

## ZONA Y VARICELA

por los doctores

RÉMOND (de Metz), H. COLOMBIÉS y E. AUJALEU

Profesor de Clínica Médica

de Toulouse

Las relaciones del zona y de la varicela se han discutido durante mucho tiempo y son siempre de actualidad.

Desde 1892 a 1919, von BOKAY sostuvo que existía una relación de parentesco entre la varicela y ciertos zonas. NETTER sostuvo también esta opinión en 1920, y a su vez afirma la identidad de origen de ambas afecciones: «zona y varicela — dice— pueden estar bajo la dependencia del mismo virus: el virus variceloso».

En oposición a esta teoría unicista, los dualistas con COMBY, LESNÉ y PARAF, afirman que zona y varicela son dos entidades mórbidas absolutamente diferentes.

Ambos basan sus teorías en argumentos clínicos, epidemiológicos, experimentales y serológicos. No ha mucho, con motivo de una observación comunicada a la *Société Médicale des Hôpitaux* de París, se produjo una discusión en la que se sostuvieron los principales argumentos de ambas teorías por sus defensores.

Hemos tenido ocasión de observar tres casos de varicela que se produjeron después de un zona y en condiciones particulares; los traemos en esta memoria que nos permitirá estudiar la cuestión.

*Observación I.*—X..., 22 años, estudiante de medicina, casado, padre de dos niñas.

Durante la infancia: enfermedades infecciosas de los 3 a los 10 años: sarampión, coqueluche, angina diftérica. Bronquitis, a los 13 años. Desde entonces, ninguna enfermedad.

El 7 de noviembre último, sensación de malestar al anochechar, cansancio, cefalea, vértigos. No hay temperatura.

A la mañana siguiente, al despertarse, se comprueba la existencia de una serie de ganglios escalonados a lo largo del borde anterior del esterno-cleido-mastoideo izquierdo, desde la clavícula hasta la apófisis mastoidea. Detrás del pabellón de la oreja, el más elevado de estos ganglios alcanza el volumen de una avellana, y a medida que se desciende, se vuelven más pequeños. Son poco dolorosos, ruedan bajo los dedos y no van acompañados de periadenitis. Tan sólo provocan un ligero estorbo al mover el cuello. El lado opuesto está completamente desprovisto de adenopatía.

Pensando en una angina, examinamos la garganta y notamos la presencia de una amígdala izquierda muy roja y muy voluminosa. La amígdala derecha, el velo del paladar y la faringe parecen normales.

Se nota igualmente, desde entonces, la presencia de 4 ó 4 pequeñas vesículas herpéticas que tienen su asiento a nivel de la raíz de los cabellos, en la parte mediana y externa de la frente del lado izquierdo.

El 9 de noviembre, los fenómenos se precisan. La amígdala, siempre encarnada, es menos grande; la adenopatía ha aumentado aún. En el lado izquierdo de la frente se ve

una lesión zosteriana. Las pequeñas vesículas de herpes que la acompañan están agrupadas del siguiente modo: 1.º Sobre la hendidura orbitaria, cinco a seis vesículas; 2.º partiendo de este punto, dos series lineales de vesículas se dirigen: una, oblicuamente arriba y afuera hacia los primeros elementos aparecidos desde hace 24 horas; la otra, paralelamente a la ceja hacia su extremidad externa; y por último, vesículas esparcidas entre los cabellos en cuatro o cinco grupos, sobre la parte izquierda anterior y posterior del cráneo.

Ante esta erupción, ante su topografía, ante la adenopatía, se piensa en una zona, pero la ausencia de dolores inspira dudas. Sólo al día siguiente aparecen dolores neurálgicos limitados a la mitad izquierda de la frente y de la parte superior del cráneo. Se establece entonces el diagnóstico de zona limitado al campo frontal sub-orbitario del nervio oftálmico. Nada de trastornos del lado del ojo.

Los dolores neurálgicos han persistido durante 48 horas. Después la erupción ha comenzado a secarse, la adenopatía ha disminuido. El 13 de noviembre, pequeñas costras reemplazaban las vesículas, la adenopatía había desaparecido. Poco a poco, las costras cayeron, dejando en su lugar pequeñas cicatrices deprimidas, ovalares, rojizas, que presentaban hipoestesia.

Mientras duró el zona, el enfermo vivió con sus hijitas; la una, cuenta 3 años de edad; la otra, tiene algunos meses. Al principio de la infección de su padre, estas niñas no salieron de la habitación durante 8 días. Continuaron sin salir mientras duró el zona. No vieron a nadie más que a sus padres y a una criada que no ha estado nunca en contacto con varicelosos. El padre mismo, no había visto varicelosos desde hacía 18 meses.

Ahora bien; el 18 de noviembre la niña mayor presenta temperatura (38°) y se queja de cefalea. El día 19 se despierta con una erupción clásica de varicela. La enfermedad ha evolucionado en ocho días sin complicaciones.

La varicela de la hija ha empezado, por consiguiente, 12 días después de principiar el zona de su padre y sin que pueda señalarse ninguna otra causa de contagio.

La hija menor no la ha tenido. ¿Se debe, acaso, a una menor receptividad congénita o a su temprana edad? Creemos más bien que, habiendo tenido relaciones menos inmediatas con su padre, ha podido escapar al contagio.

*Observación II.*—Señora L..., 54 años. Los antecedentes hereditarios y personales no presentan nada de particular.

El 2 de marzo: la enferma siente violentos dolores intercostales del lado izquierdo, con cefalea y trastornos digestivos. Los días siguientes, aparece en el tórax del lado izquierdo una erupción zosteriana que interesa alrededor de 3 ó 4 espacios intercostales. El diagnóstico de zona intercostal se establece. La erupción sigue su curso normal, y después de un segundo examen, el médico pierde de vista a la enferma.

Este es llamado de nuevo quince días después por la misma familia para cuidar a la nieta de la señora L..., de 8 años de edad, y que presenta una varicela típica.

El médico no conoce ningún caso de varicela en el pueblito donde vive la enferma, y la nieta no vió a nadie atacado de varicela o que hubiese tenido contacto con un variceloso.

Pero la abuela explica que la nieta duerme con ella desde

hace dos años todas las noches y que mientras duró su zona no ha cambiado sus costumbres.

*Observación III.*—Señor H..., 36 años. Los antecedentes hereditarios y personales no presentan nada de particular.

En agosto, durante su estancia al campo, nuestro individuo presentó, después de fenómenos generales bastante notables, una erupción dolorosa que tenía su asiento en la región cérvico-braquial, interesando la parte inferior del cuello y prolongándose en la espalda y la raíz del brazo. El médico consultado estableció el diagnóstico de zona, prescribió un polvo inerte y un calmante; 6 días después estaba curado.

En los siguientes, el señor H... volvió a la ciudad, y 24 horas después de su llegada, uno de nosotros fué llamado para cuidar a su hijo, de 5 años de edad, que presentaba los mismos síntomas de una varicela, evolucionando en diez días sin complicaciones.

La propiedad en que habitaba el enfermo durante su estancia en el campo era aislada; no había estado en contacto con ningún otro niño; no existía varicela conocida en la región.

El intervalo entre las dos afecciones fué de catorce días.

En las tres observaciones que acabamos de resumir, las condiciones de aparición de las dos afecciones, zona y varicela, son tales, que parece no se puede negar que entre ellas haya relaciones: la segunda, parece causada por la primera; produciéndose ambas por el mismo virus.

Los defensores de la teoría dualista, cuyo jefe es J. COMBY, se levantan, sin embargo, contra semejante afirmación. Para ellos no existe más que una simple coincidencia entre ambas enfermedades, ya que dicen que las diferencias clínicas son grandes entre la erupción zosteriana dispuesta en placas en el trayecto del nervio, y la erupción globulosa diseminada de la varicela: en favor de la unicidad no podríamos invocar su coexistencia en el mismo enfermo o en dos enfermos que hayan estado en contacto y portadores de una u otra de estas afecciones, ya que parece ser consecuencia una de la otra.

Entre sus más importantes argumentos figuran los siguientes:

1.º La varicela es una fiebre eruptiva muy diseminada, muy contagiosa; por el contrario, el zona es una neuritis especial, bastante rara y nada contagiosa.

2.º La varicela es inoculable y se han servido de la varicelización para inmunizar a los niños en algunos ambientes; contrariamente, el zona no es inoculable.

3.º La varicela inmuniza contra la varicela, no contra el zona, y son numerosos los antiguos varicelosos que han contraído el zona; de igual modo el zona no inmuniza contra la varicela y existen observaciones de antiguos zonatosos que contrajeron la varicela.

4.º El examen del líquido céfalo-raquídeo varía en los dos casos: en el zona, muestra una linfocitosis no existente en la varicela.

5.º Se ha dicho que la varicela podía dar origen

al zona, lo que es incontestable, puesto que el zona puede suceder a la varicela como a cualquier afección infecciosa: las causas del zona son múltiples y variadas y no sabríamos hallar en ello un argumento en favor de la unicidad.

Para los dualistas no se ha aportado nunca una prueba convincente de zona que engendre la varicela, creando un foco de varicela, dando origen a una epidemia de varicela. COMBY llega a afirmar sobre este punto: «Considero esto como imposible y sin ejemplo».

Sin embargo, parece que se pueda contestar satisfactoriamente a todos los argumentos y demostrar la veracidad de la tesis de NETTER, afirmando la identidad de la naturaleza de la varicela y del zona quedando estrictamente en el terreno de los hechos.

Primeramente, no parece, como afirma COMBY, que el zona no sea una enfermedad contagiosa. Desde el siglo XVIII, los clínicos habían juntado ya el zona «ignis sacer», con las fiebres eruptivas. BONIERTI, y en época menos lejana, TROUSSEAU, consagraron páginas a este tema. En la segunda edición de sus lecciones clínicas, TROUSSEAU relata una observación personal de contagio del zona. Desde entonces, se multiplicaron los ejemplos de este contagio y de la aparición endémica de esta enfermedad. NETTER pudo comprobarlo en el hospicio de Brévannes. Nosotros mismos tuvimos ocasión de observarlo en uno de nuestros servicios hospitalarios; la aparición de varios casos de zona en la misma sala, a consecuencia de la admisión de un enfermo portador de esta afección.

La histología nos proporciona aún una prueba de unicidad; la vesícula del zona y la de la varicela tienen idéntica estructura.

El argumento sacado de la no-inoculabilidad de la serosidad de la zona, oponiéndose a la inoculabilidad fácil de la serosidad de la varicela, parece que ya no se sostiene tampoco a consecuencia de los hechos que vamos a relatar.

Un observador vienés, KUNDRATITZ (1924), publicó la observación de dos niños inoculados con la serosidad de un zona, y que presentaron después de once días vesículas transparentes idénticas a las de la varicela. Colocados ulteriormente varios días seguidos en la misma cama, que unos varicelosos, estos niños no contrajeron la varicela. Otros experimentadores, especialmente LANDA y ETOHR (1826), KNUMER (1927) en Viena, FRENND en Berlín (1928), MARINESCO y SERGER en Bucarest (1927), repitieron estas inoculaciones que dieron resultados completamente favorables en la demostración de la naturaleza varicelosa de las zonas cuya serosidad había sido extraída. Como en las inoculaciones de varicelas, estos autores señalaron ya elementos aislados en los puntos inoculados, ya varios elementos diseminados por el contorno, o bien una erupción generalizada concomitante.

KUNDRATITZ logró inoculaciones por vías sucesivas como las había realizado KLING por la varicela. El

observador vienes cuidó de inocular, como testigos, a dos niños que antes tuvieron abiertamente una varicela, y en numerosos testigos no comprobó nunca reacción local.

Finalmente, el mismo autor previno la propagación de la varicela en los niños que habían estado expuestos al contagio y que recibieron, a su debido tiempo, una inyección sub-cutánea de suero de antígenos zonatosos.

Y, por último, los argumentos clínicos, epidemiológicos y biológicos, bastando casi los primeros, acababan de convencernos.

El tiempo de incubación del zona, que sigue a la varicela, caso relativamente raro, es el mismo (14 días) que el de la varicela, sucediendo al zona, caso frecuente, y de la varicela siguiendo a la varicela. BOHAY desde un principio había insistido acerca de esta entidad, y NETTER, en particular, saca a relucirla; ésta se destaca abiertamente de la lectura de 200 observaciones que este autor ha podido juntar. Dichas observaciones son casi todas comparables a las que aportamos, y provienen ya de médicos franceses, ya de maestros extranjeros. En varios casos se ha podido observar la sucesión del zona y de la varicela en la misma familia. Los casos de contagio son frecuentes en los Hospitales de niños; y si son raros en los servicios de adultos, se debe a que los enfermos están casi todos inmunizados por una varicela anterior. El 90 % de los niños de 10 años de edad, han tenido, en efecto, la varicela.

Así, pues, podemos preguntar: ¿por qué la inoculación del virus variceloso produce ya la varicela, ya el zona? ¿Por qué vemos aparecer la misma enfermedad, ya bajo una forma generalizada (la varicela), ya bajo una forma sistematizada (el zona)?

FLANDIN, en 1926, en su ponencia al Congreso de Dermatología de Bruselas, propuso la siguiente hipótesis:

La varicela sería la manifestación primera de la infección, y por otra parte, se observa en los niños de temprana edad, mientras que el zona es excepcional en esa edad. Por el contrario, el zona sería una manifestación tardía sistematizada que podría producirse ya en un antiguo variceloso, ya en un portador de gérmenes inmunizado sin manifestación clínica de varicela.

La erupción del zona sería producida ya por reinfección, contagio de varicela produciendo un zona, ya por una causa infecciosa o tóxica, levantando la inmunidad. Así se explicaría que el zona apareciese en el curso de las pirexias, de las enfermedades crónicas, como sífilis y tuberculosis; de las caquexias, como el cáncer; de las auto-intoxicaciones, como la diabetes; de las hétero-intoxicaciones. El zona arsénico o bismútico, que no difiere en nada del zona espontáneo, se explicaría por un levantamiento de inmunidad ante un portador variceloso; es este último grupo de zona especialmente que más ha inducido a la discusión, y para la cual la prueba de la naturaleza parecía la más difícil de establecer. En efecto, si algunos zonas son provocadas por el virus

variceloso, ¿qué debemos entender de los otras zonas cuya prueba etiológica no se ha procurado y que no permite en absoluto diferenciarlos de los zonas de naturaleza varicelosa? La fiebre zosteriana es un enfermedad muy individualizada, cuyas manifestaciones están bien caracterizadas, enfermedad específica como decía LANDOUZY. Ver en el zona ya no una identidad sino un síndrome, era posible, y como había propuesto LANDOUZY, se podía resolver la dificultad oponiendo las erupciones zosteriformes a la fiebre zosteriana.

Para resolver la cuestión, NETTER y Aquiles URBAIN, desde 1924, recurrieron a la investigación de la desviación del complemento, cuyas aplicaciones, desde el descubrimiento de BORDET y GENGOU, fueron tan fecundas y frecuentes. GIROUD, KOLMER, DOLD y LANGER, habían mostrado la aparición rápida y la persistencia bastante larga en la sangre de los individuos atacados de varicela, de anticuerpos puestos en evidencia utilizando como antígenos las costras de la varicela. La reacción es de una especificidad rigurosa, permitiendo separar serológicamente la varicela de las viruelas locas y de la vacuna.

COMELLA de LENGE y WOLF (1923), habían descubierto un anticuerpo variceloso en la sangre de un zonatoso a los 21 días; este zona, por otra parte, provocó la aparición de una epidemia de varicela.

En 1926, NETTER llevó a la *Société de Biologie* el resultado de sus investigaciones acerca de cien sujetos zonatosos, que en su gran número (84) no habían tenido relación aparente con una varicela. En casi todos (93 %), la desviación del complemento era manifiesta; que se escoja para antígenos costras de varicela o de zona, lo mismo que paralelamente los resultados con el suero de los varicelosos eran idénticos tanto si el antígeno era suministrado por costras de zona o de varicela. Estos resultados han sido confirmados por los trabajos de PINCHERLE y VÉGUI de SIENNE (1927).

NETTER aplicó inmediatamente este criterio a los zonas tóxicos; la relación de causa a efecto entre los zonas y la intervención del medicamento tóxico puesto en acción (arsénico, bismuto, mercurio), pareciendo evidente, era manifestamente deseable investigar en el suero de zonas tóxicos los anticuerpos varicelosos. En 1924, este autor aportó de nuevo un primer caso de reacción positiva en un individuo cuya zona fácil había aparecido tres horas antes de la primera inyección intra-venosa de arseno-benzol. Esta comprobación no quedaba aislada, y en 1925 publicó, en la reunión de los Pediatras holandeses, el resultado, siempre positivo, de sus investigaciones en 15 casos de zonas consecutivas a inyecciones de productos arsénicos, bismúticos o mercuriales. Estos productos intervinieron, pues, como agentes provocadores del virus variceloso-zonatoso, que hasta entonces estaba alojado impunemente en el enfermo. NETTER terminaba su comunicación diciendo: «Así, pues, zonas de diversa naturaleza provienen de la infección varicelosa, hecho establecido ya por el aná-

lisis de los resultados de las numerosas inoculaciones».

Luego, en este caso aún, la teoría de la unicidad, difícil de establecer por medio de argumentos clínicos, se demuestra claramente por la prueba biológica.

\* \* \*

En esta breve exposición, nos hemos esforzado, aportando a los debates nuestras tres observaciones, hacer la «mise au point» de una cuestión que aún es objeto de discusiones apasionadas. Hemos traído los argumentos de ambas teorías frente a frente, y parece que en el estado actual de nuestros conocimientos, frente a los hechos histológicos, experimentales, clínicos, epidemiológicos y biológicos, puestos en evidencia, se pueda deducir la identidad nosológica de la varicela y del zona.

#### RESUME

*Les Auteurs présentent trois observations à propos desquelles ils font une mise au point des discussions qui ont eu lieu parmi les partisans de la théorie uniciste et ceux de la théorie dualiste du zona et de la varicelle, et les Auteurs sont portés à admettre l'identité nosologique des deux maladies.*

#### SUMMARY

*The authors present three observations regarding which, they theory a mise au point of the discussions had between those favouring the theory of unity and of the dual theory of the zone and of the varicella. They feel inclined to admit the nosological identity of both diseases.*

#### AUSZUG

*Die Verfasser bringen drei Beobachtungen und an Hand derselben eine «mise au point» der Diskussionen, die zwischen den Anhängern der Theorie der Einheitlichkeit und des Dualismus der Gürtelrose und der Windpocken geführt worden sind. Die Verfasser sind geneigt, die nosologische Identität dieser beiden Krankheiten zuzulassen.*