventosa «refuerza la imagen eruptiva por una acentuación congestiva y aún equimótica del exantema, persistiendo aquella largo tiempo bajo la forma de trazas pigmentadas que fijan más tarde el aspecto de la erupción ya

(1) M. D'OELSNITZ. *L'épreuve de la ventouse dans les fièvres eruptives; sa valeur sémiologique.* «La Presse Médicale» 1919-pág. 268.

borrada, como una reliquia local que puede servir, útilmente, al diagnóstico retrospectivo de la afección».

LESIEUR y JACQUET (1), estudiando las modificaciones de la fórmula sanguínea durante la evolución del sarampión y la rubeola, en el adulto, han llegado a comprobar ciertos hechos que, si se confirman, pueden tener gran valor práctico. En efecto, esos investigadores han examinado la sangre de 10 sujetos sarampionosos y 15 rubeólicos, escalonados en un período epidémico de siete meses más o menos. «Hemos tenido el cuidado, dicen, de escoger casos netos, de mediana intensidad y no complicados, de ambas enfermedades. Para caracterizar la rubeola, nos hemos basado en la existencia de adenopatías numerosas y netas, en la ausencia o atenuación extrema del catarro óculo-nasal y, sobre todo, en la ausencia de malestar premonitorio, habiendo caído enfermos los individuos al mismo tiempo que aparecía el exantema. Este último hecho, sobre todo, nos parece característico, porque no se vé casi, mayormente, sarampiones, por ligeros que sean, cuyo período de invasión trascorra enteramente inadvertido. La noción de epidemicidad no nos ha dado casi indicaciones, pues las dos enfermedades han estado en los casos presentes habitualmente confundidas».

«Nos ha parecido, de una manera general, que la fórmula leucocitaria del sarampión, en el período de exantema, es una fórmula banal de *polinucleosis infecciosa*; en la rubeola, por el contrario, la reacción es más bien del tipo *linfoide*, constituido por el predominio de los mononucleares, hecho que podía preverse, desde luego, por la hiperplasia linfoide generalizada, bajo la forma de adenopatías múltiples, habitual en esta enfermedad».

Analizando esos autores las diferentes numeraciones leucocitarias que habían practicado, obtienen las siguientes cifras: *sarampión*, 5 casos de 9, con *polinucleosis*. 2 casos con equilibrio normal y 2 con *mononucleosis* ligera; *rubeola*, 11 casos de 15, con *mononucleosis* neta, 2 con equilibrio normal y 2 con *polinucleosis*. «El aumento de la cifra de los mononucleares, agregan, comprobado en la rubeola, corresponde, sobre todo, a las *formas medianas*. Los mononucleares medianos predominan, en efecto, en las láminas y constituyen casi los dos tercios de la cifra total de mononucleares».

«Entre estos elementos existen siempre en número apreciable, *formas jóvenes* de mononucleares, caracterizadas por su protoplasma oscuro, netamente basófilo, que rodea el núcleo grueso, pálido y redondeado, según el tipo de los leucocitos incompletamente elabora-

(1) CH. LESIEUR et PAUL JACQUET.—*De quelques faits concernant la rubéole: réactions sanguine et ganglionnaire.* «La Presse Médicale» 1919-pág. 292.

dos. Estos elementos atestiguan, en nuestra opinión, la existencia de una hiperactividad leucogenética del tejido linfoide; se trataría, pues, en estos casos, de mononucleosis verdadera por hipergénesis y no de una mononucleosis ficticia por caída momentánea de la tasa de los polinucleares. Hemos encontrado, además, en una lámina, un mielocito neutrófilo, pero no normoblastos, ni ningún otro elemento de la serie mielógena».

«Si de otro lado se considera las fechas de la enfermedad en que se han practicado esos exámenes, se constata que es *hacia el 3er. día* después del principio del exantema, que la mononucleosis es más constante y más acentuada. Ahora bien, es precisamente al 3er. día según nuestras observaciones, que las adenopatías rubeólicas están en su *máximum*; las reacciones linfoides de la sangre y de los tejidos ganglionares, parecen pues paralelas».

«Otro hecho particular que revelan nuestros exámenes, es la abundancia anormal en la rubeola, de *polinucleares basófilos con granulaciones metacromáticas* (labrocitos de Blanchard)... Tres veces hemos encontrados estos elementos el quinto día de la enfermedad. Hay, pues, una *matzellen-leucocitosis* lijera y bastante particular del *principio de la convalecencia* y que nos parece digna de retener la atención».

«Buscando, sistemáticamente, las *adenopatías* en un gran número de enfermos, hemos hecho algunas comprobaciones: es así que la adenopatía occipital, que se ha dado como uno de los buenos signos de la rubeola, nos ha parecido muy inconstante y ausente en la mitad de los casos, más o menos. Mucho más frecuentes son las adenopatías inguinales y axilares, que, por su situación misma, son evidentemente menos características. Por el contrario, la adenopatía *supra-epitrocleana* nos ha parecido casi constante y constituye, para nosotros, un signo de gran valor. Se sabe, en efecto, cuan raramente perceptible es este ganglio en el estado normal; se le sentía claramente, en un lado o en el otro o en los dos a la vez, en casi todos nuestros enfermos y su búsqueda, a nuestro parecer, no debe ser jamás descuidada cuando se sospecha la rubeola».

«Parece, pues, en resumen, y contrariamente a otras aserciones, que se puede oponer, en cierta medida, la fórmula hematológica del sarampión a la de la rubeola, al menos durante el exantema, caracterizándose el primero por una leucocitosis polinuclear banal, la segunda, al contrario, por una leucocitosis mononuclear, sobre todo de las formas medianas, en relación con el impulso ganglionar concomitante, acompañándose además, frecuentemente, con una *matzellen-leucocitosis* al principio de la convalecencia».

«¿Estas distinciones son absolutas y podrían servir corrientemente al diagnóstico diferencial de las dos enfermedades? No lo creemos, por nuestra parte. Entre el sarampión y una rubeola morbiliforme, se recurrirá, prácticamente, para esclarecer el diagnóstico, a las adenopatías—sobre todo occipital y supra-epitrocleana,—al polimorfismo frecuente de la erupción rubeólica, a la ausencia o poca intensidad del catarro óculo-nasal y, sobre todo, a la ausencia de malestar y de fiebre durante los días que preceden al exantema. Con la escarlatina, al contrario, el exámen de la sangre podría prestar servicios, dada la polinucleosis, muy franca y bien conocida, de esta última enfermedad».

De los dos medios auxiliares a que se refieren las interesantes contribuciones que acabamos de transcribir, en sus partes más esenciales, la prueba de la ventosa parece tener, según D'OELSITZ, valor práctico definido, en el diagnóstico diferencial del sarampión y la rubeola, especialmente cuando esta última se presenta con fisonomía clínica ambigua. LESTEUR y JACQUET, por su parte, creen en la utilidad del exámen de la sangre para diferenciar la rubeola de la escarlatina, pero no del sarampión, y asignan gran importancia diagnóstica a las adenopatías y a la ausencia de síntomas precursores del exantema para identificar la rubeola. Ahora bien, vamos a ver si en el terreno de la práctica, es posible, aún con los medios auxiliares apuntados, llegar a un diagnóstico firme, en los numerosos casos dudosos que nos ofrece la clínica. Para el efecto, describiremos tres casos que hemos tenido ocasión de observar en las últimas semanas, de los cuales el primero es un ejemplar típico de rubeola, el segundo es un caso de muy dudoso carácter y el tercero, sin ser típico como el primero, es, sin embargo, fácilmente diferenciable.

1.º La señora N.N., de 52 años de edad, blanca, casada, multipara, sufrió durante su infancia de sarampión intenso y, con excepción de varios ataques de angina y de manifestaciones reumáticas subagudas que en los últimos años se han repetido con frecuencia, ha gozado siempre de buena salud, dirigiendo su hogar con celo y actividad constantes. Menopausia hacia los 48 años, con los trastornos inherentes a ese período crítico.

En los últimos días de diciembre próximo pasado, advirtió una mañana al despertar, cierto dolor en la nuca y en ambos lados del cuello, que se acentuaba con los movimientos. No le dió importancia, atribuyéndolo a una probable mala posición de la cabeza en la almohada durante el sueño. Pero, al siguiente día (el 28 o 29), notó, con sorpresa, que el dolor era debido a que se habían inflamado y crecido los ganglios de la nuca y de las regiones laterales del cuello, sin experimentar, por lo demás, ninguna otra molestia general o local, ni

fiebre, ni disminución del apetito, ni, en fin, desmedro de sus actividades habituales.

El 31, pude comprobar, en efecto, el aumento considerable de volumen de los ganglios occipitales y el infarto, en menor grado, de la cadena ganglionar que bordea el esterno-cleido-mastoideo, con sensibilidad tan esquisita en todos, que la enferma no permitía la palpación, aún lijera de dichos órganos. El 1.º de enero, apareció la explicación tácita del fenómeno, bajo la forma de un exantema rubeólico en la cara, especialmente alrededor de la boca, en las mejillas y en la nariz. Los ojos estaban intensamente inyectados, tanto el globo como los párpados, acusando la enferma, como única molestia, sensación de sequedad de los ojos. Temperatura normal, buen apetito y, en general, todas las funciones en estado fisiológico. La enferma se resistía a considerarse tal y a confinarse en su dormitorio, ya que no aceptaba, de ningún modo, guardar cama.

La erupción se extendió rápidamente a los brazos y antebrazos sobre todo, luego al pecho, vientre y por último a los miembros inferiores en más escasa proporción. Las mucosas, excepto la conjuntiva, permanecieron indemnes, no habiendo en ningún momento, molestia, ni ardor en la garganta. Refiere la paciente, que había notado también, en los días anteriores al brote, junto con las primeras manifestaciones dolorosas localizadas en la nuca y el cuello, pesadez y abotagamiento de los párpados, con lijero dolor, presentándose después la inyección conjuntival con sensación mortificante de sequedad.

El exantema ofrecía en la cara aspecto escarlatinoso, por las manchas papulosas y eritematosas, de color rojo intenso, que lo constituían y que resaltaban sobre el fondo blanco de la piel. En el tronco y los antebrazos sobre todo, la semejanza del rash con el de la escarlatina era igualmente notable, estando formado por elementos punteados, rojizos y lijera mente papulosos.

El 2 de enero, ocurrió a la enferma que al sentarse en el vaso de noche, experimentó un dolor tan vivo y desgarrador en las caderas, que si no hubiese tenido al lado la tina del baño, en que se apoyó inmediatamente para levantarse, habría caído al suelo. El dolor, que se irradiaba a las pantorrillas, comprendía, asimismo, los huesos de las rodillas, con tal intensidad y carácter, que la paciente lo describió diciendo, que sentía como si se le rompiesen las piernas. Dicho dolor, que recuerda el del dengue, fué decreciendo paulatinamente en los días siguientes, a la vez que el brote, durando en total, más o menos, una semana.

Con la intensificación del exantema en los antebrazos y manos, se produjo tumefacción y enrojecimiento considerables de las arti-

culaciones de los dedos, con dolor moderado y ligera incapacidad funcional, lo que no estorbó, sin embargo, el uso de las manos. Explorados los ganglios supra-epitrocleanos, se encontraron infartados, pero no dolorosos.

No obstante esos trastornos locales y la generalización del brote, la temperatura se mantuvo en los límites normales, sin ninguna repercusión sobre las demás funciones, que se conservaron intactas durante todo el curso del exantema.

El 7 de enero, la erupción se había marchitado, quedando, solamente, un punteado todavía apreciable en el tronco y antebrazos, que desapareció después de muchos días sin descamación aparente. La inyección conjuntival, la tumefacción de las manos y dedos, y los dolores de los miembros, desaparecieron, igualmente, hacia aquella fecha. El infarto ganglionar se resolvió con más lentitud, prolongándose hasta fines de enero en que desapareció por completo.

Finalmente, atribuye la enferma el contagio a una vendedora ambulante de fruta, que tenía una erupción semejante a la que ella sufrió; pero hay que advertir, que en los últimos meses de 1919 **grasó** la rubeola, primero en las casas vecinas y después en los departamentos contiguos de la misma casa ocupada por la paciente. La familia de ésta, consta de cuatro adultos y una criatura de trece meses de edad, ninguno de los cuales contrajo la infección.

Como se vé, este caso puede considerarse perfectamente típico de la rubeola epidémica, inconfundible con el sarampión desde todo punto de vista, inclusive del exantema, que tuvo más bien cierta semejanza con el brote de la escarlatina, sin dificultar por ello el diagnóstico diferencial, que se impuso, puede decirse, desde los primeros momentos.

Pero como ya se ha dicho, no siempre sucede así y en muchas ocasiones, es sumamente difícil pronunciarse acerca de la naturaleza de la enfermedad, cuyos caracteres tanto pueden corresponder al sarampión como a la rubeola, dejando por consiguiente en el ánimo del médico la mayor intertidumbre.

2.º M. S., indio, natural de Chíncha alta, de 19 años, jornalero, soltero, ingresó al hospital «Dos de Mayo» el 6 de enero del presente año, ocupando la cama N.º 38 de nuestra sala. Refiere, que durante su infancia, sólo recuerda haber sufrido de diarreas y que nunca tuvo sarampión. A los doce años salió de su pueblo y se vino a esta capital, de donde pasó a la hacienda «Infantas», a trabajar como peon. Después de año y medio de residencia en ese fundo, durante cuyo tiempo padeció, una que otra vez, de catarro y tos, así como de epistaxis, en ocasiones abundante, se trasladó a la hacienda «Gallinazos», donde trabajó dos años, sufriendo también de catarros, tos y epis-

taxis, como en «Infantas». Contrajo además un chancro con bubones supurados, cuya curación duró seis meses. Pasó enseguida al fundo «La Molina» y dos años después volvió a «Gallinazos», de donde ha venido con su actual enfermedad. En ambos lugares, siguió padeciendo de catarros y tos y además de epistaxis en «La Molina».

El 3 de enero, hasta cuya fecha había estado completamente bien, amaneció con malestar general, fiebre, dolor a la cabeza y los huesos, estornudos repetidos, ardor a la garganta, tos, eructos y sudores lijeros. No obstante esos síntomas, hizo su trabajo diario, intensificándose aquellos al día siguiente, especialmente la tos, y acompañándose de vómitos en la noche, que, asegura el enfermo, la pasó fuera de su lecho. El 5, con los síntomas anteriores, inclusive el vómito, y con diarreas copiosas de color amarillo, se vino a esta ciudad con el objeto de ingresar al hospital «Dos de Mayo», pero como no lo consiguiese, se fué a pasar la noche a la hacienda «Chacra Cerro», de donde volvió al día siguiente en que fué recibido y alojado en la sala de «San Roque». Todos estos viajes los hizo el enfermo a pié. En la tarde del mismo día 5, notó que había aparecido en la cara una erupción, que se generalizó rápidamente a todo el cuerpo. Su temperatura, en la tarde del 6 que ingresó al hospital, fué de 39°4 C.

A la mañana siguiente que lo examinamos, estaba apirético (37°) y con el cuerpo cubierto de manchas eritematosas, más numerosas y marcadas en la cara. Los ojos se hallaban muy inyectados, casi sangrantes, tanto los globos como los párpados. La mucosa de las encías, mejillas, lengua y paladar, igualmente roja, así como la del velo del paladar, faringe y laringe, ocasionando disfagia y voz y tos roncadas. En el dorso había algunas pústulas de acné y una erosión superficial en ambas piernas. Existía infarto ganglionar generalizado e indoloro, comprendiendo los ganglios supra-epitrocleanos. Hígado, aumentado de volumen, hasta tres traveses de dedo por debajo del reborde costal. Bazo, muy hipertrofiado y duro. Auscultando los pulmones, se percibía en ambos uno que otro estertor roncante. Corazón normal.

La erupción en este caso tenía aspecto morbilioso, sin ser típico. En la boca el enrojecimiento no era en manchas o placas, sino difuso y muy intenso como ocurre en la rubeola.

El diario clínico consigna los siguientes datos: Día 9 —Uvula sumamente hiperemiada. Día 11—Ha desaparecido la gran inyección de las conjuntivas. Se nota muy apagado el brote de la cara. Día 12—El enrojecimiento de la mucosa bucal y faringea, ha desaparecido. Persiste la ronquera. El exantema de la piel se percibe todavía, aunque muy apagado, habiéndose extinguido el de la cara.

Bigeminación del pulso. Soplo sistólico en la punta del corazón. Día 13—Continúa la arritmia extrasistólica.

La temperatura se mantuvo normal, ascendiendo a 37° en la tarde del 14 y a 37°2 en la del 17. A su solicitud se le dió alta el 18, completamente curado del exantema, pero todavía ligeramente ronco.

El exámen de la sangre, practicado el 8 de enero, dió el siguiente resultado:

Glóbulos rojos: 4.440,000—Leucocitos: 5,000.

Fórmula leucocitaria

Polinucleares neutrófilos	—	58	%
„ eosinófilos	—	4	„
Formas de transición	—	2	„
Mononucleares grandes	—	0	„
„ medianos	—	26	„
Linfocitos	—	10	„

No hay formas anormales, ni se encuentra el hematozoario de Laveran.

Reacción de Wassermann, negativa.

Exámen bacteriológico del esputo: *staphilococcus*, *streptococcus* y *micrococcus catarralis*. Ausencia del bacilo de Koch.

El análisis de la orina sólo acusa de particular, trazas de serina y regular cantidad de indicán.

La prueba de la ventosa practicada el 8 de enero, no dió ningún resultado sino después de cinco minutos de su aplicación, en que los elementos eruptivos se acentuaron, haciéndose casi equimóticos y permaneciendo en ese estado varios días, de tal manera que eran todavía perfectamente visibles, cuando el resto del brote había desaparecido. Es decir, que esta prueba, según el concepto de D'OEHNITZ, favorecía el diagnóstico de sarampión.

3.º El 9 de enero ingresó en nuestra sala, V. D., indio, natural de Arequipa, de 17 años, jornalero, soltero, ocupando la cama N.º 39. Interrogado acerca de sus antecedentes, manifiesta que ignora las enfermedades que haya podido tener en los primeros años de su vida, pues sus recuerdos más remotos sólo alcanzan a unas tercianas que sufrió a la edad de cuatro años, en la campiña de Arequipa de donde es oriundo, y que, con intervalos de tres o cuatro meses, se repitieron hasta que tuvo nueve años. Padeció también en esa misma época, de catarros frecuentes y prolongados; y a los ocho años tuvo una disentería que duró más de un mes. Vino después al Callao destinándose

primero en una lechería donde sufrió de unos granos que le salieron en la axila derecha, por cuyo motivo ingresó al hospital de «Guadalupe», de donde salió a los veinte días completamente curado, destiniándose entonces en una casa como doméstico. Allí permaneció año y medio, sufriendo como antes de catarrros frecuentes; al cabo de ese tiempo se fué a trabajar a la hacienda «Oquendo» donde ha permanecido hasta el presente. En dicho fundo ha padecido continuamente de tercianas, las que desaparecían tres o cuatro meses, para reaperecer después con los síntomas consiguientes, asociados a epistaxis repetidas. Ha sufrido, además, en dos ocasiones, de cólicos y también de calambres muy intensos.

El 7 de enero, amaneció con malestar general y fiebre lijera, que no le impidieron salir a trabajar, notando entonces que tenía unas manchas en la cara. El 8, continuaron los síntomas anteriores más acentuados, acompañándose la erupción de la cara con inyección muy intensa de los ojos, molestia a la deglución y tos. Trabajó, sin embargo, ese día, creyendo, como decían varias personas, que tenía la gripe, pero como el 9 se sintiese peor y las manchas se extendiesen a todo el cuerpo, emprendió viaje a esta capital, consiguiendo ingresar al hospital «Dos de Mayo». Su temperatura en la tarde de ese día, fué de 36°7C.

En la visita del 10, encontramos al enfermo en decúbito dorsal, llamando inmediatamente la atención, el enrojecimiento intenso de los ojos, que parecían estar a punto de verter sangre, y las manchas rojizas de la cara con descamación furfurácea abundante. Descubierto el cuerpo, se observó que la erupción cubría copiosamente la superficie del torax y miembros superiores, en menor proporción los miembros inferiores. Las manchas, con ligero relieve sobre la piel sin ser propiamente pápulas, tenían coloración más intensa en el centro y sus contornos no parecían muy definidos.

Las mucosas ocular y buco-faríngea, estaban considerablemente inyectadas. Ya hemos señalado el enrojecimiento intenso de la conjuntiva óculo-palpebral. En idéntica condición se encontraba la mucosa oral, especialmente la de las encías, paladar, úvula, pilares y amígdalas, acompañándose de disfagia. El enantema visible en la faringe, se propagaba, sin duda, a la laringe y traquea, ocasionando ronquera y tos.

Los ganglios del cuello estaban infartados y dolorosos a la presión, así como los ganglios supra-epitrocлеanos que tenían las dimensiones de un grano de trigo.

La auscultación de los pulmones demostró la existencia de uno que otro estertor roncante. Los demás órganos y aparatos, no pre-

sentaban alteraciones apreciables. El enfermo acusaba debilidad y abatimiento marcados.

Practicada la prueba de la ventosa, se pudo apreciar, al cabo de un minuto, una acentuación intensísima del exantema, cuyas manchas tomaron aspecto hemorrágico, tal como lo describe D' OELSINITZ en el sarampión.

La marcha de la enfermedad, según el diario clínico, fué la siguiente: Día 11—Continúa abundante e intensa la erupción en la piel. La mucosa de la bóveda palatina presenta un color rojo escarlata, lo mismo que los pilares y las amígdalas hipertrofiadas. Hay estertores subcrepitantes diseminados en ambos pulmones.

Exámen de la sangre:

Glóbulos rojos — 4.050,000. Leucocitos — 11.000.

Fórmula leucocitaria:

Polinucleares neutrófilos	—	84	%
eosinófilos	—	0	„
Formas de transición	—	0	„
Mononucleares grandes	—	0	„
medianos	—	10	„
Linfocitos	—	6	„

Ausencia del hematozoario de Laveran.

Examen de la orina: nada de anormal.

Exámen del esputo: bacilo de Pfeiffer y *micrococcus catarralis*.

Día 12—Las conjuntivas están todavía muy congestionadas. El enrojecimiento del brote va disminuyendo. Persisten las manchas equimóticas producidas por la ventosa.

Día 13—Disminuye la hiperemia de la mucosa bucal: continúan la ronquera y la tos.

Día 14—El brote cutáneo marchito, el exantema apenas perceptible.

Día 15—Descamación fina en el cuerpo.

La temperatura se mantuvo normal con excepción de los días 14, 15, 16 y 19 de enero, que alcanzó en la tarde 37°5, 37°, 37°2, y 37°2, respectivamente. El 1.º de febrero salió el enfermo del hospital completamente curado, habiendo prolongado su permanencia hasta esa fecha, por motivos independientes de la rubeola.

El diagnóstico en este caso no puede considerarse verdaderamente difícil, si se tiene en cuenta los siguientes hechos que hablan en favor de la rubeola: 1.º la aparición del brote el mismo día en que se inició la enfermedad; 2.º el carácter benigno y la evolución api-

rética del exantema, no obstante el compromiso de la mucosa de las vías digestivas y respiratorias superiores; es cierto que el enfermo refiere que tuvo fiebre ligera los dos días anteriores a su ingreso en el hospital, pero aparte de que esa afirmación es un tanto vaga, ella no afecta el diagnóstico de rubeola, puesto que la pirexia se produjo el mismo día que apareció la erupción y no antes, como ocurre en el sarampión; 3.º la ausencia de catarro óculo-nasal; y 4.º el infarto doloroso de los ganglios cervicales y *supra-epitrocleanos*, adenopatía esta última, que, como se ha visto, tiene para LESIEUR y JACQUET *gran valor diagnóstico*.

Pero, a pesar de esos hechos que podemos llamar afirmativos, hay algunos otros que pueden calificarse de dudosos y que hacen que este caso no sea tan evidente e inconfundible, como el primero de los que hemos descrito. En primer lugar, falta el antecedente de un ataque anterior de sarampión, aunque es muy probable que el enfermo haya sufrido esa dolencia en los primeros cuatro años de su vida de que no conserva ningún recuerdo, ni tiene ningún dato; es sabida, en efecto, la endemo-epidemicidad del sarampión y su frecuencia en nuestra población infantil, lo que inclina a aceptar la fundada probabilidad de que haya padecido el sujeto esa fiebre eruptiva durante su infancia. El compromiso del árbol respiratorio (ronquera, tos, estertores), favorece igualmente la hipótesis del sarampión, pero estos trastornos leves, exentos de fiebre, y aún con esta, no son raros en la rubeola de los adultos, ya que en los niños pueden llegar esos disturbios hasta la bronconeumonía, según lo afirman los autores.

Ahora bien, establecido el diagnóstico de rubeola, la prueba de la ventosa practicada en este caso, resulta infiel, si nos atenemos al criterio de D'OELSNITZ, para quien la acentuación congestiva y aún equimótica del exantema, que persiste largo tiempo bajo la forma de trazas pigmentadas, no solo puede servir para afirmar su naturaleza sarampionosa, dada la ausencia de ese fenómeno en la rubeola, sino también para hacer el diagnóstico retrospectivo de la infección morbiliosa. En nuestro enfermo se obtuvo, en efecto, esa prueba positiva, con todos los caracteres indicados, en el brevísimo tiempo de un minuto, que hace todavía más notable el resultado, y con la persistencia prolongada de las manchas y sus trazas pigmentadas consecutivas.

La fórmula leucocitaria tampoco ha correspondido a la que señalan LESIEUR y JACQUET a la rubeola en el período de la erupción, pues examinada la sangre al cuarto día del exantema, que es cuando las adenopatías rubeólicas están en su máximum y la mononucleosis, según esos observadores, es más constante y acentuada, se com-
pre-

bó una leucocitosis polinuclear banal, que es la fórmula leucocitaria del sarampión.

El caso 2.º, a diferencia de los casos 1.º y 3.º, es, evidentemente, de diagnóstico difícil y por consiguiente discutible. Se trata, en efecto, de una pirexia eruptiva, que se inicia con malestar general, cefalalgia, dolores óseos, catarro nasal, disfagia, tos, vómitos, diarreas y que en la tarde del tercer día revela su exantema, primero en la cara y rápidamente después en todo el cuerpo. Declina entonces la temperatura hasta la normal y el brote, que había ganado también la mucosa buco-faríngea pero en forma difusa, se marchita gradualmente y desaparece al cabo de varios días. El exantema tuvo en la piel mucha semejanza con el del sarampión, no así en las mucosas donde presentó las características del rubeólico. Ahora bien, si a estos datos se agrega la afirmación reiterada del enfermo de no haber sufrido jamás de sarampión y la existencia de esta enfermedad en forma epidémica, hay que reconocer que el platillo de la balanza se inclina hacia el lado de la pirexia morbiliosa.

La prueba de la ventosa fué asimismo favorable a ese diagnóstico, pero hubo de esperarse cinco minutos para que ella se produjese claramente, haciendo así contraste marcado en cuanto al tiempo y en cuanto a la intensidad, con lo que se observó en el caso 3.º.

En cambio, la fórmula leucocitaria fué la de la rubeola, marcando una mononucleosis total de 38 %, en cuya cifra predominan los mononucleares medianos (26%). El infarto de los ganglios cervicales y supra-epitrocleanos, habla también en favor de la rubeola, acentuando de este modo las dudas acerca de la verdadera naturaleza de la enfermedad.

En efecto, el exantema rubeólico, que, en la mayoría de los casos, aparece sin ser precedido de fiebre, lo es en otros, por uno, dos y aún tres días de pirexia, acompañada de los trastornos consiguientes, así como de catarro, disfagia y tos. En el curso de la última epidemia, se han observado no pocos casos de esa clase en adolescentes y adultos, que habían sufrido, años antes, de sarampión intenso y aún grave. La existencia de un período febril, pre-eruptivo, no puede considerarse, por consiguiente, como prueba absoluta contra el diagnóstico de rubeola, en el segundo de nuestros enfermos, aunque asegure este no haber padecido nunca de sarampión, negativa que por lo demás no tiene mucha fuerza, si se considera la ignorancia de esa clase de sujetos, que muchas veces no saben con precisión ni la edad que tienen, mucho menos las enfermedades que han sufrido durante los primeros años de su vida, entre las cuales se cuenta siempre o casi siempre, el sarampión que, como ya hemos dicho, es una de nuestras endemo-epidemias más comunes.

Fundado en estas consideraciones he calificado este caso, como los anteriores, de rubeola, sin desconocer por ello la inseguridad del diagnóstico, muy discutible, sin duda, desde diversos puntos de vista.

Hace falta, pues, para zanjar esas dificultades diagnósticas, tan comunes en la práctica cuando reinan simultánea y epidémicamente el sarampión y la rubeola, precisar, hasta donde es posible, los síntomas y signos físicos más característicos de cada una de ellas, ya que la etiología de ambas permanece aún en el misterio. Desgraciadamente, no hay trastornos ni signos, inclusive el de KOPLIK, que puedan considerarse patognomónicos y que existan en todos los casos, sin excepción, o que perduren el tiempo suficiente para comprobar su existencia durante el curso de la enfermedad.

Quizá si el infarto ganglionar mejor estudiado, puede suministrar un medio seguro de diagnóstico, por más que exista tanto en el sarampión como en la rubeola. En efecto, « las tonsilas, dice OSLER (1), describiendo el sarampión, y las glándulas linfáticas cervicales, pueden hincharse ligeramente y ser sensibles; algunas veces hay poliadenitis». Refiriéndose a la rubeola, dice, igualmente: «Las glándulas linfáticas del cuello están hinchadas con frecuencia y cuando la erupción es muy intensa y difusa, el infarto se extiende a los ganglios de otras regiones del cuerpo».

WILLIAMS, avanza un poco más en la descripción de las alteraciones ganglionares, como se verá en seguida. Refiriéndose al sarampión dice: «Al segundo día la temperatura es más alta, la secreción de la nariz y naso-faringe es moco-purulenta y las glándulas linfáticas, especialmente las situadas detrás y debajo de la mandíbula inferior, están hipertrofiadas y sensibles». En la rubeola señala lo siguiente: «Es casi constante la hipertrofia de los ganglios, especialmente los cervicales posteriores, los situados detrás del ángulo de la mandíbula y los que corren a lo largo de los músculos esternomastoideos; en algunos casos, los ganglios de las axilas e ingles también se encuentran hipertrofiados y sensibles, aunque por regla general el enfermo no acusa dolor. El aumento de volumen de los ganglios del cuello es siempre un síntoma precóz y puede descubrirse hasta una semana antes de la aparición del brote». (2)

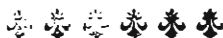
Por último, LESIEUR y JACQUET, como se habrá visto, recalcan el valor diagnóstico de las adenopatías, especialmente la supra-epitrocleaana, cuya constancia en la rubeola les parece sumamente importante.

(1) W. OSLER. *Practice of Medicine*, 1910-págs. 143 y 146.

(2) ALLBUTT and ROLLESTON. *System of Medicine*, 1912-V. II. Part. I. págs. 389 y 406.

Ahora bien, en los casos que hemos descrito, las adenopatías han sido constantes y han interesado en todos, los ganglios supra-epitrocleanos, hecho evidentemente significativo, dada la rareza clínica de este último infarto en las infecciones generales. Creemos, pues, con LESIEUR y JACQUET, que ese fenómeno es digno de llamar la atención y que debe, por consiguiente, investigarse su existencia en todos los casos de rubeola, estableciendo, hasta donde sea posible, sus relaciones con el exantema. Hace algunos años que investigamos sistemáticamente en nuestros enfermos no sífilíticos, el estado de los ganglios linfáticos, encontrando que es muy frecuente el infarto de los ganglios cervicales laterales e inguino-crurales; que es menos frecuente, pero no raro, el de los ganglios occipitales; y que es excepcional el de los supra-epitrocleanos. Solo hay una enfermedad en la que hemos encontrado, casi sin excepción, infarto general de los ganglios, *inclusive* los supra-epitrocleanos, y es la verruga peruana, en sus dos formas: benigna y maligna; con la circunstancia de que esa poliadenitis verrugosa, es una de las primeras manifestaciones de dicho proceso morboso.

El infarto de los ganglios del cuello, sobre todo de los occipitales, ha sido más estudiado, no sólo en cuanto a su intensidad, sido también en lo que se refiere al tiempo de su producción. La tumefacción de los ganglios occipitales puede alcanzar, en efecto, al decir de algunos autores, proporciones considerables. Así, THOMSON, asegura que «la única característica distintiva de la rubeola, es la tumefacción de las glándulas post-cervicales, que pueden ser tan grandes como una nuez (walnut) (1). En nuestro primer caso, la tumefacción inflamatoria, dolorosa, de los ganglios occipitales, alcanzó casi las dimensiones de un garbanzo. Además en esa enfermedad, la adenitis cervical fué, como dice WILLIAMS, un síntoma precoz precediendo varios días al brote rubeólico. Sería, pues, muy útil, establecer las relaciones, que sin duda existen en la rubeola, entre la aparición, intensidad y extensión de la adenitis y el exantema correspondiente.



(1) W. H. THOMSON. *Clinical Medicine*. 1919-pág. 96.