

Algunas Ideas sobre el Tratamiento de los vómitos habituales del lactante

Creemos que en nuestro país no hay un solo médico que no haya tenido ocasión de ser consultado y requerido para asistir a un niño que vomita después de cada tetada ya que éste es un síndrome bastante común y anaso uno de los que más preocupan a las madres de familia.

El problema se presenta a veces con sencillez desconcertante y para resolverlo, bastará en semejantes casos imponer una **dic**-ta hídrica, que en general no pasará de nueve horas. Pero ocasiones hay, y muy frecuentes en que el problema es confuso, complejo, hasta el punto de comprometer la vida del lactante y poner en entredicho la reputación

del facultativo consultado,

Siguiendo un orden lógico el médico debe ante todo tratar de descubrir la causa de tales vómitos.

En general después de algunas eliminaciones fáciles, nos encontramos frente a uno de estos tres problemas: *Se trata de la enfermedad de los vómitos habituales? De vómitos periódicos, con acetonemia?* o bien *nos hallamos frente a una estenosis congenital del piloro?* Tal es la incógnita que el médico debe resolver. Tales son las afecciones entre las cuales debe hacer su diagnóstico positivo, o al menos de probabilidades. Sólo las dos primeras incumben a sus actividades, la úl-

Hay una juventud que mira y palpa nuestros actos; pesa los quilates de cada uno; avalora sincera y serenamente el valor de sus conductores. No tenemos el derecho de darle malas enseñanzas; al contrario; hasta el sacrificio debemos llegar para hacerla aprender no solamente la ciencia médica, las técnicas y fórmulas para curar sino sobre todo una moral sencilla, adaptable a nuestro medio, un respeto comedido al colega, sea quien fuere, y sobre todo un destierro definitivo de las emanaciones mefíticas del psiquis tan propias, y tan detestables, de la especie humana.

Triunfadores serán quienes venzan la fiera interior. Justos quienes en ellos reconozcan el mérito de haber sabido atortolar con fuertes cadenas la ferocidad de sus pasiones.

El gremio médico de Honduras no debe distinguirse por amoral. Tiene mejores y más vastos campos donde desarrollar sus actividades.

Tegucigalpa, Julio de 1931.

tima corresponde al cirujano.

Los signos propios a cada afección permitirán despejar la incógnita, no sin olvidar, que entre una y otra *de* estas manifestaciones patológicas, se coloca toda una serie de formas clínicas cuya determinación requiere un examen riguroso, una detenida observación y el dominio de conocimientos especiales.

En este artículo sólo nos proponemos dar a conocer algunas nociones, sino nuevas al menos útiles, en lo que concierne al tratamiento de los *vómitos habituales del lactante*. Sobre su etiología, patogenia, síntomas, etc., no haremos hincapié, ya que estos capítulos pueden ser consultados en cualquier manual de Pediatría.

Ulteriormente escribiremos otros artículos sobre los vómitos periódicos con acetonemia y la estenosis congénita del píloro para que el lector se de cuenta de cual es la conducta que en uno y otro caso debemos observar.

La enfermedad que nos ocupa ha sido estudiada en Estados Unidos de América por numerosos y reputados autores entre los cuales figuran notablemente, Stedman, Snow, E. Holt, Rachford, Whitney y Griffith, en Francia por Marfán, Nobecourt, Lerebttmlet, Rivádau, Dumas, Lesné, Comoy, Hutinel y Pehu, todos ellos mundialmente conocidos; en Alemania por Hecker, Wolmer, Finkelstein, Mosser, etc. En Italia por Cosolinno Busa,

Furno y otros; en Inglaterra por Laugmead, Hopkins; en Sud América por Torres Umaña, Gerbino, etc. De ahí pues, que la etiología sea en la actualidad objeto de diversas interpretaciones.

En primer término deben colocarse los vómitos de origen alimenticio debidos a:

1?—Ingestión muy rápida o en gran cantidad de alimentos (fleche). Es lo que notablemente se designa con el nombre vulgar e indeterminado de indigestión y que se observa en todas las edades, es decir, lo mismo en el niño de pecho que en el adolescente y el adulto.

2?—Ingestión prematura de alimentos sólidos.

3?—Ingestión de alimentos alterados; y

4?—Mala composición química de leche, ya porque sea muy rica en grasa y pobre en caseína, ya porque contenga productos tóxicos emetizantes provenientes de la alimentación de la madre o de los estados patológicos que ésta pueda presentar. A veces la leche puede estar químicamente equilibrada pero las secreciones gástricas del niño son insuficientes. En este caso la coagulación inicial y la disolución secundaria de la leche, necesarias al tránsito intrapilórico, no se producen y el bebé rechaza 1 o 2 horas después de la tetada, gran cantidad de leche no coagulada.

En segundo lugar los vómitos pueden obedecer a una causa mecánica: imperforación del esófago, divertículo del esófago, in-

suficiencia de las fosas nasales. En este último caso el niño al mismo tiempo que ingiere la leche se ve obligado a respirar por la boca deglutendo gran cantidad de aire q' al distender el estómago de manera considerable provocando hipo y contracciones del orden reflexo que terminan por evacuar el contenido estomacal. El mismo resultado se registra cuando, sin haber insuficiencia de las fosas nasales, el seno de la madre, por su volumen, cubre los orificios de entrada obligando al pequeño, de este modo, a respirar por la boca. Bastará en tales casos aconsejar a la madre que tome las precauciones necesarias a manera de que sólo el pezón quede en contacto con la boca del niño.

En tercer lugar gran atención debe prestarse al *sistema nervioso*; para no pocos autores todo el síndrome dependería de él. En efecto, la gran mayoría de los enfermos pertenece a lo que el profesor Laude llama "pequeños nervios irritables". En ellos parece ser que el factor espasmo juega un papel principalísimo explicándose o justificándose así los nombres de *Gastritis espasmódica*, *Espasmo del Píloro*, *Espasmo del Cardias* y *Gastro-Neurosis emetizante* con que sucesivamente ha sido designado el síndrome que nos ocupa.

Ciertos niños presentan a la vez espasmo gástrico e intestinal de donde la producción de vómitos y constipación (forma grave) y un espasmo habitual o intermitente de la musculatura ab-

dominal. Para Lesage se trata en semejantes casos de una "gastritis espasmódica". Para Nobecourt de una crisis "tetania oculta" y para Marfán de una "gastro-neurosis emetizante".

Como ya dijimos, algunas de estas denominaciones tienen su justificación si se toma en cuenta el punto de partida de la contracción estomacal; así: si a la simple inspección o palpación, o lo que es mejor a la radiografía se constata que el asiento del espasmo está en el píloro, se tratará de un **píloro-espasmo**; si en el cardias, de un **cardio-espasmo**; si es el estómago en conjunto el que se contrae, de una **gastritis espasmódica**, etc., etc.

En cuarto lugar, recordemos que el Profesor Marfán y su escuela han incriminado duramente a la sífilis congénital "como la causa más frecuente, sino la sola, de la enfermedad de los vómitos habituales del lactante". Es ella, dicen, la que determina la súper excitabilidad de la mucosa estomacal, excitabilidad que se traduce por un gastro-espasmo emetizante.

Para hacer tales afirmaciones estos autores se han basado en extensas estadísticas de coexistencia de sífilis congénital y vómitos habituales.

Sin embargo, todos sabemos hasta la saciedad que en medicina no hay nada absoluto y que el mejor partido es el de ser e-cécticos.

Respetemos pues la autorizada opinión del insigne Pediatra francés pero no por eso olvide-

mas las otras causas ya citadas cuando nos encontremos frente a un niño padeciendo de vómitos habituales.

En fin, no insistiremos sobre los vómitos sintomáticos de algunas afecciones como: apendicitis, oclusión intestinal., síndrome de Hirshprung, peritonitis, meningitis, tumores cerebrales, rino-faringitis, etc., por no acomodarse al presente estudio.

Y por último, recordaremos que E. Weil y Hutinel han observado casos de vómitos habituales de origen *amafiláctico*, es decir, debidos a intolerancia por la leche.

Expuestas las anteriores ideas necesarias para la mejor comprensión de la conducta terapéutica, permitasenos abordar la parte esencial del presente artículo: el tratamiento.

Iniciamos ahora el capítulo más interesante del pequeño estudio. En efecto, en las líneas que siguen el lector encontrará no sólo algunas nociones esencialmente prácticas, sino también toda una conducta en lo que al tratamiento de los vómitos habituales del lactante se refiere. Desde luego no creemos demás advertir que algunas de las ideas adelante expuestas las extractamos de las más recientes enseñanzas de los Profesores Marfán y Nobecourt y de los doctores J. Hutinel y Lesné.

Ante todo, dice Marfán, el tratamiento comprende das partes:

19—La elección del régimen alimenticio que mejor convenga al lactante vomitador; y

29—un ensayo de tratamiento anti-sifilítico, que en la mayor parte de los casos hay que combinar con un tratamiento anti-emético.

Régimen alimenticio.—Si difícil es establecer reglas de dietética aplicables a un adulto, más difícil es todavía crearlas y volverlas soportables, tratándose de un niño cuyo estómago es altamente delicado. Sí a esto agregamos que no es a un niño sano, sino a un niño que vomita y que vomita incesantemente a quien debemos imponerlas, fácil es comprender que la situación del médico, en semejantes casos, no deja de ser embarazosa. De ahí que en no pocas ocasiones el médico se vea obligado a "tantear" a "sondear" y variar las prescripciones según los caracteres y las fases de la afección. No obstante, existe un cierto número de principios de aplicación general.

Desde el primer momento someteremos a nuestro pequeño paciente a una dieta hídrica que por ningún motivo se prolongará más allá de nueve horas ya que la experiencia demuestra que la privación prolongada de alimentos no sólo es inútil sino también perjudicial, particularmente en estos sujetos que poseen una especial aptitud para deshidratarse con extraordinaria rapidez. Hay que impedir a todo precio la inanición, dice Marfán. Lo esencial, continúa, no es tanto suprimir los vómitos como alimentar al

enfermo. "Hay que alimentarlo a pesar de sus vómitos".

Pero, qué alimentos administrar y cómo?

Sin lugar a duda la leche de mujer es el mejor. Si el niño es alimentado al seno se le dejará así, no -cambiando de nodriza sino cuando se haya comprobado que la leche de ésta le es perjudicial. Si al contrario el pequeño está sometido a la lactancia artificial se ensayará ponerlo al seno y sólo cuando esto no sea posible se le alimentará con leche de burra, alimento costoso y escaso en Europa pero felizmente al alcance de todas las fortunas, en nuestro país. Si por cualquiera circunstancia no pudiéramos procurarnos esta última, recurriremos entonces a la *leche de vaca descremada y azucarada*. El hecho de que la leche de vaca deba administrarse *descremada*, es un detalle que nunca debe estar ausente del espíritu del médico ya que de todos los componentes de la leche, la "crema" (grasa) es el peor tolerado por los lactantes vomitadores: es largo tiempo retenida en el estómago y da nacimiento a ácidos grasos volátiles, que son irritantes.

No olvidemos, pues: a defecto de leche de mujer o de burra, nos serviremos de leche de vaca descremada y adicionada de agua hervida azucarada al 10 % (primero a partes iguales, después al tercio y luego al cuarto) o bien como la han hecho notar Varriot, Laviailie y Rousselot, de leche condensada, descremada y

azucarada. Se comienza en este caso por una solución débil: una cucharadita de leche condensada para 50 grs. de agua.

Pehu, Terrien y otros han elogiado calurosamente los resultados obtenidos mediante el empleo del "Babeurre y el Kéfir", productos ácidos desprovistos de grasa y sobre los cuales preparamos un artículo, que dentro de poco aparecerá en estas mismas páginas ya que en la actualidad ocupan ellos un lugar preeminente en el cuadro terapéutico infantil.

El Dr. Marcel Maillot en una comunicación reciente a la "Sociedad de Pediatría" de París, presenta una estadística de 55 lactantes atacados de vómitos habituales, tratados exclusivamente por medio de la *leche evaporada*.

"De estos 55 sujetos, dice, la leche evaporada nos ha dado 53 éxitos, de los cuales en 49 casos no hubo necesidad de adjuntar ninguna otra terapéutica. De una manera general, agrega, los resultados obtenidos por medio de la leche evaporada son tanto más satisfactorios cuanto que en la gran mayoría de los casos múltiples tratamientos dietéticos y terapéuticos hablan sido ensayados en vano".

La leche evaporada (método de Weill y Gardère) debe emplearse reducida a la mitad de su volumen inicial, por ebullición durante 110 a 120 minutos, a fuego lento, en un recipiente sin cubierta y teniendo la precaución de destruir la película que se

forma en la superficie".

El grado de reducción no es indiferente; en efecto, está plenamente demostrado que reducida al tercio no provoca la desaparición de los vómitos, aun agregándole un anti-espasmódico. El tenor en azúcar será el indicado anteriormente'.

Por la demás, la manera de administrar la leche evaporada no puede ser *más* sencilla para dar por dosis un poco *más* de la mitad de la cantidad que se administraría normalmente de leche ordinaria, *según la edad y el peso* del niño, teniendo la *esencial precaución* de administrar una hora antes de la ingestión de leche evaporada, una cantidad de agua hervida sencillamente igual a la eliminada por la evaporación. Tiene esto por objeto evitar los accidentes por carencia de agua sobre los cuales Chatin tanto 'ha insistido. También sería prudente dar un poco de jugo de frutas para no dejar de lado el factor vitaminas que por el momento está de moda.

Sí el niño es mayor de tres meses, podremos agregar a los alimentos precedentes, papillas de harina lacteada; si tiene más de cinco meses podremos aún enriquecer el menú con atoles a base de harina ordinaria, azúcar, agua hervida y caldo de legumbres a manera de constituir alimentos "un poco más espesos", para emplear la expresión de Terrien y Guillemot.

En cuanto a la técnica de administración del alimento elegido, necesario es hacer la distin-

ción de dos casos principales:

En *la: forma común* de vómitos' habituales, es decir, cuando no existe constipación,, se dará al niño una cantidad sensiblemente igual a la que tomaría si se encontrara en buena salud. Quiere esto decir que se le permitirá igual número de comidas: con los mismos, intervalos y cantidad para cada comida.

En *la forma grave*, es decir, la que se acompaña de constipación pertinaz; la fórmula será: comidas menos abundantes pero más numerosas que en el régimen normal.

Mas, sí a pesar de todo el bebé continúa rechazando todo lo que ingiere habrá que llegar hasta el extremo de darle de comer al cuenta gotas, valiéndose de alimentos fríos, helados. El líquido será vertido gota a gota en la boca cada tres o cuatro minutos. Con ese método, dice el profesor Marfán, que sólo una madre es capaz de aplicar, se llega en no pocas ocasiones a obtener la tolerancia gástrica y a conjurar los efectos de la inanición.

Epstein aconseja el puré de papas y al efecto se expresa de la siguiente manera: "Se deja tetar al niño como de ordinario, sin modificar la ración. Algunas minutos antes de cada tetada se le hace tomar una o dos cucharaditas de puré preparado sea con caldo de legumbres pobre en grasa, sea simplemente con agua y sal común. Se puede administrar este alimento aun a niños de uno a dos meses, que a las dosis indicadas su digestión no o-

frece inconvenientes".

Esta tolerancia es debida a que la leche de mujer contiene una amilasa muy activa que favorece grandemente la digestión de los amiloides. El solo inconveniente a. notar es la dificultad de los lactantes para ingerir el puré a causa de su estado semisólido y granuloso.

En fin, Gelston, de California "trata a los pequeños vomitadores de seis a-siete ζemanas de edad naciéndoles absorber, en 24 horas una papilla preparada con 350 grs., de agua hervida, 8 -cucharadas de harina de trigo o 15 de harina de arroz y una cucharada de azúcar. El todo *se inerve* al baño de María durante 3 y media horas, debiendo agregarse poco a poco la harina, durante los 15 minutos primeros. Terminada la operación, se divide lo que queda en 5 o 6 comidas para las-24 horas". A voluntad puede darse antes de cada comida una o dos cucharaditas de agua azucarada.

Y por último, cuando a pesar de los regímenes anteriormente citados los vómitos persisten y la inanición se hace presente, debemos ensayar un último recurso: la nutrición por el recto empleando los elementos cuya revisión venimos de realizar y de preferencia *la leche de mujer*.

Tales son las principales reglas de dietética aplicables al niño que vomita. Una vez desarrolladas, permítasenos pasar al tratamiento médico.

TRTAMIENTO MEDICO.—Teniendo en cuenta la autorizada

opinión del profesor Marfán en cuanto a que la sífilis juega un papel principalísimo en la génesis de la inmensa mayoría de los vómitos habituales del niño de pecho, será siempre prudente y aconsejable ensayar el tratamiento específico, de no importa qué manera: fricciones de unguento napolitano según la técnica corriente, solución de lactato de mercurio al uno por mil, calomel a pequeñas dosis, sulíarsenol, ectina, etc., etc.

A la medicación antisifilitica adjuntaremos siempre un *tratamiento anti- emético*.

En la *forma común se* emplearán los antidispépticos, particularmente aquellos que, como el sub-nitrato de bismuto unen a su acción terapéutica una acción mecánica al recubrir la pared estomacal suprimiendo así, en c' «fío modo, su excitabilidad. La siguiente fórmula es recomendable:

Subnitrato. de bismuto 2 grs.
Julepe gomoso ...;.... 45 „
Jarabe diacodi6n45 „

(AGÍTESE)

Tomar una cucharadita 5 a 10 minutos antes de cada comida, o bien: 4 veces por día 0.25 gr., de subnitrato de bismuto disueltos en un biber6n.

(Esta última forma de administrar el medicamento no nos parece del todo recomendable debido a la poca solubilidad del subnitrato).

■ Al mismo tiempo- se practicarán enemas de agua caliente 37? a 409) a razón de dos por día. Cada vez; se introducirán bajo

débil presión 120 grs., antes de Eres meses; ciento cincuenta (150) de 3 a 5 meses y 200 grs., después de 6 *meses*.

Varríot recomienda de manera entusiasta la acción antiemética del citrato de soda, así:

Citrato de soda..... 6 grs.
 Agua destilada 300 „

Una cucharadita en cada biberón de 50 a 60 grs.; 2 en un biberón de 150 grs. Si el niño está al seno se le darán 1 o 2 cucharaditas antes de cada tetada.

Jules Lemaire recomienda servirse del polvo de presura, polvo blanco, rico en fermento coagulante y conteniendo gran cantidad de pepcína. Para 100 grs. de leche bastará la tercera parte de una cucharadita de polvo. La leche se coagula pero agitándola el coágulo se divide en pequeños y finos copos que pueden perfectamente franquear los agujeras de la tetina. Si el niño *es* alimentado al seno bastará con disolver la misma cantidad de polvo en una cucharada de leche de mujer o de vaca.

Otros en fin, prefieren la papaina (fermento de origen vegetal cuya acción es semejante a la de la Pepsina animal) bajo la forma de jarabe y a la dosis de una cucharadita entre una comida y otra cuatro o cinco veces por día.

En la forma seria, con fases espasmódicas prolongadas, los medicamentos anti dispépticos de que nos hemos venido ocupando ceden su lugar a los antiespasmódicos y muy especialmente a la belladona y la atropina. La

segunda muy en boga entre los autores alemanes se prescribe a la dosis de II (2) gotas tres veces por día, de una solución de sulfato de atropina al uno por mil. Deberá administrarse diez minutos antes de la tetada o comida respectiva.

En cuanto a la primera, la belladona, puede emplearse a la siguiente fórmula: Tintura de belladona XV grs. Bromuro de sodio 1 grs. Bicarbonato de soda .. 1.50 grs.

Agua destilada 60 grs.
 Jarabe simple .. .; .. 30 c.c.

Hasta 2 meses, 4 a 5 cucharaditas por día; de 2 a- 4 meses, 6 cucharaditas por día. Como para la atropina, la dosis debe darse diez minutos antes de la tetada.

Examinando la prescripción anterior desde el punto de vista farmacodinámico, podemos poner en evidencia: la belladona, poderoso anti-espasmódico, el bromuro que refuerza la acción de la anterior; el bicarbonato de soda que actúa como alcalino neutralizando la hiper acidez que siempre existe y favoreciendo el desprendimiento de ácido carbónico que al decir de algunos autores actuaría como anestésico.

Otros antiespasmódicos pueden ser empleados: gardenal a la dosis de 1 a 3 grs., por día; clorhidrato de papaverina en inyecciones subcutáneas o ingestión, etc.

Las aplicaciones de rayos ultravioleta, la transfusión de sangre de la madre, la aplicación de