

displacement of the kidney, excluding an acquired and fixed nephroptosis.

ZUSAMMENFASSUNG

In dem vom Autor erwähnten Falle befand sich die Niere unterhalb der letzten Rippe und zwar zwischen dieser und dem Darmbeinkamm. Die Befreiung war schwierig infolge der bestehenden Perinephritis und abnormer Gefäßbildung.

Bemerkenswert war die Lage des Hilyus an der Vorderseite der Niere und die Verzweigung des Harnleiters in der Höhe des unteren Poles in einen kurzen Ast und in einen längeren auf der Vorderseite der Niere, der dem oberen Pol entsprach. Beide Äste endeten ohne Nierenbeckenbildung.

Angesichts dieses abnormen Befundes war es zweifellos, dass es sich um eine angeborene Verlagerung und nicht um erworbenere Nierensenkung handelte.

INTERPRETACIÓN DIAGNÓSTICA DEL VÓMITO EN LOS NIÑOS

por el doctor

ALBERTO PÉREZ ALBERT

de Zaragoza

Un síntoma de los que con mayor frecuencia se presentan en las enfermedades de los niños es el vómito y su origen puede ser debido a causas de las más variadas; pero solo o acompañado de otros síntomas, único o múltiple, alimenticio o no, es muchas veces un accidente sin trascendencia ni significación diagnóstica ni pronóstica y en cambio en otras ocasiones tiene excepcional importancia su interpretación.

Siendo el vómito la salida al exterior bruscamente, de productos acumulados en el estómago, lo primero que se debe averiguar es si los materiales expulsados provienen del estómago, o simplemente de la cavidad bucal por retención de los alimentos en la misma o si se hallaban acumulados en el esófago; lo primero es frecuente en los niños pequeños, que a veces retienen varias cucharadas de papillas o porciones de otros alimentos y las expulsan todas a la vez al tratar de introducir más cantidad y lo segundo puede presentarse en casos de estrecheces del esófago, bien sean congénitas o adquiridas. Tampoco hay que confundir el vómito con la regurgitación, tan frecuente en los niños glotonnes, en la que se expulsan los alimentos a bocanadas, sin malestar ni esfuerzo; ni con el mericismo, en el que los alimentos vuelven a la boca en pequeñas porciones y son nuevamente masticados y digeridos.

En otras ocasiones el vómito se presenta circunstancialmente en el curso de algunas enfermedades, debido a accidentes de las mismas pero no como síntoma de ellas, siendo su causa tan clara que no deja lugar a dudas; tal acontece con los vómitos de la tos ferina en que por la producción de una quinta de fuerte intensidad se produce el vómito, o en caso de abertura de un empiema con expulsión del pus por la boca, etc.

Con los verdaderos vómitos, bien constituyan la enfermedad en sí o sean uno de sus síntomas principales, pueden hacer dos grandes grupos y colocar en uno de ellos los que son propios de todas las edades de la infancia o se presentan con mayor frecuencia o de un modo exclusivo en los niños que no son de pecho, y un segundo grupo con los vómitos propios y casi exclusivos de los niños de pecho.

Primer grupo.—Lo constituyen los vómitos cíclicos o acetónicos, los que se presentan al comienzo o durante el curso de las enfermedades infecciosas, los llamados vómitos cerebrales y los que forman parte de la sintomatología de las enfermedades del aparato digestivo (con excepción de las del lactante).

Vómitos cíclicos con acetonemia.—Los vómitos cíclicos, periódicos e intermitentes, llamados de esa manera por su modo de presentación y acetónicos por ser debidos a una saturación acetónica del organismo y y presencia de acetona en la orina, constituyen, por sí solos, una enfermedad de la segunda infancia que se presenta en niños con antecedentes artríticos y cuya etiología no está del todo clara (diátesis úrica, neurosis gástrica, histerismo, insuficiencia hepática), reapareciendo con intervalos de varios meses, durando varios días y a veces semanas, y que por la intensidad con que se presentan, que hace que el estómago no tolere absolutamente ningún alimento, van acompañados de gran demacraación de los enfermos, que contrasta con la rapidísima mejoría que experimentan cuando, cesan los vómitos; es característico el olor a acetona (mezcla de cloroformo y ácido acético) de las materias expulsadas; es interesante pensar en ellos para evitar errores diagnósticos con otras enfermedades en las que bien por presentarse los vómitos más o menos periódicamente (tumores cerebrales, estenosis del píloro, niños glotonnes que vomitan con frecuencia, vómitos equivalentes de la jaqueca, etc.) o bien por la gran intensidad de los mismos (uremia, apendicitis, peritonitis, meningitis, indigestión, etc.) podrían confundirse. Cuando exista el antecedente de no ser el primer acceso de vómito acetónico no será fácil la confusión, y en caso contrario habrá que tener en cuenta los síntomas dolorosos de las diversas variedades de cólicos y los que acompañan con más frecuencia a las otras enfermedades, para inclinarse en contra del diagnóstico de vómitos cíclicos, pues en estos, el único síntoma intenso es el vómito.

Vómito en las infecciones agudas.—Agrupo bajo este nombre los que se presentan durante el curso o al principio de las infecciones agudas, formando parte del cortejo sintomático de dichas enfermedades, ya como un síntoma más sin significación alguna pronóstica ni diagnóstica o bien sirviendo con su presencia o con la forma de presentarse para aclarar un diagnóstico y presumir un pronóstico. Así vemos presentarse el vómito en el sarampión, escarlatina, viruela, difteria, anginas, gripe, fiebre tifoidea, erisipela, poliomiélitis, polioencefalitis, neumonía, meningitis cerebro espinal, parotiditis, etc., etc., Es decir que la mayoría de las pirexias agudas se manifiestan en la infancia contanto al vómito entre sus síntomas, o sea algo parecido a lo que ocurre con las convulsiones, que también se presentan en la edad infantil, durante el curso pero sobre todo en la invasión de enfermedades, que en los adultos se presentan sin convulsiones y sin vómitos. Los vómitos cuando se presentan pueden ser alimenticios y biliosos, siendo frecuente que éstos últimos aparezcan a continuación de aquellos.

De las infecciones que hemos citado, merecen párrafo aparte bajo el punto de vista de los vómitos, por su especial significación, la escarlatina por lo frecuentísimo

que es que se presente el vómito al comienzo de la infección, casi siempre en el período de invasión, unas horas antes de que se haga visible la erupción; generalmente ya no vuelve a repetirse durante el curso de la enfermedad, de modo que si se repite, independientemente desde luego de complicaciones gástricas, hay que considerarlo como un síntoma de mal pronóstico por la gran intoxicación que ello supone. En la meningitis cerebro-espinal es el vómito un gran elemento diagnóstico por ser uno de sus síntomas más característicos; se trata de vómitos abundantes, repetidos muchas veces en el transcurso de la enfermedad. En la neumonía es muy importante el vómito por la especial significación que tiene; en efecto, se presenta el primer día de enfermedad o sea durante la brusca invasión que la caracteriza y en esas primeras horas puede repetirse dos o más veces, pero nunca muchas. Es muy importante este síntoma, pues faltando la tos al principio de la enfermedad y dando la coincidencia que los niños, cuando ya saben quejarse, acostumbran a localizar como dolor en el abdomen la punta de costado, ambos síntomas (vómitos y dolor abdominal) y la brusquedad de la invasión, pueden hacer pensar en un diagnóstico equivocado de apendicitis u otro cuadro morbosos intestinal.

Un carácter general de los vómitos que se presentan en las diversas pirexias infantiles es que cuanto más pequeño es el niño se presentan con mayor frecuencia y contrariamente a esto, cuanto más pequeño es el niño, menor es la frecuencia con que se presentan los intensos escalofríos en la invasión de dichas enfermedades, y es que los vómitos iniciales substituyen a los escalofríos; es decir, que en los niños mayorcitos el cuadro del principio de la enfermedad, tienen mucha más semejanza con el del adulto que con el de los niños pequeños. La presencia del vómito substituyendo al escalofrío, es característica en la neumonía de los niños pequeños antes citada, en la cual el escalofrío único inicial, falta por completo, existiendo a lo sumo varios pequeños escalofríos, y en la cual es la regla la presencia del vómito inicial.

Los llamados vómitos cerebrales.—Son estos vómitos los que dependen de lesiones del sistema nervioso central. Estos vómitos se presentan habitualmente o bien de un modo accidental y ello depende únicamente de la enfermedad de que forman parte. Así por ejemplo, citando únicamente las más importantes enfermedades en que pueden presentarse los veremos aparecer de un modo habitual en el hidrocefalo crónico, en la esclerosis cerebral, en algunos casos de tumor cerebral, etc., y accidentalmente en las diversas clases de meningitis agudas, en la meningitis tuberculosa, en el acceso cerebral, en la encefalitis, en las hemorragias cerebrales y meníngeas, etc. De todos modos sea de un modo u de otro no es nada característico su modo de presentarse, pues lo mismo unos que otros pueden hacerlo más o menos intensamente y desaparecer definitiva o transitoriamente. Así se observa que en la meningitis tuberculosa, y aun en las otras meningitis acostumbran a presentarse con mucha mayor frecuencia al principio que al fin de la enfermedad, y en el tumor cerebral, que aunque cuando la presencia de los mismos acostumbra a coincidir con la exacerbación de los otros sín-

motas, no es extraño que falten por completo, sobre todo en períodos avanzados de la enfermedad.

Son vómitos mucomembranosos biliosos o alimenticios, según que el estómago se encuentre vacío o nó y lo único característico, que los distingue de todos los demás, es su modo de presentación, brusco, sin esfuerzo, sin náuseas, sobrevienen aun en completa vacuidad del estómago y su terminación no va precedida de alivio inmediato, como sucede con las otras clases de vómito; las materias expulsadas salen al exterior arrojadas a larga distancia, en forma de arco. Estas particularidades que acabamos de describir son casi características de los vómitos cerebrales, pues si bien es cierto que a veces no presentan estos caracteres, por existir estado nauseoso, y que otras veces se presenten en completa vacuidad del estómago vómitos que no son cerebrales, ello no deja de constituir excepciones a la regla, hasta el punto de que los caracteres que hemos descrito son, sino exclusivos, tan característicos, que su observación es suficiente muchas veces para orientar un diagnóstico y hacer buscar la coincidencia de otros síntomas.

Junto con los vómitos cerebrales, no hacemos más que señalar la existencia de otros vómitos de origen nervioso, que son los que se presentan en la parálisis diftérica y que son debidos a la excitación del neuromuscular, y los vómitos neuropáticos, que se presentan en niños mayores, tienen un fondo histérico y se acompañan con frecuencia de anorexia mental; también son fáciles, sin esfuerzos y a veces son peligrosos, pues su repetición puede conducir a un estado de inanición alarmante.

Vómitos en las enfermedades del aparato digestivo.—Hay un grupo de enfermedades en que el vómito tiene mucha importancia, la cual en algunas ocasiones llega a ser excepcional, tanto bajo el punto de vista diagnóstico como pronóstico. Nos referimos a las diversas enfermedades que sin entrar dentro de los trastornos digestivos del lactante tienen su asiento en el aparato digestivo.

Así vemos presentarse el vómito como uno de los síntomas principales y el más precoz de todos en la indigestión, con el que se expulsan materiales a medio digerir; en este caso el vómito es una defensa de que se vale el organismo y si es completo va seguido de un alivio inmediato y duradero, pero si es incompleto volverá a repetirse, o si los materiales han pasado ya al intestino aparecerán otros síntomas: fiebre, dolor de cabeza, lengua suburral, deposiciones con alimentos mal digeridos o francamente, diarréicas etc.

También vemos presentarse los vómitos en las gastritis y gastro-enteritis, lo mismo agudas que crónicas; son generalmente alimenticios, sobre todo al principio, mezclados con moco y jugo gástrico o contienen solamente estos últimos productos; a veces también contienen bilis; en ocasiones estos vómitos se producen después de toda introducción de alimento, por muy pequeña que sea, y por lo mismo cede rapidísimamente sometiendo a los enfermitos a una dieta, aunque no sea muy prolongada; van acompañados de los otros síntomas de inflamación gástrica si se trata de gastritis o de ellos y de los que indican la participación intestinal,

en los casos de gastro-enteritis; y además de síntomas generales más o menos intensos.

Otro grupo de vómitos que yo coloco entre los digestivos son los producidos por los envenenamientos e intoxicaciones. Lo hago así porque la mayoría de las veces son producto o de una acción local irritante, cáustica o tóxica en el estómago, o una reacción de defensa del organismo por la cual el estómago pretende expulsar los venenos que se han introducido en él y de ese modo la naturaleza parece señalarnos la indicación que muchas veces tenemos que llenar de un modo urgentísimo y es provocar el vómito para librar al organismo del veneno que se ha introducido en su interior. Otra razón para estudiarlos en este grupo de los vómitos digestivos, es el presentarse muchas veces de pronto y acompañados de dolores cólicos, igual que sucede en las indigestiones simples, en las gastritis, gastro-enteritis, y en el grupo de enfermedades por oclusión intestinal o por intervención del peritoneo, de que luego me ocuparé.

También se presentan vómitos en el empacho gástrico, pero no siempre tienen lugar, sino a veces únicamente estado nauseoso y repugnancia a los alimentos y el no presentarse es la causa de que los alimentos causantes del trastorno, permanezcan mal transformados dentro del aparato digestivo y den lugar a fermentaciones anormales que favorecen la pululación de los gérmenes patógenos y sobrevengan otros síntomas locales y generales, como la indigestión, pero en general más duraderos; los vómitos son alimenticios, glerosos y en ocasiones mezclados con bilis.

Aunque no extraordinariamente frecuentes, hay que señalar los vómitos bien al principio, lo que hará pensar en una indigestión vulgar, o durante el curso de la fiebre tifoidea, dignos de tenerse en cuenta por presentarse raramente en los adultos pero no así en los niños; algo parecido ocurre con el paludismo en que son muy frecuentes los vómitos así como las convulsiones, acompañando a los clásicos síntomas de los accesos o sin ellos, y por el intervalo entre dichos accesos habrá que hacer el diagnóstico y no caer en error porque sobrevengan vómitos.

No hago más que citar, pues me ocuparé de ellos en otro lugar de este trabajo, los vómitos por dilatación del estómago, la cual va acompañada generalmente de la atonía de dicho órgano y tiene como antecedentes un largo período de malas digestiones por abusos en la cantidad o en la calidad de los alimentos, por un destete prematuro, etc.; los vómitos se presentan mucho tiempo después de la ingestión de los alimentos a menudo horas después y se componen de materiales de la última comida, mezclados con otros de comidas anteriores en estado de fermentación y con moco y gleras; enhalan olor rancio por las fermentaciones que han sufrido.

También en la disenteria se presentan los vómitos sin nada característico; por otra parte los síntomas clásicos de la enfermedad, dolores con paroxismos en el trayecto del colon, el tenesmo anal, los pujos acompañados de la expulsión de las características deposiciones de moco mezclado con sangre, en escasa cantidad pero muy numerosas, etc., serán suficientes para

que la presencia de los vómitos no oscurezca el diagnóstico.

Los parásitos intestinales, de tan varia sintomatología, cuentan en ella con los vómitos que no son nada característicos, sino debidos a fenómenos reflejos a los que tan abundantemente dan lugar dichos parásitos, a la acción local irritante sobre la mucosa del tubo digestivo o a la oclusión intestinal (yo no lo he visto nunca) por apelonamiento de gran número de ellos.

No hago más que mencionar la ictericia catarral, la infecciosa y los cólicos hepáticos; en todas ellas pueden presentarse los vómitos, siendo muy intensos únicamente en la litiasis hepática; en los dos primeros casos se confundirán con un empacho o indigestión vulgares hasta que aparezca la ictericia y en el último, los antecedentes, si el cólico es de repetición, el sitio del dolor, la brusquedad del comienzo, y la falta de reacción peritoneal serán suficientes para hacer el diagnóstico, si es que no existe la ictericia, el cual ni se aclara ni se emborrona por la presencia o ausencia de vómitos; de todos modos, es enfermedad rara en los niños.

Muy rara es también la úlcera redonda del estómago que va acompañada de vómitos después de las comidas, los cuales sirven de alivio a los terribles dolores que siguen a la ingestión de los alimentos; dicho dolor, localizado con preferencia en un sitio y las hematemesis, en compañía de los vómitos, harán el diagnóstico sencillísimo. También son muy raras en el niño la pancreatitis aguda, la litiasis intestinal, los tumores del intestino, etc., todas estas causas pueden dar lugar a vómitos y junto a ellas y a continuación podría colocar todos los procesos morbosos que se desarrollan en el aparato digestivo, pues todos ellos dan origen con más o menos frecuencia a los vómitos, pero no lo hago por la inconstancia de este síntoma en ellos y por la poca frecuencia con que muchos de esos procesos se presentan en la infancia.

Pero aún falta un grupo de enfermedades que de intento he dejado para lo último de este apartado, por la relación que tienen entre sí y por la importancia que en ellas adquiere el vómito. Son el grupo de las enfermedades que producen oclusión intestinal y el de aquellas en que interviene el peritoneo.

Son varios los procesos morbosos que dan lugar al síndrome común de la oclusión intestinal; entre las principales están: la hernia estrangulada, la invaginación intestinal, el estreñimiento, los tumores abdominales, las bridas peritoneales, los cuerpos extraños, etc., todas ellas dan lugar a los mismos síntomas, aparición brusca de un dolor vivo localizado y que después se generaliza, ausencia de evacuaciones y de gases por no dejar la oclusión a unas ni a otros, vómitos alimenticios y luego fecaloideos, carácter este último importantísimo y peculiar de la oclusión intestinal y por último los síntomas de la peritonitis; meteorismo, facies contraída, hipotermia, hipotensión y frecuencia de pulso, etc.

En la hernia estrangulada, que es más frecuente en el niño de pocos meses que en el mayorcito, aunque siempre rara, se presentarán además del antecedente de la existencia de una hernia, los gritos y la presencia de un tumor duro e irreductible en el sitio de la hernia.

La invaginación intestinal se presenta siempre de un modo agudo, pero al principio puede creerse que se trata de un cólico intestinal más o menos intenso por los vómitos y los dolores cólicos, pero pronto se presentan las deposiciones con sangre, cuya presencia aunque sea en escasa cantidad, juntamente con el dolor y los vómitos aclararán el diagnóstico; los vómitos que al principio eran únicamente alimenticios con mezcla de moco y jugo gástrico, lo que hace pensar en una simple aunque intensa indigestión o en un cólico intestinal, se vuelven pronto porráceos. El estreñimiento que tan frecuente es en los niños debido a condiciones individuales o de régimen y que generalmente, aun siendo intenso, no produce más síndrome que la ausencia de deposiciones, un tinte anémico y pérdida del apetito, puede dar lugar cuando es muy intenso a la oclusión intestinal, por obstruir la luz del intestino las materias estercoráceas retenidas; aparte de los síntomas de intoxicación por las fermentaciones anormales se presentarán los clásicos de la oclusión intestinal que antes he reseñado. Los tumores abdominales dan lugar a la oclusión intestinal por compresión del intestino; son muy raros en los niños y caso de llegar a producir la oclusión, los antecedentes y la palpación del tumor, pues para producir aquel síndrome tendrá que ser de bastante tamaño, no dejarán ninguna duda diagnóstica. Respecto a las bridas peritoneales, la existencia de una apendicitis anterior hará luz a favor de esta clase de oclusión.

Todas estas enfermedades que hemos dicho que dan lugar a la oclusión intestinal y otras como las úlceras del estómago e intestinos, la apendicitis, etc., conducen por perforación, a la peritonitis. Esta puede ser además primitiva, pero no es lo más frecuente, y según su marcha es aguda o crónica. En la peritonitis aguda el vómito es uno de sus síntomas principales y más tenaces; los vómitos de la peritonitis son continuos y constantes, de aspecto porráceo, se presentan a la más mínima ingestión de alimento y aun sin tomar alimentos; los demás síntomas ya los hemos señalado anteriormente: hipo, dolores muy vivos y continuos, abombamiento del vientre, timpanismo, frecuencia y pequeñez de pulso, facies característica de los enfermos de peritoneo, etc., En caso de peritonitis crónica también se presentan vómitos, pero estos no son tan frecuentes ni tan intensos y lo mismo sucede con los demás síntomas; la ascitis es un síntoma que se presenta en muchas peritonitis pero solo en la forma crónica.

Nos queda por mencionar del grupo de las enfermedades del aparato digestivo, la apendicitis, proceso que presenta el vómito en su sintomatología, bien por contarlo entre los síntomas propios de la enfermedad o va por la reacción peritoneal a que casi siempre da lugar de un modo intenso o atenuado. En la forma aguda, el principio brusco y con dolores en el abdomen juntamente con los vómitos podrá hacer creer en una indigestión o cólico, pero la localización del dolor en el punto de Mac-Burney, la defensa muscular e hiperestesia cutánea en esa zona y más tarde la tumoración y la fiebre, y después los síntomas de supuración, aclararán el diagnóstico en la mayoría de los casos. Algo más difícil es el de la apendicitis crónica, que fuera de la localización del dolor en el punto de Mac-Burney y

el antecedente de otros ataques de apendicitis aguda si es que han existido, no presenta más que síntomas vagos como son: palidez, estreñimiento, dolores abdominales hacia el final de la digestión de las comidas (yo he notado dolores muy intensos que sobrevienen de pronto y solo duran unos segundos, para no reaparecer, a veces en muchas semanas) y gran facilidad para vomitar.

Segundo grupo.—Lo constituyen los vómitos por anafilaxia, los vómitos por estenosis del píloro, los debidos a alteración de los alimentos, los producidos por alteración de los órganos digestivos, los vómitos por aerofagia, los llamados vómitos por hipoalimentación y los por hiperalimentación.

Vómitos por Anafilaxia.—Son muy curiosos y no excepcionales los vómitos en los niños como consecuencia de la intolerancia que presentan para la leche, de tal modo que a la menor ingestión de dicho líquido responden con vómitos, diarreas, y hasta colapso, eritema, convulsiones, etc., en fin verdaderos fenómenos anafilácticos. Generalmente los vómitos abren el cuadro sindromático y son incoercibles, pero pierden este carácter y cesan rápidamente y por completo en cuanto se cambia la clase de leche o se la sustituye por otro alimento, según cual sea el grado de intolerancia.

Desde luego se comprende que es mucho más frecuente, y ello se aprecia en la práctica, la intolerancia para la leche animal que para la de mujer, pues aun prescindiendo de que la generalidad de los niños toleran peor la leche de animal que la de mujer, cosa natural por la diferencia en la composición de ambas y estar el estómago del niño especialmente preparado para digerir la leche de mujer, es mayor por estas mismas diferencias el número de niños que presentan las intolerancias anafilácticas antes citadas, en la lactancia artificial que en la natural.

En esta última, también se presentan niños con esa intolerancia, aunque son raros, y rarísimos en el caso de que la lactancia sea materna, pues no hay más leche específica para el lactante que la de la propia madre; sin embargo, se citan y observan algunos casos. Según que los síntomas de anafilaxia se presenten para una o para todas las leches de mujer se dice que la intolerancia es incompleta o completa. Sobra decir que para hablar de intolerancias para la leche tiene que ser cuando los fenómenos se presentan en lactancias bien reglamentadas y en las cuales, en vista de los síntomas, se hacen los análisis químico y microscópico de la leche y se vé que su composición total y la proporción entre sus diversos elementos es la normal.

La causa íntima de la intolerancia para la leche permanece todavía sin dilucidar; hay quien supone que es debida a que la leche favorecería la pululación y desarrollo de determinadas bacterias, otros lo atribuyen a condiciones anormales del organismo de esos niños, etcétera; estas y otras causas que se invocan aun podrían explicar las intolerancias totales, pero no hay razón a que por esas causas se produzcan fenómenos de anafilaxia por la ingestión de unas leches y no se produzcan por las de otras aun en el caso de que todas sean de mujer y ninguna de ellas la de la madre. Hoy día lo único que se puede decir es que el organismo de esos niños es un reactivo más sensible que los reacti-

vos químicos pues aprecia en ellas diferencias que no se pueden descubrir por los medios usuales hasta el día, diferencias que serán exclusivas y solo demostrables para ese organismo, puesto que otros niños toleran perfectamente esas mismas leches.

Estenosis del piloro.—Otra enfermedad también de los lactantes y en que también se presentan vómitos es la estenosis del piloro. Son muy importantes en efecto los vómitos en esta enfermedad por ser ellos un síntoma principalísimo de la misma y además porque en el modo como aquel tiene lugar y en la época de su aparición tienen su principal fundamento las diversas hipótesis o teorías que se han dado para explicar dicha enfermedad. Por ello aun sin entrar a discutir las tendremos que mencionarlas para relacionar el vómito con la patogenia de la enfermedad, siendo dicha patogenia uno de los puntos más oscuros y en los que más opiniones se han manifestado, de la patología infantil; además como consecuencia de dicha controversia existe una continuación de la misma entre médicos y cirujanos, partidarios respectivos de la abstención o de la intervención.

Prescindiendo de los casos diversos de estenosis en niños mayores o en lactantes, ocasionados por distintas causas congénitas o adquiridas (neoplasmas diversos, cuerpos extraños que obturen la luz del piloro, atresias, compresión por un ganglio tuberculoso, corvaduras o constricciones debidas a peritonis agudas o crónicas, estrecheces cicatriciales producidas por úlceras o por líquidos corrosivos, imperforación del piloro, etc.) que son muy poco frecuentes y algunas de ellas rarísimas, se pretende explicar la estenosis pilórica del lactante de muy diversos modos. Dejando a un lado, pues no hacemos más que mencionarla, la hipótesis evolucionista de FLINN que la considera como una regresión al tipo de los desdentados, dos son las tendencias principales para dar explicación a los síntomas de la estenosis: una de ellas admite una lesión orgánica constituida por una hipertrofia del tejido muscular (sobre todo de su capa circular) de la región del piloro, con alteraciones también aunque en menor grado de la mucosa y la submucosa y la otra la hace dependiente por completo de una alteración puramente funcional, sin lesión orgánica manifiesta. Naturalmente que de la primera teoría son partidarios los cirujanos y de la segunda los médicos, creyendo aquellos que la estenosis es casi siempre tributaria de intervención y sosteniendo los últimos que debe tratarse por medios médicos. Claro que unos y otros admiten en su inmensa mayoría ambas clases de estenosis pero la frecuencia de unas u otras es muy distinta según las ideas del que las observa. Pero no paran aquí las opiniones sino que dentro del segundo grupo son distintas las tendencias para tratar de explicar la estenosis pilórica; para unos dicha enfermedad sería producida por una causa inflamatoria (WEILL y PELM, en España ha sido defendida por CAVENGT); según otros la principal causa sería el espasmo; debemos de citar en este lugar el nombre de SUÑER que ya hace años señaló el piloro-espasmo como un síntoma más de la diatesis espasmófila, tan importante como los otros tres síntomas; CÁRDENAS cree que es un neuroespasmo por excitación del neumogástrico debido a un estado vagotónico dependiente del tiroides o paratiroides; para otros

la estenosis pilórica tendría por causa un edema que al producirse disminuiría o haría desaparecer la luz del piloro; PFAUNDLER lo atribuye a un espasmo pero únicamente a él, sin nada de hipertrofia, pues ha encontrado en los estómagos de los niños muertos un rodete a nivel del piloro, lo mismo en los que habían padecido de estenosis pilórica que en los que no tuvieron tal enfermedad; para VARIOT apenas existe la estenosis pilórica pues en la mayoría de los casos considerados como tales se tratará más bien de pseudo-espasmos debidos a una intolerancia gástrica por gastritis espasmódica.

He hecho esta ligerísima reseña de las diversas opiniones, aun saliéndome del tema, porque nos llevarán de la mano a la explicación de los caracteres de los vómitos por estenosis pilórica en los lactantes, que voy a enumerar, y de paso a la explicación que creemos más racional para las diversas clases de estenosis, la cual ya anticipamos que ni es nueva ni exclusivista.

Los vómitos, desde luego que son debidos a que el piloro no se abre o lo hace de una manera insuficiente; son vómitos bruscos, explosivos, a chorro como impelidos por una bomba, tenaces, resistentes y rebeldes muchas veces a los medicamentos y cambios de régimen; aparecen generalmente de unos días a dos meses a partir del nacimiento y se presentan después de todas las tomas de alimento, menos al principio cuando se establece la enfermedad en que pueden presentarse con menos frecuencia, y cuando ya lleva la enfermedad algún tiempo, que tienen lugar cada tres o cuatro tomas de alimento pero son muy abundantes y fétidos efecto de la dilatación gástrica. Los materiales expulsados con el vómito son leche más o menos digerida mezclada con mayor o menor cantidad de moco y de secreción gástrica; esta mezcla de la leche líquida o coagulada con otros productos y la ausencia del vómito a veces durante dos o tres tomas de alimento, son las dos causas de que la cantidad vomitada sea en ocasiones mucho mayor que la ingerida; en los materiales expulsados no se encuentra nunca bilis lo cual es característico de la estenosis del piloro, hasta el punto de que algunos casos que se citan en que aquella se encontraba en las materias vomitadas habrá que pensar en que la estenosis existía en un tramo más inferior del aparato digestivo; el tiempo que pasa entre la ingestión de los alimentos y su expulsión es de, inmediatamente después de la toma a tres horas más tarde y la expulsión vá precedida muchas veces de lloro, agitación, malestar y en algunas ocasiones de náuseas.

Otros síntomas, y no hago más que enumerarlos, son: el estreñimiento pertinaz y el vientre deprimido que obedecen a que ni los alimentos ni el jugo gástrico pasan por causa de la falta de entrada en el organismo, el abombamiento del epigastrio debido al aumento del estómago por dilatación y atonía del mismo, movimientos peristálticos visibles que denotan los esfuerzos del estómago y presencia de un tumor pequeño y alargado, que es el piloro hipertrofiado, en el hipocondrio derecho, hipotermia, sed viva, gritos, agitación, insomnio, etc.; son también elementos para el diagnóstico los rayos X por medio de los cuales puede apreciarse la presencia de los alimentos en el estómago mucho tiempo más que en estado normal, en ocasiones hasta seis horas después

de la comida, y las pruebas del carbón (B. GONZÁLEZ ALVAREZ) y del carmín (SAINZ DE LOS TERREROS) para determinar el grado de permeabilidad pilórica.

Estos síntomas que hemos descrito, juntamente con el vómito que es el principal, se encuentran en conjunto en todas las estenosis pilóricas del lactante, pero hay algunas diferencias según se trate de estenosis orgánicas o funcionales. Así los vómitos acostumbran a presentarse mucho más precozmente en la estenosis orgánica o sea por hipertrofia muscular que en la forma funcional y también en aquella son más bruscos y continuos, mientras que en la segunda forma pueden aparecer como consecuencia de trastornos digestivos, de los que también se acompañan y desaparecer o atenuarse a intervalos al igual que los demás síntomas; el estreñimiento es mucho mayor en la forma orgánica pues en la funcional pueden tener lugar deposiciones amarillentas, grumosas o diarreicas; el tumor a la palpación es más propio de la hipertrofia muscular que de una alteración funcional y la permeabilidad pilórica es mayor en esta última.

De todos modos no es en la práctica tan esquemática como en las descripciones la división de las estenosis en orgánicas y funcionales, pues hay muchos casos mixtos que tienen de una y de otra, como vamos a ver al tratar de explicar la patogenia en relación con el modo de presentarse los distintos síntomas; En unos casos los síntomas se presentan desde el principio con mucha intensidad, hay tumor palpable y el enfermo muere; en este caso se trata sin duda alguna de una estenosis hipertrófica; Hay otros casos que son el extremo opuesto; los niños están sanos hasta algún tiempo después del nacimiento en que sobrevienen los vómitos y otros síntomas, coincidiendo la aparición de la enfermedad con trastornos digestivos que padecía el enfermito desde más o menos tiempo, estos casos que curan muchas veces con una exacta reglamentación del régimen o cambiando la leche de la madre por la de otra mujer o por la lactancia artificial, no serían para VARIOT estenosis verdaderas sino pseudo-espasmos debidos a una intolerancia gástrica, a causa de una gastritis espasmódica; por el contrario otros autores creen que se trata de estenosis funcionales en muchos casos diagnosticados de dispepsia o de gastro-enteritis; y por último, hay casos intermedios, variables en su manera, época e intensidad como se desarrollan, en el modo como corresponde al tratamiento y en las condiciones que reúne el enfermo y que sirven de apoyo según sean unas u otras las condiciones de presentación, a las diversas teorías.

Para unos la estenosis pilórica de los lactantes sería debida a un espasmo y consideran a aquella como una manifestación de la diátesis espasmófila, fundándose para ello en la existencia en enfermos de piloro-espasmo de manifestaciones clínicas y fenómenos eléctricos de la espasmofilia; también señalan como prueba de la relación entre ambas enfermedades el recaer el piloro-espasmo en niños con raquitismo, enfermedad esta que, como ya se sabe, guarda estrecha relación con la espasmofilia; dependa o no de un estado espasmófilo citan como prueba de la naturaleza nerviosa por producción de un espasmo, la herencia nerviosa en muchos de estos enfermos, al ser el vómito explosivo y el presen-

tarse inmediatamente después del nacimiento, en un gran número de casos, cuando aun no ha habido tiempo de producirse reacciones inflamatorias. Otros clínicos, por el contrario, relacionan con una causa inflamatoria la patogenia de la estenosis pilórica del lactante y citan en apoyo de ese modo de pensar, el presentarse la enfermedad coincidiendo con anomalías en el régimen alimenticio o acompañada de trastornos digestivos o a consecuencia de los mismos y desaparecer muchas veces con un régimen severo y apropiado; otro dato en apoyo de su teoría es la fecha de aparición del vómito, que dicen tiene lugar en la mayoría de los casos no inmediatamente después del nacimiento sino semanas después.

Creo, fundándome en los caracteres de los vómitos y en el modo de presentarse estos que la estenosis pilórica del lactante es una enfermedad autónoma independiente y que de ella existen dos grupos, una orgánica debida a la hipertrofia del píloro y otra funcional que obedece a muy distintos factores, pudiendo ser su origen el recaer en un organismo con predisposición neuro-espasmógena o ser debida a una alteración de las funciones digestivas que dé origen a una inflamación; más aún, creo que ambas ideas se complementan y que quizá el edema que produzca esa inflamación no daría lugar al síndrome estenósico de no recaer en un organismo predispuesto para el espasmo y al contrario también, ser este espasmo el que por la causa endocrina o de decalcificación, etc., va a asentar en un organismo que al estar sometido de antemano a la causa inflamatoria daría lugar al síndrome estenósico, que de otro modo no se produciría.

De todos modos no es tampoco completamente esquemática la división de las estenosis del píloro en orgánicas y funcionales sino que muchas veces serán mixtas, no quitando la idea de que pueda ser orgánica el hecho de que no se produzca el síndrome desde el principio, pues puede suceder que, al comienzo, la luz del píloro permita pasar las pequeñas cantidades de alimento que se den al niño, pero que después no las deje pasar, bien por ser mayores dichas cantidades ya por la existencia del factor neuro-espasmógeno que dé lugar al espasmo y se obstruya más la luz, bien porque la acción irritativa de un mal régimen alimenticio produzca una inflamación del estómago que se propague hasta el píloro o ya porque el estómago por efecto de la hiperfunción a que estuvo sometido para vencer el paso de los primeros alimentos a través de aquel píloro parcialmente estenosado llegue a fatigarse y se produzcan en él la atonía y dilatación gástricas.

Por todas estas causas unidas se explica el que con las diversas hipótesis, en el conjunto de las cuales creo está lo más cierto, se dé el caso de que los vómitos se produzcan enseguida o algún tiempo después del nacimiento, después de todas las tomas de alimento o con intervalos y que a veces se presenten periodos de mejoría y en ocasiones de curación.

Vómitos por alteración de los alimentos.—Son aquellos vómitos debidos a que la cantidad o la calidad de los alimentos están alterados y por consiguiente no son los normales. Como luego he de ocuparme de los de-

pendientes de la cantidad, citaré únicamente los de la calidad.

Estos pueden presentarse lo mismo en la lactancia natural que en la artificial, aunque en esta última son mucho más frecuentes y sobre todo mucho más intensos.

En la lactancia natural pueden ser permanentes o pasajeros y muchas veces van acompañados de la disminución de la cantidad de secreción. Entre las causas se citan el abuso en la bebida de vinos, licores y otros líquidos alcohólicos por parte de la que da el pecho o la ingestión por la misma de determinados alimentos, como caza, crustáceos, pescados de mar, embutidos, salsas picantes, etc., o de diversos medicamentos más o menos activos; o también enfermedades o trastornos que padece la que cría, como el estreñimiento pertinaz o la diarrea, las diversas infecciones agudas, la existencia de la menstruación (con la cual yo no he observado más que, cuando más, diarreas tan leves como fugaces, pues desaparecían en pasando los días críticos), emociones morales y pesadumbre, bien por disgustos o por el cambio de vida, falta de ejercicio al aire libre, etc. Otras veces pueden ser debidos a la infección del alimento lo cual es raro en la lactancia natural pues el niño al mamar hace pasar la leche directamente del pecho de la mujer a su boca, pero aun así puede tener lugar la contaminación en caso de infección de los pechos (linfangitis, galactoforitis, flemones, abscesos); muchas veces es la ingestión del pús mezclado con la leche lo que produce los trastornos gastro-intestinales. Otras veces la infección puede tener lugar sin que exista enfermedad local alguna de los pechos, sino por la presencia en los conductos galactóforos, de microbios que han penetrado y ascendido por ellos los cuales son arrastrados por las primeras porciones de leche que salen y son ingeridos por el niño; algunos recomiendan hacer manualmente unas extracciones antes de dar el pecho.

Por último hay casos en que se hace una lactancia correcta y al pecho, en los que el niño mama en cada tetada la cantidad que corresponde a su peso y edad y en que se guardan los intervalos convenientes entre las tetadas y el régimen y la salud de la nodriza son completamente normales y sin embargo estos niños son dispépticos, con deposiciones unas veces verdes, mucosas y abundantes y otras veces duras, amarillas y escasas; también se presentan vómitos, dolores cólicos, sueño intranquilo, inquietud, pérdida o estancamiento del peso, etc. Analizando la leche de la mujer que lacte a estos niños se vé en la mayoría de los casos un aumento de la cantidad de grasa; también pueden ser debidos esos síntomas, aunque con menos frecuencia a un aumento en la cantidad de caseína y aun menos frecuentemente a la de los otros componentes. Lo mismo que por el aumento pueden presentarse trastornos por la disminución de todos o de parte de esos mismos principios nutritivos; en este caso el principal síntoma es la pérdida de peso y la desnutrición.

En la lactancia artificial ya hemos dicho que son mucho más frecuentes las causas y más intensos los trastornos. En primer lugar está como causa la costumbre de dar prematuramente otros alimentos que no sean

la leche, tales como papillas, panadas, sopas, huevos, etcétera.; sin entrar ya en los casos en que se les dan alimentos completamente impropios para su edad y su capacidad digestiva como carne, ensaladas diversas, embutidos, judías, vino, etc.

En el caso de que la lactancia artificial se haga sólo con leche, puede ser el estar infectada, la causa de su alteración; yo en esto de la infección de la leche me coloco algo a la antigua pero reconociendo lo cierto de las ideas modernas aunque sin creerlas tan exclusivas como algunos; es decir que ni concedo a la infección del alimento el papel importantísimo por no decir único que antiguamente se le atribuía ni creo que debe de echarse tan completamente en olvido como se ha hecho, dicho factor, como causa de trastornos gastro-intestinales, pues son muchos los casos en que a la infección del alimento hay que atribuirlos. Dicha infección del alimento puede ser debida a no guardar la debida limpieza en las diversas manipulaciones desde el ordeñado de la leche hasta que el niño la toma, o al contacto con el exterior (pues aunque se dé la leche hervida esto tiene que ser a muy alta temperatura y que no esté después mucho tiempo expuesta a recoger otra vez los productos de la infección y aun así la leche no siempre es aséptica) o bien a enfermedades que padecen las vacas u otros animales, bien sean infecciones generales o localizadas en las ubres.

Otras veces no es la infección, sino la alteración cualitativa por la presencia en la leche de productos tóxicos o variación de sus componentes normales por causas procedentes de los animales de que procede la leche, como son entre otras; la gestación, celo alimentación en los pastos con plantas diversas que le dan propiedades tóxicas e ingestión de residuos de la fermentación de las fábricas de cervezas o de pulpa de remolacha.

Por último, muchos niños lactados artificialmente presentan trastornos dispépticos aun con tomas de alimento bien regladas en cuanto a cantidad e intervalo entre las tomas. Unas veces es debido a la presencia en la leche de productos tóxicos por el excesivo calor, largo tiempo transcurrido entre su extracción del animal y la ingestión por el niño, etc., pero otras veces se tienen con ella los cuidados propios para su conservación y aun así se observan esos trastornos; en estos casos, analizando la leche se observa el aumento de uno o varios de sus principios nutritivos, presentándose diversos síntomas según sean unos u otros. Los trastornos por exceso de caseína se presentan con mucha frecuencia y dependen, más que del aumento en sí, de la excesiva cantidad que contiene la leche en relación con la edad del niño y los síntomas son: diarreas muy numerosas sin carácter fecal, con mucosidades y tenesmo. Las alteraciones del organismo por exceso de grasa son mucho más frecuentes y en este caso las deposiciones son de carácter fecal, blancas o pálidas, y el niño presenta intranquilidad e inquietud, que se calman algo después de la expulsión, etc. Otras veces son los hidratos de carbono y sus deposiciones más o menos húmedas y oscuras no presentan nada característico salvo la presencia en las mismas de almidón algunas veces. Otras veces más que el exceso de dichos principios

nutritivos es su escasez lo que origina esos trastornos, principalmente la de los hidratos de carbono. En estos últimos años se ha señalado al suero de la leche de vaca como el principal y a veces como el único causante de los trastornos nutritivos en la lactancia infantil.

Vómitos por alteración de los órganos digestivos.— Sucede muchas veces que niños criados al pecho pero sobre todo si están sometidos a lactancia artificial, presentan trastornos digestivos con lactancias en cuya dirección de cantidad, intervalos, calidad, etc., de los alimentos se han tomado todos los cuidados; tampoco se trata de casos de anafilaxia para la leche porque esta le resulte tóxica al organismo. Hay que atribuir los trastornos cuando se presenten en esas condiciones a deficiencia de las funciones digestivas por imperfección funcional u orgánica de los órganos encargados de ellas. Esta deficiencia en la función de dichos órganos puede ser congénita o adquirida; en el primer caso hay que citar la herencia, no de dicha deficiencia precisamente, sino que por ser los padres tuberculosos, sífilíticos, alcohólicos, anémicos, etc., nace el niño en un grado de inferioridad que alcanza también a las funciones digestivas, cuyos órganos responden con vómitos, diarreas y otros síntomas a ingestiones de alimentos normales en cantidad y en calidad; por la misma causa responden con los mismos síntomas a alimentos también normales los niños nacidos prematuramente y en estos casos se crea un círculo vicioso entre las mayores cantidades de alimentos que necesitan para contrarrestar la pérdida de calor y sus órganos digestivos que no las toleran. No hacemos más que citar, en parte por su rareza y en parte porque ya las hemos mencionado, otras causas de dispepsia por anomalías congénitas de los órganos digestivos, como son: la enfermedad de Hirschprung y las diversas estenosis congénitas que se pueden presentar en todo el tramo del aparato digestivo. El labio leporino, el frenillo de la lengua, las divisiones completas e incompletas del paladar, etc., las citamos, no porque por sí produzcan vómitos sino porque al dificultar la mecánica de la alimentación pueden dar lugar a otros diversos estados morbosos en otros puntos del aparato digestivo o del organismo y que se presenten los vómitos y otros síntomas de alteración digestiva.

Entre los casos en que la deficiencia funcional del aparato digestivo sea adquirida hay que citar los de dilatación de estómago que generalmente tienen lugar, lo más pronto, hacia la edad del destete con su clásica sintomatología de constipación, vómitos, anorexia, eructos, gorgoteo, etc., y en la mayoría de los casos al achacar a ella varios de los síntomas, habrá que pensar si esos mismos síntomas son causa o efecto, pues generalmente la dilatación ha ido precedida durante mucho tiempo de frecuentes indigestiones y trastornos dispepticos más o menos duraderos, con parecida sintomatología. También están como causas adquiridas las enfermedades diversas padecidas por el lactante o una alimentación defectuosa durante largo tiempo, causas todas ellas que dejan al organismo en estado de inferioridad orgánica y por consiguiente funcional.

Aunque no es frecuente, las estomatitis son a veces causa de alteraciones digestivas, bien por propagación

de la enfermedad a otro tramo digestivo o por las dificultades que presentan para la succión.

Puede también haber casos en que a una insuficiencia de secreción del estómago y como consecuencia a una imperfecta digestión de los alimentos haya que atribuir las alteraciones que se observen en las funciones digestivas, que se manifiestan principalmente por vómitos que se presentan una hora o más después de la ingestión de los alimentos. Y por último citaremos la irritabilidad gástrica simple, citada y defendida por varios autores como causa única, muchas veces, del vómito en los lactantes y que no sería otra cosa, según ellos, que una exageración de la contracción normal que se verifica en el estómago del lactante a la llegada de los alimentos; dichos autores achacan a esta causa los vómitos por estenosis espasmódica del píloro sin lesión orgánica, pues no ven la razón por la cual sea solo la región pilórica la que haya de sufrir esa contracción anormal, cuando normalmente se verifica, en toda la capa muscular del estómago.

Vómitos por aerofagia.—Si se examina por radioscopia la llegada y permanencia de la leche en el estómago de los lactantes, se verá que la cámara de aire que normalmente se forma con la ingestión de los alimentos, es en algunos niños mayor, debida a que tragan aire al mamar y estos mismos niños son los que presentan vómitos por aerofagia. Se nota que después de mamar están inquietos, llorones, molestos, sin poder conciliar el sueño, hasta que coincidiendo con la salida del aire se presenta el vómito, que generalmente es solo de una parte de lo mamado y la leche contenida en él puede estar aún líquida o más o menos coagulada.

Se aconseja colocar a estos niños echados sobre el vientre en el brazo de la persona que lo tenga con cierta inclinación, y ayudar a la salida del aire dándole al niño ligeros golpecitos en la espalda.

Vómitos por hipoadalimentación.—VARIOT ha sido el que ha señalado la importancia de los vómitos por hipoadalimentación, llamando la atención sobre este síntoma para que no se traten como hiperalimentados niños que padecen todo lo contrario y por consiguiente se les reduzca más la ración alimenticia cuando lo que se debe de hacer es aumentarla. He visto numerosas veces estos vómitos, pero siempre los síntomas a que han ido unidos han sido tan importantes como ellos, y eso, unido a los antecedentes, hace que no crea que sean muy confundibles a una observación atenta; en un caso cedieron verdaderamente y con gran rapidez a un aumento bastante brusco de las raciones, pero en todos los demás casos hemos tenido que ir siempre en aumento, eso sí, pero muy pausadamente, cual corresponde a un ser cuyo aparato digestivo y todo el organismo está enfermo. Verdaderamente esto parece más natural que no lo otro o sea que un estómago que rechaza una cantidad pequeña de alimento soporte otra mayor; a pesar del éxito que tuve en ese caso no acierto claramente con la razón de ello.

Los vómitos de hipoadalimentación se presentan en niños criados al pecho o con biberón. En el primer caso es debido a la escasez de leche en la mujer que cría al niño, la cual hipogalactia puede ser primitiva o secundaria, y en este segundo caso permanente o tran-

sitoria. De entre todas ellas son las más frecuentes en la práctica: la disminución de la secreción láctea durante el período menstrual, un viaje largo en las nodrizas, el cambio de vida en las que vienen del campo a criar en casas acomodadas, el cambio de alimentación en estos mismos casos aun siendo la alimentación que cause dicha hipogalactia mucho más nutritiva y abundante, el exceso de trabajo en las madres que tienen que ganarse la vida, etc. Otras veces no es la cantidad de leche sino la calidad de la misma la causa de la hipoalimentación; este trastorno de la calidad de la leche también puede ser permanente o transitorio; este último caso acostumbra a suceder en casos de efectos psíquicos, cosa muy frecuente en la práctica.

Cuando la lactancia es artificial la hipoalimentación es debida a la poca cantidad de alimentos que toma el niño cada vez, a la mala calidad del producto o a que aun ingiriendo cada vez la cantidad que le corresponde normalmente, las tomas son muy espaciadas y eso hace que la cantidad total que el niño toma en las 24 horas sea menor que la normal. Puede suceder que aun dándole al niño una cantidad de líquido que sea la normal o aunque sobrepase esa cantidad, sea un hipoalimentado, bien por la mala calidad del producto que ya lo venden adulterado, bien porque las mezclas que se administran al niño sean demasiado diluidas o, lo que es más frecuente y debe de tenerse muy en cuenta, por la unión de las dos causas; en estos casos en que el niño toma mucho líquido y poco alimento se presentarán juntos los trastornos de la sobrecarga gástrica y de la hipoalimentación.

El vómito en la hipoalimentación se presenta inmediatamente después de cada toma de alimento y a veces tarda hasta 15 o 20 minutos a devolverlo; la leche es arrojada sin coagular y cuanto más se disminuye la ración más se presentan los vómitos, llegando en ocasiones a tomar el carácter de incoercibles. En los intermedios de las tomas de alimento el niño está inquieto, grita y se lleva los dedos a la boca de hambriento que está o se los succiona por la misma causa y eso hace que se llene el estómago de aire; sus gritos y protestas de hambre aumentan cuando se le enseña el biberón el cual toma con avidez y muy deprisa para devolverlo una vez más, inmediatamente o al cabo de un rato; en el caso de lactarlo al pecho permanece muchas veces largo rato agarrado a él, pero sin apenas hacer movimientos de succión y menos de deglución y en la cara ya denota el poco placer que experimenta.

En relación con los vómitos se presentan los demás síntomas; así, la escasez de alimentos que pasan al intestino hace que se presente el estreñimiento, unas veces verdadero pues se suceden dos o tres días sin presentarse las deposiciones y aun así hay que facilitar su expulsión y otras veces es falso o sea que el niño hace dos o tres deposiciones diarias pero duras, escasas y de color parduzco; el niño presenta delgadez más o menos intensa según el tiempo e intensidad de la causa, desde la pérdida de la turgencia de las carnes hasta una desaparición de su panículo adiposo que deja notarse las eminencias óseas, y la delgadez va acompañada de palidez, orinas muy escasas (pues el niño va seco muchos ratos), ojos sin expresión y un estado ner-

vioso con gritos y lloro incesantes, más o menos fuertes según el grado de debilidad del niño.

Conviene pues en todo niño que vomita y tiene estreñimiento y pérdida o estancamiento del peso o que éste aumenta menos que lo normal, investigar si recibe la cantidad de alimento que le corresponde y tener en cuenta que existen casos de vómitos por insuficiencia en la alimentación, para no tomar medidas terapéuticas que, como dice VARIOT, serían muy perjudiciales y crueles pues impondrían al niño el suplicio del hambre.

Vómitos por hiperalimentación.—Si bien es cierto, como decíamos al principio de este trabajo que una cosa es regurgitar y otra vomitar, no es menos cierto que en la hiperalimentación "la regurgitación es la antesala del vómito". (CAVENGT). No es que yo crea que las regurgitaciones conducen siempre a los vómitos pero tampoco participo de las opiniones que se leen muchas veces sosteniendo que la regurgitación es un hecho casi fisiológico (o una prueba de que el niño se alimenta muy bien, como cree el vulgo) y sin ninguna importancia para la buena marcha del organismo. Aún, en casos de regurgitaciones en niños criados al pecho cabe conceder poca o ninguna importancia a dicho acto pues se puede esperar a que venga, como sucede muchas veces, una mútua regulación entre la capacidad digestiva del niño y la cantidad de secreción láctea; pero en casos de lactancia artificial, en que es potestativo el dar más o menos cantidad de alimento y en que toda regulación ha de ser voluntaria no deben mirarse como desprovistas de importancia las regurgitaciones cuando son repetidas, sino poner los medios necesarios para corregirlas. Dichas estas palabras sobre las regurgitaciones, que están justificadas en este trabajo sobre el vómito de los niños, por ser equivalentes a vómitos que vendrán, pasemos a ocuparnos de éstos.

Los vómitos por sobrealimentación, lo mismo que acabo de decir para las regurgitaciones, y diría respecto de los demás síntomas si no fuera por repetir lo mismo, son mucho menos frecuentes, rebeldes e intensos en los sobrealimentados por leche de mujer que por lactancia artificial, pues el trastorno producido por ésta, es mucho mayor y por consiguiente el organismo responde más intensamente. Su causa es una cantidad excesiva de alimento cada vez o un intervalo muy corto entre las tomas de alimento en relación con la edad, el peso o la capacidad digestiva del niño. Tienen lugar porque al llegar los alimentos al estómago en cantidad o frecuencia excesivas para sus fuerzas, echa fuera por regurgitación parte de la leche ingerida, todavía líquida o coagulada, sin esfuerzo alguno; pero pronto el estómago se fatiga del sobreesfuerzo a que se le somete y no responde tan pronto con ese movimiento de defensa sino que los alimentos permanecen algún tiempo en el estómago dando lugar a frecuentes empachos e indigestiones o comenzando a presentarse los vómitos, poco frecuentes al principio y luego con mayor frecuencia, hasta tener lugar después de cada toma de alimento y hacerse incoercibles. El tiempo de presentación de los vómitos varia de unos minutos a media hora después del alimento y en oca-

siones más tiempo, sobre todo en casos antiguos que van acompañados de atonía y dilatación gástrica.

La expulsión va precedida de náuseas, malestar y a veces cuesta gran trabajo por la disminución de la motilidad del estómago; lo vomitado varía según el tiempo que ha estado retenido y en general es un suero blanco grisáceo a amarillo verdoso si contiene bilis, flotando en el cual se ven partículas de caseína y moco; dichas partículas son mayores en los casos de hiperalimentación por leche de vacas, por la mayor coagulabilidad de la caseína de la leche animal y por esta misma causa se presentan los vómitos en la lactancia con leche de vacas aun en niños con una moderada hiperalimentación; el olor de las materias vomitadas es fuertemente ácido.

Juntamente con los vómitos o alternando con ellos en los intervalos, se presentan eructos, sobre todo en los casos en que los vómitos tardan bastante tiempo a presentarse después del alimento, debido a que por la atonía del estómago permanecen mucho tiempo estancados en él. Dichos eructos son debidos a las fermentaciones anormales que tienen lugar en esas condiciones, y son frecuentemente ácidos.

Es decir, que los alimentos permanecen en el estómago más o menos tiempo y después en parte son expulsados fuera por el vómito y en otra parte pasan al intestino; pero como por la triple influencia de la inflamación del estómago, de la atonía del mismo y de la falta de acción de sus jugos sobre los alimentos (pues no dan tiempo a que se formen, la excesiva frecuencia o cantidad con que el estómago recibe las raciones alimenticias) unido a las fermentaciones anormales que por dichas tres causas tienen lugar y que originan una alteración de la flora intestinal, todo ello hace que los alimentos pasen al intestino anormalmente transformados para una normal digestión intestinal, irritan la mucosa de ese nombre, y vienen como consecuencia la alteración de las deposiciones, que en la sobrealimentación es síntoma aún más importante que los vómitos, aunque no me detendré en él para no salirme del tema. A grandes rasgos, se caracteriza dicho síntoma por el aumento en el número de las deposiciones que de dos o tres diarias que es lo normal llegan a cuatro o seis en las 24 horas; su expulsión tiene lugar en medio de sufrimientos y lloro, con fuerza, como de una jeringa y va acompañado de ruido de tripas y expulsión de gases. La consistencia de las heces está disminuída, pues son semilíquidas y han perdido su homogeneidad; su olor es más o menos pútrido. En el pañal presentan todo alrededor una ancha orla acuosa y en su centro se ven sobrenadando en un líquido más o menos blanco, numerosos copos blanquecinos que denotan a la simple inspección que ni la manteca ni la caseína han sido aprovechadas; también contiene moco y presentan en sus bordes y cruzan su centro estrias verdosas; estas cámaras alternan a veces con otras francamente verdes. El aspecto de las deposiciones varía mucho según la intensidad, el tiempo de la enfermedad y la oportunidad de los medios puestos en práctica para combatirla, pues las deposiciones pueden hacerse más líquidas más abundantes, perder más su carácter fecal y dar lugar a la gastro-enteritis y al cólera infantil o traspasar la fron-

tera de los trastornos digestivos dando lugar a síntomas generales de más o menos gravedad, que ni siquiera vamos a enumerar, pero que frecuentemente acaban con la vida del niño.

Otro síntoma bastante característico es la marcha del peso que al principio puede ser de aumento, a veces hasta más de lo normal aunque siempre a saltos, luego se estaciona y después tiene lugar un descenso lento del mismo, que si no se le pone pronto remedio se convierte bruscamente en rápido lo cual es de muy mal pronóstico. Otros síntomas son: la alteración de la región anogenital debida a irritación local producida por las deposiciones, que varía desde el simple eritema hasta el eczema y que en ocasiones se extiende a los muslos y el vientre; el timpanismo abdominal a causa de las fermentaciones anormales y cuyo síntoma depende de la mayor o menor expulsión de gases; la palidez, que a veces contrasta con la gordura que se aprecia, aunque es verdad que estos niños están fofos, la falta o inquietud del sueño, la lengua soburral, tristeza impropia de la edad, apetito disminuído pues el niño toma solo parte del biberón y muchas veces lo rechaza al cabo de unos pocos sorbos, etc.

Como resumen puede decirse que la sobrealimentación es un proceso frecuentísimo en los lactantes aunque varía según los casos, pues es muy raro y de escasa importancia en los de alimentación materna, muy digno de tenerse en cuenta en los casos de lactancia al pecho por una nodriza, por las diferencias que pueda haber entre la leche de esta y la edad o la capacidad digestiva del niño la cual puede encontrarse disminuída por diversas causas, pero que en este caso de la lactancia mercenaria cabe esperar también una regulación entre la leche que toma el niño y su capacidad digestiva, e importantísimo y de extraordinaria frecuencia en la lactancia artificial por las diferencias entre la leche animal y la de la mujer para la que el estómago del niño está preparado y por las diferencias individuales, y aun dentro del mismo individuo según la edad, el estado de su organismo, su capacidad digestiva, etc.; y de ahí que no haya un solo patrón sino que en ocasiones resulte difícil calcular con exactitud los intervalos entre las tomas de alimentos, la cantidad de los mismos y las mezclas que deben hacerse, mucho más difícil en los numerosísimos casos en que nos falta la colaboración de la madre, que como decíamos al comienzo de este capítulo, cree que el niño cuanto más toma es mejor y que la regurgitación es un síntoma de hartura y sin importancia.

RESUME

Il faut tacher de se rendre compte si les matières expulsées viennent de l'estomac ou simplement de la cavité buccale, par rétention des aliments dans celle-là, ou si elles se trouvaient accumulées dans l'oesophage. Aussi faut-il faire une différence entre le vomissement de la régurgitation et celle du mérycisme.

L'auteur distingue deux groupes de vomissements: en mettant au premier groupe ceux qui sont propres à tous les âges de l'enfance et se présentent accidentellement chez les nourissons, et en mettant au second groupe les vomissements propres et presque exclusifs des nourissons.

Il étudie ensuite les caractéristiques de chacun de ces vomissements et s'occupe de la base de son interprétation diagnostique.

SUMMARY

One should try to find out whether the ejected matters proceed from the stomach or simply from the oral cavity, where the food was retained, or whether the same was accumulated in the oesophagus. One should also distinguish between emesis by regurgitation and by pericisim (rumination).

The author divides the vomiting into two groups: the first one comprises the vomiting during childhood, sometimes also observed in sucklings, while the second group refers only to the peculiar vomit of sucklings.

The author investigates the characteristics of these classes of vomiting and tries to establish a basis for their diagnostic interpretation.

ZUSAMMENFASSUNG

Es ist zu untersuchen, ob die ausgeworfene Masse aus dem Magen stammt oder aus der Mundhöhle infolge Zurückhaltung innerhalb dieser, oder aber es sich um Nahrungsmittel handelt, die sich in der Speiseröhre festgesetzt hatten. Auch ist zu unterscheiden zwischen Erbrechen infolge Regurgitation und Merzismus.

Der Autor teilt das Erbrechen in zwei Gruppen; zur ersten rechnet er den Vomitus des Kindesalters im allgemeinen, der sich gelegentlich bei Säuglingen eifingen kann und zur zweiten Gruppe das ausschliesslich den Säuglingen eigene Erbrechen.

Er erörtert die Kennzeichen dieser Arten des Erbrechens und sucht eine Grundlage für deren diagnostische Verwendung zu schaffen.

LA ETIOLOGÍA DE LA ENCEFALOPATÍA POST-VACCINAL

por

C. LEVADITI y S. NICOLAU

del Instituto Pasteur, de París,

en colaboración con

V. SANCHIS BAYARRI

de Valencia.

F. LUCKSCH, en una comunicación preliminar aparecida en 1920 (1), llamó la atención sobre una complicación no esperada de la vacunación anti-variolica, consistente en la aparición de signos de encefalomiелitis a los 10 ó 12 días después de la inoculación cutánea de la vacuna jennericiana. Posteriormente (2), el mismo autor ha relatado los detalles clínicos e histopatológicos de los tres casos por él observados en Checoslovaquia, examinando las hipótesis referentes a la etiología de esta encefalopatía. F. LUCKSCH no fué, sin embargo, el primero en recoger tales observaciones. Ya en julio de 1912, H. TURNBULL y J. MC. INTOSH tuvieron ocasión de observar, en Inglaterra, casos análogos, practicando necropsias y realizando experiencias. Las constataciones de los sabios ingleses fueron pasadas en silencio, por razones fácilmente comprensibles, y solo recientemente fueron publicadas (3). Entre tanto, algunos casos de encefalo-mielitis post-vaccinal hicieron su aparición en Holanda. F. VAN BOUWDIJK-BASTIANSE, neurólogo del Hospital de San Juan de Dios, en La Haya, las ha despistado y estudiado minuciosamente; los resultados de sus investigaciones clínicas e histo-patológicas, completados por las investigaciones

epidemiológicas de THERBURGH y las experiencias de BIJL (de Utrecht), y de LEVADITI y NICOLAU (Instituto Pasteur), han sido resumidas en una nota presentada a la Academia de Medicina, de París, el 21 de julio de 1925 (4). Añadamos que hechos parecidos han sido comunicados por STOSS (5) y CARRIÈRE, en Suiza, por BLANC y CAMINOPETROS (6) en Grecia, de tal manera que a la hora actual, han sido registrados en Europa algo más de 100 casos (7). Constituyen un material bastante rico, en principio, y bastante bien estudiado desde el punto de vista clínico, histopatológico y experimental, para que podamos formarnos una idea exacta de la etiología de esta complicación post-vaccinal, cuya causa real es todavía ignorada; esto es lo que nos ha determinado a emprender las experiencias resumidas en el presente trabajo, experiencias que, a nuestro entender, contribuyen a aclarar un problema que la observación clínica la anatomía patológica y la epidemiología habían dejado en suspenso.

Ante todo, algunas palabras acerca del aspecto clínico y la evolución de la encefalopatía post-vaccinal. Según BOUWDIJK-BASTIANSE (loc. cit.), niños (de 4 a 6 años) (8) en los que la pústula vaccinal ha evolucionado normalmente, se ven acometidos, bruscamente, por cefalalgia y vómitos "seguidos de cerca por una somnolencia creciente. La temperatura alcanza alrededor de 40." El día siguiente aparecen convulsiones, ya laterales, ya localizadas en una de las extremidades. En todos los casos en que hubo examen neurológico, fué constatado el signo de Babinski, unilateral o bilateral, estando el niño despierto e incluso muchos días después de la desaparición de la somnolencia". Una sola vez se registraron parálisis (hemiparesia y paresia del ramo frontal del facial). La inervación de los músculos motores del ojo no parecía modificada. La punción lumbar reveló, bien un estado normal del líquido céfalo-raquídeo, bien un pleiocitosis, acompañada de hiperalbuminosis y de ligera glucorraquia (caso inédito de Ricardo JORGE). La mortalidad alcanzó 41,2 % en el curso de la epidemia holandesa (BASTIANSE). El estudio histopatológico de los centros nerviosos (LUCKSCH, MC. INTOSH y TURNBULL, BASTIANSE, etc.), demostró lesiones de encefalo-mielitis parecidas a las que caracterizan la enfermedad de v. ECONOMO; más adelante nos ocuparemos de ellas.

Muchas hipótesis pueden formularse acerca de la etiología de la encefalitis post-vaccinal. En primer lugar puede suponerse que esta afección del neuroeje es debida a la localización encefalo medular de un virus vaccinal excepcionalmente neurótrofo; puede admitirse, igualmente, que se trata de una encefalitis no vaccinal declarada en ocasión de la vacunación antivariolica en individuos portadores de gérmenes de

(4) BOUWDIJK, BASTIANSE, THERBURGH, BIJL y LEVADITI: *Bull. de l'Acad. de Médecine*. 1925. T. 94. p. 29.

(5) STOSS: *Konferenz über Impffragen. Bull. du Service fédér. d'Hyg. publique* (Suiza). 1925. Núm. 40.

(6) BLANC y CAMINOPETROS: *Arch. de l'Institut Pasteur Hellénique*. 1926. T. 2. p. 354.

(7) En Francia, la encefalopatía post-vaccinal ha sido señalada por COMBY: *Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*. 1926. T. 42. p. 1434.

(8) Entre las observaciones inglesas, hay algunas que se refieren a adultos.

(1) F. LUCKSCH: *Med. Klinik*. 1920. Núm. 34.

(2) F. LUCKSCH: *Centralblatt f. Bakteriologie*. 1925. T. 96. p. 309.

(3) H. TURNBULL y MC. INTOSH: *Brit. Journal of exper. Pathol.* abril 1926. T. VII. p. 181. WINNICOTT y GIBS: *Brit. Journal of Children's Diseases*. abril 1926.