

1-6^a Hoja 19
CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA

Bajo el patronato de S. A. R. el Príncipe de Asturias

ACTAS

DEL

CONGRESO

San Sebastián, 2 al 7 de Septiembre de 1923

MADRID

Imprenta del Hospital del Niño Jesús: Avenida de Menéndez Pelayo

1923



dichas—, se jactan y vanaglorian ricos y pobres, grandes y chicos, sin cuidarse del mal ejemplo que dan a la juventud, representada por sus propios hijos.

Muchas veces en presencia de un vástago raquíptico, al que ríen y aplauden *la virtud* de beber y fumar como un hombre, oi decir a sus padres con la mayor extrañeza, que no podían explicarse por qué el niño no se robustecía cuando tomaba tanto y cuanto vino desde que tenía un mes y se desayunaba con pan y aguardiente, de lo que estaban contentísimos porque ya no protestaba de la fortaleza y mal sabor de dichos líquidos, los cuales, bajo la acariciadora y errónea persuasión de su apasionada estulter, son los salvaguardias de la salud.

Para que la educación social de finalidad megalantropogénica, con miras altruistas por la labor gubernativa, pueda causar estado en una prole, hay que educar a sus ascendientes, conduciéndoles a tal fin, desde cinco generaciones anteriores, porque la arraigamen de viciadas y plácidas costumbres no se destierra sino con el tiempo y la constancia; pues tanto es el atraso en que los vicios sociales tienen sumidos a los pueblos, que será improba labor querer de golpe y porrazo transformar la miseria en riqueza, en sapiencia la ignorancia y en tan plausible como sincero el lenguaje hiperquemático de la envidia; por eso la megalantropogénesis no puede tomar carta de posesión en nuestra España, sino en el sentido del mayor desarrollo físico, mientras el celo de los Gobiernos no haga cumplir las leyes que propenden al equilibrio físico, moral e intelectual de su naciente raza.

1043522

SOBRE LA ETIOLOGIA DEL ERITEMA NUDOSO

por el

Doctor Muñoz Seca

El eritema nudoso no es enfermedad frecuente, pero no raramente se encuentra el médico general y más especialmente el pediatra, puesto que es más frecuente en la segunda infancia, ante enfermos de esta naturaleza, y si la enfermedad tiene tendencia a la curación, que por fortuna se consigue siempre, hay en ella el aspecto interesante de su etiología, porque, de confirmarse su origen tuberculoso, tan defendido por algunos auto-

res, incurriría el pediatra en grave responsabilidad si no tratase a esos niños como presuntos tuberculosos, extremando en ellos los cuidados y aconsejando, con la prudencia y firmeza necesarias, la mayor higiene y vigilancia sobre la salud de estos enfermitos, elevando su coeficiente vital para evitar verse sorprendido por nuevas localizaciones tuberculosas de más difícil curación.

Creemos necesario hacer un resumen previo de la enfermedad, antes de entrar en el problema actualmente obscuro de su etiología.

El eritema nudoso es más frecuente en la segunda infancia (de cinco a diez años, según Comby); se señala por Variot un caso en un niño de cinco días; el sexo femenino, está más predispuesto; en siete enfermos de Nobecourt, había seis niñas y un niño; hemos visto, recientemente, tres casos, los tres en niñas de edad entre siete y quince años.

Se trata, como su nombre indica, de nódulos ovulares o redondeados, insertados en el dermis y distribuidos simétricamente, por la cara anterior del muslo y de la pierna (región tibial superior), y cara posterior del brazo; más raramente invade la cara posterior de la pierna y muslo, la nalga y aun el tronco y la cara, aunque esto último es negado modernamente; nosotros hemos observado dos casos en los que solamente se encontraban nódulos en la parte antero-superior de la pierna (sitio de elección); en otro, únicamente por encima y por debajo de la cara anterior de la rodilla y posterior del codo.

Estas nudosidades varían en tamaño, desde una avellana a una nuez, son al principio rojizas, color que desaparece por la presión, y por palpación se nota que están incrustadas en el dermis y que son dolorosas, tanto espontáneamente, como por la palpación.

Estos nódulos, al evolucionar la enfermedad, son asiento de hemorragias intersticiales y pasan por las diferentes coloraciones que se observan en los equimosis, y de aquí la denominación de dermatitis de contusión dado por Willans; entonces, ya no desaparece su color por la presión, se ablandan y desaparecen sin ulcerarse jamás; pueden observarse nódulos en diferentes períodos de evolución y de diferente tamaño, pero sin confluír, aunque a veces confluye la intensa congestión de la piel que los cubre.

A estas lesiones dérmicas se acompañan síntomas generales que pueden anteceder unos días a la aparición de aquéllas.

Aunque la enfermedad puede evolucionar apiréticamente, lo común es que haya fiebre de curva, parecida a la de una fiebre tifoidea de mediana gravedad; en uno de nuestros ca-

sos hubo dos accesos diarios; hemos visto oscilaciones diarias entre 37.5 y 39°, volviendo a la apirexia decreciendo lentamente.

Son frecuentes los dolores articulares y la cefálea; la lengua es saburrosa, falta el apetito y el estreñimiento es la regla en estos enfermos.

En uno de nuestros casos pudimos observar infarto de bazo, durante los dos o tres primeros días del período febril, síntoma que sólo señala Unger y que se acompañaba de lentitud de pulso (ochenta en una niña de diez años); suele haber tendencia a la hemorragia (epixtasis más frecuentemente) y gran palidez de tegumento; la astenia es considerable; se señala (Comby) la albuminuria, aunque nosotros no la hemos comprobado.

Desgraciadamente no hemos podido investigar la fórmula sanguínea, proporción de hemoglobina, etc., pero podemos considerar al eritema nudoso como una enfermedad anémica, de convalecencia lenta y con cierto grado de astenia durante ella, por lo que queda expuesto el niño a los peligros inherentes a estos estados.

La duración media de la enfermedad es de unos diez a quince días, pero desaparecidos los síntomas generales pueden persistir los nódulos (más de quince días en uno de nuestros casos).

Se han descrito complicaciones de lesiones cardíacas (endocarditis), córea, etc.; nosotros hemos visto siempre evolucionar la enfermedad hacia curación, sin complicaciones, por lo que consideramos el pronóstico como benigno, aunque estos enfermos deban ser atentamente observados por las razones que ya hemos apuntado y que en seguida expondremos al tratar de la etiología.

Diagnóstico.—Las nudosidades tienen sintomatología tan característica (color, simetría, dolor, consistencia, etc.) que, una vez aparecida, hacen inconfundible la enfermedad, pero comúnmente los síntomas generales preceden en varios días a la aparición del eritema y entonces el diagnóstico es casi imposible, aclarándose luego por la aparición de los nódulos; en uno de nuestros casos, semejaba el cuadro clínico de una tifoidea de mediana gravedad (infarto de bazo, lentitud de pulso, curva térmica de máximas ascendentes, lengua saburrosa, postración) y este diagnóstico hicimos hasta la aparición de los nódulos; el hemocultivo estaría indicado en estos casos, puesto que de tratarse de fiebres tifoideas, se encontrará el bacilo de Ebert en casi un ciento por ciento de los casos durante las dos primeras semanas; la aglutinación puede también servirnos para el diagnóstico.

Los síntomas generales pueden hacernos pensar en una fibrocilosis, y aquí ni siquiera podemos echar mano del laboratorio y sólo la aparición de las nudosidades hará el diagnóstico.

Difícilmente puede confundirse con el eritema exudativo multiforme, caracterizado por manchas rosadas, que a veces se hacen pápulo y vesiculosas, distribuidas irregularmente y sin la especial simetría del eritema nudoso, por el dorso de las manos y los pies, aunque pueden extenderse a todo el cuerpo (Suñer), acompañándose, además, de escasos síntomas generales.

No creemos posible la confusión con los gomas (tuberculoso, sifilítico, leproso y micóticos), de caracteres sobrado conocidos y diferentes.

El eritema indurado de Bazin es una lesión aún poco conocida, de nódulos adherentes a la aponeurosis, y jamás dermo-epidémicos, carácter que, de por sí, hace fácil el diagnóstico.

Etiología.—Willian, que parece ser el primero que lo describió en 1830, lo clasificó entre los eritemas polimorfos, denominándolo dermatitis medular confusiforme; gracias a los trabajos de Hebra y Unna, fué separado de los eritemas polimorfos, aunque algún autor (Gaucher), sígalo considerando incluido entre ellos.

Trousseau hizo de él una entidad nosológica, comparable a las fiebres eruptivas; Uffelmann se inclina a considerarlo como de naturaleza tuberculosa, opinión que siguen Marfan, Hutinel, Poncet, Charles Richet y Sergent basados en el examen histológico de los nódulos y la frecuente coexistencia con lesiones tuberculosas de otros órganos; Bouillaud y Makenzie, opinan que puede tratarse de un síndrome reumático, y Bendix, y modernamente Suñer, mencionan también como probable ésta etiología.

Comby considera el eritema nudoso como una entidad clínica perfectamente aislable, pero que puede tener etiología varia (infecciosa, tóxica o reumática).

Vamos a procurar analizar los fundamentos de estas teorías.

Hay un hecho cierto: el eritema nudoso se presenta frecuentemente en sujetos afectos de lesiones tuberculosas, especialmente de adenopatías tráqueo-bronquiales, pero en otros casos, y dos de los que hemos observado están incluidos en ellos, no es posible encontrar el menor síntoma de adenopatía tráqueo-bronquial, ni de ninguna otra manifestación tuberculosa; además, creemos que hay que reaccionar ante la tendencia a considerar todas las adenopatías tráqueo-bronquiales como

de naturaleza tuberculosa, especialmente en los niños adenóides con vegetaciones, porque en ellos las infecciones vanales de faringe pueden producir estas adenopatías, hecho no raro de observar y señalado hace tiempo por el profesor Nobecourt (1); «no porque el eritema nudoso se desenvuelva en un niño portador de una tuberculosis latente, podemos afirmar que dicho eritema sea tuberculoso» (*Progres Medical*, 25 febrero 1922, Nobecourt).

Hay el hecho interesante de que los enfermos de eritema nudoso reaccionan de un modo marcadamente positivo a la cuti-reacción tuberculínica; en uno de nuestros enfermos la intradermoreacción fué intensamente positiva, en los otros no la hicimos.

En una estadística de Silvio de Stefano, publicada en *Pediatría* en 1919, de 23 niños enfermos de eritema nudoso, siete padecían adenopatía tráqueo-bronquial; dos, tuberculosis articulares, y uno, adenopatía cervical; los 23 dieron reacción positiva a la tuberculina; otros autores señalan también la constancia de esta reacción, pero aun admitiendo ésto, no se puede afirmar la naturaleza tuberculosa de la enfermedad, y si sólo que durante ella no se presentan esos estados de energía tuberculínica tan frecuentes en otras enfermedades agudas que sobrevienen en sujetos tuberculosos (gripe, dotinenteria, sarampión, etc.).

En contra, otros autores (Moro) señalan, aunque en escaso número, enfermos con reacción negativa.

La sero-aglutinación de Arloing y Courmont tampoco da resultado definitivo, puesto que es positiva en sujetos sanos y negativa en tuberculosos confirmados. (Staehelein.)

De otras reacciones, como la fijación de Berredka, no tenemos noticias que hayan sido investigadas en eritema nudoso.

El estudio histológico de los nódulos sólo muestra lesiones inflamatorias banales; en un caso (Charles Richet) encontró el bacilo de Koch en ello, pero la rareza de su hallazgo impiden fundadamente asegurar su naturaleza tuberculosa.

Para Sergent, el eritema nudoso sería una lesión tuberculosa, pero no producida por el bacilo de Koch, sino por sus toxinas; esto nos explicaría quizás el cuadro clínico de la enfermedad, pero, ¿de dónde provienen esas toxinas? tendríamos que admitir unos focos tuberculosos latentes, de los que se eliminan toxinas que, por una susceptibilidad especial del organismo, quizás favorecida por insuficiencia hepática (Nobecourt),

(1) Fornells, de Barcelona, profesa idéntica opinión y Velasco Pajares señala la adenopatía tráqueo-bronquial de naturaleza sifilítica.

produjesen este cuadro clínico, que hasta podría explicarse como una reacción de tipo anafiláctico.

En los casos en que se comprueben lesiones tuberculosas en el individuo, podrá admitirse que una bacilemia ligera (Landouzy) o una descarga de toxina tuberculosa, produzca la enfermedad, pero en los casos en que el individuo, ni antes ni después de ella, presente síntomas tuberculosos, la etiología ha de ser más dudosa.

Mackenzie, Bendix y Suñer, se inclinan a una etiología reumática, quizás basados en las artralgias, en los dolores reumatóideos tan frecuentes y en algún caso de complicación visceral (endocarditis), pero creemos que estos síntomas son comunes a muchos otros estados infecciosos o tóxicos; en nuestros casos, el fracaso de la medicación anti-reumática fué rotundo y este mismo fracaso es señalado por casi todos los autores, especialmente por Comby.

Sólo nombraremos para rechazarla, la teoría tóxica en sus dos aspectos de medicamentosas y alimenticias, puesto que el síndrome y las lesiones dérmicas sólo pueden remedar muy groseramente al eritema nudoso; en nuestros casos no fué posible atribuir a esta causa la aparición de la enfermedad.

Hemos, pues, de considerar al eritema nudoso primitivo como de naturaleza tuberculosa, resultado de una toxemia o de una bacilemia ligera, curable como supone Landouzy, o admitir que es una enfermedad específica de etiología aún desconocida y comparable a las fiebres eruptivas.

Esta es la antigua teoría de Trousseau y a ella nos inclinamos ante dos de los casos observados por nosotros; en ellos, el cuadro clínico fué de una afección generalizada (estado saburral, fiebre alta, dolores reumatóideos, astenia, infarto de bazo en un caso, etc.), y ni antes ni posteriormente a la enfermedad pudieron encontrarse estigmas tuberculosos, ni personales, ni hereditarios o de ambiente, y en la actualidad la salud de estos niños es normal.

No hemos podido tampoco comprobar el contagio descrito por algún autor.

En suma, dejando a parte los eritemas nudosos secundarios descritos en diversas enfermedades, queremos llamar la atención de los especialistas sobre el primitivo, puesto que, de demostrarse su naturaleza tuberculosa, habría que considerar a estos niños como candidatos a otras manifestaciones de más importancia y de peor pronóstico de esta enfermedad, y obligación de todos sería ponerlos en la convalecencia en condiciones de vencerla.

CONCLUSIONES

1.^a El eritema nudoso primitivo es probablemente una infección generalizada, padecida más frecuentemente en la segunda infancia, y por consiguiente, cae de lleno dentro de la pediatría.

2.^a Son especialmente sujetos portadores de lesiones tuberculosas los que padecen más frecuentemente esta enfermedad.

3.^a Hay, sin embargo, casos en que no se puede encontrar en dichos sujetos síntomas tuberculosos, ni antes ni después de padecerla.

4.^a De creer en su origen tuberculoso, tenemos que admitir una bacilemia o tuberculinemia ligera y curable.

5.^a No debemos rechazar la idea de Trousseau, de considerar al eritema nudoso primitivo como una enfermedad específica de etiología desconocida y comparable a las fiebres eruptivas.

6.^a Los convalecientes de esta afección deben ser cuidadosamente vigilados y puestos en las mejores condiciones higiénicas.

LA PSEUDO-APENDICITIS EN LA INFANCIA

por el

Doctor D. R. Sáenz de Santa María

No hemos de ocuparnos en esta breve nota clínica del diagnóstico de la apendicitis ni de describir los procesos que pueden simularla, sobre alguno de cuyos temas, particularmente del relativo al diagnóstico entre la apendicitis y la pneumonía en la infancia, ya nos ocupamos en un anterior trabajo. Únicamente nos hemos circunscrito a los cólicos umbilicales recidivantes y apendicitis linfática, procesos que con harta frecuencia son diagnosticados en los niños como de verdaderas apendicitis y operados como tales. Error por error, no dudamos en preferir, dada la inocuidad de la operación en frío, y hábiles manos, sean intervenidos procesos no apendiculares, que omitir la operación en casos de apendicitis, en los que la operación está indicada.

1043524