6

Año 1908 N.º 1871

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Debilidad Congénita

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ROBERTO E. ANDRILI

Ex-practicante externo del Hospital de Niños. — Ex-externo é interno de la Casa de Expósitos.

Médico interno del Sanatorio «Andrés F. Llobet».

BUENOS AIRES

Establecimiento Gráfico M. Rodriguez Giles, Corrientes 1379

1908

1439

DEBILIDAD CONGENITA

Año 1908 N.º 1871

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Debilidad Congénita

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ROBERTO E. ANDRILI

Ex-practicante externo del Hospital de Niños. — Ex-externo é interno de la Casa de Expósitos.

Médico interno del Sanatorio «Andrés F. Llobet».

BUENOS AIRES

Establecimiento Gráfico M. Rodriguez Giles, Corrientes 1379

1908

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en la tésis.

Art. 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. D. JOSÉ PENNA

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » PEDRO LAGLEYZE (con lic.)
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJIA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA
» » J. MANUEL IRIZAR

Secretarios

DR. D. RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)
» » JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA (con lic.)
Anatomía Descriptiva	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (interino)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI (con licencia)
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNÁNDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE (con licencia)
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétricia	» SAMUEL MOLINA
Teología Experimental	» JUAN V. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Anatomía Patológica	DR. JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIÉRREZ
Clínica Dermatog. Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Física Médica	» JUAN J. GALIANO

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» VACANTE
Química Médica	» VACANTE
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Química aplª. á la Medicina	» VACANTE
Histología	» JULIO G. FERNÁNDEZ » ALOIS BACHMANN (en ejer.)
Anatomía Descriptiva	» VACANTE
» »	» VACANTE
Semiología y ejer. clínicos	» VACANTE
Anatomía Topográfica	» VACANTE
Fisiología Gral. y Humana	» VACANTE
Anatomía Patológica	» VACANTE
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	» FELIPE JUSTO
Materia Méd. y Terapéutica	» VACANTE
Medicina Operatoria	» VACANTE
Clínica Ginecológica	» VACANTE
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
» Dermatª y Sifilográfica	» VACANTE
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON » RICARDO S. GÓMEZ
» interna	» VACANTE
Clínica Oftalmológica	» ENRIQUE DEMARÍA (en ejer.)
» Epidemiológica	» VACANTE
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSÉ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING » RICARDO COLÓN » LUIS AGOTE
» Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » ALBERTO PERALTA RAMOS » ARTURO ENRIQUEZ
Toxicología Experimental	» VACANTE
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS » MAMERTO ACUÑA
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL T. GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada ..	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosía y posología razonadas	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química Analítica y Toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	VACANTE
Botánica y Mineralogía.....	VACANTE
Química inorgánica aplicada.	VACANTE
Química orgánica aplicada ..	VACANTE
Farmacognosía y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	VACANTE
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	VACANTE
Técnica farmacéutica	VACANTE
Química Analítica y Toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	VACANTE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto dictócico y Clínica Obstétrica	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología Cirujía, Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	DR. LEÓN PEREYRA
	» N. ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología Cirujía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	VACANTE
	VACANTE

PADRINO DE TESIS

PROFESOR DOCTOR LUIS AGOTE

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A LOS MIOS

AL PROFESOR DOCTOR ANGEL M. CENTENO

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

No es exento de vacilaciones y temores que vengo ante vosotros á rendir la última prueba, convencido de que voy á entrar á recorrer la parte más escabrosa del camino: el ejercicio de la profesión. Pero llevo el espíritu confortado por la esperanza de que en los momentos de incertidumbre, concurrirán en mi ayuda el recuerdo de vuestras sabias lecciones, de vuestros sanos consejos, que me conducirán sin duda y con ánimo sereno al esclarecimiento de la verdad científica. Presento entonces á vosotros el testimonio de mi mayor consideración y respeto.

A mis ex jefes de servicios de la Casa de Expósitos doctores Ruíz Huidobo, Noveiro, Paz, Cranwell y Madrid Paez, gratitud.

Al doctor Dartayet mi reconocimiento.

A mi amigo particular doctor Solari un recuerdo cariñoso.

Al doctor Agote que me honra acompañándome en este acto, mi homenaje más elocuente.

DEBILIDAD CONGÉNITA

SU CONCEPTO. — CONSIDERACIONES GENERALES.
CONSIDERACIONES ETIOLÓGICOS. — CLASIFICACIONES.

La aptitud vital, el derecho orgánico de la vida, en una palabra, el concepto de la viabilidad de los seres que nacen, lleva incluído en sí una conformación especial de los órganos y su funcionamiento, que permiten la adaptación y defensa de su organismo en el nuevo medio en que va á actuar.

Es claro, esa aptitud orgánica es el resultado, es la síntesis de múltiples factores que la herencra se encarga de conservar; pero no siempre esos factores son susceptibles por causas y razones diferentes, de obrar en ese sentido, apareciendo entonces, frutos que son el reflejo de las causas que han perturbado esa preparación previa que necesitan los seres antes de ser aptos para la vida extra materna.

Y nacen entonces seres cuya insuficiencia vital los incapacitan para la lucha compleja que requiere la existencia.

Estos seres cuyos accidentes gestativos bosquejamos, tienen una fisiología hasta cierto punto característica, que se concreta en los términos con que se conocen : Débiles congénitos.

Hablando de debilidad congénita se nota cierta obscuridad en el concepto que alejan de lo que en realidad es un débil congénito. Por eso es que antes de entrar en la enumeración de las causas que provocan ó favorecen su estado, creemos conveniente con el fin de facilitar las consideraciones que van á seguir al par que evitar las confusiones en este asunto tan delicado, creemos conveniente, decíamos, establecer el tipo, lo que debe comprenderse por débil congénito.

Consideramos así á un sujeto que viene al mundo en un estado de insuficiencia orgánica y funcional tal, que lo incapacitan con sus propias fuerzas para su desarrollo ulterior, una vez separado del claustro materno. El tipo ideal, diremos, del débil congénito reclamaría una condición especial y es la siguiente : que el sujeto no trajera ninguna tara patológica (sifilis, tuberculosis, etc.).

Este sería el débil congénito puro.

En efecto, se puede ser heredo sifilítico ó hereditario en general y no ser débil congénito y viceversa, siendo este el concepto que nos interesa á nosotros y sobre el cual queremos insistir ; se puede ser débil congénito sin ser sifilítico ni tuberculoso, ni hereditario, en una palabra.

Este último es el débil congénito así simplemente enunciado por los autores — que si en muchos de ellos se nota un criterio de interpretación confuso á su respecto, nosotros debemos aceptarlo y considerarlo como tal.

Así, pues, debemos entender por débil congénito un sujeto que viene al mundo, sin ninguna tara y cuya característica principal se concreta en su debilidad funcional y orgánica.

Aceptando en tonces la existencia de este tipo del débil congénito y en cuyos ascendientes no encontremos ningún indicio de estados mórbidos que directa ó indirectamente hayan podido influir sobre el producto de la concepción, lógicamente debemos incluir en este grupo, *el nacido antes de término,* en una época cuando sus órganos y funciones no son suficientes para resistir y triunfar de las influencias del nuevo medio.

Son estos precisamente y los que á pesar de su vitalidad restringida, pueden llegar y gracias á los cuidados numerosos formulados por Budín (evitándoles el frío por medio de las incubadoras, los trastornos gastro intestinales reglando su alimentación, las infecciones por el aislamiento, etc.) pueden llegar, decíamos, á crecer como niños normales nacidos á término sin pasar luego á la categoría de los atrépsicos ó al raquitismo.

Al referirnos á débiles congénitos exentos de taras hereditarias, es decir al referirnos á nuestro

tipo ideal de débil congénito, queremos indicar con eso, un producto de seres que aparentemente á nuestros medios de investigación se nos presentan como sujetos sanos.

En pocas palabras, un ser insuficiente orgánico y funcional, producto de seres aparentemente sanos para nosotros.

Ahora bien, ¿es posible considerar bajo un punto de vista evidentemente clínico, esta clase de debilidad congénita con la cual nosotros queremos hacer el eje alrededor del cual se agrupan las otras etiologías de la debilidad congénita?

El caso, á nuestro modo de ver, nada tiene de particular, y si la clínica no se detiene mucho en estos casos, nos parece lógico aceptarlo aunque más no sea, bajo un punto de vista teórico como punto de comparación con la etiología múltiple de la debilidad congénita.

Podríamos entonces reunir en un primer grupo á los débiles congénitos sin herencias patológicas y cuya única causa de debilidad se resume en la prematurez. Al lado de estos debemos colocar también este otro tipo de débil congénito no hereditario aparentemente pero nacido á término.

La prematurez, sin embargo, no implica necesariamente debilidad congénita.

Es un hecho que estos débiles congénitos goza-

rán de tanto mayor vitalidad cuanto más próximo al término normal ha sido el nacimiento.

La viabilidad clínicamente considerada la encuadraremos alrededor de los siete meses. En medicina legal se fija el término de 180 días después de la concepción para considerar viable al feto. Pero este es un límite mínimo con que el niño vive horas, días, raramente más.

En la literatura médica, sin embargo, se registra el caso de Villemin: un niño de cinco meses y medio que pesaba 950 gramos y alcanzó á vivir 31 meses.

Veamos ahora esta otra variedad de débiles congénitos que vienen al mundo con taras patológicas.

Son prematuros ó no prematuros.

En sus antecesores encontrados: sifilis, tuberculosis, alcoholismo y estados discrasicos especiales — agotamientos físicos y morales por senectud, la miseria, surmenage, etc.

Estas causas repercuten con más ó menos intensidad sobre el organismo del feto según sean el padre ó la madre el atacado ó ambos á la vez; la clase de enfermedad y la época del embarazo cuando hayan podido ejercer su acción.

Según estos diversos factores varian también sus consecuencias.

A menudo sucede la muerte del feto y el consiguiente aborto.

El parto prematuro, muerte del niño ó estado precario de vitalidad acompañado ó no de otros estigmas.

De los que llegan á término, unos vienen en buen estado, á lo menos, aparentemente.

Otros con síntomas clásicos de enfermedades transmitidas (Heredo sifilis).

Otros por fin, y son los que nos interesan, traen particularidades que Parax y Durante los caracteriza en estos términos.

«Insuficientes celulares» malformados invisibles de desenvolvimientos celulares imperfectos entrañando un funcionamiento insuficiente ó anormal de órganos esenciales á la vida.

De estos dependen los hechos de debilidad verdadera. Su muerte sobreviene por decadencia progresiva más ó menos rápida sin que nada en la autopsia permita explicar esta terminación fatal.

Estos son los débiles en la mayor acepción del término. Derivan casi siempre de una herencia directa ó indirecta, toxi-infecciosa ú otra. Estos niños mueren porque no tienen los medios para vivir, porque sus órganos son irregularmente constituídos, porqué sus células ó ciertas de sus células son incompletamente desenvueltas, porqué sus glándulas imperfectas son incapaces de cumplir en la medida de lo necesario los fenómenos

de asimilación y desasimilación indispensables al mantenimiento de la vida fisiológica.

Si llegan sin embargo á sobrevivir, permanecen frecuentemente endebles, pequeños — sea que todo el organismo no llegue á funcionar regularmente, sea que la inperfección local influya desfavorablemente sobre el conjunto del individuo. En ellos como en el simple prematuro, los órganos ó ciertos organos, tienen desde el nacimiento que llenar funciones para las cuales están aún incompletamente preparados; desde el nacimiento tienen que dar un trabajo indispensable pero que es excesivo en relación á su desenvolvimiento imperfecto. Hay desde el primer día *surmenage* celular y puede decirse que estos niños son *surmené* desde nacimiento.

Este surmenage limitado á un órgano ó interesando todo el organismo, los predispone á las infecciones á las cuales sucumben muy frecuentemente y probablemente no sin relación con las localizaciones patológicas que presentan en el curso de su existencia.

Inútil de insistir sobre estos hechos que entrañan á la larga, consideraciones sobre la naturaleza de la herencia. La clínica, la fisiología, han dado después de largo tiempo pruebas convincentes de que se trata de mal informaciones tota-

les ó parciales de individuos celulares obstaculizados, detenidos ó desvíados del curso de su desenvolvimiento.

Establecido todo lo anterior podemos con el objeto de ser más esquemáticos sintetizar todos estos conceptos en un cuadro que comprenda la etiología diversa de la debilidad congénita.

1.º Debiles congénitos propiamente dicho (no hereditario.)	Prematuros y Á término y sin tara aparente	
2º Débilescongénitos hereditarios.	Prematuros y no prematuros	Por sifilis Tuberculosis Alcoholismo etc. etc.

FISIOLOGÍA

En conjunto el débil congénito, conservando ciertos caracteres propios del recién nacido, se aparta notablemente del niño á término.

Aspecto general. — Desde luego, sin tener en cuenta la pequeñez de su talla, el débil congénito es un niño que desde el primer golpe de vista denota el conjunto de sus funciones atenuadas.

La superficialidad de su respiración, sus movimientos pocos vigorosos como medidas, el llanto apenas perceptible, los ojos constantemente cerrados son el exponente claro de su falta de vitalidad.

Vamos á hacer el exámen sistemático de los caracteres más salientes cuyo conjunto forman la base del diagnóstico.

Piel: la piel es de un color rojizo difuso que no se confunde con la rubicundez del recién nacido; delgada, suave, blanda, cubierta de finobello más abundante en ciertas regiones — hombro, brazo, dorso, etc.— permite ver por transparencia y gracias á la ausencia de tejido adiposo, la red circulatoria superficial.

A pesar de todos los cuidados higiénicos que se le prodiguen la descamación se hace menos franca y más lentamente que en los niños normales. Presenta cierta predisposición á las irritaciones, eritemas, erosiones, etc., manifiesta sobretodo en la región de las nalgas. Esto, aparte de las fisuras de la márgen del ano, ulceración de los talones, etc., que se observan con frecuencia en los débiles congénitos con taras sifilíticas.

La cara punteaguda, es una de las características del débil congénito; se diferencia fácilmente de la del atrépsico en la conformación del mentón que termina en punta. El cutis presenta cierta tendencia al espesamiento, á las arrugas, llegando á adquirir á veces ese cachét particular de cara de viejo, aunque menos neto que en el atrépsico.

El cuero cabelludo, desliza con suavidad sobre la superficie craneana que recubre, dando esa sensación especial de blandura cartilaginosa más perceptible á nivel de los bordes de sutura del hueso.

A veces suelen observarse dilataciones de las venas tegumentarias del cráneo, más aparente en las regiones temporal y frontal y bajo la forma de cordones azules ó azul violaceo, que han sido consideradas como distrofías de orígen sifílico (Fournier).

Talla. — El cuerpo es pequeño y delgado, ge-

neralmente mide de 30 á 35 cm. raras veces llega á los 40 cm. En mínimum establecido es de 20 á 22 cm.

La longitud del recién nacido y normal es de 48 á 50 cm. ; mínimum 45, máximo 58. El volúmen del cráneo es hasta cierto punto aparente si se compara con el tamaño del cuerpo y por esta razón :

Normalmente la circunferencia de la cabeza supera á la circunferencia toráxica en uno ó dos centímetros, y esta última en nueve á diez, mínimum siete, á la mitad de la longitud total del cuerpo.

En el débil congénito estas relaciones varian á favor de la medida cefálica cuya circunferencia es generalmente mayor de más de dos centímetros de la circunferencia toráxica, la que tampoco sobrepasa los siete centímetros indicados como mínimum, á la mitad de la longitud total.

Ahora, respecto al ancho de las espaldas tenemos que generalmente en todos los períodos del crecimiento debe ser igual al cuarto de la longitud total del cuerpo.

En el recién nacido mide de 12 á 14 cm. corrientemente arriba de 13. En el débil congénito muy raras veces alcanza á 12. Varia entre 9 y 11.

Peso. — El peso normal del recién nacido á término es de 3.000 á 3.500 gramos. El débil congé-

nito siempre está por debajo de estas cifras. Su peso oscila entre 1.300 y 2.300 gramos.

Potel ha establecido la relación del peso con la edad al nacer y da las siguientes cifras:

1408	gramos	para	los	niños	de	6 1/2	meses
1700	»	»	»	»	»	7	»
1900	»	»	»	»	»	7 1/2	»
2150	»	»	»	»	»	8	»

Después del nacimiento se produce una débil disminución de peso que dura de tres á cuatro días hasta la caída del cordón. Es debido á la evacuación del meconio y de la orina, y eliminaciones á través de la piel y aparato respiratorio que no son compensados en los primeros días que siguen al nacimiento, á causa de la escasa alimentación. Estas pérdidas se calculan de 300 á 400 gramos. Desde el cuarto día empieza la ascensión del peso del niño normal; del noveno al décimo alcanza el inicial de 3000 á 3500 gramos. En el débil congénito aún siendo estas pérdidas más reducidas no las recupera sino muy lentamente y recién en el curso de la tercera semana alcanza su peso inicial. En general, cuanto más próximo al término fisiológico ha sido el nacimiento, más la curva del peso tiende á igualar á la del niño normal.

Potel, ha establecido la relación del aumento del peso por día con la edad al nacer al mismo

tiempo que dá la estadística de mortalidad con relación á lo mismo:

Entre 56 niños del término de seis y medio meses, once han sobrevivido — sea una sobrevida de 19.6 por ciento con mortalidad de 80.4 o/o. La media del aumento de peso por día en cada niño ha sido de gramos 9.4.

Sobre 131 niños de siete meses han vivido 41.9 por ciento.

El aumento diario ha sido término medio de gramos 11.5. Entre 53 niños de siete meses y medio han vivido 69 por ciento y el aumento medio por día ha sido de gramos 13.8. Sobre 110 niños de ocho meses al nacer han sobrevivido 64.5 por ciento con un aumento diario de gramos 22.8. Sin embargo, no debemos ser tan absolutos en la apreciación del peso y de la talla para juzgar del grado de debilidad: supongamos un niño, por ejemplo, con peso y talla que correspondan á un débil congénito, y puede no ser tal si no reune ciertas alteraciones respiratorias, digestivas, urinarias y nerviosas.

Pinard, para completar el diagnóstico aconseja tener en cuenta las relaciones del peso del niño y el de la placenta; en los prematuros ó débiles congénitos en general existe desproporción en su detrimento.

Temperatura. — La temperatura dá la nota más clínica de la debilidad congénita. La tenden-

cia al enfriamiento es su característica: *No hay debilidad congénita sin hipotermia.*

Según H. Roger la temperatura del niño antes de nacer y á término, es de 37°.6 superior en 0°2 á la de la madre. Después del nacimiento se produce el descenso de la temperatura pudiendo bajar hasta 36° ó 35°.5. Pero la restitución no tarda y vuelve el niño á los 37° ó 37.°5.

En el débil congénito en cambio ,no pasan las cosas así, en vez de volver al punto inicial sigue bajando ó se mantiene constantemente por debajo de 37°; las mínimas son de 35°, 34°, 33° y 32°. Se relatan, sin embargo, casos en que la temperatura ha llegado á bajar hasta los 22°.

Según Budin por debajo de 32° están destinados en su gran mayoría — 98 por ciento — á morir, y en efecto, hasta ahora esta ley no se ha desmentido .Veamos su estadística.

Se trata de un total de 142 niños con una temperatura máxima de 32°. De estos 142 niños, 103 con un peso menor de 1.500 gramos, de los cuales, 101 han muerto y únicamente dos han sobrevivido.

De los 39 restantes con un peso de 1500 á 2000 gramos 38 han perecido y uno solamente ha sobrevivido.

De manera que sobre un total de 142 niños, 139 han muerto, lo que justifica entonces su ley.

¿A qué es debido esta hipotermia?

En último análisis no es sino el resultado de *la insuficiencia celular*; de la debilidad de la circulación, de la respiración y del sistema nervioso.

Los diversos actos químicos de oxidación, reducción, cambios moleculares y combustiones en general cumplidos por los diferentes órganos en funcionamiento y en particular por el pulmón, tubo digestivo, hígado, etc., etc. se encuentraron disminuídos y también alterados.

Por otra parte, la disminución del panículo fisiológicas, la relación de su superficie tegumentos que según las leyes de fisiología normal están alterados, contribuyen poderosamente á la producción de este estado de hipotermia.

En efecto, en el recién nacido y en condiciones fisiológicas, la relación de su superficie tegumentaria con respecto al peso es mayor que en el adulto. Pero, en el débil congénito es á su vez mayor que en el niño normal. Luego se comprende que existiendo este aumento de la superficie del calor con respecto al peso, no puedan mantener su equilibrio térmico sino á fuerza de cambios activos, siendo estos precisamente los que en el débil congénito están disminuídos.

Respiración. — Esta función que en el recién nacido se impone como la expresión de su vitalidad, trae en los sujetos que estudiamos características tales que denotan su estado de debilidad.

En efecto, un grito vigoroso es la primera exte-

riorización de vida seguida de amplios movimientos del torax como manifestación de la función respiratoria. Si en este momento auscultamos al niño, notaremos una crepitación especial producida por el desplegamiento de los alveolos pulmonares á la entrada del aire.

En los prematuros, en los débiles en general no pasan los casos así. La respiración es tan leve ó superficial que parece no existiera, y frecuentes son los casos en que si no se les reanima no dan signos exteriores de vida. Ordinariamente, el llanto es débil, apagado y monótono, como quejido doloroso.

Sus movimientos del torax apenas perceptibles con escursiones de amplitud desigual aparentando á veces una respiración de tipo irregular.

Cuando se percute el pulmón se constatan zonas de sub-matitez de base que se deben á atelectasia pulmonar que se comprueba en la autopsia.

A un oído poco acostumbrado la auscultación puede fácilmente resultar negativa.

La respiración vescicular se establece de una manera lenta ; al principio no existe. La columna aerea recorre el árbol bronquial hasta sus más finas ramificaciones sin pasar más allá porque no lleva la fuerza necesaria para vencer el plegamiento de las paredes alveolares.

Se comprende entonces la dificultad de la hematosis, la falta de oxidaciones tan necesarias á

las combustiones y fijación de los principios nutritivos.

Por otra parte, el pulmón es uno de los órganos más predispuestos á las infecciones. La bronco-neumonia es tan frecuente que una gran mayoría de los débiles congénitos, sucumben á sus efectos.

Aparato digestivo. — Es de lo más atacados por el estado de astenia particular á estos seres. Todas sus secreciones están disminuídas y la acción de los fermentos muy atenuados. La saliva se segrega en escasa cantidad; el muguet es un huesped habitual del débil congénito.

El primer tiempo de la digestión se encuentra con frecuencia abolido, no maman; los músculos de los labios, pared bucal, lengua y velo del paladar son insuficientes para hacer la succión. Si no se interviene alimentándolos por medio del gavaje, mueren por inanición.

La eliminación del meconio es tardía y dura doble tiempo que en el recién nacido normal, de ocho á diez días.

El número de deposiciones es de dos á tres por día sin que esto sea regla general, pues se observa muy á menudo casos de constipación debidos á la pereza de los movimientos intestinales y falta de secreción de sus glándulas. La cantidad rápidamente creciente de leche que tienen que absorber los débiles para satisfacer las necesidades del

organismo, dilata su estómago cuya musculatura es débil y su capacidad retraída.

Las afecciones gastro intestinales, en general, son tributarios de la falta de dietética tan difícil de cumplir en estos sujetos.

El estreptococo estáfilo y colibacilo son sus huéspedes habituales.

El hígado funciona incompletamente, utiliza mal las grasas y los hidratos de carbono. La ictericia es frecunte.

Aparato circulatorio y renal. — Poco tenemos que decir. El corazón late debilmente. El pulso pequeño, apenas perceptible. La alcalinidad de la sangre se encuentra disminuída lo que para Nobecourt tiene gran importancia en la aparición del esclerema.

Hay aumento de acidez y toxicidad de la orina en relación á la falta de oxidaciones en general. La formación de infartos uraticos se comprueba en la mayoría de los débiles.

Virchow, en razón de su frecuencia, comprobada en las autopsias de los recién nacidos, los considera como un hecho fisiológico produciéndose únicamente en los niños que han respirado, proponiéndose obtener por este medio un signo importante para la práctica de la medicina legal.

Parrot, al contrario, cree que son siempre patológicos, que se observan cuando las oxidaciones son incompletas, cuando existe deshidratación de

los tejidos y cuando hay enfriamiento y de ahí que se encuentren sobre todo en los débiles congénitos, en los niños nacidos antes de término y en las caquexias de orígen gastro-intestinal. Su frecuencia es mayor durante el primer mes de la vida.

Para Virchow están formados de uratos de amonio y según Parrót de uratos de sodio. En general tienen la forma de pajuelas, de preciptaciones de un color amarillento, amarillo negruzco ó rojizo. Se localizan en las pelvis renales, los cálices y vasinetes.

La secreción de orina es escasa. A veces el débil se pasa uno y hasta dos días sin orinar, no por pereza vescical sino por falta de secreción. Se han observado fenómenos ureímicos á forma convulsiva ó comatosa.

Como elemento de transición entre l afisiología y la patología de la debilidad congénita podemos citar como complemento del estudio de las particularidades de su estado: la cianosis y el esclerema.

La cianosis es frecuente comprobarla como síndroma. Interviene para su producción la poca amplitud respiratoria, la astenia cardiaca relativa y la hipotermia.

Para Budin la cianosis se debe á la insuficiencia de la nutrición que resulta sea de la ingestión de una pequeña cantidad de leche, ó de los vómitos que impiden asimilar la cantidad de alimento necesario.

Según Mme. Henry las crisis de cianosis se producen á consecuencia de la sobrecarga gástrica pudiendo suceder que estas crisis cesen por la expulsión de coágulos de caseina.

Un niño atacado de cianosis se pone frío, de un color azul violaceo, marcado sobre todo alrededor de la boca, las manos y los piés. No llora y si lo hace es bajo la forma de un llanto quejumbroso. La respiración apenas se percibe. El pulso poco frecuente, se han visto casos en que ha bajado hasta 50 latidos por minuto.

Otras veces la cianosis sobreviene bajo la forma de crisis, de aponea y con coloración negra de los tegamentos.

Es necesario intervenir rápidamente por medio de estimulantes enérgicos si se quiere salvar al niño, sino muere con una temperatura muy baja.

Exclerema. — Se le observa cuando el niño ha estado sometido durante largo tiempo á la acción del frío.

Tiende á localizarse sobre todo en las extremidades inferiores — pantorillas, regién maleolar y los pies — remontando puede invadir todo el cuerpo dándole un aspecto cadavérico.

Parece que la acción del frío no obra sinó como causa ocasional, debiendo existir ciertas alteraciones químicas que obran facilitando la solidificación del tejido adiposo sub-cutáneo.

Langer ha encontrado en el recién nacido exceso de ácido palmítico (31 por ciento) en vez de 10 por ciento que hay en el adulto).

Knoefelmacher atribuye su aparición á la escasa cantidad de ácido oleico que obra manteniendo la solubilidad de la grasa, volviéndose más espesa cuando aquel disminuye. En estos casos ha encontrado 33 por ciento de ácido oleico.

Para Parrót, ciertos casos de diarreas intensas que producen la deshidratación de los tejidos parece que favorecieran la aparición del esclerema.

Nobecourt da gran importancia al estado de alcalinidad de la sangre en la aparición del esclerema parcial.

Otros autores, en fin, sostienen la hipótesis de que el esclerema adiposo depende de una esclerosis esencial del tejido sub-cutáneo.

Para nosotros el esclerema — diremos que se debe á solidificación por hipotermia y variaciones químicas en la composición de la grasa.

TRATAMIENTO

El capítulo más interesante de la debilidad congénita lo reclama indiscutiblemente el del tratamiento. Este nos demuestra como con medios adecuados, perseverantes, y sobre todo bien conducidos estamos en condiciones, en muchísimos casos de conservar la vida á seres cuya estructura orgánica los condenan fatalmente á la muerte. Y el tratamiento en resúmen nada tiene de extraordinario, toma orígen en el concimiento de la fisiología especial del débil congénito, cuyas insuficiencias debemos atenuar primero y modificar después.

Nosotros tratamos en este capítulo de colocarnos en un terreno esencialmente práctico, pues si algo hay de difícil en este tratamiento es la dificultad, es la incertidumbre, la falta de un criterio práctico que nos guie en la conducción de ese tratamiento.

Tendremos en cuenta exclusivamente al enfermo, al débil congénito; trataremos de llenar las indicaciones terapéuticas que ese estado reclama, en una palabra, expondremos *lo que debe hacerse* y no *lo que sería bueno hacer*.

Veremos también más adelante algunos juicios, algunas estadísticas que nos revelarían de un modo evidente, lo que puede esperarse del tratamiento, cuando este tiene por base, el conocimiento profundo del débil congénito y de los medios que nosotros actualmente estamos en condiciones de hacer por ellos.

El tratamiento de la debilidad congénita es complejo en medios, aunque sencilla su aplicación. Desde luego diremos que nos referimos aquí á los débiles no hereditarios (Heredo sifilis — tuberculosis, etc.) estos además del tratamiento clásicos á la debilidad congénita declaman la intervención del tratamiento susceptible de contrarrestar la acción de la diátesis originaria.

Recordando la fisiología ó mejor dicho los caracteres principales al débil congénito, surgen indicaciones terapéuticas bien definidas que podemos concretar siguiendo á los clásicos en tres grandes órdenes de acción: *combatir la hipotermia — estimular la vitalidad* aletargada del débil y *reglar su alimentación.*

Como corolario obligado, someterlos á una profilaxia rigurosa con el objeto de evitar infecciones y procesos que se declaran y evolucionan admirablemente bien en seres cuya defensa orgánica

está muy disminuída por el hecho mismo de su debilidad constitucional.

Tratamiento de la hipotermia. — Las indicaciones terapéuticas determinadas por la hipotermia son susceptibles de variar de acuerdo con el grado de hipotermia que presenta el débil.

Cuando la temperatura rectal alcanza 36° y más, puede perscindirse de las incubadoras y obtener la estimulación del calor por medios ordinarios: envolver el niño en algodón; cubrirle la cabeza también con algodón; botellas de agua caliente á los pies y á los costados del cuerpo, teniendo cuidado de colocar al niño en un medio cuya temperatura ambiente no descienda de 18°, 19°, 20°.

Si á pesar de esto la temperatura tiene tendencia á descender puede recurrirse á los baños estimulante: de una temperatura de 37°, 38°, baños sinapizados de 5 á 10 minutos de duración; luego se seca bien al niño y se le practican, si se cree conveniente fricciones en todo el cuerpo con alcohol, vinagre aromático, etc. de este modo se logra combatir ha hipotermia y estimular al organismo. La acción de las fricciones cutáneas, es indiscutible bajo el punto de vista de la exitación orgánica general del niño y aún del adulto; las combustiones se activan, las secreciones lo mismo, cumpliéndose así una de las indicaciones principales de la debilidad congénita.

Hecha la fricción se envuelve al niño y se le coloca en las condiciones anteriormente dichas.

Cuando la temperatura es inferior á 36° y cuando el tratamiento anterior no logra aumentar la temperatura hay necesidad de recurrir á las incubadoras.

No entraremos en las discusiones que han apasionado á los autores en el sentido de la eficacia de tales aparatos, ellos en muchos casos han dado su resultado y esto nos basta, nosotros la admitimos y la empleamos porqué hemos podido apreciarlos.

Su uso se remonta hacia el año 1857 en que Denuce ideó su aparato incubadora. Tenía la forma de una cuna. Formada de dos cajas de metal, zinc, encajadas la una en la otra y unidas por sus bordes superiores, pero como la interior era más pequeña dejaban entre sus paredes un espacio vacío destinado al agua caliente. Esta penetraba por medio de un embudo colocado en la parte superior y salía por la inferior por medio de un robinete de evacuación. Un termómetro colocado en el interior del aparato marcaba la temperatura la que cuando bajaba se hacía salir agua y se le agregaba la misma cantidad pero más caliente. Para evitar el mayor desprendimento de calor se cubría todo el aparato con un manto de lana.

En el año 1880 Tarnier imaginó su nuevo modelo de incubadora la que después se le hicieron

diversas modificaciones con el fin de perfeccionarlos. Su primitivo aparato era todo de madera pero después con el fin de tener en mejor observación al niño, se reemplazó la madera de las paredes laterales y superior por paredes de vidrio que se unían por medio de molduras he hierro. Primero, el calor se obtenía por medio de botellas llenas de agua caliente colocadas en el compartimento inferior, pero luego se las substituyeron por un recipiente destinado á contener el agua.

Esta incubadora no es sino una caja de 65 centímetros de largo, 36 de ancho y 50 de alto, dividida en dos compartimentos, superior é inferior, por medio de un tabique incompleto en uno de sus extremos para dar libre acceso al aire. Este tabique colocado á unos 17 centímetros por arriba del piso de la incubadora contiene el lecho destinado al niño. El aire, penetrando por aberturas de la parte inferior del aparato se calienta al contacto del agua siguiendo al otro compartimento de donde se desprende al exterior por medio de un orificio de salida, el cual se adapta un tubo munido en su interior de una élice movible y que dá vuelta bajo la influencia de la más débil corriente de aire. En el espacio que hace comunicar los dos compartimentos se colocan una esponga embebida en agua para humedecer el aire, y un termómetro destinado á marcar la temperatura.

Tanto estas incubadoras como la de otros autores. — Pagot, Hutinel, etc. — que se han ocupado con interés de este asunto, carecen del mecanismo á propósito para mantener una temperatura constante, condición esencial á la buena aplicación de estos aparatos.

Las incubadoras actuales llenan esta condición merced á la existencia de un termo-regulador de la temperatura.

Vamos á describir someramente la incubadora Lion que es la que que está más en uso.

Se compone de una caja en forma cuadrangular que descansa sobre un soporte metálico como de un metro de altura.

Las paredes de la cámara son todas de metál, menos la anterior ó puerta y la lateral izquierda que son de vidrio.

En el interior existe un recipiente en forma de tubo que costea las cuatro paredes y cuyos extremos no se tocan; de cada uno, es decir, de cada extremo parte otro tubo que va á ponerse en comunicación con un cilindro exterior á doble pared que es el que recibe la acción directa de la fuente del calor. Además, del mismo parte otro tubo que da escape al vapor en caso de que adquiera mucha presión.

El agua es introducida por medio de un embudo en continuación con un tubo que llega al recipiente interior.

A fin de mantener la temperatura absolutamente constante en el interior de la cámara de intubación, cualquiera que sean las variaciones de la temperatura atmosférica y las modificaciones de presión en los conductos de gas, la incubadora está provista de un regulador del calor á doble efecto.

Consiste en una espiral de cobre que bajo la influencia del calor se dilata y bajo la acción del frío se encoje. A ésta espiral se encuentra adaptado un sistema de palancas al cual va suspendido un cono obturador por intermedio de una cadenita. Este cono según que obture el cilindro exterior sometido á la acción del calor ó se separe de él, permite la utilización total ó parcial del calor que se desprende.

El aire penetra por un tubo de boca ancha situado en la parte izquierda é inferior del aparato. Se filtra á través de algodones y humedece debido á la existencia de una esponga impregnada de agua ó de un recipiente que contiene este líquido; luego sale por una chimenea que se encuentra en la parte superior y que contiene un pequeño molinete que gira bajo la influencia de la corriente de aire.

Un termómetro, cuya cubeta dá al interior de la cámara de intubación, marca la temperatura. Además existe un higrometro. La incubadora

Lion es á gas. Existen otros modelos parecidos, á electricidad, alcohol, etc.

Como hemos dicho, el uso de estos aparatos, aunque discutido, tienden á generalizarse.

Marfán, que era partidario al principio, hoy las critica, pero sus argumentos son banales; la mala aeración, la dificultad de higienizar, el mantenimiento de la temperatura, los peligros de sacar al chico para darle de mamar, etc.

Hurtinet que es preparado en la materia las usa.

Por lo que respecta á nosotros aconsejamos su uso en vista de los buenos resultados obtenidos. Lo que sí deben tenerse en su aplicación ciertos cuidados imprescindibles si se quiere obtener los beneficios deseados.

La temperatura debe oscilar entre 25 y 30 grados.

Tarnier usaba 35°, lo que es excesivo. Temperaturas elevadas pueden ocasionar trastornos del niño: cerebrales, circulatorios, etc.

La temperatura ambiente en el momento de sacar al niño para darle de mamar debe ser de 22° á 24° y siempre que sea posible es conveniente que se le de de mamar al lado de la estufa, teniendo cuidado tan pronto como termine, de poner de nuevo el niño en la incubadora.

A pesar de que algunos autores prefieren que el incubado sea puesto desnudo — creo que esta

práctica no es conveniente porque generalmente la temperatura ambiente es inferior á la de la incubadora y este cambio es perjudicial como sabemos para el débil congénito.

¿Cuándo debe sacarse al niño de la incubadora?

Cuando tenga 2800 á 3000 gramos y cuando su temperatura haya alcanzado 37° no menos.

Generalmente permanecen de dos á cuatro ó seis semanas; en fin, esto es muy variable según el caso.

Una vez que retirado de la incubadora pasen dos días sin tener necesidad de volver á ella es indicio de que el débil congénito se encuentra en buenas condiciones de vitalidad y que seguirá desarrollándose normalmente.

Estimulación general. — Se obtiene con diversos medios: baños, fricciones, masajes, etc.; estos medios obran de una manera compleja; estimulan la nutrición celular, activan la circulación y las combustiones orgánicas constituyendo en una palabra, una verdadera exitación vital.

A más de esto desempeñan los baños y fricciones otro papel no menos importante; conservan la piel limpia en forma tal que las funciones secretorias no se interrumpen y las infecciones cutáneas á las cuales el débil conjunto está predispuesto no se producen con tanta facilidad.

Fuera de lo que hemos dicho anteriormente res-

pecto á los baños agregaremos aquí algunos detalles para su administración. Se hará uso de una bañadera aséptica, asepsia que se consigue fácilmente quemándola con alcohol; el agua debe tener de 37° á 38° y lo más asépticamente posible, especialmente cuando se trata de niños cuya cicatriz umbilical no está bien hecha y que puede ser el punto de partida de infecciones. La duración más conveniente de estos baños varian entre 5 y 10 minuto. Se hace más estimulante el baño si agregamos una cierta cantidad se harina de mostaza ó vinagre aromático. Se saca al niño del baño y colocado cerca de una fuente de calor se le hacen fricciones con alcohol á 90° ó con agua de colonia. Una vez secado se le envuelve en algodón y se colcoa ya sea en su cuna, en las condiciones anteriormente indicadas al hablar del tratamiento de la hipotermia, ó ya en la incubadora.

El masaje indicado sobre todo en caso de esclerema puede practicarse inmediatamente después de las fricciones, de una manera lenta, sin hacer grandes presiones, en las extremidades y en el tronco, con los dedos mojados en aceite y haciendo ejecutar ligeros movimientos en las articulaciones.

Los baños pueden darse dos ó más veces por día, lo mismo que las fricciones y el masaje.

Según la susceptibilidad cutánea del débil, que siempre es pronunciada, puede inmediatamente

después del baño ó las fricciones espolvorearse con algún polvo secante : talco, oxido de zinc, etc.

Entre los medios poderosos de estimulación podemos contar con las inyecciones de suero artificial. Algunos autores la rechazan basados en la vulnerabilidad especial de la piel de estos seres ; sin embargo, nosotros las hemos practicado varias veces en la Casa de Expósitos, sin tener que arrepentirnos de sus resultados locales, como la formación de escasas, abcesos, etc., consecuencias que fácilmente se evitan guardando todas las reglas de asepsia necesarias y haciendo inyecciones á dosis pequeñas, de 5 á 10 ó 20 cm3., con lentitud y poca presión, de manera que el líquido penetre en el tejido celular lenta y progresivamente ayudando al mismo tiempo su absorción por medio de un suave masaje de la región. Entre los sitios más adecuados para practicar estas inyecicones tenemos la región de los flancos y la cara externa de los muslos.

Alimentación. — Es de lo más delicado del tratamiento de la debilidad congénita. Las reglas de dietitica son difíciles de cumplir ; aparte de una cantidad de casos que se nos presentan careciendo del poder necesario para mamar, teniendo entonecs que recurrir á medios artificiales para administrar el alimento. Desde ya, sentemos esto : que el débil congénito debe ser alimentado al seno materno ó en su defecto por una nodriza de

elección, pues, la leche animal los condena fatalmente á la muerte, y este hecho se ratifica á diario.

La cantidad de alimento á dar, varia según el peso; un débil de 2000 á 2500 gramos debe mamar de diez á once veces en las 24 horas.

La alimentación insuficiente tiene grandes inconvenientes; disminución de peso. cianosis (Budin) etc. y la excesiva trae perturbaciones gastro-intestinales.

Debe darse también el consejo de la cantidad por mamada; 15 gramos por succión en un débil congénito de 1000 á 1500 gramos, de modo que ingiera 150 gramos en las 24 horas; es una buena cifra para el segundo y tercer día; la cantidad se modifica ligeramente entre el tercero y cuarto día; 18 gramos, después 20, nada más que dos ó tres gramos de aumento; á los quince días debe ingerir 300 gramos en las 24 horas.

La cantidad que debe ingerir un débil congénito en cada mamada es mayor que la de un recién nacido normal; éste mama de cuatro á cinco gramos por succión en el segundo día, mientras que en aquel se aconseja el doble, casi el triple de esa cantidad.

Budin, después de observaciones repetidas ha dado á conocer la cantidad que debe mamar un débil congénito según su peso durante las veinte y cuatro horas. Los divide en tres grupos: 1.° Ni-

ños de 1800 gramos abajo; 2.° de 1800 á 2200 y 3.° 2200 á 2500 gramos y da las siguientes cifras:

1.° niños de 1800, y ms.	2.° 1800 á 2200	3.° 2200 á 2500
2.° día: 115 grs.	2.° día: 128 grs.	2.° día: 180 grs.
3.° » 160 »	3.° » 175 »	3.° » 235 »
4.° » 210 »	4.° » 225 »	4.° » 295 »
3.° » 225 »	5.° » 305 »	5.° » 335 »
6.° » 250 »	6.° » 325 »	6.° » 370 »
7.° » 280 »	7.° » 335 »	7.° » 375 »
8.° » 285 »	8.° » 350 »	8.° » 385 »
9.° » 310 »	9.° » 380 »	9.° » 415 »
10.° » 320 »	10.° » 410 »	1g.° » 425 »

Cuando pasan el décimo día del nacimiento entonces calcula Budin que el débil debe tomar una cantidad de leche por día igual al veinte por ciento de su peso, proporción mucho mayor que en el recién nacido normal que es de un 14 á 15 o/o.

La ley de Tarnier según la cual se calcula la cantidad de leche que debe tomar un niño cada vez que mama, multiplicando las dos últimas cifras del peso por dos, no es aplicable en estos casos.

Si ocurre que haya necesidad de tomar una nodriza para alimentar al débil congénito y para que ésta no pierda su leche, porqué el débil no exita la secreción, se hace amamantar el niño de la nodriza por la madre del débil y por aquella misma que amás amamanta al débil, modo por el cual se consigue no perjudicar á la nodriza en su mayor capital que es su secreción lactea y se consigue muchas veces hacer de la madre del débil una buena nodriza.

Si el niño no tiene la fuerza necesaria para succionar, entonces la madre ó nodriza lo ayuda haciendo ligeras presiones alrededor del pezón, ordeñándose en una palabra, para facilitar así la salida de la leche, si esto no dá resultado se recurre entonces á la alimentación con cuchara.

Primero se saca la leche por medio de una pezonera perfectamente aséptica ó por presión recogiéndola en un recipiente en las mismas condiciones y luego se le dá á tomar por cucharaditas. Sabiendo la capacidad de cada una, seis á siete gramos puede calcularse fácilmente la cantidad por vez según el número. En fin, sucede muy á menudo que todos estos medios no dan resultado porque la deglución es perezosa ó no se hace, escurriéndose entonces la leche por las comisuras de los labios: nos queda el recurso del gavage.

El aparato se compone de un tubo de Faucher ó una simple sonda de goma ó cautchouc rojo.

Una sonda nelatón del núm. 12 al 16 son á propósito á la cual se adapta un embudo de vidrio graduado. Para introducirla se hace de la siguiente manera: el índice izquierdo sirve de conductor, se introduce hasta la base de la lengua y se desliza á su largo la sonda tenida con la mano derecha.

Una vez que entra en el exófago se hace deslizar unos quince centimetros al cabo de los cuales la punta ha penetrado en el estómago; se

adapta entonces el embudo en el extremo superior y se le echa la cantidad de leche indicada según el caso, la que desciende y cae en el estómago por su propio peso. Una vez hecho esto, se retira rápidamente la sonda porque de lo contrario podría el niño vomitar el líquido introducido. Cuando el gavage es bien hecho el vomito no se produce, aumenta el niño paulatinamente de peso, y las deposiciones son bien ligadas de un color amarillento.

Desde que tenga la suficiente fuerza para mamar, entonces conviene ponerlo al seno y no se le gavará sino cuando sea necesario, dos ó tres veces al día, lo que Tarnier llama «gavage de refuerzo», porqué entretanto el niño va adquiriendo el vigor necesario para mamar y digerir bien.

El gavage por la nariz también ha sido aconsejado, pero tiene grandes inconvenientes. Las fosas nasales son muy estrechas para dejar pasar la sonda, amás, provoca el estarnudo y la tos con más intensidad y frecuencia que cuando se inyecta directamente el líquido por esa vía.

Hemos dicho ya que según Budin, después del décimo día el débil debe ingerir una cantidad de leche igual al veinte por ciento ó lo que es lo mismo un poco más de la quinta parte de su peso total.

Estas cifras, sin embargo, no tienen sino un valor relativo; hay que tener muy en cuenta el

estado del tubo digestivo y la calidad de la leche.

Una vez regulada la temperatura, la curva del peso constituye la prueba más elocuente del estado de prosperidad ó decadencia del débil congénito.

Cuando estos han adquirido cierto vigor y pasado los peligros de la debilidad congénita, entonces, serán alimentadas y tratadas en general con las mismas prácticas y reglas que los demás niños normales.

Veamos ahora lo que dicen algunas estadísticas:

La mortalidad en bloc es considerable pero hay que tener en cuenta que las diversas estadísticas no están de acuerdo.

Aquella de Budin da un 48 po rciento de mortalidad, Teniendo en cuenta la vida intrauterina, la mortalidad es tanto menor cuanto más próximo al término ha sido el nacimiento. La estadística de Tarnier da lo siguiente:

Niños de seis meses de vida intra-uterina, mortalidad: 84 por ciento; de siete meses, 51 por ciento; de ocho meses, 12 por ciento.

Voy á presentar la estadística de debilidad congénita de la Casa de Expósitos del año 1900 á 1907. Hubieron en dicho intervalo 51 débiles congénitos. Respecto al peso, uno de 1090 gramos el

de menor peso, los demás hasta 2500, quedando próximos á la cifra de Budín de 1000 á 2500 gms. Al examinar la cifra de mortalidad no debemos olvidar que el niño no pasa de la cuna á la incubadora sin antes haber sufrido las horcas caudinas del abandono; la estadística dá 31 muertos y 20 vivos; de estos últimos, once han pasado los cuatro meses y medio, cinco han llegado á los siete meses y cuatro á la segunda infancia, tres años.

Respecto á las condiciones del peso de los sobrevivientes, tenemos uno de 1090 gramos de cuatro meses y medio de sobrevida, uno de 1900 gramos llegó á los dos años, con lo cual queda demostrado que hay que insitir con interés en el tratamiento de los débiles congénitos. Han sobrevivido veinte y si de los muertos redujéramos los que tenían menos de seis meses y medio de vida intrauterina, no es una gran mortalidad.

HISTORIAS CLÍNICAS

Lo más demostrativo y que tiene verdadera importancia en las historias clínicas son la temperatura y el peso. Los heco clínicos que menciono y que consignan lo que he expresado anteriormente han sido tomados en los servicios de la Casa de Expósitos.

María 17422 — Entra al servicio del Dr. Ruiz Huidobro el 8 de Febrero de 1907.

Edad 8 días; diagnóstico: Debilidad congénita. La temperatura á la entrada fué de 35° 6.

Se le pone á incubadora y desde entonces osciló entre 36° y 37°.

Lo más importante del caso son las anotaciones del peso; fué progresivamente ascendente. Las pesadas han sido tomadas cada cinco días desde el mes de Marzo en adelante. En Febrero fué pesada el 10, el 20 y 28, dando 1150, 1120 y 1160 respectivamente. Luego el peso siguió así:

Marzo	5	10	15	20	25	30
Grs.:	1180	1190	1240	1210	1370	1410
Abril	5	10	15	20	25	30
Grs.:	1450	1530	1640	1660	1700	1750

Mayo 5 — 10 — 15 — 20 — 25 — 30
Grs. : 1770 — 1820 — 1850 — 1920 — 2050 — 2090

Junio 5 — 10 — 15 — 20 — 25 — 30
Grs. : 2200 — 2250 — 2330 — 2410 — 2460 — 2540

Julio 5 — 10 — 15 — 20 — 25 — 30
Grs. : 2670 — 2740 — 2770 — 2860 — 2935 — 3040

En esta fecha á causa de una enteritis catarral se experimenta una disminución de peso.

Agosto 5 — 10 — 15 — 20 — 25 — 30
Grs. : 2940 — 3030 — 3100 — 3150 — 3100 — 3240

Septiembre 5 — 10
Gramos : 3200 — 3050

Estos últimos pesados irregulares coincidieron con un estado prodrómico de sarampión el cual se complica luego de bronco-neumonía á consecuencia de la cual muere.

Observación segunda :

Francisca 18220 — Fecha de entrada el 12 de Octubre de 1907.

Temperatura : 35° 8 — Peso 1700 gramos.

Diagnóstico : Delibilidad congénita, congestión pulmunar ; dispepsia intestinal con catarro intermitente.

Fué puesto á incubadora durante un mes, luego tratado por medios ordinarios de estimulación al calor.

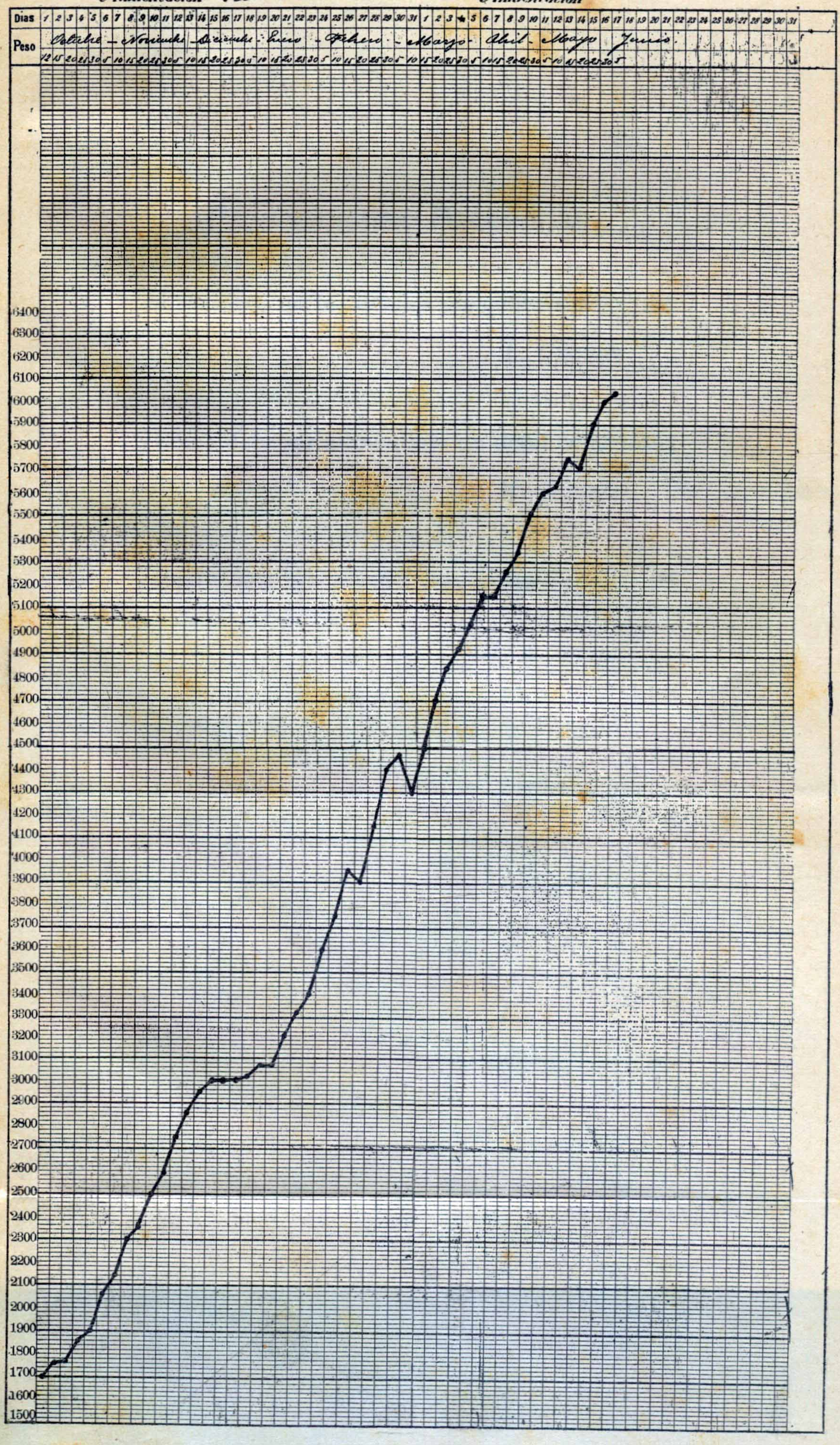
A continuación acompaño el cuadro de pesadas.

ROBERTO E. ANDRILI

CASA DE EXPOSITOS **CASA DE EXPOSITOS**

Exposito Francisca *Nº* 18220 *Exposito* *Nº*

Alimentacion Pecho *Alimentacion*



Proposiciones Accesorias

Infecciones en los débiles congénitos.

L. Güemes.

¿Cómo debe ser alimentado un débil congénito?

M. Centeno.

¿Cuáles son las alteraciones de los órganos en los débiles congénitos?

M. A. Santa.

Nómbrase al señor Consejero Dr. Luis Güemes, al profesor titular doctor Angel M. Centeno y al profesor suplente doctor Manuel A. Santos para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.° de la Ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón.

R. S. Gómez
Secretario

Buenos Aires, Junio 19 de 1908.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 1871 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. Cantón.

R. S. Gómez
Secretario

BIBLIOGRAFÍA

A. B. Marfan — Traité de l'Allaitement.

P. Budin — Le Nourisson.

C. Parax et J. Durante—Archives de Mèdicine des enfants, N. 11 — 1902.

H. de Rotschild — Higiene el patologie du Nourrison.

A. Ribemont—Dessaignes et G. Lepage—Precis d'Obstétrique.

A. Nil Filatow — Diagnostic el semeiologie des maladies de l'enfance.