

## Trastornos nutritivos del lactante

Tal es el título del interesante libro del Dr. G. Vidal Jordana de Barcelona, España, impreso en la misma ciudad por la Casa Editora, Manuel Marín.

Desde >el punto de vista libro, éste pertenece a la Colección Marañón. Su formato es elegante y su impresión nítida, como todos los libros editados por el Sr. Marín, los cuales, además, se distinguen por su buen gusto y solidez.

El estilo empleado por el Doctor Vidal Jordana, es claro, conciso y elegante. No existen discusiones inútiles, y todo se encuentra tan bien dispuesto -y con tal erudición, que no arenemos más que palabras de elQgííí; para dicho trabajo.

La importancia de este libro sobre todo se encuentra en las nuevas interpretaciones respecto a las enfermedades de la digestión o gastrointestinales del lactante, las cuales deben, siguiendo las más modernas ideas de la Escuela Alemana, englobarse bajo el término más amplio de Trastornos nutritivos del lactante.

El autor hace luego la crítica de todas las clasificaciones que se han propuesto, desde las de Marfan, Houtinel y Nobecourt, hasta la de Frínckelsteln, pasando por las de Rohmer y Czer-ni-Keller.

Finalmente, propone, ampliando y modificando la clasificación de Finckelstein, la siguiente, la cual sin embargo no considera como perfecta, ni definitiva:

I. —Trastornos nutritivos por insuficiencia alimenticia.

a) En cantidad: Hipoalimentación cuantitativa (distrofia por inanición parcial o total).

b) En calidad:

1°—Estados de carencia: Carencia de principios inmediatos. Carencia mineral. Alteraciones del metabolismo calcico (espas-mofilia). Carencia de agua.

2° —Carencia vitamínica (generalidad sobre avitaminosis).

A—Carencia de factores

a—Factor C, Escosbuto.

b—Factor B, Beri-beri.

c—Factor B2)

» Alteraciones

B)Factor B3) (metabólicas.

1.—Carencia de Factores liposolubles (Vitasterinas).

a—Factor A.—Trastornos de crecimiento. Xeroftalmia.

b—Factor D.—Raquitismo.

C Hipovitaminosis mixtas. — Infantilismo intestinal de Herter.

3—Distrofia farinácea (Déficit relativo de grasas y proteínas).

4—Distrofia simple por alimentación exclusiva con leche de vaca (Déficit relativo de hidratos de carbono).

II. —Trastornos nutritivos por transgresiones de la tolerancia.

Su—Crónicos:

19—Distrofia: grado ligero; distrofias de los hidrostábiles y de los hidrolábiles. Grado intenso: descomposición.

2. —Dispepsia crónica (Distrofia con diarrea de Finckelstein).

B—Agudos:

1—Grado<sup>1</sup>: .ligero-; dispepsia simple.

2. —Forma de transición: dispepsia tóxica.

3. —Forma grave; anhidremia (intoxicación alimenticia.).

Apéndice: trastornos nutritivos en los niños en lactancia natural. Infección y, nutrición.

El plan anterior es desarrollado maravillosamente por el autor, dedicándole capítulo especial al infantilismo intestinal de

Herter y a la Anhidremia.

Por todo lo anterior, el libro del Dr. Vidal Jordana, es muy recomendable y se encuentra a la altura de los conocimientos actuales sobre e l difícil y embrolloso temaide: Trastornos nutritivos del lactante. ;

*Antonio Vidal.*

Tegucigalpa, 16 de enero de 1935.

## Escoliosis de los adolescentes Informe de un caso

*Por los doctores Vidal y Manuel Larios*

Se trata de la niña M. V. de 17 años. Peso 92 kilos. Adolescente bastante bien conformada, piel ligeramente pálida. Regló a 105 15 años. En julio del año pasado (1934) se le suspendieron las reglas para reanudarse en diciembre del mismo año.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. —Parotiditis en 1929. Parasitismo intestinal.

Historia de su enfermedad: En agosto del año pasado, sin haber sentido ningún dolor ni la más leve indisposición, se dio cuenta de que se estaba -"torciendo,"

Porque así se lo dijeron sus compañeras; pero no fue sino hasta en octubre que se decidió a consultar un Médico.

Examen físico: Escoliosis de la región dorso-lumbar del lado "izquierdo con abombamiento de compensación del lado derecho. No hay puntos dolorosos vertebrales. La deformación no es perceptible con la niña vestida y ella refiere que fue en clase de gimnasia, al usar únicamente una camisa delgada, que sus compañeras la notaron. Marcha bien, sin cojear. No hay limitación de los movimientos de la columna vertebral.

El examen de pulmones y corazón fue negativo. Se encontró una anemia moderada... (3.500.000 glóbulos rojos por m.m 3). Hemoglobina 70 % al Talquist.

Al examen del esqueleto no se encontraron signos Indiscutibles de raquitismo, tales como

rosario costal, pero sí un aspecto demasiado infantil, con ligera incurvación de las piernas.

Los exámenes de los demás aparatos y exámenes complementarios fueron normales.

La radiografía mostró lo siguiente:



*Radiografía N° 540. — Columna dorso-lumbar. Antero-Posterior*

"La radiografía muestra gran curvatura lateral de convexidad hacia la derecha, alcanzando el vértice de la curva en la Xlla. dorsal 1 & lumbar. Los cuerpos de las vértebras están intactos, es decir, no hay destrucción ni aplastamiento como se ve en los

casos de caries vertebrales (Pott). Lo que sí se observa en los cuerpos de las vértebras es una rotación de todos ellos hacia la convexidad de la curvatura en éste caso hacia la derecha.) Ligeramente contra-curvatura lumbar.



**Radiografía N° 542.** — *Columna dorso-lumbar. Lateral derecha*

La radiografía lateral confirma el dato de la integridad de los cuerpos vertebrales. Muestra una rectitud de la columna sin

la concavidad anterior en la región dorsal que se observa en todo individuo normal. Diagnóstico Radiológico: Esco-

lisis simple del tipo adolescente."

Como tratamiento se le aplicó a la enfermita un corsé enyesado. Inyecciones de Hemotoni-keine, aceite de hígado de bacalao y tricalcina. En dos meses aumentó 5 libras de peso. Anemia mejorada. Se ha reanudado su menstruación.

#### COMENTARIOS

Este tipo de escoliosis es relativamente raro, por lo menos entre nosotros. La gran mayoría de los casos que se observan en nuestros hospitales y clínicas son las escoliosis producidas, por un viejo mal de Pott y las escoliosis posturales de los niños. De las primeras hemos visto el mayor número de casos, de todas las regiones de la columna vertebral, inclusive la cervical alta que es muy rara. En todos ellos los signos clínicos indicaban una lesión ósea bien localizada, por el dolor a la percusión y la radiografía siempre mostró el cuerpo vertebral de una o más vértebras destruido. En la escoliosis postural la curvatura anormal desaparece con los movimientos pasivos del tronco, lo que puede verse claramente, bajo la pantalla fluoroscópica.

Podemos reconocer los siguientes tipos anatómo-clínicos de escoliosis:

1. — Escoliosis de actitud, por hábito o postural: Se observa en los niños durante la edad escolar. De pronóstico benigno. La in-curvación raquídea desaparece con el movimiento de

Flexión del tronco hacia adelante. Desaparece también por presión directa sobre el raquis. 2.— Escoliosis estáticas:

Debidas a desigualdad de longitud de los miembros inferiores, determinando la inclinación de la pelvis. Los signos desaparecen por completo en la posición sentada. El pronóstico depende del grado de desigualdad de los miembros.

3. — Escoliosis paralíticas:

La poliomielitis, al atacar los músculos de la gotera vertebral, es la causa de la deformación. El raquis puede enderezarse por presión directa o por compresión. El pronóstico es grave, ya que es el mismo de la enfermedad que la produce.

4. — Escoliosis pleurítica:

La empiema a supuración prolongada del tórax, produciendo al curar una con tracción cicatricial de los músculos y ligamentos que se implantan en la columna vertebral, es la causa de éste tipo de formación vertebral. Esta complicación debe ser muy tomada en cuenta por el cirujano al tratar estos casos de empiema. El método moderno de empezar los ejercicios de gimnasia respiratoria temprano ha disminuido mucho la incidencia de esta complicación.

5. — Escoliosis congénita:

Se observa generalmente en niños de 1 a 4 años. La deformación es en apariencia

extremadamente acentuada. Se corrige bastante bien aplicando la ley de compensación de Delpech. Signos: la radiografía hace el diagnóstico, mostrando alguna anomalía por exceso o falta en el número de vertebras.

6. — Escoliosis raquíctica:

Una de las manifestaciones del raquitismo en su grado más avanzado. Se lo observa en niños de 1 a 4 años que comúnmente presentan todos los otros signos clásicos del raquitismo: rosario costal, aumento de las anchuras de la epífisis de la muñeca, cabeza grande, etc. Signos: Son las escoliosis que escapan a toda descripción. Las vértebras nucleares se hunden bajo el peso del tórax y la cabeza. En la mayoría de los casos se trata de escolios dorso-lumbares de gran gibosidad. La radiografía muestra una porosidad de los huesos debido a deficiencia en el contenido del calcio. Las fracturas son comunes. La asociación con la tuberculosis no ra-

7. — Escoliosis grave de los adolescentes:

Sobreviene en la época del crecimiento en individuos en pobre estado de salud, delgados, anémicos gastrointestinales y de la digestión. En un porcentaje no despreciable se nota ciertas deficiencias endocrinas (hipotiroidismo, hipofunción ovárica). A menudo existe anteriormente, unos escolios postural y las piezas se deforman siguiendo la ley de Delpech, desde que el peso es irregularmente repartido sobre el raquis. Después de la pubertad los casos permanecen estacionarios hasta tarde de la edad adulta, cuando ocasionan molestias diversas debido a la atrofia de los discos intervertebrales.

La mayoría de los autores clasifican las escolios en dos grandes grupos: I.—Funcional y II. — Orgánicas. Esta clasificación se debe a las enseñanzas de la radiografía y de la anatomía patológica. En efecto, en el primer grupo no existen anomalías estructurales de los huesos. La curvatura es generalmente de convexidad hacia la izquierda y

la rotación de los cuerpos de las vértebras es hacia adelante en el lado de la convexidad. Esta rotación hace que el hombro derecho se proyecte hacia atrás y el izquierdo hacia adelante con el hombro y tórax izquierdo elevados.

En el segundo grupo la rotación en el lado de la convexidad es hacia atrás y el tórax presenta una prominencia posterior en este lado. Las vértebras en el vértice de la curvatura adquieren una forma cuneiforme debido a la presión a que están sujetas.

Según esta clasificación, al primer grupo corresponderían las escoliosis de actitud que nosotros hemos descrito bajo el número I. Todas las otras entrarían en el segundo grupo. Pero esta clasificación, si bien define claramente los tipos sólo es aplicable en los casos recientes, pues una escoliosis postural puede, en casos crónicos donde no ha habido tratamiento, llegar a producir con el tiempo alteraciones estructurales permanentes. Por eso nos parece mejor clasificar tres diferentes tipos anatomoclínicos, desde el punto de vista etiológico hasta donde es posible

dejando las denominaciones clásicas de funcional y orgánica.

Respecto al tratamiento, diremos nada más que en las escoliosis posturales consiste en restaurar la flexibilidad de la columna por medio de ejercicios correctivos y en educar al enfermo a mantener una actitud adecuada. En las otras el tratamiento causal, la corrección de la curvatura y el mantenimiento de la posición por medio de corsé enyesado, permanencia en decúbito dorsal prolongado, tracción, suspensión, etc....

Conviene que los médicos escolares y los profesores de cultura Física tengan presente la frecuencia de deformaciones vertebrales, a menudo posturales, entre los niños de escuela, lo que un simple examen físico generalmente puede revelar para evitar como en el presente caso, que un niño con una deformación vertebral haga ejercicios gimnásticos que puedan agravar la lesión. En todo caso la **radiografía** es indispensable para el diagnóstico.

Tegucigalpa, 25 de enero de 1935.