

teles de tropas de Ejército y Marina no se observaron casos parecidos. Por último, y transcurridos varios meses, no ha vuelto a recaer ninguno de los enfermos vistos en aquel entonces a quien se les concedió licencia de cierta duración.

**Tratamiento.**—Conocido de sobra es que el salicilato de sosa, introducido en la terapéutica por Senator, es el medicamento específico del reumatismo, así como los buenos efectos del piramidón; pero la práctica ha demostrado que hay que darlo a dosis masivas y durante mucho tiempo. Desde la época que se administraba 4 gramos, hemos llegado en la actualidad a suministrar a los reumáticos dosis de 12 y 14 gramos diarios. Ha habido individuos que han tomado hasta la enorme dosis de 350 gramos en el curso de su enfermedad. Como norma general se viene dando salicilato a los reumáticos y jamás ha habido un solo enfermo que presentara signos de intoxicación salicílica en los cuatro años de práctica en la clínica asistiendo a un gran número de reumáticos, y cuidado que podría decirse que hemos bañado a aquéllos en salicilato. El salicilato hay que manejarlo, a mi juicio, como las sulfamidas: pronto y en cantidad tal que su acción se ejerza lo más rápidamente posible. Tal vez así, y por esta causa, sea debido las francas curaciones y se haya hecho algo en contra de las complicaciones.

En algunos casos los hemos tratado con piramidón en razón de 2 gramos repartidos en las veinticuatro horas. Nuestra opinión es que es más lento en sus efectos que el salicilato.

El reupirin, asociación sulfamida-salicilada, principalmente indicada según sus preparados para los casos complicados de endocarditis, no nos proporcionó resultados francos. La penicilina, a la que no se puede negar su acción beneficiosa en las formas asociadas, y como ello no

podemos saberlo muchas veces, por lo menos en la práctica habitual, creemos que cuando se vea persistir la temperatura elevada o temor de complicaciones hay que darla, pero nunca en menor dosis de millón y medio de unidades en total.

Quedan, por último, los cuidados higiénicos, y sobre todo la mayor quietud del enfermo en cama hasta pasados veinticinco días o un mes después de desaparecer todo síntoma objetivo o subjetivo.

¿Qué conclusiones podemos sacar de lo anteriormente expuesto?

1.º Que los cuadros clínicos han sido en todo comparables a la enfermedad reumática aguda, sin que podamos negar, por las razones expuestas al principio, otra etiología tal vez gripal; pero la semejanza de los síntomas articulares, complicaciones cardíacas, etc., hacen presumible se trate de la citada infección.

2.º El porqué de este brote epidémico cuando se habla y asegura la no contagiosidad del reumatismo, está muy lejos de mi alcance, pues la época que se inició no era de frío ni concurrían las condiciones atmosféricas que se citan en muchos trabajos sobre el reumatismo, sino todo lo contrario, por la benignidad climatológica del actual invierno. Pero, ¿cómo justificar entonces esa forma aguda de aparición y en gran número de individuos? Eso sin contar los que tal vez tuvieron molestias discretas y no acudieron a la enfermería de su unidad.

3.º La especificidad del salicilato en el tratamiento.

Sería muy de desear el conocer si en otros Hospitales militares han ocurrido hechos parecidos.

Abierta queda la puerta y por nuestra parte atento a cualquier otra presentación de casos semejantes.

## RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

### LA ESTENOSIS HIPERTROFICA DEL PILORO. ¿TRATAMIENTO MEDICO? ¿TRATAMIENTO QUIRURGICO?

E. ROVIRALTA.

Cirujano ortopédico y de los niños de los Institutos Policlínico y Neurológico de Barcelona.

En uno de los últimos números de las "Actas del Instituto Policlínico" nos ocupábamos de la valoración de los distintos factores en que puede basarse la elección de la terapéutica cruenta e incruenta en los procesos estenosantes del píloro del lactante.

Sentadas las indispensables premisas, llegábamos a la conclusión de que por encima de todas las nor-

mas expuestas hasta entonces con el fin de fijar el momento óptimo en que debe ser confiado el enfermo al cirujano, la "línea de alarma", preconizada por nosotros, ofrecía una precisión mucho mayor, a la vez que la suficiente elasticidad para adaptarse a las eventualidades de cada caso particular.

No es nuestro objetivo adentrarnos de nuevo en las razones y ventajas de la citada "línea", que el interesado hallará, además, en una nota sobre el problema publicada en "Acta Pediátrica", y expuesta con más detalle en el "Abdomen quirúrgico en el niño" (Ed. Salvat, 1946).

Hoy enfocamos nuestra atención hacia el estudio y comentario de las más recientes estadísticas y porcentajes de curación y de "exitus" alcanzados por ambos métodos, publicados sobre el particular por pediatras y cirujanos de la máxima solvencia.

Con gran pesar nos veremos obligados a referirnos exclusivamente a trabajos de origen extranjero, debido a la ausencia de datos concretos sobre tan interesante tema en España (1). La explicación de este hecho debe buscarse en la relativa (?) menor frecuencia de la afección en los países meridionales, pero sobre todo a la poca atención prestada a la misma por el médico práctico en nuestro país.

Los datos en que fundaremos nuestras apreciaciones están tomados del profesor FILKENSTEIN; de E. ETOEBER, en el reciente "Tratado enciclopédico de las enfermedades de la infancia" de FAUNDLER y SCHLOSSMANN; de los publicados por LADD y GROSS en el Children's Hospital de Boston, y de las estadísticas de WYATT y de LANMANN y PATRICK MAHONEY.

En el deseo de llegar a la máxima precisión objetiva en la valoración de las dos terapéuticas en cuestión, un primer obstáculo dificulta nuestro camino.

Las estadísticas citadas, nutridas exclusivamente por enfermos sometidos a tratamiento médico las dos primeras y operatorio las restantes, omiten deliberadamente toda alusión a los fracasos del tratamiento incruento (señalando tan sólo las muertes), así como los datos más importantes referentes a éste y al estado del paciente al llegar a la mesa de operaciones.

Desconocemos, muy probablemente por no haber sido publicado, ningún estudio estadístico sobre la cuestión, en el que se hagan constar datos tan primordiales como indispensables para autorizar conclusiones fundamentales como son los siguientes: número total de enfermos tratados, porcentaje de curaciones mediante tratamiento médico, número de fracasos del mismo (sumando los operados a los muertos) y número de operados y su mortalidad.

Sin estas cifras elementales, repetimos, jamás ofrecidas por autor alguno, es muy difícil poder llegar a conclusiones terapéuticas de cierta consistencia. No es de extrañar, pues, que reine la mayor arbitrariedad sobre tema tan trascendente y que cada autor se atenga a su criterio particular, dando pie a que el que se dedique a su estudio y valoración le sea posible señalar incongruencias y contrasentidos de importancia apreciable como las que a continuación se indican.

Aun en la suposición de que nos fuera dable disponer de los datos indicados, quedarían por puntualizar factores que influirían notoriamente sobre los resultados y sus porcentajes. Nos referimos de modo especial al momento en que se ha practicado la pilorotomía, ya que, de ser precoz, le robaría éxitos al tratamiento incruento, mientras que, de practicarse con retraso, cargaría indebidamente la letalidad del tratamiento operatorio.

Sin embargo, y dentro de las posibilidades actuales, vamos a intentar fijar algunos conceptos.

Examinemos en primer lugar las cifras ofrecidas por STOEBER y FILKENSTEIN, valiéndose del tratamiento médico. La letalidad reconocida por el primero es de 9,41 por 100, y la del segundo, 7 por 100 en sus 43 últimos casos tratados, con cifras del 11 por 100 y del 20 por 100 en series anteriores (publicado en 1941).

Del somero examen de los comentarios que acompañan las estadísticas expuestas se destacan tres puntos que merecen ser considerados.

Es el primero el hecho, ya consignado, de que al

precisar el porcentaje de mortalidad olviden señalar el de los fracasos que obligaron a un tratamiento quirúrgico, para el cual ambos autores reconocen abiertamente su beneficiosa actuación, y que para un efectivo cómputo de valoración estadística de la eficacia del tratamiento médico deberían ser sumados con la cifra de "exitus".

Se refiere el segundo a la ausencia en sus trabajos de toda alusión a cuáles han sido los elementos de juicio que han presidido la elección del momento operatorio, factor a todas luces indispensable si se quiere llegar a deducciones prácticas de cierto valor clínico.

Y el tercero, mucho menos explicable todavía que los anteriores, se patentiza al observar que los citados autores citan como modélicas las cifras ofrecidas por IBRAHIM y WOLFF, cuya mortalidad se reduce a 1,9 por 100 y 2,2 por 100, respectivamente, recalcando "hasta dónde puede llegar el tratamiento interno dirigido por clínicos meticolosos, de consuno con una asistencia experta" (FILKENSTEIN).

Aparte de que entre estos últimos tampoco se nos dice en qué porcentaje tuvo que recurrirse a la pilorotomía, es sumamente aleccionadora la constatación, tan noble como explícita, por parte de autoridades como las que citamos, sobre la posibilidad de reducir la mortalidad en unas tres cuartas partes, en *escogidos centros especializados*.

¡Cuántas consideraciones de orden práctico es fácil desprender de la confesión que queda expuesta! Acordémonos tan sólo de las escasas posibilidades de que dispone el facultativo más o menos familiarizado con estos procesos al atenderlos a domicilio, en un dispensario y aun en salas comunes de un hospital.

De las estadísticas quirúrgicas de que disponemos, la de WYAT merece especial mención, tanto por ser copiosa (226 casos) como por su escasa mortalidad (3,1 por 100), si se tiene en cuenta que fué publicada en 1918, es decir, en una época en que la mortalidad general de la estenosis pilórica era inmensamente superior.

En la de LANMAN y MAHONEY, los 425 casos que la integran se hallan divididos en tres grupos, que transcribimos por ser patente demostración de los avances efectuados por esta cirugía en dieciséis años.

El primero, de 125 pilorotomías, corresponde a los años 1915 al 1923, con una mortalidad de 10,4 por 100. El segundo—1923 a 1928—cuenta con 150 operaciones y una mortalidad de 7 por 100; y el tercero—1927 a 1931—, con igual número de intervenciones, limita la mortalidad al 2 por 100. (El descenso de la mortalidad lo atribuyen los autores a los cuidados pre y postoperatorios más que al perfeccionamiento de las técnicas, y en gran parte a la operación precoz, haciendo constar que la mortalidad se duplica en los operados de más de mes y medio.)

La última es la de LADD y GROSS, de Boston, abarcando desde el año 1936 al 1939, inclusive.

Por su volumen y por ser la más moderna, merece especial consideración, ya que abarca 177 pilorotomías practicadas en cuatro años.

La mortalidad queda reducida a un solo caso (0,56 por 100), proporción que no ha igualado jamás una serie incruenta de tal importancia, sin que aquí quepa otro escamoteo estadístico que el haber dejado de operar a los demasiado graves o a los que acusaban alguna complicación, lo que nos parece improbable.

Lamentamos que el capítulo de donde extraemos

(1) La primera estadística de pilorotomías será publicada en uno de los próximos números de "Revista Española de Pediatría".



estas cifras no ofrezca detalle alguno sobre el eventual tratamiento interno anterior preoperatorio ni sobre el criterio que presidió la fijación del momento de la intervención, así como sobre el porcentaje de estenosados curados médicamente en el mismo centro.

Ello nos conduce a suponer que estos últimos fueron los menos y que la "routine" del Children's Hospital, como la explícitamente expuesta por LANMANN y MAHONEY impone la intervención siempre y cuando el tratamiento conservador no se manifieste en forma beneficiosa categórica desde los primeros días.

Es preciso confesar, que semejante línea de conducta es difícilmente encajable entre nosotros, donde no ya los padres, sino los facultativos, se oponían rotundamente a su aplicación; pero es indudable que nadie está autorizado a criticar una actuación avalada por cifras que por sí solas la justifican. No seremos nosotros quienes les echen la primera piedra.

Del somero estudio comparativo de las estadísticas sobre estenosis hipertrófica del píloro de que disponemos, nos atrevemos a formular las siguientes precisiones:

1.ª La carencia de datos importantes de que adolecen todas ellas dificulta el poder sentar conclusiones de carácter fundamental y categórico.

2.ª Las estadísticas de los internistas exponen la mortalidad, pero silencian el porcentaje de fracasos que han obligado a recurrir al cirujano.

3.ª Los pediatras más calificados reconocen la estricta necesidad de que el tratamiento incruento sea llevado a cabo en centros especializados y por personal adiestrado, si se quiere que la mortalidad no exceda extraordinariamente comparada con la del tratamiento quirúrgico.

4.ª Al propio tiempo señalan los peligros que amenazan a estos pacientes hospitalizados varios meses en servicios generales, así como el alto coste de un prolongado internamiento (promedio de dos meses y medio), basado en varias estadísticas. (El promedio de hospitalización en nuestros operados es de diez días.)

5.ª El tratamiento operatorio es capaz de ofrecer una mortalidad más baja que el incruento si, como es natural, se practica en condiciones aceptables del paciente, por manos expertas y en centros especializados conocedores de estos problemas.

6.ª El criterio operatorio a ultranza es, hoy por hoy, difícilmente defendible en España, aunque muy sugestivo. A no dudarlo, ganará rápidamente terreno a proporción con el aumento de la cultura, tanto de los familiares como del pediatra y del cirujano.

7.ª Al comparar los porcentajes de mortalidad (ya que no es posible hacerlo de los de curación, por omisión de los fracasos, y en los que el cirujano llevaría forzosamente ventaja) no debe perderse de vista el hecho incuestionable de que las estadísticas médicas se nutren en gran parte de casos benignos, mientras en las quirúrgicas, por otra parte, abocan todos los fracasos del tratamiento incruento, muchos de los cuales han transgredido los límites prudenciales en que es posible practicar sin riesgo alguno la operación.

8.ª En realidad, los "exitus" acaecidos durante el tratamiento interno deberían quedar limitados a complicaciones imprevisibles, ya que no es admisible que la estenosis pilórica "per se" conduzca a la muerte por inanición, poseyendo un método prácticamente inocuo, capaz de yugarla. No estará de

más recordar que DRACHTER, con su reconocida autoridad, escribió hace diecisiete años: "En una enfermedad capaz de ser curada por la operación, la mortalidad del tratamiento médico debe reducirse a cero"; y

9.ª De todo cuanto queda expuesto creemos poder llegar a la conclusión, ecléctica y poco codiciosa para un cirujano, de que el tratamiento médico no debe ir más allá de sus posibilidades prudentes. Con la aplicación estricta de la "línea de alarma" preconizada por nosotros nos parece colocarnos en un justo medio en la resolución de un problema sobre el que se está muy lejos de haber dicho la última palabra, pero que, a no dudarlo, al cirujano le es más fácil resolverlo, y exponiendo menos la vida del enfermo.

#### BIBLIOGRAFIA

- BOUCOMONT y GUIBERT.—Soc. de Pédiat. de Paris. 15 Nov. 1938.  
 BARRINGTON WARD.—Abdominal surgery in infancy. CATHALA y col.—Bull. de la Soc. de Ped. 18 Dic. 1934.  
 COFFIN y MENGÉ.—Bull. de la Soc. de Ped. de P. 19 Dic. 1933.  
 COSSOUT y col.—Bull. de la Soc. de Ped. 18 enero 1927.  
 DECKWITZ y col.—Tratado de Pediatría.  
 DONOVAN, E. J.—Journ. Am. Med. Ass., 100, 558, 1937.  
 DRACHTER-GOSMANN.—Chirurgie des Kindesalters. FEER.—Enfermedades de la infancia.  
 FILKENSTEIN.—Enfermedades del niño de pecho.  
 GARRIDO LESTACHE.—Acta Pediatría, 1945.  
 GARRIGOUX.—Bull. de la Soc. de Ped. de Paris, 20 Feb. 1934.  
 GLANZMANN.—Lecciones de Pediatría, 1942.  
 GRIFFITH y MITCHEL.—Tratado de Pediatría, 1943.  
 HABERER, H. V.—Muench. Med. Wschr., 1, 903, 1934.  
 HARNAP, G. O.—Med. Klin., 13-14, 274, 1943.  
 JOCHIMS.—Z. Kinderheilkunde, 78, 796, 1937.  
 JEANIN y GIRARDIER.—Soc. de Ped., 20, 12, 1938.  
 LADD, WARE y PICKETT.—Journ. Am. Med. Ass., 131, 8, 647.  
 LADD y GROSS.—Abdominal Surgery in infancy and childhood, 1941.  
 LANMANN y col.—Surg. Gyn. and Obst., 56, 205, 1933.  
 LEHUCHER y MASSELOT.—Bull. de la Soc. de Ped. de Paris, número 4, abril 1930.  
 R. LEIVOVICI.—Presse Méd., 27, abril 1934.  
 LEREROUILLLET, P. y col.—Bull. de la S. de Ped. de Paris, 22 enero 1929.  
 LESNÉ, E. y col.—Bull. de la Soc. de Ped. de Paris, 15 enero 1929.  
 LESNÉ y col.—Soc. de Ped., 21 junio 1938.  
 LESNÉ y COFFIN.—Bull. de la Soc. de Ped., 17 Dic. 1929.  
 LÉVESQUE, M. y col.—Bull. de la Soc. de Ped. de Paris, 20, 12, 1932.  
 LILLE, M. H.—Bull. et Mem. de la Soc. N. Ch., 20, 5, 1929.  
 MAILLET, M.—Bull. de la Soc. de Ped. de Paris, 17 Dic. 1929.  
 MEREN, R.—L'examen hématologique dans l'esténose du pylore chez le nourrisson.  
 OMBREDANNE, L.—Précis de chirurgie infantile.  
 PAISSEAU y col.—Bull. de la Soc. de Ped. de Paris, 21 Mayo 1937.  
 FHELIZOT, G. (Mlle.).—Bull. de la Soc. de Ped. de Paris, número 6, junio 1930.  
 POUCEL, J.—La sténose hypertrophique du pylore. Monografía. Masson Ed. Paris.  
 PRITCHARD.—El lactante. Manual de terapéutica moderna, 1943.  
 RIBADEAU y col.—Bull. de la S. de P. de Paris, Dic. 1931.  
 RIBADEAU y col.—Bull. de la Soc. de Ped. de Paris, 20, 12, 27.  
 RICHARD DOBBS.—Lancet, 24 mayo 1941, y Bib. Med. Inter., 38, 1941.  
 ROCHER.—Bull. de la Soc. de Ped. de Paris, 7 julio 1931.  
 ROCHER y col.—Bull. de la Soc. de Ped. de Paris, 17 abril 1934.  
 ROCHER y col.—Bull. de la Soc. de Ped. de Paris, 16 enero 1934.  
 ROHMER.—Bull. de la Soc. de Ped. de Paris, 3, marzo 1930.  
 ROHMER.—Bull. de la Soc. de Ped. de Paris, abril 1935.  
 ROVIRALTA, E.—La cirugía abdominal del niño. Monografías Médicas, 1934.  
 ROVIRALTA, E.—El abdomen quirúrgico en el niño. Ed. Salvat, 1946.  
 ROVIRALTA, E.—Estenosis hipertróficas del píloro.—La Med. Cat., núm. 11, 1934.  
 ROVIRALTA, E.—Actas del Instituto Policlínico. Barcelona, 1943.  
 ROVIRALTA, E.—Actas del Instituto Policlínico. Barcelona, 1945.  
 ROVIRALTA, E.—Rev. Esp. Pediatr. (en prensa).  
 ROVIRALTA, E.—Archivos de Gastro-enterología, 1946.  
 STRAUSS.—Journ. Am. Med. Ass., 1918.  
 SZILAGYI y MCGRAW.—Surgery, 13, 5, mayo 1943.  
 TERRIEN, E.—Bull. de la Soc. de Ped. de Paris, 19 Nov. 1929.  
 TIXIER y col.—Bull. de la Soc. de Ped. de Paris, 13 marzo 1930.  
 WERTHEIMER, J.—Reun. Ped. Commu., 1937-1938.  
 WATT, O. S.—Lancet, 59, 233, 1939.  
 WONDERWITZ y JULIEN.—Bull. de la S. de Ped. de Paris, abril, 1935.