

S E C C I O N B I B L I O G R A F I C A

Libros nuevos

El reumatismo en la edad infantil. - Dres. G. Fanconi y H. Wissler. - Traducción directa del alemán por el Dr. José M.º Sacristán, tomo de 390 págs., Espasa-Calpe, S. A. Editores.

Tarea harto dificultosa es resumir en pocas líneas la obra del eminente profesor de Pediatría doctor Fanconi, digno sucesor del venerable profesor Feer, en la ciudad de Zurich. Sigue, a la segunda parte del libro, con labor completamente independiente, el trabajo del docente privado doctor Wissler. La primera parte se titula «El reumatismo verdadero y su diagnóstico diferencial». La palabra *verdadero*, puesta adrede por el profesor Fanconi, nos da el primer grito de alerta, y en el transcurso de su obra el médico halla, con sorpresa, los múltiples casos de enfermos etiquetados de reumatismo que no reumáticos verdaderos. Por otra parte, consigna que entre los reumáticos auténticos hay muchos enfermos que no han sido diagnosticados como tales por presentar síntomas digamos *arreumáticos*, que sólo el conocimiento de ellos y la sagacidad del clínico puede descubrirlos. Acontece algo similar como en los enfermos de escorbuto *sin* lesiones bucales y los casos de escarlatina *sin* escarlatina.

El reumatismo, como la tuberculosis y la sífilis, constituyen las tres grandes enfermedades que ha de tratar el médico y que por su cronicidad y su tendencia a presentar nuevos brotes merecen una intensa atención y una exploración minuciosa y constante. «El reumatismo verdadero transcurre en forma de brotes separados por períodos más o menos largos de bienestar. Sin duda alguna que pueden curar de la poliartritis aguda, la corea o la endocarditis, pero el enfermo continúa siendo un reumático y se halla amenazado siempre de nuevos brotes.» El cuadro clínico completo está constituido por síntomas iniciales. Manifestaciones principales: poliartritis aguda, cardiopatía, corea, fiebre. Síntomas concomitantes: exantema, nódulos, pleuritis, alteraciones de la sangre. El escollo diagnóstico está representado por la posibilidad de presentarse las manifestaciones principales de cada una, por sí sola. Así también los síntomas concomitantes. Una cardiopatía por sí sola es muy difícil de reconocer como de reumática. Puede incluso presentarse como única manifestación reumática. Sólo al aparecer los síntomas articulares o la corea o un eritema de Leiner se aclara el enigma. El profesor Fanconi advierte, muy sabiamente, que la expresión «complicación cardíaca» es falsa, ya que puede presentarse como único síntoma reumático. Parejas con esta modalidad andan la pleuritis reumática aislada y el insólito reumatismo nudoso, también aislado. El reumatismo es una enfermedad escolar. Durante la lactancia es rara y su diagnóstico es difícil. Antes de los cuatro años apenas hay que tener en cuenta la poliartritis reumática. La corea antes de los seis años apenas se presenta. Esta predomina en el sexo femenino. Un rasgo característico de esta enfermedad es la sensibilidad al salicilato. Tanto es así, que el distinguido profesor de Zurich dice: «Si una artritis evidente a varias articulaciones se manifiesta refractaria al ácido salicílico, hay que poner seriamente en duda su pertenencia al reumatismo verdadero y buscar otras causas.»

Con una riqueza de casos (200), con un verdadero archivo clínico, el profesor Fanconi estudia detenidamente el reumatismo verdadero. Considera los cuellos torcidos (tortícolis) como reumatismos musculares; considera la corea como un enfermo que debe ser vigilado prácticamente como si fuera un reumático, ya que la discusión acerca de la cuestión relativa a si la corea es un equivalente reumático se halla aún en pleno curso.

Se ocupa de los *reumatoides*, incluyendo bajo este nombre los enfermos de tífus, enfermedad de Bang, disenteria bacilar, septicemia, meningocócica lenta, complicaciones articulares por diseminación. Junto a estos reumatoides, estudia sus relaciones con la escarlatina, septicemia, tuberculosis, que divergen más o menos del reumatismo verdadero. Son generalmente enfermedades monoarticulares que a veces afectan a dos o más articulaciones y carecen de síntomas del tipo de los del reu-

matismo verdadero, porque él incluye bajo el diagnóstico de «artritis catarrales». Considera vigente los discutidos dolores de crecimiento de los cuales los médicos anglosajones han manifestado el criterio de que pueden ser una manifestación reumática auténtica. El profesor Fanconi cree que la mayor parte de los dolores de crecimiento nada tienen que ver con el reumatismo verdadero. Al ocuparse de las enfermedades tras de las cuales se oculta el reumatismo verdadero (reumatismo enmascarado), afirma que el reumatismo auténtico puede imitar hasta cierto grado a la poliomielititis.

Repite la sentencia de Lassege: «El reumatismo lame las articulaciones, la pleura, incluso las meninges, pero muerde el corazón.» Considera la fiebre como un síntoma primordial de la enfermedad cardíaca, a la que señala como delatadora de la enfermedad cardíaca cuando su causa no se aclara con la exploración de los otros órganos. Entre las lesiones cardíacas la insuficiencia mitral es con mucho la más frecuente. La aortica rara vez se presenta sola. El reumatismo, junto con la difteria, son las causas más importantes de la enfermedad cardíaca infantil. La fiebre es el síntoma más frecuente, aunque menos característico, del reumatismo verdadero. Por lo general, es continua y algunos casos con temperaturas subfebriles de larga duración. Merced al salicilato y piramidón desaparece la fiebre reumática. La influencia del Cibazol, Eubasin y Dagenan inclina a considerar la fiebre reumática fuera del cuadro del reumatismo verdadero. En los enfermos cardíacos, como se ha dicho, es un signo de actividad del proceso. En los casos que la fiebre es el único síntoma (formas tifoideas de Grenet) que tienen particular importancia, por ser causas de grandes quebraderos de cabeza para los médicos.

Los síntomas accesorios recogibles a la cabecera del enfermo deben buscarse en la piel, ya que lo que en ella acontece puede ser decisivo para el diagnóstico. El eritema anular de Leines es, por decirlo así: «la carta de visita del reumatismo verdadero». La urticaria reumática debe tenerse en cuenta que se diferencia del eritema por su elevación sobre el nivel de la piel. El eritema nudoso, que actualmente se considera en la mayor parte de los casos como un síntoma alérgico tuberculoso. Recientemente ha adquirido gran importancia el exantema sulfotiazólico, al aparecer en los enfermos tratados con quimioterapia. Fanconi no quiere hablar de púrpura reumática, sino de *púrpura en el reumatismo verdadero*. Es el reumatismo muscular, raro en la infancia. El síntoma más importante lo constituyen los nódulos reumáticos.

Llegamos a la cuestión candente de las amígdalas, que hoy son víctimas de una agresividad quirúrgica exagerada. Klinge y Graff han hallado alteraciones específicas en forma de gránulos de Ascholl. Dice Fanconi que es preciso proceder con sumo cuidado a culpar las amígdalas como punto de partida de los procesos reumáticos, como muchos opinan. Ya es difícil anatomopatológicamente el diagnóstico de tonsilitis crónica. Clínicamente, sólo el enrojecimiento de las tonsilas, la secreción purulenta por presión o aspiración, o los tatonos de pus dan el diagnóstico. Cree que estas infecciones no son más frecuentes en los niños reumáticos que en los otros. La tonsilectomía no reporta grandes ventajas. No puede dudarse que en algunos casos constituye un foco infectivo semejante a los granulomas dentarios. Notaremos, además, que, como cortejo de las afecciones cardíacas, están las afecciones pulmonares y pleurales. Que los órganos abdominales también pueden tomar parte (diarreas, peritonitis reumática).

Es el laboratorio un coadyuvante imprescindible en el reumatismo. *La prolongación de la velocidad de sedimentación es el indicador más sensible de la actividad del proceso reumático, mucho más sensible que la fiebre. Mientras subsiste, el enfermo debe guardar cama. En la corea no se altera. El número de leucocitos está elevado. Este aumento vuelve a las cifras normales mucho antes que la velocidad de sedimentación. El cuadro hemático rojo no se altera en las formas leves y en las graves se presenta anemia hipócroma, que, según Gezelius, marcha paralelamente a la aceleración de la sedimentación.*

El pronóstico es difícil de formular, porque después de años de bienestar, la enfermedad recidiva. Hay que contar que cerca de la mitad de casos de reumatismo verdadero padece una lesión permanente de corazón. La cuestión de mortalidad se halla en estrecha relación con la enfermedad cardíaca. De los 200 casos del profesor Fanconi sucumbieron 27 (13 por 100).

No hay terapéutica causal mientras se ignore la causa del reumatismo. Algo puede hacerse modificando la herencia, la alergia, atacando la infección desencade-

nante y las influencias ambientales. El territorio más desagradable es la enfermedad del corazón. Respecto a las tonsilas, «las cuales hay que tener en cuenta en primer lugar en el niño, poseen los americanos abundante experiencia a causa de la moda de la tonsilectomía allí dominante». Los resultados muestran con toda la claridad apetecible que el reumatismo verdadero del niño no puede ser considerado en su totalidad como una infección focal procedente de las tonsilas. El actual intento de combatir radicalmente la infección de los cocos desencadenados atacando sus propios gérmenes administrando en los meses de los catarrros (desde octubre hasta junio) de 0,9 a 1,2 gramos de sulfanilamida, necesita amplia comprobación, si se confirmara que la administración prolongada de sulfanilamidas no perjudica a los enfermos. El tratamiento por el oro (Lopion Bayer), el salicilato con bicarbonato (dosis diaria un tercio a la mitad de tantas veces gramos cuantos años cuenta el niño, que se dividen en 4 ó 6 dosis); el piramidón (de 0,5 hasta 1,0 gramos al día para los niños pequeños; de 1,0 a 2,0 para la edad escolar; hasta 3 gr. en los adultos). En éste existe el peligro de agranulocitosis. Fanconi cree que la administración prolongada del salicilato impide se propague la enfermedad al corazón y favorece probablemente la curación espontánea. La corea se cura con Nirvanol (0,3 gr. diarios, divididos en dos dosis hasta que comienza la llamada *enfermedad del Nirvanol*). Stoeber cita 9 casos de muerte (agranulocitosis). Fanconi sólo lo emplea en los casos graves de corea en los que nada se logra mediante el reposo y el arsénico. El aire puro y el de las altas montañas influye favorablemente en el reumatismo, que para algunos se trata de una enfermedad producida por virus. El clima apropiado actúa, disminuyendo la frecuencia de anginas y catarrros, que se desencadenan en el brote reumático y la profilaxis con sulfanilamida (Thomas), que disminuyen las recidivas, son dos hechos de reciente adquisición clínica.

Por lo que puede adivinarse a través de esta lacónica crítica, la admirable obra de Fanconi debe ser muy estudiada y meditada detenidamente, porque sobre el valor de sus opiniones de gran maestro está el archivo clínico, que da a la obra un valor de realidad insuperable.

I I

La segunda parte del libro se ocupa de la poliartritis crónica del niño, escrita por el doctor Hans Wissler.

Interesa previamente consignar que a esta terrible enfermedad se la ha denominado con distintos nombres: reumatismo articular crónico, deformante, anquilosante, reumatismo articular nudoso, artritis deformante juvenil, enfermedad de Still. Wissler lo nombra *poliartritis crónica del niño*, que designa lo esencial y nada prejuzga respecto a su naturaleza. Enfermedad afortunadamente rara, cuyo comienzo no tiene nada de característico (faringe atacada, temperaturas subsépticas, articulaciones afectadas y resistencia a la acción del salicilato). El síntoma más frecuente es la inflamación de la articulación con y sin derrame sinovial, por regla general con simetría. El dolor condena al enfermo a una inmovilidad absoluta. Tan temida como la rigidez, es la contractura y la limitación del movimiento, que puede pasar a la anquilosis fibrosa o cartilaginosa. Esta, con la contractura y la deformación, son estadios últimos de la afección. Junto a las alteraciones destructivas hay las productivas (periostitis osteoplástica). La osificación se altera. Hay una aceleración precoz, son las alteraciones del crecimiento (enanismo ósteoarticular). La enfermedad presenta exantemas fugaces, trastornos oculares, a veces infarto ganglionar; la participación cardíaca es de poca importancia; puede haber leucocitosis y la velocidad de sedimentación en la fase inicial puede ser normal y acelerada cuando el cuadro patológico está completamente desarrollado. El desarrollo no es continuo muchas veces y tiene un curso por brotes. «Hay casos en los cuales la enfermedad se desarrolla con poliartritis crónica en íntima relación con la tuberculosis, por lo que la hipótesis de relaciones causales entre ambas enfermedades es, por lo menos, muy verosímil.» En otros casos la poliartritis crónica ataca a niños que padecen sífilis, «en los cuales es muy probable la existencia de una relación causal entre ambas afecciones». Ante este motivo es más adecuado hablar de poliartritis crónica en la sífilis congénita. Lo mismo acontece con el reumatismo verdadero. Lo mismo que se ha dicho de la tuberculosis y la sífilis, en algunos casos tiene perfecto sentido admitir una relación causal entre ambas enfermedades, sin

que esta conclusión deba ser, sin embargo, generalizada. El parentesco con las formas de Still es indudablemente muy próximo. La delimitación no es, en efecto, sencilla. En la enfermedad de Still hay inflamación simétrica y husiforme, localizada en un engrosamiento de la cápsula y de las partes blandas de la articulación, principalmente en las rodillas, muñecas y columna vertebral, pies y dedos, enrojecimiento y doloribilidad al principio, infarto ganglionar principalmente, pero no exclusivamente, en la proximidad de las articulaciones afectadas. Palidez cerea anemia moderada. Fiebre en brotes. Infarto del bazo. Sundt dice que «la enfermedad de Still es el síndrome de Still». No es posible establecer límites precisos entre este síndrome y otras formas de transición. Deben incluirse entre las formas de Still únicamente aquellos casos de poliartritis crónica, con infarto ganglionar e hipertrofia esplénica, reacción general intensa y curso articular crónico. No es una enfermedad independiente fundamentalmente distinta de las restantes formas de poliartritis crónica, aunque si va unida a ellas por formas de transición.

Es importante conocer las formas llamadas cirróticas, porque tienen un pronóstico muy desfavorable. Se caracteriza por la atrofia rápida y precocísima de la cápsula con sus consecuencias de la destrucción de la función articular. El enfermo puede convertirse en un inválido parcial o total, según el número de articulaciones afectadas.

El diagnóstico en los estadios iniciales es difícil. El síndrome subséptico acompañado de exantemas fugaces e infartos ganglionares suscitan la sospecha de la enfermedad. Una rigidez de nuca es el grito de alerta que afianza su sospecha cuando participan otras articulaciones. Algunos enfermos han sido erróneamente mandados a sanatorios como tuberculosos. Aferrarse al diagnóstico de una tuberculosis articular cuando son varias las articulaciones enfermas, constituye un error. Debe recordarse que en la hemofilia las hemorragias repetidas pueden ser causa de graves alteraciones articulares.

Es imposible, al principio de la enfermedad, formular un pronóstico cierto. Hay casos curados, casos leves y graves, formas abortivas y de curso benigno, pero al lado de éstas están los casos dramáticos de niños convertidos en momias vivientes (niños-momias, como yo los llamo), con las articulaciones completamente anquilosadas. Wissler dice que el cuadro, en su totalidad tan sombrío, no debe conducir a un nihilismo terapéutico, aun cuando no es posible influir apenas sobre el curso total; sin embargo, pueden obtenerse resultados parciales. «Si los médicos no creen esto, los curaderos sí lo tienen en cuenta, por lo que en estas enfermedades de tan larga duración acuden con frecuencia a ellos estos enfermos.» Con una sinceridad honrada cita un caso curado por un curandero (baños con sal marina, pomada Nermenwunter y jarabe de hierbas). Se carece de un tratamiento causal profundo. Es preciso esperar si los modernos preparados de sulfopiridina pueden ser útiles en las formas subsépticas como *terapia magna sterilisans*. Piramidón y oro (Solganal).

Transfusiones, baños salinos sulfurosos, terapéutica de movimiento, con prudencia y paciencia reporta a veces excelentes resultados. Cuando llega la anquilosis entra en actividad el ortopédico, el cual, con «mano hábil y bisturí afilado», puede mejorar mucho y obtener resultados asombrosos. Recordemos que la poliartritis crónica de los niños no es una unidad etiológica. No ha podido encontrarse la causa de esta singular enfermedad. Síntomas hay que deben considerarse como reacción de una infección. Leichtentritt ha demostrado repetidas veces la presencia del estreptococo viridans en los enfermos de Still. Reiteradamente se encuentran anginas al principio de la enfermedad. Glanzmann supone que hay que buscar el punto de partida de los pulmones. Otros creen que debe estar en el tramo intestinal.

La fiebre intermitente suscita la idea de una dispersión bacteriana. Posiblemente los focos son muy pequeños y se encuentran en sitios insólidos. Todo el libro del profesor Wissler está escrito con la misma técnica pedagógica que el del profesor Fanconi, o sea ante su archivo clínico y con un sentido ecuánime digno de ejemplo, sobre todo para los espíritus meridionales, que se dejan impresionar por éxitos que no son éxitos por lo escasos y poco meditados. En suma, el libro, escrito el año 1943, deja una esperanza ante los progresos admirables de la sulfamida y la penicilina.

La traducción, del doctor José M. Sacristán, muy correcta y clara.