

Tratamiento preventivo del sarampión por el suero humano *

Por el Dr. MANUEL ORTEGA CARDONA,
Académico de número.

El sarampión es la enfermedad más difundida. Si excluimos a ciertos grupos humanos, que viven aislados, podemos decir, sin temor de exagerar, que todos los hombres la padecen.

Es la enfermedad más contagiosa, de la que sólo se adquiere inmunidad definitiva después de haberla sufrido. El niño recién nacido posee inmunidad temporal que dura aproximadamente 6 meses; después de este tiempo es receptivo y tratándose de una enfermedad tan contagiosa, es verdaderamente excepcional encontrarse con adultos que no la hayan padecido en su infancia; ordinariamente el niño adquiere el padecimiento en la escuela y después lo trasmite a sus hermanos menores.

En la clientela privada y especialmente entre las personas de cierto acomodo, es común considerar al sarampión como una enfermedad benigna; pero en verdad su potencialidad de complicaciones es enorme y entre la gente pobre es causa de gran morbilidad y mortalidad. Las estadísticas demuestran que el sarampión ocupa el segundo lugar entre las causas de mortalidad por enfermedades infecciosas.

En los lugares en que hay acumulación de niños, como son los Asilos y las Casas de Cuna, el sarampión es una enfermedad terrible, especialmente cuando ataca a los niños pequeños que se encuentran en estado de meiopragia orgánica debido al hospitalismo.

Desde el establecimiento de la vacunación antidiftérica, con lo cual se ha obtenido la abolición de las epidemias de difteria, es, sin duda alguna, el sarampión la enfermedad que más tememos y que nos causa una mayor mortalidad en la Casa de Cuna.

Los hechos anteriormente relatados han sido lo que ha espolado a los investigadores para tratar de buscar el modo cómo prevenir a los niños de contraer la enfermedad o de atenuar su viru-

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 10. de diciembre de 1943.

lencia para disminuir las complicaciones; en el momento actual de nuestros conocimientos, no se ha podido lograr la inmunización definitiva para la enfermedad, la que sólo se obtiene después de haberla padecido; por los procedimientos hasta ahora utilizados sólo se ha conseguido una inmunización temporal con lo que se evita que enfermen niños muy pequeños o en malas condiciones orgánicas; aunque en una epidemia posterior contraigan el padecimiento, lo sería en una edad mayor y en mejores condiciones de resistencia orgánica que les permita con mayor seguridad pasar la enfermedad sin complicaciones.

También se ha logrado por medio de estos procedimientos modificar la enfermedad haciéndola menos virulenta y menos propensa a complicarse; cabe la duda de si estos sarampiones atenuados y modificados terapéuticamente darán una inmunidad definitiva; pero en todo caso se ha logrado disminuir considerablemente la mortalidad y la morbilidad por el padecimiento.

Entre los muchos procedimientos para producir una inmunidad pasiva se encuentra el uso del suero humano.

El uso del suero es antiguo: los primeros intentos se deben a Weisbecker en Alemania, que en 1896 utilizó el suero de convaleciente de sarampión con objetos terapéuticos. A principios de este siglo, Cenci utilizó el suero de un niño convaleciente que inyectó a otros niños y en los cuales se evitó la enfermedad, la que adquirieron en una epidemia posterior, demostrando esto que se había producido en los inyectados, una inmunidad temporal.

Nicolle y Conseil utilizaron el mismo procedimiento en Túnez en 1918, habiendo obtenido éxito.

Es sin duda a Degkwitz a quien se debe el mérito de haber popularizado el uso de suero de convalecientes en el tratamiento del sarampión. Como no se puede conseguir una cantidad suficiente de suero de convalecientes para ser utilizado en gran escala, al mismo autor se le ocurrió utilizar el suero de adulto, teniendo en cuenta que los adultos han padecido en su totalidad el sarampión y poseen una inmunidad definitiva, por lo tanto es de suponer que su suero contenga anticuerpos.

En todo caso, siempre que se utilice el suero es mejor hacer uso de mezclas de sueros de diferentes personas, ya que en cada individuo la cantidad de anticuerpos es variable y su poder inmu-

nológico variable también, por lo que es en las mezclas de sueros pertenecientes a distintas personas en donde se encuentra un poder inmunológico más uniforme.

En el año de 1941, el Instituto de Higiene de México comenzó a preparar mezcla de suero de adultos en grande escala, utilizando sangre de donadores voluntarios, que respondieron a una intensa propaganda del Departamento de Salubridad Pública. Varios han sido los trabajos que se han efectuado utilizando este suero, entre los que cabe mencionar el del Dr. D. Fernando López Clares, trabajo hecho en la Casa de Cuna y presentado a la Sociedad de Pediatría de México.

El objeto de mi trabajo es presentar a ustedes el resultado que obtuve utilizando el suero que prepara el Instituto de Higiene de México, en una reciente epidemia de sarampión en la Casa de Cuna.

La experiencia se llevó a cabo en el Salón No. 2 de la Casa de Cuna, que alberga niños de uno a tres años de edad. El día 18 de marzo comenzó a estar enfermo uno de los asilados. Tan luego como se hizo el diagnóstico de sarampión, el Salón y su personal fueron aislados del resto del Establecimiento, pero este primer enfermo y los que hubo posteriormente no fueron sacados del Salón; había allí 37 niños susceptibles que no habían sufrido la enfermedad, los que recibieron una inyección intramuscular de 10 c.c. de suero de adulto el día 25 de marzo; en los diez días que siguieron a esta primera inyección enfermaron de sarampión 5 niños: 4 de ellos tuvieron una enfermedad muy benigna; el otro que comenzó a estar enfermo el 2 de abril, presentó un estado septicémico manifestado por fiebre prolongada que duró hasta el día 20 del mismo mes, las temperaturas se mantuvieron abajo de 38 grados y sólo en dos ocasiones la fiebre pasó de 39 grados, el proceso terminó por curación.

De los 37 niños inyectados la primera vez quedaban 32 el día 5 de abril, o sea tres semanas después de haberse presentado el primer caso de sarampión, que no presentaban signos de enfermedad; ese mismo día, 5 de abril, recibieron esos 32 niños otra inyección intramuscular de 10 c.c. de suero de adulto. En el curso del mes de abril, de esos 32 niños enfermaron de sarampión 28 y 4 permanecieron indemnes. De estos 28 casos de sa-

rampión 23 de ellos fueron casos muy benignos y 5 complicados: 2 de ellos de bronconeumonía, uno con fiebre que se prolongó durante diez días con fenómenos de bronquitis, otro tuvo una colitis, y por último el quinto, que era un niño hipotrófico, presentó intensos fenómenos inflamatorios de las partes altas del aparato respiratorio, con espeso moco nasal, en el que se encontraron bacilos diftéricos y, por último, murió con focos múltiples bronconeumónicos el 31 de mayo.

He llamado formas benignas de sarampión las que han presentado estos niños, porque su enfermedad consistió en un ligero catarro óculo-nasal, muy frecuentemente falta de signo de Koplik, erupción escasa y fugaz y un período febril de tres a cuatro días de duración, siendo en muchos casos la temperatura menor de 38 grados.

De los 4 niños que no enfermaron uno de ellos está en la Casa de Cuna desde la edad de dos meses, dos desde la edad de cinco meses, en estos tres hay la seguridad de que no han tenido la enfermedad; el otro, que ingresó a la Casa de Cuna de un año un mes, bien pudiera haberla tenido antes de su ingreso al Establecimiento.

Resumiendo esta observación tenemos lo siguiente:

Fueron tratados por suero de adulto 37 niños susceptibles de sarampión; no enfermaron 4, o sea el 10.8 por ciento; tuvieron sarampión benigno 27, o sea el 73 por ciento; tuvieron sarampión complicado 5, o sea el 13.5 por ciento; murió a consecuencia de las complicaciones 1, o sea el 2.7 por ciento.

Consideraciones.—Si tenemos en cuenta que el período de incubación del sarampión es de 11 a 14 días y que de los 37 niños inyectados la primera vez 32 permanecían sanos tres semanas después del principio de la epidemia, es de suponer que, si los enfermos hubieran sido separados del resto de los niños, se hubiera conseguido un mayor número de indemnes.

En segundo lugar, cabe anotar que la inyección de suero de adulto modifica considerablemente el aspecto clínico de la enfermedad, al grado que en muchos casos hubiera sido imposible establecer el diagnóstico a no ser por la existencia de la epidemia, de la que ya teníamos conocimiento por los casos anteriormente presentados.

En tercer lugar, es evidente que se disminuyó en forma considerable el número de los casos complicados, puesto que es común que el sarampión en la Casa de Cuna, en los niños hipotrópicos que allí se alojan, se complique casi de una manera fatal.

Por último, es de gran interés considerar la mortalidad de un sólo niño, o sea el 2.7 por ciento, en comparación con el alto número de defunciones que solíamos tener en las epidemias de sarampión en la Casa de Cuna.

La forma en que se ha realizado esta experiencia es del todo semejante a la forma en que se observa el sarampión en la clientela privada en las casas en donde hay varios niños, no se aísla al enfermo y los demás contraen necesariamente la enfermedad; y puesto que la inyección de 10 c.c. de suero de adulto no produce mayores molestias, es de recomendarse su empleo, pues aunque los otros niños enfermen, tendrán un padecimiento benigno y con muy escasas probabilidades de complicaciones.

Cabe preguntar si estos sarampiones atenuados y modificados por el suero producen una inmunidad definitiva como el sarampión que se deja evolucionar espontáneamente.