

Archivos hace 75 años

Año X

Julio de 1939

Tomo XII, N° 1

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)

Hospital de Niños — Servicio de Infecciosas
Jefe: Prof. Dr. Florencio Bazán

Encefalitis varicelosa (*)

por los doctores

Florencio Bazán

Profesor adjunto de Clínica Pediátrica
Jefe del Servicio de Infecciosas

Raúl Maggi

Docente libre de Clínica Pediátrica
Sub-Jefe de Sala

Desde que Marfan publicara en 1893 la primera observación de complicación nerviosa de la varicela, las publicaciones a este respecto se sucedieron con escasa frecuencia, y a partir de 1925 ellas aumentaron en forma sensible. Pero, en realidad, es recién en estos últimos años que su estudio ha despertado la atención de los pediatras y neurólogos de los distintos países, dando lugar a múltiples e interesantes trabajos de indiscutible valor.

Ultimamente el autor inglés Ashworth Underwood en un documentado estudio sobre las complicaciones neurológicas de la varicela y publicado en "The British Journal of Children's Diseases", abril a diciembre 1935, ha examinado prolijamente la literatura médica mundial a este respecto, y ha recogido en su búsqueda, 120 observaciones en total. Sin embargo, cree que 23 de estas no parecieran encuadrar en la cuestión, y, solamente encuentra encefalitis más o menos típica, en la mitad de los casos relatados.

Posteriormente se han hecho muchas otras publicaciones que

(*) Trabajo presentado a la Sociedad Argentina de Pediatría, sesión del 25 de abril de 1939.

- 4 -

han venido a aumentar considerablemente la casuística. Ello nos demuestra la frecuencia mayor con que se observa en la actualidad esta complicación nerviosa de la varicela, aún cuando el número de casos publicados hasta el presente, no guarda relación con la extrema frecuencia de la afección originaria.

En el Uruguay, Bonaba publica en 1927 una observación de meningoencefalitis postvaricelosa, y a fines del año pasado, Carrau y Mantero relatan un interesante caso de encefalitis varicelosa a forma atáxica cerebelosa que evolucionó rápidamente hacia la curación.

Entre nosotros, Del Carril y Vidal, en el año 1935, publican un caso de varicela y polineuritis en el que no pudieron descartar en absoluto la posibilidad de un origen poliomiéltico.

Ningún caso de encefalitis varicelosa propiamente dicho, hemos hallado relatado en la bibliografía nacional.

En nuestro Servicio de Infecciosas del Hospital de Niños, sobre un total de 200 casos de varicela internados en el término de casi 5 años, hemos tenido oportunidad de observar *un solo caso de encefalitis*, observación que comentaremos enseguida.

Si comparamos la frecuencia de estas encefalitis con otras post-infecciosas, observadas en el mismo Servicio, vemos que, en realidad, su frecuencia es muy relativa. Así, sobre un número aproximado de 500 casos de coqueluche hemos tenido 12 casos de encefalitis; sobre 750 casos de sarampión, 3 casos; sobre 35 casos de parotiditis epidémica, 2 casos; y sobre 1600 casos de escarlatina, una sola encefalitis. De ello se deduce que la coqueluche es la infección que más frecuentemente se complica con procesos encefalíticos agudos, haciéndolo en mínima escala, la escarlatina.

Como veremos más adelante, las complicaciones nerviosas de la varicela son de un polimorfismo tan extremo, que originan los tipos clínicos más diversos, consecuencia lógica del carácter proteiforme de las alteraciones anatómicas, que pueden afectar parcial o totalmente el eje cerebro-espinal, ya sea el cerebro, el cerebelo, la médula, las raíces nerviosas o las meníngeas. Por ello, el término de encefalitis empleado corrientemente, no es el más apropiado, y algunos autores, prefieren la denominación de *neuroarthritis*, propuesta por Sicard hace algunos años, y que abarcaría a todas las infecciones agudas no supuradas del sistema nervioso.

Describiremos a continuación nuestra observación personal.

HISTORIA CLÍNICA

Eduardo R., de 12 años de edad, argentino. Ingresa al Servicio de Infecciosas, Sala XIII, cama N.º 25, del Hospital de Niños, el día 11 de febrero de 1939. Ficha N.º 1.556.

Antecedentes hereditarios: Madre: fallecida hace un año, de cáncer de mama, a la edad de 42 años. Padre: vivo, considerado sano.

Hermanos, 6, sanos. No hubo abortos.

Antecedentes personales: Nacido a término. Lactancia materna hasta los 6 meses, luego alimentación artificial bien tolerada.

Crecimiento y desarrollo dentro de las condiciones normales. Coque-luche al año de edad. Ninguna otra infecciosa. Desde hace algunos años se queja, de tanto en tanto, de dolores articulares, sobre todo a nivel de las rodillas. Según refiere el padre se trata de un niño con ligero retar-do intelectual y que ha presentado siempre cierta tendencia a dormirse con facilidad y en cualquier lugar.

Hace aproximadamente 6 meses presenta una mastoiditis izquierda consecutiva a una otitis supurada. Fué intervenido en el Hospital de Niños por el Dr. Arata, cicatrizando la herida operatoria al mes. Tres me-ses y medio después, aparece un absceso superficial de esta misma región, que curó en pocos días.

Enfermedad actual: Inicia su enfermedad hace 3 días, es decir el 7 de febrero, con estado nauseoso, vómitos repetidos, fiebre elevada en-tre 39° y 41°, escalofríos, cefalalgias intensas, al principio frontales y luego occipitales, constipación, gran excitación, gritos, delirios, postración, etc. Como esta sintomatología no retrogradara, y por el contrario, su estado fuera cada vez más delicado, con su psiquismo profundamente afectado, con gran agitación, pérdida del equilibrio, etc., resuelven inter-narlo en este hospital, haciéndolo en la Sala II.

En el Servicio de Guardia, 10 de febrero, se comprueba un estado de franca obnubilación, niño febril, muy excitado, con vértigos, amauro-sis, (el niño manifiesta no ver nada), temblor, marcha atáxica, signo de Romberg positivo, bradicardia, incontinencia de orina.

Como al día siguiente, 11 de febrero, se observa la *aparición de una erupción varicelosa*, ordenan el pase al Servicio de Infecciosas, sin que tuvieran tiempo en aquella Sala de levantar su estado actual.

Estado actual: Niño en mal estado general, postración evidente. Es-tado de nutrición: regular.

Presenta en la piel elementos eruptivos característicos de la varice-la que recién están en su iniciación, localizados sobre todo a nivel de la cara, cuero cabelludo y cuello. Discreta adenopatía cervical, axilar e in-guinal.

Boca: labios secos, fuliginosos; lengua seca, saburral. Dientes bien implantados y en mal estado de conservación. Garganta roja, presentan-do algunos elementos ampollosos de color blanquecino con halo rojo, so-bre todo a nivel del velo del paladar (enantema variceloso). Oídos nor-males.

— 6 —

Aparato respiratorio: Tos discreta; rales aislados en ambas bases.

Aparato circulatorio: Corazón: Tonos cardíacos normales. Pulso: irregular, 85 pulsaciones por minuto; pulso bradicárdico en relación a la temperatura (39°5).

Abdomen: Normal; no se palpa hígado ni bazo.

Sistema nervioso: Niño postrado, franco embotamiento, con tendencia a la somnolencia. Contesta con cierta dificultad a las preguntas que se le formulan, siendo su palabra lenta, arrastrada. El estado de obnubilación, alterna a veces, con períodos de agitación, que obligan a vigilarlo para evitar que se caiga de la cama. No hay contracturas. No existe rigidez de nuca, ni Kernig, ni Brudzinski, ni ningún otro signo meníngeo. Reflejos tendinosos, tanto rotulianos como aquilianos, normales. Reflejos cutáneos normales. Dermografismo negativo. Sensibilidad, tanto superficial como profunda, conservada. Tonus y fuerzas musculares disminuídas. No hay fenómenos paralíticos. Babinski negativo.

La estación de pie es posible mediante una gran separación de los miembros inferiores, tratando de aumentar así su base de sustentación. Signo de Romberg, positivo. La marcha es casi imposible, el niño titubea, es necesario ayudarlo para que no se caiga, ofreciendo el tipo de marcha oscilante, atáxica (tipo cerebeloso), marcha del ebrio. Retropulsión. Hay asinergia. Presenta vértigos, sobre todo al sentarse en la cama o al ponerse de pie. Hay disimetría evidente, tanto al llevar el dedo a la nariz, como el talón a la rodilla. Adiadococinesia. Temblor intencional, sobre todo de las manos. Nistagmus, variedad horizontal.

La visión, que hace dos días no existía, es en el actualidad casi normal, pues distingue a los objetos, aunque no en sus detalles. Pupilas iguales, reaccionan perezosamente a la luz.

No se ha podido practicar el examen eléctrico debido a que el Servicio de Fisioterapia no funcionaba temporalmente. Análisis de orina: normal.

Reacción de Wassermann en sangre: positiva débil.

Intradermorreacción de Mantoux: negativa.

Febrero 12: Se efectúa una punción lumbar que da salida a un líquido a regular tensión, 140 gotas por minuto. Se extraen con facilidad 20 c.c. de líquido céfalorraquídeo, cuyo análisis dió el siguiente resultado: aspecto, cristal de roca; Pandy: positiva; Nonne Appelt: negativa. Albúmina: 0.18 ‰; glucosa: 0.77 ‰; cloruros: 7.30 por mil. Citológico: 8 elementos por mm.c., a predominio polinuclear. Bacteriológico: negativo.

En el día de la fecha, ingresa al Servicio un hermano del enfermo, de 10 años de edad, atacado también de varicela.

Febrero 15: El niño, que a su ingreso se hallaba con su sensorio alterado, ha mejorado visiblemente. Su psiquismo es más lúcido, contesta bien a las preguntas. Conserva la incoordinación en la marcha, aunque menos pronunciada.

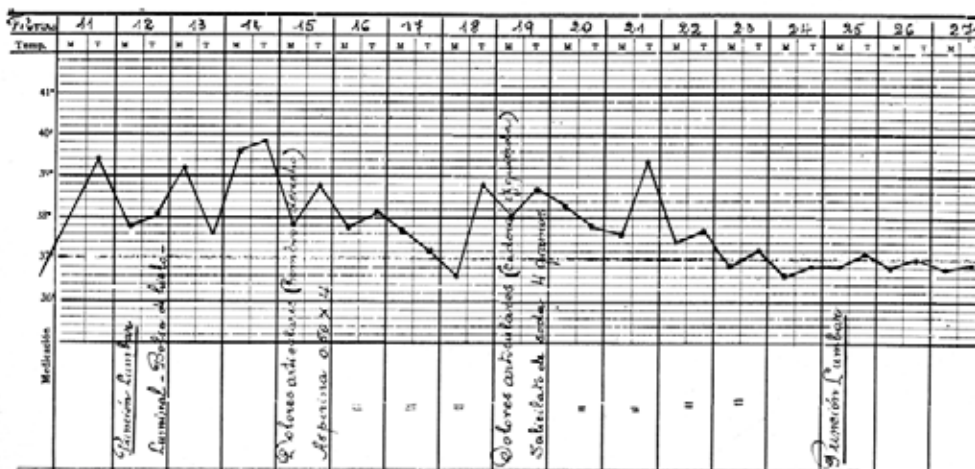
Está en plena erupción varicelosa, diseminada en toda la superficie cutánea, muy intensa, y en ciertas regiones los elementos son confluentes. Desde hoy se queja de un intenso dolor a nivel del hombro derecho,

que le imposibilita realizar amplios movimientos; no hay tumefacción ni rubicundez de la región. Se administra aspirina, 2 gramos.

Febrero 16: Fondo de ojo: normal. Pupilas regulares, reaccionan bien a la luz. Agudeza visual conservada.

Febrero 20: Continúa mejor. La fiebre se mantiene aún elevada, alrededor de 39°. El dolor localizado en el hombro derecho ha desaparecido, pero en cambio, desde ayer aparece dolor intenso a nivel de la cadera izquierda. Se indica salicilato de soda, 4 gramos.

Un análisis de sangre practicado en el día de la fecha, dió el siguiente resultado: Hemoglobina, 90 %; glóbulos rojos 4.260.000; glóbulos blancos, 6.800; relación globular, 1-626; valor globular, 1.07; polinucleares neutrófilos, 53 %; eosinófilos, 3 %; linfocitos, 39 %; mononucleares, 5 por ciento. Eritrosedimentación: a la hora, 9; a las 24 horas, 67.



Febrero 24: La sintomatología de orden nervioso ha desaparecido por completo. Su estado psíquico es más o menos normal, comprobándose de acuerdo a los datos anamnésicos un ligero retardo intelectual (arriación simple). No existe ya incoordinación en la marcha. Signo de Romberg, negativo. El dolor de la articulación coxofemoral izquierda ha desaparecido con la administración de salicilato de soda, normalizándose al mismo tiempo la temperatura. La erupción varicelosa está en franca regresión, con tendencia a la cicatrización.

Febrero 25: Una nueva punción lumbar da salida a un líquido a regular tensión, de aspecto límpido, cristal de roca, cuyo análisis es el siguiente: Pandy, positiva; Nonne-Appelt, negativa; albúmina, 0.35 %; citológico, 5 linfocitos por mm.c.; bacteriológico, negativo.

Febrero 27: Es dado de alta, completamente curado. La erupción varicelosa ha cicatrizado totalmente. Psiquismo normalizado. Marcha normal. Apirexia desde hace 4 días.

— 8 —

En resumen: Niño de 12 años, sin antecedentes hereditarios de importancia, entre los personales, ligero retardo intelectual, dolores reumáticos frecuentes, proceso de mastoiditis de origen otógeno, hace 6 meses intervenida quirúrgicamente con curación definitiva, y que, cuatro días antes de la aparición del período eruptivo de una varicela, presenta bruscamente un cuadro a sintomatología nerviosa caracterizado por: vómitos, cefalalgias, embotamiento con tendencia a la somnolencia, estado de obnubilación que alterna a veces con períodos de gran excitación, gritos y delirios, trastornos del lenguaje, marcha atáxica tipo cerebeloso, signo de Romberg, hipotonía muscular, asinergia, dismetría, adiadococinesia, vértigos, temblor intencional, nistagmus, amaurosis transitoria, pulso bradicárdico, etc.

La erupción varicelosa se presenta en forma muy intensa, generalizada, en parte confluyente, con casi las apariencias de una viruela. Una hermano del enfermo se interna dos días después, atado también de varicela.

El cuadro nervioso, que es de gravedad extrema, persiste durante ocho días, mejora luego rápidamente desapareciendo los trastornos en pocos días más. Al quinto día de su ingreso, o sea el 9.º día de enfermedad, aparecen dolores reumáticos a nivel del hombro derecho, y unos días después, en la cadera izquierda, que ceden inmediatamente a la medicación salicilada. Líquido céfalorraquídeo límpido, a regular tensión, ligera linfocitosis (8 elementos en el primer análisis, 5 en el segundo). No se aplicó ninguna terapéutica especial.

El enfermo fué dado de alta el 27 de febrero, a los 16 días de su internación en el Servicio, o sean a los 20 días de enfermedad, en muy buenas condiciones y su curación fué definitiva, sin secuelas.

Como vemos, este niño ha presentado un *síndrome nervioso del tipo de la ataxia cerebelosa*, que ha evolucionado rápidamente hacia la curación, con restitución funcional completa.

Naturalmente que en el primer momento, ante un cuadro semejante, síndrome cerebeloso con alta temperatura y agregado a ello el antecedente de una mastoiditis por otitis, de fecha más o menos reciente, se nos planteaba el problema de si se trataba o no, de un absceso de cerebelo de origen ótico, como así también lo creyeron en el consultorio de guardia. Pero el examen auditivo negativo y la presencia de una erupción varicelosa típica, aunque en su

faz inicial, nos hizo pensar de inmediato en un proceso encefalítico de tipo infeccioso. La evolución favorable del proceso en forma rápida y espontánea, descartó en absoluto el diagnóstico de absceso cerebeloso, confirmando así nuestras justas presunciones de que se tratara de una *encefalitis varicelosa*.

Llama realmente la atención en nuestro caso la rica sintomatología cerebelosa que presentó desde un comienzo, como pocas veces se ha visto relatado en la literatura médica.

La mayoría de las encefalitis varicelosas se observan en niños de 3 a 10 años, habiéndose registrados casos hasta en la edad adulta.

En cuanto al sexo, existe un ligero predominio hacia el masculino. Así en la estadística de Underwood, sobre 110 casos, 67 eran varones y 43 mujeres.

La *época de aparición de las manifestaciones nerviosas* con relación a la varicela, es extremadamente variable. Ellas pueden presentarse durante la erupción, como pueden precederla o aparecer en el curso de la convalecencia. En general, el comienzo de la complicación nerviosa está comprendido, entre 3 días antes y 20 días después del período eruptivo. La mayoría de los casos se han iniciado entre el 4.º y el 10º día del exantema.

En nuestro caso, la sintomatología nerviosa se presentó 4 días antes de la aparición de la erupción, lo que constituye una excepción.

Es una noción ya bien establecida de que, en la mayoría de los casos, las manifestaciones nerviosas coinciden con un exantema discreto o frustro; varicela atenuada. Como lo ha hecho notar Van Bogaert, la piel intensamente lesionada desempeñaría un rol de inmunización, susceptible de atenuar los efectos de la invasión del neuroeje. Ello nos explicaría un hecho clínico ya observado por Marfan, de que el síndrome encefalítico se produciría, en niños que viven en un medio variceloso, sin que ellos presenten los elementos cutáneos característicos de la enfermedad.

Sin embargo, algunos autores difieren a este respecto, sosteniendo que la aparición de los fenómenos nerviosos no tienen ninguna relación con la intensidad de la erupción, observándose tanto en las formas severas, tipo necrótico, como en las banales o frustras.

Nuestro enfermo presentó una varicela muy intensa, generalizada, confluyente, con casi las apariencias de una viruela.

— 10 —

De la lectura de las múltiples observaciones publicadas y de los estudios de conjunto (tesis de Crépin, Dudevant, Bérode, Boquet, Mlle. M. Thérèse Comby), se deduce que la *sinomatología* de las complicaciones nerviosas de la varicela, se caracteriza por ser *muy polimorfa*, dando lugar a cuadros clínicos muy diversos. Así, al lado del síndrome de encefalomiелitis difusa, se encuentran las miелitis puras, las formas a tipo de poliomiелitis anterior cuyos síntomas se asemejan a la enfermedad de Heine-Medin, las formas córeo-atetósicas, las formas polineuríticas, formas donde el carácter meníngeo predomina, síndromes complejos, etc., etc. Pero, son las *formas cerebelosas las más frecuentes*. *La ataxia cerebelosa sería la forma clínica más típica* de estas manifestaciones nerviosas de la varicela. En la estadística de Ashworth Underwood, sobre las 120 observaciones recopiladas, 29 corresponden a la forma atáxica cerebelosa.

Para este último autor, el síndrome cerebeloso es tan característico en la encefalitis varicelosa, que solo ello es suficiente para poderla diferenciar de las formas postvaccinal y de las otras post-infecciosas.

Distintos autores (Bérode, Boquet, Miget, Underwood) se han propuesto clasificar a estos procesos encefálicos, pero dado su polimorfismo tan variado, todo intento de clasificación clínica resulta imposible.

En cuanto al *líquido céfalorraquídeo* no presenta, en general, modificaciones típicas, teniendo más bien caracteres negativos, que contribuyen muy a menudo a eliminar ciertos procesos como las meningitis, hemorragia meníngea, tumor cerebral, etc. Es generalmente un líquido límpido, con ligero aumento de la albúmina, y desde el punto de vista citológico, existe, muchas veces, un discreto aumento de los elementos celulares a predominio linfocitario. Se pueden encontrar de 3 a 10, 15 y 20 elementos, raras veces más, a menos que se sobreagregue una reacción meníngea.

En nuestra observación, se comprobó únicamente una linfocitosis muy discreta (8 elementos en la primera punción y 5 en la segunda).

El *pronóstico* de estas complicaciones encefalomiелíticas se caracteriza en general por su benignidad relativa. La regresión es gradual, y la curación es casi siempre completa, sin secuelas. El porcentaje de mortalidad oscila alrededor del 9 % según las distintas estadísticas. Así, en la Underwood, sobre 107 casos, hubo

12 fallecidos, 16 con secuelas, y los restantes curaron totalmente. Los casos mortales se han observado en las formas brutales, fulminantes, con convulsiones, gran embotamiento y coma (casos de Morichau-Brauchant, Sachs, Debré, Lévy-Solal, Netter y Longchamp, Bernheim, etc.).

El pronóstico parece ser más sombrío cuando el síndrome nervioso se ha iniciado al mismo tiempo que la erupción o le ha precedido. Sin embargo, se han registrado casos de muerte, en niños cuyos fenómenos nerviosos aparecieron tardíamente (décimo quinto día de una varicela banal; caso de Dubois y Dagnelie).

Depende también la evolución de la forma clínica de la encefalitis. La ataxia cerebelosa es casi siempre de carácter muy benigno.

Las *secuelas* más comunmente observadas son del tipo coreoateotósico, o de orden psíquico; arrieración mental o idiocia. Las secuelas motrices son muy raras, no habiéndose publicado hasta el presente ningún caso de hemiplejía duradera.

La cuestión de las *relaciones recíprocas entre la varicela y la poliomiélitis* ha sido planteada por Marfan por primera vez en 1932 y renovada en 1936 en sus "Estudios sobre las enfermedades de la infancia". Basándose en ciertas observaciones que se asemejan a las formas atenuadas de poliomiélitis anterior, sobrevenidas en el período de descamación de la varicela, este último autor, plantea la cuestión siguiente: "¿no habría un parentesco entre el virus de la varicela y el de la poliomiélitis?". Con el fin de dilucidar este asunto, dirigió una encuesta a dos asilos donde se hallaban, entre otros enfermos internados, antiguos poliomiélticos, para saber si estos últimos tenían inmunidad para la varicela. La respuesta fué de que los poliomiélticos fueron atacados en igual forma que los demás niños, demostrando con ello que la poliomiélitis no ofrece ninguna inmunidad vis-a-vis de la varicela. Marfan emitió entonces la siguiente conclusión: "el virus variceloso y el virus poliomiéltico son diferentes. El virus variceloso puede determinar trastorno análogos a los de la poliomiélitis anterior, pero ellos son casi siempre leves y curables".

Stux, en "Le Nourrisson" de enero de 1938, después de analizar prolijamente todos estos hechos, formula su tesis, diciendo que la vinculación entre la varicela y la poliomiélitis es indiscutible, y que en sus relaciones intervendría el fenómeno llamado de "biotropismo", es decir, una infección provocando otra, como por

— 12 —

inducción. Se trataría de un biotropismo particular del virus variceloso hacia el virus de la poliomiélitis epidémica.

No entraremos a considerar en detalle la *patogenia* de la encefalitis varicelosa, cuestión muy discutida por cierto, sino simplemente a referirnos a determinados aspectos, sobre todo relacionados con nuestra observación.

La encefalitis no sólo depende del estado infeccioso primitivo, sino también del *terreno* en el cual se desarrolla, punto sobre el que ha insistido particularmente Mlle. Comby.

La mayoría de los autores admiten que estos procesos encefalíticos son ocasionados por un virus neurótrofo, dada su afinidad especial para con el tejido nervioso. Para algunos, el virus neurótrofo, agente desencadenante, sería único, determinado o no, manteniéndose latente en ciertos sujetos, para ser luego reactivado por el germen de la enfermedad originaria; y para otros, sería el virus variceloso convertido en neurótrofo bajo condiciones especiales; vinculándose estas hipótesis a las seductoras teorías del biotropismo. Hay quienes admiten a un virus neurótrofo específico, propio de la varicela.

Van Bogaert cree que la encefalitis no es más que la traducción de fenómenos alérgicos.

Y por último, hay autores que piensan que las toxinas microbianas desempeñan el papel más importante en la producción de estos estados encefalíticos, debido a que el tejido nervioso es muy receptivo para ciertas clases de toxinas.

Pero no hay ninguna duda, como decíamos más arriba, un *terreno propicio previo* desempeña un rol preponderante en el desarrollo de los síndromes nerviosos, ya sea una tara alcohólica o neuroartítica (J. Comby, Van Bogaert), una alergia especial, o la existencia de una enfermedad anterior, sobre todo la heredosifilis (Guillot, Sarrouy y Dupuy D'Urby).

En nuestro caso, existe el antecedente de ser un niño con desarrollo psíquico algo deficiente, subnormal, estado llamado neuropsíquico, y además, tratase de un heredolúético (R. de Wassermann positiva). Datos estos, que nos permiten apoyar la importancia del terreno en los estados encefalíticos agudos infecciosos.

Otro hecho a analizar en nuestro enfermo es la aparición de un *reumatismo* en el curso evolutivo de su encefalitis, aunque las primeras manifestaciones articulares se hicieron presentes en la defervescencia de los accidentes nerviosos.

De si ello ha sido una "poussée" o una reactivación del reumatismo articular preexistente, o si se ha tratado de un tipo de pseudoreumatismo infeccioso, todo sería cuestión de interpretación.

De acuerdo a los interesantes estudios modernos, sobre la relación de las diferentes infecciosas entre sí, podríamos catalogar el hecho observado en nuestro caso, como análogo al que se plantea entre la escarlatina y el reumatismo.

Aún no está dicha la última palabra a este respecto: todas son hipótesis más o menos fundamentadas. Pero no hay ninguna duda que hoy predomina la tesis defendida por Moltchanow, que sostiene que la escarlatina sensibiliza a los niños vis-a-vis del virus reumatismal, es decir, que bajo la influencia de la escarlatina convierte en enfermedad a un proceso reumatismal en estado potencial hasta entonces. Idéntico fenómeno ocurriría con la varicela.

BIBLIOGRAFIA

1. **Comby Thérèse Mlle.**—Syndromes encéphaliques au cours des maladies infectieuses de l'enfance. Les encéphalites aiguës. Tesis de París, 1935.
2. **Ashworth Underwood E.**—The neurological complications of varicella; a clinical and epidemiological study. "The Brit. J. of Ch. Diseases", abril-diciembre 1935, Nos. 376 a 384.
3. **Boquet.**—Les encéphalo-myélites de la varicelle. Tesis de París, 1933.
4. **Dudevant Mlle.**—Contribution a l'étude de l'encéphalomyélite post-varicelleuse. Les formes choréoathetiques. Tesis de Toulouse, 1931.
5. **Bertoye et Garcin.**—Sur un cas d'encéphalite varicelleuse a symptomatologie cérébelleuse. "Lyon Médical", 1929, pág. 660, Soc. Med. Hôp. de Lyon, 5 nov. 1929.
6. **Rendu R.**—Cérébellite varicelleuse. "Arch. Méd. des Enfants", 1930, N.º 1, pág. 24.
7. **Crepin.**—Des complications nerveuses de la varicelle. Tesis de Lille, 1930.
8. **Bérode P.**—Les accidents nerveux de la varicelle. Tesis de París, 1932.
9. **D. Mac Intyre y H. L. W. Beach.**—Acute encephalomyelitis complicating chicken-pox. "The Brit. J. of Ch. Diseases", abril-junio 1937.
10. **Carrau A. y Mantero M. E.**—Encefalitis varicelosa. "Archivos de Pediatría del Uruguay", N.º 12, pág. 739, año 1938.
11. **Comby J.**—Ataxia cerebelleuse dans les enfants. "Arch. Méd. des Enfants", mayo 1914, pág. 369.
12. **Chavany J. A.**—Nevraxite bulbo-ponto-cerebelleuse aigüe et curable de l'enfance. (Origine varicelleuse probable). "La Presse Médicale", N.º 45, pág. 845, 1937.
13. **Bonaba J.**—Meningoencefalitis postvaricelosa. "An. de la Facultad de Medicina de Montevideo", 1927, XII, pág. 85.
14. **Corda D.**—Contribución al estudio de las complicaciones nerviosas de la varicela. "Arch. Ital. di Pediatría e Puericultura", enero 1934.

15. Vogt C.—Encéphalites de la varicelle. "Encyclopédie Médico-Chirurgicale", T. Pédiatrie II, pág. 4, 1, VII, 1934.
16. Galli P.—Le complicazione nervose della varicella. "La Pediatria", julio 1935. Due casi di ataxia cerebellare.
17. Nucci.—Un caso di paresi e di poliartritis postvaricellosa in un lattante. "La Pratica Pediátrica", marzo 1931.
18. Eckstein A.—Encefalitis varicelosa, estudio clínico y experimental. "Ztschr. f. d. ges. Neurolog. und Psych.", 176-190, 1933.
19. Dagnelle, Dubois, Fonteyne, Ley, Meunier et Van Bogaert.—Les encéphalites aigües non suppurées de l'enfance. "IX Congrès Belge de Neurol. et Psych.", Bruselas, N.º 9, sept. 1932.
20. Murano G.—Su di un caso di tremore cerebrale acuto consecutivo a varicella. "La Pediatria", 1.º Junio 1936.
21. Marfan.—Un cas d'ophtalmopléjia externe d'origine nuclaire chez un fillette de vingt et un mois après varicelle. "Arch. Méd. des Enfants", 1898, pág. 153.
22. Marfan.—Etudes sur les maladies de l'enfance. Paris, 1936, pág. N.º 140.
23. Sendrail et Dudevant.—Formes choro-athetosiques de l'encéphalite varicelleuse. "Soc. Méd. Hôp. Paris", 1932.
24. Bernheim M.—Forme foudroyante de l'encéphalite varicelleuse. "Pédiatrie", marzo 1935.
25. Fiano A.—Le encefaliti nell'infanzia; forme cliniche ed esiti. "Riv. de Clin. Pediatrica", nvv. 1935 y febr. 1936.
26. Wohlwill F.—Volumen Jubilaire Marinesco, Bucarest, 1933, pág. 683.
27. Lelong M., Moussoir J. et Lefranc M.—Dos casos de varicela complicados de meningoencefalitis. "Gaz. Méd. de France", enero 15, 1934, pág. 73.
28. Faust O. A.—Chicken-pox encephalitis. "Archiv. Pediat.", enero 1938, pág. 29-35.
29. Stux H.—Des rapports entre la varicelle et la poliomyélite. "Le Nourrisson", enero 1938, pág. 31.
30. Del Carril M. y Vidal J.—Varicela y polineuritis. "Rev. Asoc. Med. Argentina", febrero 1935.
31. Gareiso A.—Las afecciones agudas del neuroeje. "La Prensa Médica Argentina", nov. 1933).
32. Gareiso A. y Schere S.—Contribución al estudio de las afecciones agudas de l neuroeje. Tres observaciones de ataxia aguda de Leyden. "Archivos Argentinos de Pediatría", N.º 2, febr. 1936.
33. Gareiso A. y Sagreras P. O.—Encefalitis agudas en los procesos infecciosos. "Revista Argentina de Neurología y Psiquiatría", diciembre 1936.
34. Halle et Arondel.—Accidents méningés graves au début d'une varicelle. "Soc. de Pédiatrie", 21 de febrero 1933.
35. Gauthier P. et Monedjikowa Mlle.—Encéphalite varicelleuse. "Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.", séance du 27 fev. 1931.
36. Mühlkamp P.—Encéphalite postvaricelleuse. "Arch. f. Kinderh.", dic. 1932, pág. 89.
37. Eckstein A.—Encephalitis in Kindersalter. "Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde", 16, B., 1929, pág. 494.
38. Debré R., Lévy-Solal, Netter et Longchamp.—"Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris", pág. 1568, año 1925.
39. Meunier M.—Troubles nerveux insolites d'origine infectieuse: amaurosis après rougeole, vertige labyrinthique. après varicelle. "Soc. Belge de Pédiatrie", abril 1928.
40. Borra.—Dos casos de complicaciones nerviosas de la varicela. "Riv. di Clin. Pediatrica", 1930.

41. Stanley Graham.—Dos casos de encefalitis varicelosa. "Arch. of Dis. in Childhood", abril 1930.
42. Guillot, Sarrouy et Dupuy D'Uby.—A propós des complications nerveuses de la varicelle. "La Presse Médicale", 1932.
43. Van Bogaert.—"Journ. Neurolog. et Psych.", N.º 10, 1930.
44. Zischinsky H.—Sobre un caso de encefalitis varicelosa. "München Med. Wochenschr.", nov. 29, 1935.
45. Runge.—"Zeits. f. d. g. Neur. und Psych.", N.º 46, 1927.
46. Clement M. et Ketelbant.—Syndrome de Guillain-Barré et varicelle dans un enfant. "Journ. Belge de Neurolog. et de Psychiatr.", marzo de 1938.
47. Reibold.—"Monatschr. f. Kinderheilk.", Leipzig, 1937, pág. 336.
48. Marfan A. B.—Sur les complications nerveuses de la varicelle. "Le Nourrisson", julio 1932, pág. 211.
49. Bullowa y Wiskik.—"Am. Journ. Dis. Child.", Chicago, 1935, 49, pág. 923.
50. Rocaz y Lartique.—Varicelle et encéphalite. "Journ. de Med. de Bordeaux", 10 junio 1921.
51. Glanzmann.—"Schweizer. Med. Woch.", 57, 1927, pág. 145.
52. Babonneix L. y Lévy M.—Infections a virus neurotrope. "Traite de Médecine des Enfants", t. V, 1935, Paris.
53. Chavany y Chaignot.—"Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris", 1931, XLVIII, pág. 28.
54. Fasella F.—"Il Policlinico", Roma, 1929, 36, pág. 566.
55. Cathala.—"La Presse Médicale", pág. 421, 1932, Soc. Méd. des Hôp.", 11 marzo 1932.
56. Miget A.—"Médecine", Paris, 1933, XIV, pág. 137.
57. Tezner O.—"Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk.", Berlín 1931, XLI, pág. 363.
58. Poinso R.—"La Presse Médicale", Paris, 1932, XL, pág. 362.
59. Casaubón A.—Síndromes meningíticos agudos. "La Semana Médica", N.º 43, 1924.
60. Winnicott y Gibbs.—Varicella encephalitis and vaccinia encephalitis. "The British Journ. of Child. Dis.", junio de 1926.
61. Schiavone G. A.—Meningitis tuberculosa consecutiva a una varicela. "La Semana Médica", N.º 47, 1929.
62. Macera J. M.—Afecciones agudas, no supuradas, del sistema nervioso de la infancia (neuroaxitis). Tesis de profesorado. "La Semana Médica", 1938).
63. De Toni.—Sulla meningite da varicella. "Il Policlinico", 1924.
64. Bazán F. y Maggi R.—Encefalitis aguda postsarampionosa. "La Semana Médica", N.º 53, 1936 y "Archivos Argentinos de Pediatría", N.º 1, 1937.
65. Da Rocha Martinho J.—Varicela. "Brasil Médico", julio 2 de 1938.
66. Molschanow.—Scarlatine et rhumatisme. "Revue Française de Pédiatrie", tomo VIII, N.º 6, 1932.