

húmedas y calma el prurito. También son útiles para la piel seca otros tipos de pomadas. En todo caso se cubrirá cuidadosamente la región irritada para protegerla de los agentes físicos naturales. La limpieza con jabón suave y agua no está generalmente contraindicada, aunque algunos clínicos prefieren detergentes no jabonosos. El agua oxigenada contribuye a la eliminación de las costras secas.

En los periodos iniciales de la enfermedad, a veces es necesario el empleo de sedantes como el luminal o el ácido acetilsalicílico a pequeñas dosis, solos o en combinación.

Al comprobar la detención del desarrollo óseo, demostrada por la radiografía, está indicada la administración de substancia tiroidea a dosis prudentes.

En ninguna circunstancia debe vacunarse a un niño que padece eczema, ante el temor de que aparezca la vacuna generalizada, grave y aun mortal. El empleo local de los antibióticos no debe ser medida de costumbre, aunque es útil en algunos casos. Las substancias antihistaminicas pueden producir efecto paliativo apreciable, pero no corrigen las condiciones básicas de la dermatitis alérgica.

El eczema puede limitarse espontáneamente y desaparecer con el auxilio de las medidas indicadas, sin dejar sensibilidad residual. Muchas dermatitis alérgicas son únicamente signos precursores de la aparición de otras manifestaciones de hipersensibilidad específica, tales como, por ejemplo, el asma. Si el eczema continúa de manera persistente no obstante el tratamiento, es necesario proceder al estudio completo desde el punto de vista de la alergia, e instituir después el tratamiento antialérgico específico y las medidas preventivas. Este tipo de tratamiento, por lo general, queda fuera del campo de acción clínica del pediatra.

## TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES ALÉRGICAS DEL APARATO RESPIRATORIO EN LOS NIÑOS \*

Dr. GEORGE B. LOGAN

De la Sección de Pediatría de la «Clínica Mayo», Rochester, Minn.

**E**L tratamiento adecuado de las afecciones respiratorias de etiología alérgica depende del diagnóstico preciso, a partir de los antecedentes cuidadosamente investigados, lo cual no siempre puede lograrse porque los padres del enfermo no suelen ser buenos observadores; deberán anotarse las condiciones que puedan influir en el despertar de la enfermedad, tales como la época del año, la temperatura, la humedad, las infecciones, los factores psicogénicos, la habitación, los alimentos y los contactos con animales, plantas y otros elementos. Deberá obtenerse la descripción de las habitaciones en que reside el enfermo, o mejor la visita al mismo, en todos los casos de enfermedad persistente.

El examen físico debe ser completo y cuidadoso; en él se comprende la radiografía torácica, si puede ser con las dos proyecciones ánteroposterior y lateral. Se practicará el examen morfológico de la sangre. Al mismo tiempo se hace imprescindible la extensión de las secreciones nasales para revelar la presencia abundante de eosinófilos, método que puede llevarse a cabo en el mismo despacho del médico con toda facilidad, si se dispone de microscopio de inmersión y del

\* «The Pennsylvania Med. J.». Abril 1948.

colorante de Wright. Las secreciones nasales que no contienen eosinófilos, sobre todo en el momento de los síntomas, casi puede asegurarse que no pertenecen a una causa alérgica.

Una de las pruebas que pueden practicarse son las reacciones cutáneas si se tiene la seguridad de disponer de antígenos potentes. El método de la escarificación es simple y casi indoloro, aunque no tiene la sensibilidad del procedimiento intracutáneo; éste requiere, sin embargo, considerable cantidad de equipo de jeringuillas y antígenos estériles, sin contar con la posibilidad de reacciones generales; el sistema de las picaduras múltiples se puede considerar intermedio entre estas ventajas e inconvenientes. Los resultados de las pruebas cutáneas deben apreciarse concienzudamente, puesto que no todos los antígenos que dan reacción positiva son a la vez factores etiológicos. También es verdad que el grado de sensibilidad no está en relación con la gravedad de los síntomas. Las pruebas cutáneas para los posibles alérgenos alimenticios parecen ser de poco valor; el procedimiento de eliminación sucesiva de alimentos, aunque laborioso, todavía es el mejor sistema de investigar el alimento etiológicamente determinante de la alergia.

### Rinitis vasomotora

El término «rinitis vasomotora» se emplea para indicar tanto las rinitis de estación y las que no dependen de ella, puesto que el proceso patológico y las manifestaciones clínicas son las mismas.

La manifestación más aparente de esta afección es la hinchazón pálida de la mucosa nasal, observable por todo médico que aplique un espéculo a la fosa nasal de su paciente. Desde un punto de vista microscópico se aprecia el engrosamiento de la membrana nasal, hiperplasia del tejido conectivo e infiltración de linfocitos, células plasmáticas, eosinófilos y fibroblastos. Las células epiteliales aparecen hipertróficas e hiperplásicas, cambios que parecen ser debidos a la descarga de histamina o a una substancia parecida que determina la dilatación y la permeabilidad de los capilares, con la consecuencia de la extravasación de líquido y edema de la mucosa.

Los síntomas de la rinitis vasomotora son principalmente el estornudo, la obstrucción nasal y el picor de la nariz, la boca y los ojos. El alivio se obtiene generalmente si el enfermo se aparta del lugar donde está presente el antígeno ofensivo; el sitio donde podrá verse libre de las manifestaciones alérgicas podrá ser otra región, o una habitación con aire filtrado. Para los enfermos muy sensibles al polvo, es recomendable no sólo tener filtrado el aire de la habitación, sino todo el resto de la casa. Si el hogar del paciente está acomodado con sistema de calefacción central con aire caliente, puede instalarse un filtro mecánico en la salida de la caldera o en la boca de entrada de aire en la habitación. Modernamente se han presentado en el mercado ciertos aparatos precipitadores eléctricos. También se han ingeniado otros sistemas de aire filtrado para habitaciones únicas, con sistema de enfriamiento o sin él, pero todos ellos a precios bastante elevados.

La introducción de las substancias llamadas antihistamínicas han cambiado radicalmente los métodos de tratamiento de este género de afecciones. Prescindiendo de las primeras, que resultaron demasiado tóxicas, se comenzaron las pruebas del clorhidrato de benadril y de la piribenzamina en el año 1945. La antistina se presentó como substancia antihistamínica en la primavera de 1946, por la literatura médica de Suiza. Aparte el benadril y la piribenzamina, las cuales han sido empleadas en la clínica, las restantes se encuentran todavía en período experimental.

En el estado presente de nuestros conocimientos se sugiere que a los niños afectos de manifestaciones ligeras de la fiebre del heno, se traten con alguna de

las sustancias antihistamínicas; en cambio, aquellos cuyos síntomas son intensos o con complicaciones asmáticas, deben tratarse con la hiposensibilización específica a base del polen causal; finalmente, este último tratamiento podrá completarse por medio de los histamínicos si no se obtienen resultados palpables. Las sustancias antihistamínicas tienen su lugar para tratar a los niños que se llevan a la consulta por primera vez y padecen sus síntomas durante la estación polínica. Este periodo varía de un año a otro, así como la concentración de polen en el aire es distinta según los días. Estos últimos hechos son importantes para que el médico y los padres puedan variar las dosis de benadril o de piribenzamina en días sucesivos, para obtener el alivio de los síntomas.

Aparte casos excepcionales, el empleo del benadril o de la piribenzamina no se recomienda en clínica en los casos de rinitis no estacionales; en estas circunstancias es más importante investigar cuidadosamente el factor etiológico, que tratar de buscar indefinidamente el mero alivio sintomático.

En el tratamiento de los niños hemos determinado que la dosis diaria de cualquiera de las dos sustancias mencionadas es suficiente con 4 mg. por kilogramo de peso; esta cantidad se divide generalmente en dos o tres porciones.

En el 25 hasta el 80 por 100 de los casos han ocurrido reacciones secundarias, en buena parte de las cuales no hay necesidad de interrumpir la medicación. La somnolencia es el fenómeno experimentado con más frecuencia.

Es evidente que la teoría de la descarga histamínica en la alergia no explica completamente la patogenia de las reacciones de la afección, pero explica, sin embargo, buena parte de la misma; del mismo modo, las llamadas sustancias antihistamínicas conocidas hasta el presente, no alivian por completo las manifestaciones alérgicas, pero las alivian en buena proporción. Esto quiere decir que al médico le está permitido emplear estas sustancias.

Los métodos de hiposensibilización específica todavía son los mejores para el tratamiento de la rinitis estacional; el procedimiento que solemos usar nosotros es el llamado «preestacional», o sea aquel que concentra la profilaxia al periodo del año anterior en seis semanas al que suelen presentarse los primeros síntomas. Las primeras dosis suelen administrarse a intervalos de dos a tres días; las siguientes, más intensas, a intervalos de tres a cinco días, hasta llegar a las dosis superiores que se darán cada semana. En todo caso no se permitirá ninguna inyección en tanto persista la reacción de la anterior. Algunas veces pueden ocurrir reacciones generales que se dominan con facilidad por medio de la adrenalina. Se ha sugerido que en aquellos pacientes que frecuentemente reaccionan a las inyecciones de polen, se les inyecte simultáneamente alguna de las sustancias antihistamínicas.

Durante la temporada polínica se continúa el tratamiento a base de dos inyecciones por semana; cada inyección contiene de la mitad a un quinto de la dosis administrada durante el tratamiento preestacional. Es prudente que el enfermo permanezca vigilado durante una media hora después de la inyección.

En el tratamiento de la rinitis vasomotora persistente por este método no se obtienen resultados tan ventajosos; si esta afección está determinada por el polvo de la casa, o quizá por la «Alternaria» del grupo de los hongos, responde mejor que las rinitis provocadas por otros productos inhalados.

### Asma

En los casos excepcionales en que puede examinarse el pulmón de un niño muerto de asma, se encuentran los bronquios, en especial los de calibre pequeño, llenos de un contenido espeso, viscoso y adherido a las paredes; la muerte, por lo tanto, ha sido provocada por la asfixia. Sin embargo, el mecanismo que provoca la secreción de esta mucosidad espesa todavía se desconoce. En los casos menos intensos, se produce el edema de la mucosa brinqual y el espasmo de su

musculatura, el cual ha sido puesto en duda por algunos autores, pero que puede demostrarse por la hipertrofia consecutiva de los músculos bronquiales. Es frecuente la ocurrencia de atelectasia localizada en ciertas regiones pulmonares, donde los bronquios correspondientes hayan quedado obstruidos por la secreción espesa. Los ataques repetidos de asma pueden provocar trastornos de tipo enfisematoso.

Otra posibilidad clínica, es la presencia de la broncostenosis, la cual se define como un estrechamiento estructural, localizado y persistente, de los bronquios. Desde el punto de vista sintomático, se presenta en estos casos tos intensa, seca y a veces paroxística, acompañada de fiebre elevada. Esta temperatura suele

### CUADRO I

#### Medicamentos empleados en el tratamiento sintomático del asma

Medicamento	Acción	Administración	Dosis
Adrenalina	Reduce edema bronquial y combate el broncospasmo por estímulo simpático	Subcutánea (Solución 1 %) Nebulización	2.4 nebulizaciones
Sulfato o clorhidrato de efedrina	La misma	Oral	12-24 mg. 12-25 mg.
Propadrina	La misma	Oral	0.03-0.3 gm. 0.15-0.6 gm.
Teofilina	Combate el broncospasmo por efecto distensor sobre la musculatura lisa	Oral Rectal	50.100 mg. 0.12-0.48 gm. 0.12-0.24 gm.
Aminofilina	La misma	Oral Rectal Intravenosa	50.100 mg. 0.12-0.48 gm. 0.12-0.24 gm.
Benadril Piribenzamina	Antagonista de la histamina	Oral	4 mg. por Kg. de peso en las 24 horas

descender de un modo brusco, después de lo cual la tos se convierte en productiva de un esputo purulento y a veces teñido en sangre.

Es interesante tener presente las numerosas afecciones que pueden simular el asma, entre las cuales mencionaremos la laringotráqueobronquitis aguda, los cuerpos extraños del árbol bronquial, la bronquiectasia, la linfadenopatía de la bifurcación de la tráquea, la fibrosis quística del páncreas, los tumores mediastínicos, el absceso retrofaringeo y la tos ferina.

*Tratamiento.* — Una vez comprobado el diagnóstico, y que la afección se debe a un antígeno inhalado, la permanencia del paciente en una habitación con aire filtrado le proporcionará seguramente el alivio inmediato. Se pueden fijar otras formas de tratamiento para aquellos que puedan disponer de estas condiciones o en los casos en que el alivio no es evidente.

Las sustancias que se pueden emplear en estas circunstancias se resumen en el Cuadro I. Parece que los niños afectados de asma crónico o de episodios

repetidos de asma, encuentran poco beneficio en las sustancias antihistamínicas; sin embargo, pueden emplearse en combinación con otros medicamentos antiasmáticos puesto que no hay incompatibilidad con ninguna de estas últimas sustancias; si se toma en cuenta que los antihistamínicos ejercen acción desecadora sobre las secreciones bronquiales, será bueno emplearlos junto al vapor de agua o a los yoduros. Los trabajos recientes indican que posiblemente hay cierta acción sinérgica entre la adrenalina y la aminofilina por una parte, y el benadril y la piribenzamina por otra. (Cuadro I).

## CUADRO II

### Substancias para suavizar la secreción bronquial

Agente o Substancia	Método de administración	Dosis
Aire húmedo	Vapor en la habitación Tienda de vapor Humedecedor mecánico	Humedad elevada
Oxígeno húmedo	Humedecedor mecánico en la tienda de oxígeno Por nebulización	Elevada
Yoduros	Oral, en solución acuosa saturada	5 gotas a los 2 años 25 gotas a los 10 años
Ipecacuana	Oral, en jarabe, para efecto emético	1 cucharadita, repetida si es necesario.
Anhidrido carbónico y oxígeno	Con máscara: 10 % CO <sub>2</sub> 4 % CO <sub>2</sub>	Inhalación intermitente Varias horas en la tienda.

En los casos en que el ataque persiste, las secreciones se vuelven espesas y se presentan los signos de la obstrucción, con frecuencia muy semejantes a los que se encuentran ante un cuerpo extraño de las vías respiratorias. En estos casos se utilizarán ciertos recursos que se sumarizan en el cuadro II. Debe recordarse, a este propósito, que si se emplean os eméticos y e niño vomita con frecuencia, es necesario rehidrataro con inyecciones intravenosas de gucosa a 5 por 100.

En el tratamiento de los pacientes con estado asmático, uno de los métodos útiles es la administración rectal de éter en aceite (90 c.c. de éter mezclado a igual cantidad de aceite tibio) instilado a través de una pequeña sonda de hule; esta dosis podrá repetirse reducida a la mitad durante las primeras 24 horas. Después del empleo del éter por vía rectal muchos pacientes refractarios a la adrenalina vuelven a sentir sus efectos,

Algunas veces la broncoscopia tiene valor real para eliminar el material espeso del árbol bronquial, lo cual da alivio considerable a los pacientes que sufren de asma crónico; también tiene su utilidad el procedimiento en los casos de broncostenosis, pero es bueno recordar en esta circunstancia el peligro consiguiente de

edema laríngeo, sobre todo en los niños muy jóvenes. Desde luego, la broncoscopia debe practicarse siempre con el enfermo internado.

Aunque algunos clínicos todavía se valen de los narcóticos en el tratamiento del asma, nuestro criterio es que estos deben condenarse; aunque en determinadas veces parecen provocar alivio, el número de terminaciones fatales que han resultado de su uso deben impresionar lo suficiente para eludirlos. Si la sedación parece indicada, podrá emplearse alguno de los barbitúricos o el demerol; sin embargo, no es recomendable determinar la sedación en un niño que sufre de obstrucción, sin haber eliminado ésta previamente.

La inhalación del humo de ciertas mezclas conocidas (generalmente la de nitrato y estramonio), aunque ha sido bastante abandonado, tiene su utilidad en algunos casos.

En el tratamiento del asma de los adultos se emplean también a veces la atropina y la belladona; si no están administradas junto al aire húmedo, se contraindican en los niños por su efecto desecador de las mucosas.

## TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS CONGÉNITA CON PENICILINA \*

Dres. DABNEY MOON-ADAMS y CHARLOTTE MARKER

De la Sección de Pediatría «New York University» y el Servicio Médico de niños, Bellevue Hospital

**D**URANTE un periodo de 4 años (1943-1947) se trataron 69 casos de sífilis congénita infantil en el servicio del Hospital Bellevue. Las manifestaciones óseas «intensas» consistían en zonas de destrucción evidente en la diáfisis de los huesos largos así como periostitis patente; las manifestaciones «moderadas» se consideraron las de rarefacción diafisaria y periostitis; los trastornos «ligeros» se consideraron la periostitis acompañada de separación de la línea de osificación. La linfadenopatía de las zonas axilar, epitroclear y cervical posterior se estimaron como específicas si no pudo hallarse otro motivo para su aparición; no se tomaron como luéticas las adenopatías cervicales anteriores e inguinales.

En los niños de menos de 3 meses las lesiones más frecuentemente encontradas estaban situadas en los huesos (78 por 100); seguían en orden de frecuencia las lesiones mucocutáneas (50 por 100), el catarro nasal (30.8 por 100), la anemia (30.8 por 100), el edema (26.5 por 100), la hepatomegalia (19 por 100), la adenopatía (15 por 100), la prematuridad (15 por 100), la seudoparálisis (11 por 100) y la diarrea hemorrágica (11 por 100). En 26 de estos niños era evidente que el sistema nervioso central estaba interesado en el proceso.

En los niños de 3 a 6 meses los síntomas encontrados fueron: anemia (72 por 100), catarro nasal (61 por 100), afección de los huesos largos (55 por 100), lesiones mucocutáneas (50 por 100), esplenomegalia (38.8 por 100), hepatomegalia (27.8 por 100) y linfadenopatía (22 por 100).

En 10 niños de 6 a 12 meses, la anemia fué el síntoma más frecuente (80 por 100); la linfadenopatía, la hepatomegalia y la esplenomegalia ocurrieron en el 60 por 100 de los casos, las lesiones mucocutáneas en el 40 por 100 y la afección

\* «N. J. State J. M.» Mayo 1-1948.