

- Las enfermedades tercera, cuarta y quinta.

Se ha discutido mucho y por largo tiempo la autonomía de estos tres padecimientos, y vamos a ver si presentan diferencias suficientes que justifiquen su descripción por separado del sarampión, de la escarlatina y de los diversos eritemas con que se confunden respectivamente.

TERCERA ENFERMEDAD.

Es conocida generalmente con el nombre de rubéola. Tiene una sinonimia muy rica que refleja las dudas que se han tenido respecto de su naturaleza. Se le ha llamado *rotheln*, en Alemania; sarampión alemán o rubela en Inglaterra y en los Estados Unidos de Norte América; sarampión falso, híbrido, bastardo, rubéola sin catarro, rubéola epidémica, rubela escarlatinoso, rubela morbiliforme, rubela nota, escarlatina híbrida, roséola, rubela primitiva, infantil, alfombrilla y tercera enfermedad.

La rubéola presenta analogías notables con el sarampión y con la escarlatina, pero muy pronto se encontraron diferencias que obligaron a describirla por separado, dándosele al principio el nombre de tercera enfermedad y definitivamente el nombre de rubéola, en Francia y en países latinos.

El término rubela, es conocido desde hace más de cuatrocientos años. Hacia la mitad del siglo pasado se consideraba la rubela o rubéola como una variedad de sarampión, como una manifestación especial de la escarlatina o como una forma híbrida de estos dos padecimientos.

Todavía el año de 1881, muchos médicos creían en la identidad de la rubéola con el sarampión o con la escarlatina, y a pesar de las amplias discusiones habidas sobre este punto en el Congreso Médico Internacional de Londres, en el propio año de 1881, la escuela dermatológica de Hebra y Kaposi, seis años después rechazaba la autonomía de la rubéola.

La primera diferencia entre el sarampión y la rubéola, es la menor contagiosidad de esta última, al grado de que las epidemias son siempre muy limitadas y hasta se ha llegado a negar la transmisión de la enfermedad entre niños que estén al aire libre; y parece demostrado que el germen no se propaga en tales condiciones.

Un ataque de rubéola no confiere inmunidad contra el sarampión, y viceversa, el sarampión y la escarlatina no confieren inmunidad contra la rubéola. Se citan casos de niños que han padecido sucesivamente y en poco tiempo las tres enfermedades.

El contagio es mayor en la rubéola cuando la erupción está bien desarrollada y es mucho menor antes de la aparición del exantema o cuando se marchita. Se distingue, pues, por estos detalles del sarampión por una parte y de la escarlatina por otra.

El período de incubación parece ser algo más largo que el del sarampión (de catorce a veinte días) y los enfermos no presentan alteración o molestia alguna durante el período de incubación.

Frecuentemente falta el período de invasión o bien dura algunas horas y excepcionalmente uno o dos días, se acompaña de ligerísimo catarro nasal y conjuntival, enantema muy discreto y únicamente en el paladar, y se distingue de los puntos de Koplik por su forma redonda, sus bordes netos, su color rojo pálido y la falta de centro blanco azulado.

No es raro observar el signo de Theodors o sea el infarto ganglionar cervical u occipital durante el cortísimo período de invasión. Generalmente no hay fiebre durante el período de invasión, o es muy ligera.

El exantema se parece la mayor parte de las veces al del sarampión; de allí el nombre de rubela morbilosa que se le dió en un tiempo a la enfermedad. Empieza casi siempre en el dorso de la nariz y en el labio superior, se extiende a todo el cuerpo en unas cuantas horas, en tanto que el sarampión tarda comunmente tres días para alcanzar la misma extensión. Hay una particularidad muy interesante y es que la erupción rubéolica ataca la piel cabelluda, cosa que no acontece en el sarampión.

La erupción ocupa de preferencia el lado de la flexión de los miembros. Está constituida por ligeras pápulas pequeñas muy poco salientes, puntiformes, discretas, que poco después se vuelven ovales y crecen hasta el tamaño de una lenteja; son de color rosa pálido; tienen a veces distribución irregular con bordes mal definidos y con vetas rojizas que se asemejan al mármol vetado. Lo más común es que la erupción tenga distribución formando medias lunas por su agrupamiento en diversas partes del cuerpo. Otras ocasiones la erupción exantemática está formada por pequeños puntos muy confluentes y muy rojos sobre el resto de la piel también roja; se parece en un todo a la escarlatina y por eso se le ha llamado «rubela escarlatinosa».

Se observa que al mismo tiempo hay partes del cuerpo en plena erupción y otras en que se está ya marchitando. En su conjunto la erupción dura mucho menos tiempo que en el sarampión y pronto desaparece completamente sin dejar pigmentación apreciable como en el sarampión.

La escamadura de la epidermis es tan ligera que casi siempre pasa desapercibida.

La fiebre es por lo común poco notable y siempre de corta duración. El estado general es satisfactorio a tal grado que casi siempre se consulta al médico, no porque se juzgue el caso de importancia sino únicamente para saber si se trata de sarampión o de escarlatina, padecimientos que sí infunden temores a los padres de los enfermitos. Se han descrito sin embargo últimamente casos de rubéola maligna.

El infarto ganglionar cervical, occipital, retroauricular y excepcionalmente axilar o inguinal, constituye un signo característico de rubéola.

Por último, en la rubéola no hay diazorreacción de Erlich y sí se encuentra comunmente en el sarampión.

La distinción de la rubéola con el eritema infeccioso se hace teniendo en cuenta que el borde limitante es irregular en el eritema, que los centros de las manchas son pálidos y que la erupción se localiza especialmente en el lado de la extensión de los miembros.

Las erupciones séricas se distinguen por la irregularidad de su aparición y distribución, y sobre todo por el conmemorativo.

Las erupciones tóxicas y patogenéticas sobre todo por trastornos gastrointestinales, son intensamente rojas, de bordes bien limitados, de tamaño grande hasta el de un frijol, se presentan de preferencia en las extremidades y no se acompañan de la menor alteración de las mucosas.

La distinción entre la escarlatina y la rubéola puede hacerse fácilmente, pero en las formas llamadas antiguamente híbridas la dificultad es mayor. En estos casos hay síntomas catarrales como en el sarampión, y angina como en la escarlatina, y si a mayor abundamiento la erupción es escarlatiniforme, las dificultades aumentan más aún. Para hacer el diagnóstico en estos casos se estudiarán los síntomas que acompañan a la erupción así como la duración de los diferentes períodos de la enfermedad.

El período de incubación es más largo en la rubéola. El período de invasión siendo corto en la escarlatina, es más todavía en la rubéola. En cambio el período de erupción es notablemente más largo en la escarlatina (cinco o seis días, en vez de cuarenta y ocho horas que dura en la rubéola).

Las complicaciones habituales en la escarlatina: otitis, adenitis supuradas y nefritis son completamente excepcionales en la rubéola.

Tratándose del diagnóstico en casos dudosos, siempre debe tenerse en cuenta el conjunto de la epidemia así como los antecedentes del enfermo desde el punto de vista de la inmunidad.

La influenza acompañada de eritemas, puede confundirse con la rubéola, pero los eritemas de la gripa son enteramente fugaces y en cambio la fiebre, la postración, los síntomas pulmonares, nerviosos y gastrointestinales, son demasiado intensos para una rubéola.

Haciendo pues la comparación entre la rubéola y las enfermedades con las cuales se puede confundir, se ve que la primera constituye clínicamente una enfermedad especial y que está justificado el nombre que recibió primero, a saber, «tercera enfermedad», y que hoy se ha cambiado casi generalmente por el de rubéola o rubela.

CUARTA ENFERMEDAD.

Una vez admitida la autonomía clínica de la rubéola se pretendió ir más lejos, y en el año de 1900 apareció publicado en el periódico inglés «The Lancet», número del día 14 de julio, un artículo escrito por el Dr. Clement Duker, intitulado: «Sobre la confusión de dos enfermedades diferentes denominadas con el nombre de «rubela». El Dr. Duker, creó entonces un nuevo término, «la cuarta enfermedad», padecimiento benigno parecido a la rubéola francesa o al *rotheln* alemán, pero con erupción escarlatiniforme y que se asemeja a la fiebre escarlata por el exantema, de la misma manera que la rubéola se asemeja al sarampión por la erupción cutánea.

Antes que Duker, el pediatra ruso Nil Filatow, publicó un artículo denominado «Rubela escarlatinosa», enfermedad que considera distinta de las fiebres eruptivas conocidas hasta entonces; sería en realidad la cuarta enfermedad si se tiene en cuenta el orden cronológico. Es un padecimiento agudo infeccioso y contagioso con erupción escarlatiniforme, pero que se distingue de

la escarlatina por su curso siempre benigno, por diferencias respecto al contagio, por falta de angina y por la escamadura cutánea, escasa o nula. Además, dice Filatow, que no confiere inmunidad contra la escarlatina.

Dureau llama a la cuarta enfermedad, «escarlatineola».

Trommer describió en 1901 otra enfermedad que llama, «escarlatinois» y Pospischil, habla de la «escarlatinoide»; pero ni uno ni otro declaran que se trate de enfermedades nuevas.

La cuarta enfermedad se considera por la mayor parte de los médicos como una rubéola que parece escarlatina benigna o como una escarlatina verdadera de forma muy atenuada.

¿Pero existe en realidad la rubela escarlatinosa y confiere inmunidad contra el tipo morbiloso de la rubéola? Generalmente no se mezclan los dos tipos en la misma epidemia, pero se han citado algunas observaciones de lo contrario.

La cuestión ha sido y sigue siendo muy discutida. Casos diagnosticados como sarampión alemán, han sido seguidos de otros de escarlatina benigna que se creyó eran de la cuarta enfermedad, pero de los cuales se averiguó el origen del contagio en relación con otros casos de escarlatina indudable, y además esos niños mezclados con otros escarlatinosos, no contrajeron la enfermedad.

No se ha demostrado que la cuarta enfermedad proteja contra la rubéola ni que se presente en los que han tenido escarlatina.

Sin embargo Dukes, autor de la cuarta enfermedad, dice que es un padecimiento del grupo de las fiebres eruptivas con el exantema de la escarlatina y la benignidad de la rubéola y que la ha observado en niños que habían tenido ya la escarlatina o la rubéola, o las dos enfermedades.

Hay ciertamente erupciones escarlatíniformes en enfermos que no tienen otros síntomas de escarlatina y también que estas erupciones se presentan epidémicamente en enfermos que ya han tenido la escarlatina, y de aquí nace la duda de si se trata de una nueva enfermedad o de una recidiva de escarlatina. Como lo hace notar Hutinel, para responder con certeza habría que conocer los microbios que producen estas enfermedades, inocularlos a los animales y estudiar sus influencias recíprocas.

Los principales caracteres que Dukes atribuye a su enfermedad son los siguientes:

Período de incubación de nueve a veintiún días; se parece más en esto a la rubéola que a la escarlatina.

El primer síntoma es la erupción, que puede estar precedida de malestar general muy poco notable, ligero dolor de garganta, a veces calosfrío, cefalalgia, náuseas y anorexia. La erupción es escarlatíniforme, abundante y no pocas veces generalizada, formada de puntos pequeños, pálidos o rojos, apenas levantados, se nota menos en la cara y falta casi siempre en la nariz y al redor de los labios; se marchita pronto.

Las amígdalas se ven algunas veces rojas e hinchadas, pero el enfermo no se queja de la garganta y es preciso examinar la faringe para darse cuenta de la lesión.

No hay enatema bucal.

La lengua está saburral, pero nunca escamada y de color frambuesa como en la escarlatina.

Los ganglios del cuello crecen a veces, pero siempre quedan pequeños y duros y jamás tan apreciables como en la rubéola.

La fiebre no pasa generalmente de 38 a 39 grados, y termina por completo en tres o cuatro días.

El pulso no está acelerado, es raro que pase de 100 por minuto; no hay por lo mismo signo de Trousseau.

No viene albuminuria y se pueden dar alimentos de todas clases sin que se produzca la nefritis.

La escamadura es importante y general, dura quince o veinte días y no se acompaña de accidentes ni complicaciones.

La enfermedad parece ser contagiosa sólo por unos veinte días y deja de serlo mucho antes que la escarlatina.

A pesar del gran parecido que tiene la cuarta enfermedad con la escarlatina, Dukes alega que no hay relación entre ambas, porque se presentan juntamente en la misma epidemia y porque algunos niños han tenido escarlatina y después la cuarta enfermedad, o viceversa.

Las mismas razones alega respecto a la rubéola.

Ocho años antes del artículo ya citado de Dukes, el mismo médico emitió su opinión acerca de dieciséis casos de enfermedad que se presentaron en una escuela pública y que se creyó eran de escarlatina. Dukes que ya pensaba en una nueva enfermedad, sospechó que tales casos eran de ese padecimiento y aisló a los enfermos por sólo catorce días, no habiéndose contaminado ningún miembro de las familias de los niños atacados.

Dukes habla de otra epidemia en una escuela en donde treinta y un casos típicos de escarlatina se mezclaron con varios enfermos de la cuarta enfermedad. El período de incubación en estos últimos días fué de catorce a quince días, en tanto que en los escarlatinosos sólo fué de dos a tres. Nueve enfermitos habían tenido ya la cuarta enfermedad y después padecieron de escarlatina, y uno había tenido ya escarlatina y después la cuarta enfermedad. Muchos de los enfermos de la cuarta enfermedad habían tenido antes rubéola.

En una tercera epidemia observó Dukes diecinueve casos de cuarta enfermedad, y de éstos el 42% habían tenido antes rubéola.

El artículo de Dukes ha sido muy discutido en Inglaterra y en los Estados Unidos y mucho menos en Francia; alegan unos que se trata de rubéola, otros de escarlatina atenuada, y otros más opinan que en realidad se trata de una nueva enfermedad y se basan estos últimos: en la aceleración tan poco notable del pulso, en la ligerísima angina, en la falta o en la poca intensidad de los síntomas generales, en la falta también de la escamadura de la lengua y sobre todo en la incubación de nueve a veintiún días.

La demostración de que la cuarta enfermedad es una entidad clínica autónoma, sólo puede hacerse por la observación prolongada de muchos casos y sin tener prejuicio alguno. Pero es un hecho que existen epidemias que parecen de escarlatina ligera en niños que ya han tenido esa enfermedad o rubéola y que no confieren inmunidad contra ataques subsecuentes de las mismas enfermedades.

J. J. Weaver, de Baltimore y J. von Bokay, de Buda-Pest, han observado enfermos que consideraron atacados de la cuarta enfermedad.

Escudriñando la literatura médica, se encuentran numerosos partidarios de las ideas de Dukes; sin embargo no está admitida universalmente la existencia autónoma de la cuarta enfermedad.

QUINTA ENFERMEDAD.

Todavía se ha descrito por numerosos autores, el padecimiento que muchos llaman «quinta enfermedad» y que parece ser el megaleritema epidémico o el eritema infeccioso y que no tiene relación bien clara con las fiebres eruptivas comunes, ni con la cuarta enfermedad.

Tschammer propone dar a la quinta enfermedad el nombre de «roséola local».

En el año de 1899 Sticker y Schmidt describieron un eritema infeccioso que se presenta en los niños epidémicamente; ataca de preferencia a los comprendidos entre las edades de 4 a 12 años, es muy poco contagiosa y se caracteriza por un rash máculopapuloso, de color rosa o rojo, que empieza simétricamente en los carrillos, se extiende luego a las extremidades en donde prefiere el lado de la extensión y casi nunca llega al tronco; forma por su agrupación figuras geométricas, produce comezón y las manchas se van borrando por el centro. Se acompaña a veces de disfagia, coriza y fiebre ligera. Cura espontáneamente en cuatro o cinco días y se le ha observado frecuentemente después de epidemias de rubéola.

Platch llama megaleritema a la enfermedad descrita por Sticker y Schmidt.

Eschrich cree que es una roséola local o una variedad de rubéola, y Crocker la clasifica entre los eritemas activos o arteriales, por mayor aflujo de sangre a los capilares de la piel.

La quinta enfermedad se confunde principalmente con la rubéola, pero los caracteres diferenciales son los siguientes:

Contagio menor en el megaleritema y casi siempre directo.

Incubación: uno a tres semanas en la rubéola; seis a catorce días en el eritema.

Pródromos más cortos y ligeros que en la rubéola.

Casi nunca hay fiebre y en todo caso es menor que en la rubéola.

El catarro siempre es menos marcado que en la rubéola, pero lo más común es que no se presente este síntoma.

El enantema está formado por puntos rojos y pequeños, colocados en el paladar y en la úvula, y casi toda la faringe está roja; pero esto que es lo común en la rubéola es la excepción en el megaleritema.

Los ganglios occipitales y cervicales, que están crecidos en la rubéola, no lo están en la quinta enfermedad.

El pulso en la rubéola está en relación con la calentura, y casi siempre está normal en el megaleritema.

La albúmina en la orina, escasa y rara en la rubéola, jamás existe en la quinta enfermedad.

te al tocarla y el enfermo no siente dolor ni comezón. Al segundo día la erupción se extiende a todo el cuerpo y tiene el aspecto de manchas discretas y pequeñas distribuidas en forma de medias lunas o de cartas geográficas de límites irregulares; ocupan de preferencia el lado de la extensión de los miembros y casi nunca llegan al vientre. Se marchita la erupción en la cara a los cuatro o cinco días y dura por total de seis a diez.

La escamadura es todavía menos apreciable que en la rubéola.

Si se recuerdan los caracteres del exantema de la rubéola se verá que difiere bastante del megaleritema.

La quinta enfermedad parece estar desprendida de los numerosos eritemas tóxicoinfecciosos hasta hoy conocidos.

Estos eritemas, como se sabe, se dividen en idiopáticos y sintomáticos.

Entre los primeros se describe el eritema nudoso que de ninguna manera puede confundirse con el megaleritema. El eritema polimorfo cuando predominan en él las lesiones maculosas podría confundirse con el megaleritema; pero la forma, el color y la localización son distintas y por otra parte es excepcional no encontrar otro elemento anatómico distinto de la mácula. Además la erupción del megaleritema es siempre más limitada que la del polimorfo, las manchas son circulares, duran mucho menos tiempo (nueve días en el megaleritema, dos a seis semanas en el eritema polimorfo), y por último el megaleritema tiene carácter epidémico y no así el polimorfo. El eritema endurecido de las jóvenes, otra variedad de eritema idiopático, es completamente distinto de la quinta enfermedad y no hay para que estudiar el diagnóstico diferencial.

Los eritemas infecciosos y tóxicos sintomáticos, se presentan de preferencia en la difteria, la fiebre tifoidea, la influenza, el dengue, el cólera, las infecciones gastrointestinales, la blenorragia, la vacuna y las diversas septicemias sobre todo la puerperal y la neumocócica; así como en diversas intoxicaciones medicamentosas y en algunas autointoxicaciones. Sin embargo en todos estos padecimientos los exantemas aparecen en el curso de una infección o intoxicación ya conocida por sus manifestaciones propias, y las erupciones cutáneas mismas no presentan la localización, el aspecto ni la evolución de la del megaleritema.

La patogénesis de todos los eritemas infecciosos y tóxicos que pueden revestir muy variados aspectos en sus manifestaciones cutáneas (simple, ortigado, polimorfo, rubélico, escarlatinoide, pápulo-pustuloso, purpúrico, nudoso, etc.), es hoy bien conocida y se sabe que se trata de verdaderas descargas de microbios y sobre todo de toxinas por la piel, que como dice Ricord, «se queja a su manera». Los productos solubles secretados por los microorganismos forman según Bouchard la anectasina, que paraliza los centros vasodilatadores y la ectasina, que favorece la dilatación vascular y la diapedesis. Los gérmenes productores de estos eritemas son principalmente el estreptococo, pero también el estafilococo, el bacilo coli, el piocianico y otros; habiéndose llegado a describir por Galitziz un microbio especial a ciertos eritemas: el bacilo hemófilo con sus variedades perlúcido y blanco.

En cambio no se conoce lo mismo la patogénesis del megaleritema, y se considera como idiopático aun cuando de naturaleza seguramente infecciosa.

Los eritemas rubeoloides, rubeoliformes o roséolas pueden parecerse en

algunas ocasiones al megaleritema, pero generalmente están formados por pequeñas manchas rosadas, aisladas, discretas, poco o nada salientes, a veces extendidas a todo el cuerpo y con caracteres diferentes del exantema de la quinta enfermedad: corresponden por lo demás a entidades bien conocidas como el sarampión, la roséola estival, otoñal o invernal, erupciones artificiales producidas por el iodo, la copaiba, la antipirina, o a infecciones secundarias, a la sífilis, cólera, tifo, fiebre tifoidea, púrpura, viruela, neumococia, etc.

Los eritemas escarlatinoides sólo de manera excepcional podrían confundirse con el megaleritema, puesto que no son sino la manifestación cutánea de infecciones, autotoxemias o toxemias medicamentosas, tienen fiebre alta, invasión rápida, localizaciones mucosas y viscerales, accidentes graves y erupción netamente escarlatinoso.

Se ha descrito con el nombre de eritema endémico o acrodinia, una enfermedad epidémica que se parece a la pelagra o al ergotismo gangrenoso; es producida por el uso de harina de trigo alterada y se caracteriza por eritema de tipo variable, polimorfo, buloso, etc., que se localiza en los miembros y en ellos en las palmas de las manos y las plantas de los pies; se acompaña de pigmentación de la piel, trastornos digestivos, convulsiones, dolores en los miembros, irritación de la conjuntiva y edema de la cara.

Como se ve, a pesar del nombre en nada se parece al megaleritema.

Por todo lo expuesto, se puede decir que aun cuando desde el punto de vista etiológico no se puedan considerar autónomas y distintas de las demás enfermedades, las llamadas tercera, cuarta y quinta, clínicamente sí pueden diagnosticarse por separado.

La tercera enfermedad o rubéola está hoy descrita aparte en todos los tratados de patología y se admite casi universalmente que es distinta del sarampión.

La cuarta enfermedad o enfermedad de Dukes, es considerada todavía por numerosos autores como una escarlatina benigna o atenuada, pero muchos médicos ingleses, alemanes y americanos y algunos franceses la consideran como enfermedad distinta.

La quinta enfermedad o eritema infeccioso o megaleritema, tiene caracteres suficientemente especiales para que pueda describirse y diagnosticarse como entidad morbosa distinta, y así lo piensan muchos autores que no han vacilado en declarar su independencia nosológica.

México, enero 20 de 1915.

J. Cosío.