

LAS COLITIS MUCO HEMORRAGICAS DE LA PRIMERA INFANCIA

POR EL DR. MARIO A. TORROELLA

La reciente epidemia de diarreas mucos hemorrágicas, de niños de la primera infancia, han hecho que traiga estos renglones, para hacer resaltar la importancia de dicha dolencia, a la cual ni en México ni en el extranjero se le ha dado toda la importancia que en mi concepto debe otorgársele.

Catalogada en la admirable clasificación de Marfan, entre las diarreas disenteriformes, realiza este síndrome uno de los capítulos más importantes, por su gravedad, entre las diarreas infantiles.

Los autores europeos, con excepción de los italianos consagran poca atención a esta enfermedad, quizás por que en esos lugares sea menos frecuente y terrible que entre nosotros.

En México, no se ha hecho nada que yo sepa sobre el particular. Mi objeto principal en este trabajo, es indicar algo de su etiología y sobre todo la conducta terapéutica que ha de observarse.

La colitis mucos hemorrágica o colitis disenteriforme, nombre que prefiero no emplear, es un síndrome que se observa casi exclusivamente en los niños alimentados con leche de vaca, recientemente ordeñada; quiero decir, que raras veces se presenta en niños sometidos a alimentación artificial, con leche conservada, y casi nunca en niños que reciben alimentación natural.

Cuando en un niño alimentado al seno, he visto la enfermedad, con un interrogatorio cuidadoso se llega a descubrir, que se le ha dado un biberón con leche, a veces, con cucharaditas que el niño recibe en el momento en que el padre, la madre o los hermanitos se desayunan o meriendan. Este es un elemento que no debemos descuidar en el inte-

rrogatorio, que quizás es la leche el vehículo de este virus, que hasta hoy nos escapa.

Este padecimiento se observa frecuentemente revistiendo un carácter epidémico, coincidiendo con aumento de la temperatura ambiente, como en el brote que observamos entre el final de marzo y principio de abril de este año, y que me llamó la atención por la relativa benignidad de él; (aunque hubo casos rápidamente mortales), pero por desgracia no es así la mayor parte de las veces. Yo juzgo que en la actualidad, la morbilidad y mortalidad de las colitis hemorrágicas, son en ocasiones superiores a las del cólera infantil.

En esta dolencia, que se presenta epidémicamente, pero de la que vemos brotes esporádicos, tiene toda una gama sintomatológica como se observa en todos los padecimientos, desde los casos de extrema benignidad, caracterizados por heces mucosas, microscópicamente hemorrágicas y apenas acompañadas de tenesmo y sin reacción febril, hasta los casos mortales, que por desgracia son frecuentes.

El tipo más común tiene la siguiente sintomatología: empieza el niño con evacuaciones mucosas, acompañadas de reacción febril, a veces, la madre se da cuenta de ésta después de las evacuaciones, raras veces marcan que la fiebre sea la primera en presentarse. Este es punto que se debe aclarar. Acompaña a este estado, casi siempre agitación. Algo semejante a lo que en las diarreas coleriformes se ha llamado la inestabilidad estática; viene luego la evacuación que caracteriza y da su nombre a la dolencia, la evacuación muco-hemorrágica.—Gelatinosa, verde, con grumos casi siempre de un verde más oscuro que el resto, a veces amarillentos y con estrías sangrientas, en ocasiones al rededor de la masa mucosa, se extiende un halo formado por serosidad rosada, y esto acompañado de el tenesmo rectal, que es una verdadera tortura para el niño.

Yo he dado como elementos de un pronóstico desfavorable, tres elementos: la frecuencia de las evacuaciones; la intensidad del tenesmo; y sobre todo la prociencia del recto. Niño al cual se le "sale el anito" como dicen las madres, en cada evacuación, es niño que sucumbe en la mayoría de los casos.

A medida que la enfermedad avanza, el niño se deshidrata y toma su fisonomía un aspecto especial, los ojos se hundén, la palidez se hace cada vez más intensa, la lengua se seca y cae el niño en un estado de estupor, del cual solo sale para quejarse cada vez que arroja la evacua-

ción; que ya en este período es casi siempre corta, y ruidosa por la expulsión de moco y de gases; en estos momentos la evacuación está mezclada con un jugo de aspecto francamente purulento.

La terminación del síndrome, se hace por curación, por muerte o por paso a un estado crónico que en el lactante es excepcional, que por eso, y, por no prolongar demasiado este trabajo, no trataré.

La evolución de la dolencia, creo que justifica su división en las siguientes formas clínicas: forma benigna; forma de intensidad media; y forma grave, que son los tipos descritos, pudiendo añadir las formas fulminantes de estos.

Recuerdo dos casos que me han impresionado: uno, la hijita de un arquitecto amigo mío, que cayó enferma, teniendo noventa evacuaciones la primera noche de la enfermedad, duró así el día siguiente y luego sucumbió. Hace unos días fuí llamado en junta a ver una niña, en las calles de Londres, que cayó como siderada y en un par de días escasos, se terminaba la dolencia por la muerte.

La rareza de la afección en Europa, a que hacía mención al principio, la confirman estas palabras de Hutinel: "Las colitis son raras en los lactantes y las que hemos visto han sido en niños sujetos a afecciones gastro-intestinales, cuyas lesiones interesan más o menos toda la extensión del aparato digestivo; sin embargo no es excepcional ver los fenómenos morbosos predominar de una manera manifiesta al nivel del intestino grueso (formas disenteroides o mucosas)" y continúa diciendo que su frecuencia aumenta sobre todo después de los 4 años. Marfan dice que se observa entre los 15 y los 30 meses, y es ordinariamente esporádica; por excepción se muestra epidémica, contrario a lo que vemos en México.

Yo hago incapié en lo siguiente: Lo que marca una fisonomía especial en las colitis de la primera infancia, es la ausencia de los gérmenes que de ordinario producen las colitis hemorrágicas en sujetos que han salido de este período de la infancia.

Sin negar la posibilidad de que alguna vez se hallen la entameba histolítica (de las disenterías bacilares, no me ocupo por su rareza entre nosotros).

No se han hallado hasta hoy gérmenes específicos, ni siquiera alguna especie a la que más o menos fundamentalmente pudiera atribuirse. En una de tantas epidemias que me tocó observar en el Centro de Higiene Eduardo Liceaga, mandé todos los especímenes que pude al

Departamento de Salubridad, encargando al Dr. Pérez Grovas los estudiara, y todas sus investigaciones fueron negativas.

Yo estimo de tal importancia este asunto, que como tema para el próximo premio Ortiz de Parada, propuse la investigación de las causas de la colitis muco hemorrágica, y se me hizo el honor de aceptar dicha proposición.

No en toda Europa, repito, es rara esta afección; probablemente por razones climatéricas, en Italia se presenta también.

Marfan hablando de la etiología, dice: "que es debida en general, ya a un microbio de las especies de colibacilo, próximo a los llamados pseudo disentéricos, ya a una variedad de enterococos, ya a una asociación de estos gérmenes entre sí, o de estos con otros. Yo tengo para mí, que debe haber un germen o un virus específico.

Ya escribiendo este artículo, he leído un trabajo del Dr. Auricchio, que se titula: La amebiasis en la etiología de los síndromos disentéricos de la infancia, que empieza así: Todavía a pesar de las innumerables, pacientes y laboriosas investigaciones, el problema etiológico de este síndrome dista mucho de considerarse resuelto.

En este trabajo el Dr. Auricchio, presenta 148 casos en los que sistemáticamente se ha hecho estudio bacteriológico de las heces, y en dos encontró la entameba histolítica, y muestra estas dos observaciones según sus palabras textuales, para llamar la atención sobre la posibilidad, que, aunque esporádicamente, alguno de los síndromos disentéricos de la infancia, sen de origen amibiano.

Yo llamo la atención acerca de que este autor, ha estudiado la dolencia en niños de 5 meses a 6 años, y una de sus observaciones se refiere a un niño de 17 meses, que sería la única que tendría interés para nuestro trabajo, ya que la otra observación es de una niña de 5 años.

Sin negar esta posibilidad, pues ya sabemos que los padecimientos que originan diarreas, infecciones claramente definidas (tifoidea, disentería, tuberculosis, etc.) aunque rarísimas suelen presentarse, no quiere decir que por que alguna vez se haya presentado la entameba histolítica en una de estas formas, vayamos, a hacer una sofística generalización y tratar a todas como si así fueran, error que vi cometer en el Hospital de niños de New York, en donde por que alguna vez en el Hospital de John Hoplings encontraron, según se me dijo, el germen de Schauding, tratan como disentéricos a estos niños, y por coincidencia en el momento en que yo estuve allí, murieron dos niños de colitis muco hemorrágica, (que probablemente con otro tratamiento hubieran su-

cumbido también) pero demuestra que el disentérico no tiene probabilidades de éxito.

Y para no alargar más este estudio, voy a ocuparme de la terapéutica, marcando menos lo que debe hacerse, que lo que **no** debe hacerse.

1o. Desterrar en lo absoluto el calomel. Hace tiempo el Dr. Mannuell, escribió un folleto sobre la terapéutica de la tuberculosis por el yodo, y dice con justicia que los mexicanos tenemos el don de llegar tarde. Cuando nosotros conocíamos el procedimiento yodoterápico de dicho Maestro, hasta el grado de tenerlo olvidado de puro sabido, un Médico en Francia, más de 20 años después, lo preconiza como suyo, ignorando seguramente los trabajos de Mannuell.

Hace tiempo el Dr. Calderón y yo, hablábamos alguna vez sobre lo nocivo que resulta la administración del calomel en los niños. Y fué años después, gracias a los estudios de los Maestros franceses, cuando esto se ha conocido.

Y si un Médico que no es pediatra, puede tener la disculpa de administrarlo, el que se dedica a niños, debe saber cuánto y en qué poquísimas ocasiones debe administrar este nocivo preparado, que ha servido para que los que hacen chascarrillo de la pediatría, dijeran que ésta reducíase a recetar lactosa y calomel.

Así hay una absoluta contra indicación para administrarlo en esta dolencia, pues si en niños alimentados exclusivamente al pecho, es capaz de determinar una colitis mercurial por su administración, se comprende hasta donde podrá agravarse prescribiéndolo cuando ya existe un padecimiento del colón tan serio como el que nos ocupa.

Otro medicamento que no debe usarse a menos de la indicación de una colitis amebiana, es la emetina.

1o. Por que todos hemos tenido la triste experiencia de que en las que nos ocupa y no lo son, el resultado es nulo, y 2o. por que la emetina no es un producto inocuo, sino puede aumentar ciertos estados de depresión y aun desfallecimiento cardíaco, y paso por alto las alteraciones nerviosas que sabemos es capaz de determinar.

Entre lo que deben hacerse, 1o. Creo que debemos siempre cuidarnos de verificar un análisis coprológico, para orientar nuestra terapéutica. 2o. Instituir el tratamiento dietético de rigor, con absoluta supresión de leche recién ordeñada; poniendo al niño a dieta hídrica, conforme a las reglas de ésta; dar luego atoles, caldos de legumbres, etc. y pasar a la alimentación con el cuidado que esto requiere. Se aconseja dar al niño el primer día un laxante salino. 3o. El tratamiento sintomá-

tico, que comprende ante todo calmar el tenesmo, y para ello no hay nada mejor que la aplicación de cataplasmas, húmedas y calientes sobre el vientre. Los lavados intestinales tibios, con cocimiento de corazones de membrillo, usados empíricamente hace más de ochenta años por el Dr. Esteban Calderón en México, dan resultados muy de tenerse en cuenta, y para levantar un poco las fuerzas del niño, las inyecciones de agua de mar.

Esta es a grandes rasgos la conducta que creo debe seguirse en el padecimiento.

MARIO A. TORROELLA.