

Manifestaciones blenorragicas en los niños

POR EL SOCIO TITULAR

DR. IGNACIO PRIETO

Hemos observado en estas últimas fechas ciertos padecimientos en los niños de corta edad; padecimientos que por su aspecto clínico así como por su desarrollo y más todavía por su tendencia a la curación espontánea y rápida, nos invitan a referirlos, y tanto más, cuanto que los hechos a que aludimos, se hacen a las veces de explicación obscura no sólo por la poca edad de los pacientes, sino, principalmente, por lo aparatoso de sus manifestaciones, que parecen revestir gravedad, cuando son de suyo benignas en virtud de su etiología. La relación de los hechos puntualizará mejor las ideas.

El primer caso se refiere a una niña de cinco semanas de vida, nacida a término, bien conformada y que en el curso de una mañana y repentinamente le aparece un edema agudo y generalizado en la cara anterior del muslo derecho, llegando éste a adquirir un volumen doble del izquierdo. La piel apenas ha cambiado de color, su temperatura es más alta que la del otro muslo y la deformación se extiende desde la ingle hasta la rodilla. La niña está en un grito, apenas si se calma tomando el pecho y no encuentra postura. Nada encontramos por el examen directo que nos explique el padecimiento; no hay infarto ganglionar, ni cambio marcado en la coloración de la piel; el muslo conserva su continuidad y los movimientos en él son normales. Por el examen que se practica en la enfermita se viene en conocimiento de que padece escurrimiento vulvar, que por su escasez no había llamado la atención y se averigua que el padre es un gonorreico antiguo así como que la madre es portadora de flujos vaginales desde el matrimonio, que data de tres años. El análisis del líquido leucorreico de la niña, revela la existencia del gonococo acompañado de estafilococo y de bacilos de tal o cual aspecto que son tomados como gérmenes vulgares.

Se cubre la región enferma de compresas horticadas tibias, y un empaque algodonado que se sujeta con férulas de cartón completa el apósito que se coloca en el miembro enfermo, el cual, como se ve, se procura inmovilizar. Al cabo de tres días el edema se ha remediado, el dolor ha desaparecido casi y todo queda remediado en el curso de una semana.

El segundo hecho se refiere a una niña de veinte meses de edad, pálida, delgada, de mala constitución, hija única de padres de constitución igualmente poco robusta; la niña es portadora de vulvovaginitis desde los primeros meses de su vida, la cual ha sido tratada por irrigaciones de permanganato de potasio, según el consejo de su médico. Esta enfermita se acostó sana, según el dicho de la madre y despertó con el cuello "torcido;" no permite que se le toque, ni que se intenten movimientos, y llora cuando cree que se le va a mover; la exploración es sumamente dolorosa, el cuello está rígido, y levantando la cabeza, se levanta todo el tronco, la niña conserva sus muslos en flexión como si tratara de inmovilizar su cuerpo. La temperatura es de 39°; no ha habido vómitos y el intestino ha funcionado con regularidad así como la vejiga; el sueño ha sido

bueno, pues la niña ha dormido tranquila hasta ese día. Fuera de la fiebre y de la posición que hemos reseñado, la enfermita no acusa otra alteración, los reflejos pupilares y tendinosos son normales, no hay parálisis en ninguna parte, no existe el signo de Kernig; no habiendo, por consiguiente, razón para pensar en meningitis. El corazón y los pulmones no presentan nada anormal. El día siguiente la temperatura es la misma, el estado general no ha cambiado, la rigidez y la inmovilidad de los miembros se sostiene. El tercer día la rigidez de la nuca disminuye, pero el dorso queda rígido y el cuarto la temperatura ha bajado, la niña mueve el cuello con relativa facilidad, el dorso es más movable y menos rígido, pues la enferma levanta el cuerpo apoyándose en los talones. A partir de este día el estado general mejora, los síntomas se remedian y al cabo de nueve días, a contar desde el principio de la enfermedad, todo ha entrado en orden. El estudio bacteriológico del escurrimiento vulvovaginal, demostró la existencia del gonococo en grupos e intracelular, acompañado de estreptococo y de estafilococo. Es de advertir que en estos exámenes hemos procurado realizar la reacción de Reux, para fijar mejor el alcance de la demostración bacteriológica.

El tercer caso se refiere a un niño de once meses de edad, que cuenta en sus antecedentes patológicos la existencia de la oftalmía purulenta padecida durante el primer mes de su vida. Este niño se recoge sano y despierta lloroso, quejándose sin cesar y procurando inmovilizar su brazo derecho, el cual se presenta a la observación edematoso en la región dorsal del antebrazo y de la mano. La piel no ha cambiado de color; el tacto y la exploración despiertan dolor agudo, los movimientos en la articulación del puño son insoportables; el termómetro marca 38° , y el estado general parece conservarse bueno. El niño se pone inquieto cuando se le mueve, debido, indudablemente, a que se lastima la parte enferma. La familia cree que la enfermedad es causada por la sujeción brusca que se le hizo al niño la víspera, para evitar una caída. La inmovilización formulada con aplicaciones boracadas tibias, procura gran alivio y el estado enfermizo empieza a ceder en el curso del cuarto día, cuando una nueva exacerbación febril acompañada de la aparición de rubicundez e hinchazón en la articulación esternoclavicular derecha prolonga el estado de la enfermedad durante una semana. El examen de este enfermito revela la existencia de escurrimiento uretral y lo coloca en el grupo de los pequeños enfermos que padecen las uretritis catarrales y que en este caso, debido a la existencia de antecedentes gonorreicos del padre, puede afirmarse su naturaleza infectocontagiosa por la aparición de la tendovaginitis del dorso de la mano y de la artritis esternoclavicular, sin mencionar la oftalmía purulenta referida, que a no dudarlo, se debió al contagio directo como la uretritis de que es portador.

Bajo el nombre de uretritis catarral infantil, los médicos de niños describen desde hace mucho tiempo una inflamación uretral que se parece a la blenorragia de la uretra en muchas de sus manifestaciones. En el mayor número de casos las uretritis llamadas catarrales se acompañan de balanopostitis, a veces, de engurgitamiento de los ganglios inguinales, más o menos dolorosos a la presión, de sensibilidad del testículo sobre el epidídimo sin llegar a la orquitis; signos todos, como se ve, que recuerdan al proceso blenorragico. Desde que nos han llamado la atención las complicaciones blenorragicas en los niños, sólo dos casos hemos podido consignar en nuestros apuntes con examen bacteriológico positivo y con antecedentes indudables de contagio familiar; pero al lado de la pobreza de observa-

ciones personales podemos, buscando en la literatura médica, encontrar sobrado material sobre este asunto al cual debemos dar suma importancia desde el punto de vista profiláctico, que constituye uno de los de la presente comunicación.

En la estadística de Englisch, que abraza 60 casos, figuran niños de 15, de 34, de 44, de 60 y de 120 días, que presentaban síntomas de uretritis y cuyo análisis demostraba la existencia del coco de Neisser (*Arch. de Der. y Sif.* Sep. de 1913). En 109 casos referidos por Bekai, había 27 de 1 año, 36 de 1 a 3 años, 32 de 3 a 7, y 14 de 7 a 14.

Rena (*Arch. de Der. y Sif.*, 1912), que ha consagrado a esta cuestión un trabajo interesante, nunca ha observado que los cuerpos extraños, los cristales úricos, las concreciones venidas de la vejiga, ni los parásitos rectales, el prurito o la fimosis sean capaces de dar nacimiento a la uretritis llamada catarral cuyo carácter dominante es el estado crónico. En compañía de Cseri presenta a la asociación húngara de Médicos de Budapest las preparaciones bacteriológicas de catorce casos de uretritis catarrales en niños cuya edad varía entre un mes y tres años, y en todas ha podido demostrar el gonococo de Neisser, con sus caracteres clásicos. Es de advertir que una de estas observaciones se refiere a un niño de quince meses que presentaba epidemitis doble.

Innumerables son los trabajos de esta índole, y todos ellos concluyen en el carácter específico del padecimiento uretral: Bogdan en sus comunicaciones a la Sociedad Francesa de Dermatología; Himewich en el *Medical Record*; Berdeni-Ufreduzzi en sus trabajos presentados al XI Congreso Internacional de Medicina de Roma, y otros más que sería prolijo enumerar. Todos ellos concluyen en el importante papel que desempeña el gonococo en la producción de la uretritis catarral en los niños y la cual por su persistencia y su carácter contagioso es indispensable atender.

Estamos ya bien lejos del tiempo de Bumm, cuyos estudios completos sobre la oftalmía purulenta le llevaron a concluir que el gonococo no pasaba nunca de los epitelios y aun en este mismo terreno Bumm quería que sólo los epitelios cilíndricos fueran invadidos por el microbio de Neisser; los estudios emprendidos con posterioridad nos han convencido de que todos los epitelios, con excepción de los queratinizados pueden servir de punto de entrada al gonococo. Pero si esta generalización es un hecho, no es menos cierto que existe diferencia entre la resistencia que ofrecen uno y otro epitelio; pues es más fácil la invasión del cilíndrico que la del plano. En uno o en otro el diplococo se inicia entre los intersticios de las celdillas, penetra entre sus capas y forma agrupaciones en los pequeños huecos tratando siempre de profundizarse; estos fenómenos son acompañados de la presencia de leucocitos que envuelven a los gérmenes y los mantienen superficialmente; pero en los lugares en que el epitelio ha sido arrastrado, los gonococos penetran en el tejido celular subepitelial, en torno de los vasos y pueden ser llevados lejos del lugar de su penetración. El gonococo se multiplica primeramente en el epitelio y desde este momento provoca una reacción marcada de los tejidos, bajo la forma de infiltración leucocitaria abundante del tejido celular subyacente y del epitelio mismo, el cual es más o menos disociado. Los microbios pueden llegar hasta el tejido conjuntivo e invadirlo. La asección de Bumm, que sostiene que la invasión gonocócica queda siempre superficial, es cierta de un modo general, por ser superficial su ataque, pero éste comprende también el tejido celular subyacente; es, como dice Teuton, una afección epitelial, con infiltración leucocitaria simultánea del tejido conjuntivo subyacente.

El modo de progresión del gonococo en los tejidos es especial; no los disocia brutalmente como lo hacen los piógenos ordinarios, sino que se insinúa uno por uno en las hendiduras intercelulares y en los espacios conjuntivos o linfáticos, dibujando así líneas irregulares que toman la apariencia de redes y que es indispensable no confundirlas con cadenas a pesar de su aspecto que les da mucho parecido. Estas líneas presentan irregularidades en su trayecto, pues en los lugares en donde el tejido lo permite se forman aglomeraciones que dan la impresión de verdaderas colonias, y en estos sitios es frecuente encontrar formas de involución. Por último, donde quiera que han llegado los leucocitos, los gonococos se ven en gran número en su protoplasma, en el cual habrían penetrado ellos mismos, según Finger, pero quienes indudablemente envuelven a los gonococos.

La experimentación nos ha probado que el gonococo, a pesar de tener una acción piógena evidente, ésta es menos marcada que las de los piógenos vulgares puesto que su inoculación subcutánea nunca ha producido fenómenos que terminen por la formación de pus; es de suyo poco destructivo, e insinuándose simplemente entre los elementos de los tejidos, constituye falsos abscesos, según la expresión de Jadassohn, debido a que ensancha los espacios que encuentra formados.

Una vez que el gonococo ha penetrado en el organismo, puede ser transportado lejos del punto de entrada por intermedio de la vía sanguínea y alojarse en órganos que disten mucho del lugar de su inoculación; pero que tienen similitud de origen porque todos pertenecen al tejido conjuntivo y particularmente a la clase de las serosas y a los tejidos que se le parecen, como la membrana interna de los vasos y del corazón. En su nuevo sitio el gonococo produce los mismos efectos que provoca en el lugar de su inoculación; insinuándose entre los elementos anatómicos produce aflujos leucocitarios que lo envuelven, y como la integridad de los elementos es respetada, la restitución íntegra sobreviene pronto y radicalmente. En las serosas, puede mostrarse francamente piógeno; pero en este caso, según lo hacen observar Jacobi y Goldmann, la supuración no afecta el carácter destructivo de las que causan los microbios vulgares del pus, es decir, que las celdillas de los tejidos conservan su constitución anatómica. El derrame que se produce en estos casos es seroso y turbio, rico en leucocitos y constituye lo que Volkmann llamaba, gráficamente, pus catarral.

En los órganos internos y en las serosas, el gonococo desaparece en general rápidamente; Finger atribuye este hecho a la elevación de temperatura que provoca y que soporta mal; en las mucosas al contrario, persiste mucho tiempo en el estado latente y sus manifestaciones se caracterizan por la tendencia que tiene para pasar al estado crónico; y bien sabido es que se ha podido demostrar su presencia después de un largo número de años; pero es sabido que bajo la influencia de causas variadas puede repulular y revestir las formas de una inflamación aguda, en ausencia de todo contagio que pudiera explicar su recrudescimiento.

Parece oportuno recordar aquí la influencia que tiene el matrimonio en los gonorreicos antiguos y que a no dudarlo tendrá en los niños que llegados a hombres contraigan matrimonio; queda entendido que hablamos de los que han padecido uretritis catarral en su niñez, cuyo cambio de estado despierta el padecimiento y puede provocar manifestaciones localmente en la uretra o en órganos alejados; manifestaciones que podrían imponerse por procesos disímboles si no se tuviera en cuenta el antecedente neiseriano del paciente. A este respecto viene a colación recordar a la ligera la historia de un enfermo que hemos visto últimamente; go-

gonorreico antiguo, bien constituido, que no tiene antecedentes patológicos fuera de su gonorrea contraída por comercio sexual y que le fué atendida incompletamente, pues quedó en estado crónico bajo la forma de gota militar, contrajo matrimonio y a resultas de esto se exacerbó un tanto su padecimiento uretral, lo cual motivó la consulta; pero a decir verdad, las manifestaciones locales eran poco aparatosas; en cambio, sobrevino rigidez cervical que imposibilitaba los movimientos de flexión de la extremidad cefálica y obligaba al enfermo a sostener su cabeza erguida, con sensaciones de vértigo y reacción febril moderada; en suma, este enfermo padeció de artritis cervical como la niña que referimos hace poco. Pero no es sólo la relación de la exasperación del mal uretral y la aparición de sus consecuencias lo que nos ha movido a referir este hecho; también queremos, a propósito de él, abordar la verdad de la transmisión de la enfermedad. Un sujeto enfermo de infección neisseriana crónica es siempre capaz de transmitir la infección, y en caso de transmitirla, ¿la nueva enfermedad puede revestir el carácter agudo que nos es conocido? La Clínica y la experimentación de consuno responden a la misma forma. La transmisión puede observarse, pero la forma de la nueva dolencia es diversa no sólo porque la sintomatología es a veces tan atenuada que apenas si da ocasión a ser tratada, sino porque aun revelándose por signos clínicos de cierta consideración, éstos revisten y asumen caracteres diferentes de los que vemos a menudo en enfermos de esta categoría, tal como si se tratara de microbios atenuados en su virulencia y como si su larga permanencia en el organismo les hubiera modificado en sus condiciones biológicas al grado de no producir ya los destrozos y las complicaciones que les conocemos. Sin embargo, y aunque raras veces, la transmisión reviste caracteres agudos, pudiéndose decir para la explicación de estas variantes, y que se necesita a no dudarlo, tener en cuenta la capacidad del individuo que como sabemos desempeña un papel principal en todos los procesos microbianos.

La experimentación confirma estas ideas o, mejor, estas enseñanzas de la Clínica. Sería ocioso recordar el grupo de hechos experimentales que se relacionan con esta cuestión, tanto más cuanto que todos ellos se suman para llegar a la misma manera de ver. Efectivamente, los resultados de los experimentos de Steinschneider, de Risse, de Finger, de Aubert, de Bekart y otros autores, son enteramente comparables desde el punto de vista de sus resultados. Séanos permitido para nuestro objeto relatar las siguientes experiencias debidas a Heiman, publicadas en el *Medical Record*. Habiendo obtenido cultivo puro de gonococo que provenía de la uretra de un enfermo, toma un ejemplar de la quinta generación sobre agar-suero pleural y lleva a cabo la siguiente experiencia: en un joven de catorce años, epiléptico, después de la rigurosa asepsia del glande, se procede a examinar el contenido de la uretra y una vez tomadas estas precauciones se deposita el cultivo del gonococo en el interior del canal uretral. Al cabo de cinco días se produce un buen escurrimiento que revela la presencia de gonococo y el proceso provocado reviste toda la apariencia de la blenorragia.

El autor referido procede a experimentar con un ejemplar de gonococo aislado de una vulvovaginitis y con la misma colonia inocula a dos enfermos, uno de ellos idiota de dieciséis años y otro adulto de veintiséis, despertando en el primero un proceso blenorragico agudo y en el otro apenas ligero escurrimiento "que nunca fué profundo," dice textualmente el autor. Esta diversidad de resultados se encuentra en clínica, como queda dicho. Como uno de los elementos en que se funda el diagnóstico de los casos que hemos referido al principio de este trabajo, quere-

mos recordar los hechos experimentales de Wertheim, quien personalmente se inyectó en la cara palmar del antebrazo izquierdo, con las precauciones convenientes de asepsia, medio centímetro cúbico de cultivo puro virulento de gonococo, de caldo mezclado con suero humano. Pocas horas después, sensación de tensión fuerte seguida de rubicundez y tumefacción y dolor con elevación de temperatura. Las perturbaciones alcanzan su máximo a las treinta y ocho horas, empiezan a declinar a los tres días, y al cuarto apenas se siente un pequeño infiltrado en el lugar de la inoculación. El mismo autor ha practicado experiencias en otros sujetos con el mismo resultado. Basta referir el curso de estas experiencias para encontrar parecido completo entre ellas y los hechos de observación que relatábamos al principio.

No hemos vacilado para la interpretación de los hechos referidos en atribuirles a la blenorragia sin que para ello hayamos acudido al examen de la sangre, ni de los líquidos contenidos en los focos con el fin de verificar la presencia del gonococo, porque la existencia del escurrimiento vulvar o uretral, la localización de la afección y la exclusión de cualquier otro proceso infeccioso (reumatismo poliarticular, meningitis, erisipela), así como la evolución rápida que han revestido los procesos, semejante en todo a la que nos ha dado a conocer la experimentación, nos conducían a creer que estábamos en presencia de blenorragias generalizadas.

Desde el punto de vista terapéutico, hemos asistido a la curación rápida y completa de manifestaciones secundarias de la blenorragia por sólo la inmovilización activa y pasiva de los órganos afectados. Ahora bien, si en los casos referidos hubiéramos hecho inyecciones de suero antiblenorrágico y observado la misma evolución rápida y el resultado favorable de la afección, habríamos puesto en abono del medicamento un éxito tan indiscutible como inmerecido. Es indispensable no perder de vista que las afecciones articulares, periarticulares y peritendinosas de naturaleza blenorragica, como las análogas de razón tuberculosa, tienen una gran tendencia a la curación espontánea y que debemos tener suma desconfianza de los éxitos obtenidos por los sueros antigonocócicos; resultados que han sido publicados últimamente en el tratamiento y curación de las manifestaciones blenorragicas.

México, julio 26 de 1916.