Año 1909 N. 1926

FACULTAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Emilio Mambretti

Atrépsia

EL ARTE
Est. Tip. de JOSÈ SORRENTINO - Córdoba 2258
BUENOS AIRES
1909

ATRÉPSIA

Año 1909 N. 1926

FACULTAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Emilio Mambretti

Atrépsia

EL ARTE
Est. Tip. de JOSÈ SORRENTINO - Córdoba 2258
BUENOS AIRES
1909

—La facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 38 del Reglamento General)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Academia de Medicina

Presidente — EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente — PEDRO N. ARATA

Miembros de la Academia

1. Dr. D. José T. Baca
2. " " Rafael Herrera Vegas
3. " " Jacob de Tezanos Pinto
4. " " Eufemio Uballes
5. " " Pedro N. Arata
6. " " Roberto Wernicke
7. " " Pedro Lagleyze
8. " " José Penna
9. " " Luis Güemes
10. " " Eliseo Cantón
11. " " Enrique Bazterrica
12. " " Antonio C. Gandolfo
13. " " José M. Ramos Mejía

Secretario — JACOB DE TEZANOS PINTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón
" " Luis Güemes
" " Enrique Bazterrica
" " Antonio C. Gandolfo
" " José M. Ramos Mejía
" " Baldomero Sommer
" " G. Araoz Alfaro
" " José R. Semprun
" " Abel Ayerza
" " Jaime R. Costa
" " Eufemio Uballes
" " Francisco Sicardi
" " Telémaco Susini
" " Nicasio Etchepareborda
" " Eduardo Obejero.

Secretarios

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

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos Titulares
Zoología Médica		Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	„	Jaime R. Costa
Qímica Médica	„	Atanasio Quiroga
Botánica Médica	„	Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	„	Pedro N. Arata
Histología	„	Rodolfo Gainza
Anatomía Descriptiva	„	Joaquin López Figueroa
Anatomía Descriptiva	„	José Arce (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	„	Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	„	Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	„	Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	„	Telémaco Susini
Bacteriología	„	Carlos Malbrán
Higiene Pública y Privada	„	Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	„	Justiniano Ledesma
Patología externa	„	Obdulio Hernandez
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
Patología Interna	„	Marcial V. Quiroga
Medicina Legal	„	Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	„	Antonio C. Gandolfo
» Médica	„	Ignacio Allende
» Obstétrica	„	Samuel Molina
Toxicología Experimental	„	Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	„	Angel M. Centeno
Clínica Médica	„	Abel Ayerza
» Génito urinarias	„	Pedro Benedit
» Psiquiátrica	„	Domingo Cabred
» Quirúrgica	„	Diógenes Decoud
» Obstétrica	„	Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica.	Dr. D. J. Greenway
Física Médica.	„ Alfredo Lanari
Botánica Médica	„ Rodolfo Enriquez
Hstología.	„ Julio G. Fernandez
Bacteriología.	„ Juan C. Delfino
	„ Leopoldo Uriarte
	„ Alois Bachmann
Higiene Médica.	„ Felipe Justo
Clínica Ginecológica.	„ Jaime Salvador
" Oto-rino-laringológica. .	„ Eliseo V. Segura
Patología externa	„ Carlos Robertson
	„ Ricardo S. Gómez
Patología interna.	„ Ricardo Colón
Clínica Oftalmológica. . . .	„ Enrique Demaría
	„ Francisco Llobet
	„ Marcelo Viñas
" Quirúrgica.	„ M. Herrera Vegas
	„ José Arce
" Neurológica	„ Mariano Alurralde
Medicina Legal.	„ Pedro Barbieri
Clínica Médica	„ Luis Agote
	„ David Speroni
	„ Enrique A. Pardo
	„ Enrique Zárate
Clínica Obstétrica	„ Arturo Enríquez
	„ A. Peralta Ramos
	„ Manuel A. Santas
Clínica Pediátrica	„ Mamerto Acuña
	„ Genaro Sisto
" Génito-urinaria. . . .	„ Bernardino Maraini
" Psiquiátrica.	„ José T. Borda

ESCUELA DE MEDICINA

Profesores honorarios

DR. ROBERTO WERNICKE
" JUAN R. FERNANDEZ

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	Dr. Juan José Galiano
Anatomía Patológica	„ José Badía
Clínica Ginecológica	„ Alfredo Lagarde
	„ José F. Molinari
Clínica Médica	„ Patricio Fleming
Clínica Oftalmológica	„ Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	„ Daniel J. Cranwell
	„ Avelino Gutierrez
Clínica Dermatog. sifilográfica	„ M. Aberastury
Clínica Neurológica	„ José A. Esteves
	„ José R. Semprun
Clínica Psiquiátrica	„ Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	„ Antanio F. Piñero
Medicina Legal	„ Domingo S. Cavia

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada. . . .	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía. . . .	" Adolfo Mújica
Química inorgánica aplicada. .	" Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada. .	" Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonadas.	" Juan A. Boeri
Física farmacéutica.	" Julio J. Gatti
Química Analítica y Toxicológica (primer curso). . . .	" Francisco P. Lavalle
Técnica frmaacéutica. . . .	" 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
Farmacognosia y posología razonadas.	Dr. Juan A. Dominguez

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y clínica Obstétrica	Dr. Fanor Velarde

Asignaturas	Catedraticos substitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distócico y clínica obstétrica	Dr. Miguel Z. O'Farrell „ Ubaldo Fernandez „ J. C. Llames Masini

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedraticos titulares
Anatomía. Fisiología, Patología Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	Dr. León Pereyra „ N. Echepareborda

PADRINO DE TÉSIS

Doctor RICARDO LYNCH

A LA MEMORIA

de mí querido padre

A MI MADRE

A LOS MIOS

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Presento á vuestra consideración mi trabajo sobre atrepsia como prueba final de mis estudios universitarios.

El haber estado un tiempo en el servicio del doctor Lynch donde tuve la oportunidad de estudiar unos cuantos niños atrepsicos y observar los resultados que se obtiene aplicando su método, fue la idea inicial que me decidió á escribir sobre este punto.

Tenia la intencion de presentaros un trabajo verdaderamente original é interesante bajo muchos puntos de vista de la atrepsia infantil, pero la imposibilidad material de realizarlo en el escaso tiempo de que dispongo, me han inducido á dejar ese trabajo para mas adelante cuando pueda realizarlo con mayores conocimientos y mayor experiencia.

Forzado por las circunstancias me limito pues á presentaros este trabajo más bien de recopilación, en el que hago una exposición de muchos de los trabajos mas importantes sobre este tópico, y espongo las diferentes opiniones reinantes respecto de la atrepsia.

Mi mas frofundo agradecimiento al doctor Ricardo Lynch quien me hace el honor de acompañarme como padrino de tesis, sintiendo no poder utilizar su abundante material para realizar una obra más completa.

A los doctores Máximo Castro y Marcelo Viñas mi reconocimiento por las enseñanzas que he recibido, siendo practicante en su servicio de cirujía del Hospital de Niños.

Historia

Esta afección aunque no con el nombre que se la conoce hoy día, había empezado á llamar la atención, desde tiempos muy remotos, pues lo que más preocupaba á los observadores de aquellas épocas, era el enflaquecimiento extremo observados en ciertos niños, debido á malas nutriciones, ó á malos regimenes alimenticios, separándolos por completo de los estados consuntivos, debido á enfermedades agudas.

Soriano en el Siglo XVI, fué el primero que llamó la atención sobre este hecho, sin hacer de ello una verdadera descripción.

Pero la palabra atrepsia como se la conoce hoy día fué creada por Parrot en el año 1874, para designar un estado mórbido propio del recién nacido teniendo por punto de partida alteraciones digestivas, y caracterizado por una distrofía general profunda. (Thiercelin).

Fué indudablemente este autor el que ha dado de la atrepsia una descripción que ha quedado clásica, pero tampoco hay que negarle el mérito á otros observadores que antes que él ya la habían descripto, si bien es cierto bajo diversos nombres, y confundiendo entre ellas afecciones de etiología distintas: así Bouchard la describió bajo el nombre de inanición; Hervieux la llamó algidez progresiva de los niños recién nacidos, y Valleix en la descripción del muguet, la confunde con esta afección, los alemanes la denominan atrofía de los recién nacidos.

El concepto clínico de la atrófia difiere en la actualidad del sostenido por Parrot, pués según él la atrépsia era una enfermedad exactamente igual á cualquiera otra afección específica, y aunque en la actualidad existe quién afirma la entidad propia de la atrófia, y la hacen una afección sui generis, respondiendo á un substractum anatómico bien definido; la atrófia de las paredes intestinales; sin embargo, esta individualidad ha sido discutida en la actualidad, y se acepta más bién que esta afección no es específica, sino una terminación, un estado especial, resultando de causas múltiples y de órdenes diferentes.

Marfan define la atrépsia « una forma especial de la *caquecsia* consecutiva á la gastro enteritis crónica vulgar de los lactantes, forma propia á los niños que no han pasado el tercer mes. »

Thiercelín prefiere la definición siguiente. la atrépsia es la caquécsia consecutiva á la infección

gastro intestinal crónica de los lactantes sobreviniendo en los primeros meses de la vida; pués como dice este autor, la gastro enteritis crónica no es absolutamente indispensable para la producción de la infección gastro intestinal y de la atrépsia.

Bendix dice: «Entendemos por atrófia pura una alteración crónica de los lactantes nutridos artificialmente, la cual es caracterizada por una desaparición gradual progresiva de los músculos y de la grasa, con detención del peso ó disminución contínua del mismo hasta llegar á un estado de profundo abatimiento.»

Fuera de estos autores citados existen innumerables cantidad de otros en Francia, Italia, Alemania, etc., que han hecho publicaciones interesantes sobre la atrépsia infantil.

Entre nosotros existen pocos trabajos al respecto, siendo los de los doctores Sisto y Aguilar los más completos como trabajos de recopilación. Los doctores Arraga y Viñas se han ocupado de esta afección con motivo de su publicación sobre la esclerosis del pancreas y de la alimentación de los niños, por el babeurre.

Etiologia y Patogenia

En un trabajo sobre las diversas formas de atrófia infantil publicado por el Doctor Baudrand, divide las atrófias en accidentales y por herencia. Entre las primeras, dice el autor, el niño se hará atrófico si la madre no tiene instinto materno, y no le dá los cuidados necesarios; ó bién si la madre es remplazada por una nodriza, aún cuando le dé el pecho y la leche le convenga, puesto que entonces de la negligencia y la ignorancia nacen diariamente faltas en la crianza; con mayor razón se hará ó podrá hacerse atrófico si en una ú otra de lás condiciones precedentes, el niño se ha criado con biberòn.

Aún criado al pecho por la madre, dice Baudrand, el niño puede hacerse atrófico, aunque siendo la leche suficientemente abundante esta no le con-

venga, y estos hechos no dilucidados no son raros como puede verse en la tesis de Jegourel; y agrega este autor que cree inutil insistir sobre los casos donde las diferentes leches dadas en el biberón son mal toleradas por el niño. En este grupo coloca todos los niños que nacen atróficos, es decir, débiles ó prematuros.

El segundo grupo lo donomina atrófia por herencia, porqué su causa ocacional remonta al orígen mismo del ser.

Pero las atrófias accidentales pueden venir á complicar las atrófias por herencia, y en estos casos es muy dificil determinar cual de estas dos causas es la que príma, sobre todo, dice el autor, si se piensa que en la herencia todo es posible y nada es seguro.

El Profesor Fede divide las atrófias en primitivas y secundarias. La primera es la atrèpsia de Parrot ó atrófia de Henoch; es una verdadera entidad mórbida teniendo su punto de partida en una alimentación defectuosa, y reconociendo por causa una toxi-infección de origen gastro intestinal, mientras que la atrófia secundaria es la que sobreviene á consecuencia de ciertas enfermedades, v.gr. la tuberculosis, la sifilis y la bronco neumonia séptica, con profunda denutrición, etc..

Esta clasificación, según Baudrand, no es tan clara como la suya puesto que según él los límites entre las atrófias primitivas y secundarias no son bién precisos, y los casos que abarca no se distinguen netamente.

Orzi de Firenze, en la patogénesis de la atrépsia secundaria en los primeros meses de la vida, toma en consideración la dificultad más ó menos acentuada, para llenar el acto de la succión, ya notada por otros observadores, y debido probablemente á un retardo de mielinización del llamado lemnisco del pié, ó tracto cortico vulvar de Edinger.

En un trabajo sobre "Contribución experimental al estudio de la patogenia infantil". Pagano estudia sobre conejos jóvenes la acción de la alimentación insuficiente, dándole una cantidad mínima de leche normal y de la alimentación defectuosa, con leche acidulada y pan "avarié"

Todos estos animales, han enflaquecido notablemente tomando un aspecto atrófico, cesando de crecer y perdiendo notablemente sus fuerzas, y dice que esta atrófia y este enflaquecimiento era más manifiesta entre los animales tratados desde los primeros días. La alimentación anormal, agrega, produce en los conejos jóvenes no solamente un estado atrófico, sino también un raquitismo notable, lo que según este autor, viene á confirmar la opinión de Fede según la cual la mala alimentación produce al principio el estado atrófico y después el raquitismo, y concluye diciendo que se puede reproducir entre los animales un estado atrófico análogo á aquel que se observa entre los níños. Esta atrófia es causada por una intoxicación de todo el organismo debido á alteraciones gastro intestinales que producen fermentaciones anormales y toxinas.

Para Bendix existiría una atrépsia en niños alimentados puramente á pecho y en inmejorables condiciones de régimen; debido según él á una falta de alímentación, los niños no aumentan de peso, y se atrasan porque falta la cantidad de leche necesaria para su desarrollo y crecimiento. Según el doctor Sisto, la balanza define la cuestión, pués pesados los niños antes y después de cada mamada, se puede notar que la cantidad de alimento falta en una proporción que se puede determinar por cifras.

El doctor Aguilar dice: « En muchos casos creo que debe ser la atrépsia originada exclusivamente por deficiencia nutritiva, ocasionada por una lactancia miserable, que no altere el tubo digestivo, y sin que exista por lo tanto verdadera enfermedad, sino simplemente inanición en cuyo caso la atrépsia no tiene representación genuinamente morbosa supuesto que es un aniquilamiento orgánico por insuficiente reparacion, pero que no produce lesiones, ni altera la normalidad del funcionalismo de la economía. »

Según Thiercelin, la atrépsia sucede lo más amenudo, á la dispepsia gastro intestinal crónica de los lactantes. Trátase en estos casos de niños que aunque alimentados á pecho, estan sin régimen, es decir, sin método ni medida, por efecto de lo cual presentan al principio los síntomas de una dispépsia, sobreviniendo después la infección gastro intestinal que lo llevará á la atrépsia.

Otras veces se trata de niños con un mal

terreno: debilitados, mal nutridos, ó nacidos antes del término, pués este medio en el cual se desarrolla la atrépsia es necesario tenerlo en cuenta.

El profesor Cattaneo, hace un detenido estudio sobre el íntercambio del calcio y del magnesio, entre un lactante sano de diez meses, y un atrófico de tres meses, alimentados ambos artificialmente, con la misma leche esterilizada; esta precaución de darles á los dos la misma leche, es según el autor importante, pués como lo han demostrado diversos observadores, el intercambio mineral, es muy influenciado. según la calidad de la leche (mujer, animal flaco ó gordo, cruda ó hervida, adicionada o no de harinas, etc., etc.)

Para sus trabajos usa el método de Neumann, de la íncineracion ácida y dice en resúmen: «Si se reduce á tanto por ciento las cifras obtenidas resulta: con respecto al calcio, fué almacenado por el lactante sano 84,7, y por el atrófico 62,4; con respecto al magnesio 86,5 y 80,8 respectivamente. Resulta entonces, menor retención de calcio que de magnesio, lo que para Cronheim y Müller sería debido á la cocción de la leche.

Cita después otros trabajos publicados por diversos autores, en el mismo sentido, y concluye diciendo que es necesario investigar todavía mucho en esta dirección para poder establecer, qué cantidad de sales de calcio y magnesio se absorben, cuanto es eliminado al travéz del intestino, cuanto queda en el organismo, y qué condiciones fisiológicas y patológicas pueden contribuir á modificarlo ó alterarlo.

En un trabajo publicado por el doctor Lucien de Nancy, dice que no se debe admitir como se hace generalmente, de considerar las alteraciones gastro intestinales de los recien nacidos, como capaces por sí solas de determinar la aparición de la atrépsia. Esta opinión la funda sobre la existencia de lesiones profundas de los órganos hematopoiéticos, del riñón y particularmente del bazo, del timo, del cuerpo tiroideo etc., constatados en las autópsias de niños muertos de atrépsia.

Tugendreich, en un trabajo sobre la reacción ácida de los órganos de los mamones atacados de atrépsia, díce: «Los colorantes mixtos se componen de un factor ácido y de un factor alcalino, y los tejidos absorven uno ú otro según su afinidad, es decir, según que ellos sean acidófilos como el tejido conjuntivo, ó basófilos como el parénquima de diversos órganos.

Mosse ha llegado á intervenir la afinidad de las células del higado, haciendo á los animales anémicos por medio de la pyrodina, y se pudo comprobar que tratados estos animales por una mezcla de rojo neutro y de azul de metileno, las células hepáticas de los perros anemiados tomaban el azul, mientras que el higado de los animales sanos se coloreaba en rojo.

Aplicando este método al estudio de las enfermedades de los lactantes, Tugendreich ha constatado con Klein que en la forma aguda de la atrépsia las células hepáticas son basófilas. Esta acidéz (?) ó más bién esta pérdida en alcalinidad

de los tejidos enfermos, se traduce igualmente cuando se tratan los tejidos con el rojo neutro solo, con una coloración mucho menor á aquella que necesitarian las células normales; y agregan después que esta constatación, es tanto más interesante, cuanto que el empleo de la hematoxilina-eosina no permite diferenciar los tejidos sanos de los enfermos.

Algunos autores han considerado la atrépsia como el resultado de una auto intoxicación, pero Baginsky nunca ha constatado en sus experiencias en los animales, una acción tóxica de la orina, ni de estractos de los órganos frescos, provenientes de niños atrépsicos.

Según Czerny la atrépsia seria debido á una intoxicación ácida los lactantes atacados de esta enfermedad presentan un tipo de respiración análoga á la del coma diabético, y caracterizada por inspiraciones profundas, con pausas prolongadas. Baginsky no ha observado nunca este fenómeno sino inmediatamente antes del desenlace fatal.

También se ha querido hacer de la atrépsia una septicemia y aunque un cierto número de niños, atrépsicos, mueran á consecuencia de accidentes sépticos (forúnculos, otitís media supurada etc.) Baginsky no ha constatado la presencia en la sangre de estreptococos y colibacilos, sino en un diez y siete por ciento de sus pequeños enfermos.

Pero es sobre todo la alimentación artificial que es peligrosa, dice el doctor Francisco Fede, es á ella, y á la mamadera que es necesario atri-

buirle la gran mayoría de los casos de atrépsia infantil, á lo que se debe agregar la alimentacion prematura, es decir, el uso antes de los seis meses de papillas y sopas. Todo esto es peor, continúa diciendo, cuando se le agregan causas predisponentes como ser: niños nacidos antes del término ó incompletamente desarrollados, atacados de debilidad congénita, y tenidos en gran cantidad en salas poco vastas, no bien aereadas ni limpias.

La atrepsia dice Thiercelin es más común en verano que en invierno y entre los niños alimentados con mamadera y no con pecho, lo mismo que es más frecuente en los hospitales, maternidades, etc., porque los niños acumulados, agrega este autor, se infectan los unos con los otros, y afirman que hoy día esto es debido á la presencia en ciertos medios, especialmente en los hospitales, de gérmenes mórbidos susceptibles de desarrollarse en el organismo de los recién nacidos é infectarlos.

Este mismo autor en su trabajo sobre la infección experimental por el enterococo, dice que en las autópsias de tres niños atrépsicos ha podido aislar en estado de pureza de la sangre del corazón, un gérmen intermediario al neumococo, estreptococo y estafilococo, al cual le dió el nombre de enterococo, y que inoculado á los animales produjo un enflaquecimiento y una caquexia análoga á la de los atrépsicos, y de esto deduce que el rol de este microbio y su toxina es importante en la producción de la atrépsia.

El bacterium coli commune desempeña, según

el mismo autor, una rol importante en esta afec_ ción y Marfan ha demostrado que la sangre de un atrépsico recogida antes de la muerte, contenia frecuentemente el bacterium coli commune.

Otros atribuyen á este microbio, ser el agente de las complicaciones que sobrevienen en la atrépsia, aunque en la mayoría de los casos se encuentre asociado con otros gérmenes piógenos estreptococos, estafilococos etc.

Sintomatologia

Parrot en su descripción clásica dividia los síntomas del atrépsico en tres periodos: el gastro intestinal ó pre-atrépsico, el hemático y el caquéctico ó de atrepsia confirmada.

Lo que más llama la atención en el primer periodo es la modificación de las materias fecales notándose cambios en su número, color y consistencia, haciéndose mucho más blandas que en el estado normal, verduscas con grumos blancos.

Esta diarrea que es uno de los primeros síntomas, no siempre se presenta en la misma forma, pués en ocaciones se produce en forma lenta, o bién al contrario es desde un principio muy intensa.

En otras ocaciones las heces en lugar de tener un color verdusco son blancas, notándose en ellas una gran cantidad de leche sin digerir. La reacción de las materias fecales, si bién como dice

Parrot, son en su mayoría ácidas, pueden sin embargo como dice el mismo Parrot y otros autores, ser alcalinas ó neutras. Al mismo tiempo la cantidad de orina disminuye, y su color se hace más acentuado.

El niño llora continuamente, debido á que desea satisfacer su sed, que es muy intensa, pero se satisface muy rapidamente, pués como dice Parrot, á pesar de la frecuencia de las mamadas la cantidad de leche que el niño ingiere, es inferior á la normal.

El niño está inquieto, agitado, duerme mal, pudiendo tener regurgitaciones, algunas veces vómitos. Las modificaciones en la temperatura, lo mismo que en el pulso, son muy poco acentuadas.

Hasta aquí dice Parrot, el mal es ligero, muy amenudo pasa desapercibido y si se detiene, la salud apenas atacada, puede restablecerse ó bién continuando sin asistencia ó con un régimen mal dirigido, los síntomas se acentuan, pasando al segundo periodo.

En este periodo el número de las deposiciones aumenta mucho y las materias fecales tienen un olor fuerte y desagradable, siendo constituidas en su mayor parte, por grumos de leche sin digerir y mucosidades.

Los vómitos que en el periodo precedente, eran muy poco pronunciados, se hacen más numerosos, las regurgitaciones son ácidas, con un olor de manteca ráncia. No es raro constatar ulceraciones sobre diversas partes de la boca, mucho

más acentuada, sobre el frenillo de la lengua, labio inferior y sobre la bóveda palatina. Estas ulceraciones fueron descritas por Billard con el nombre de estomatitis ulcerosa, según Parrot, una de las ulceraciones más frecuentes, es la que ocupa el frenillo del labio inferior mientras que según las observaciones de otros autores, estas pueden ocupar indiferentemente cualquier lugar de la cavidad bucal.

La mucosa bucal rosada y seca, la lengua se la vé recubierta por una gran cantidad de puntos blancos de muguet, que después cubren las otras regiones de la boca formando anchas placas blancas. Este muguet es un cuerpo extraño que molesta la succión y la deglución, y á juzgar por la agitación contínua de sus labios y de la lengua parece que el niño buscara librarse de él, y según Parrot, esta capa de muguet disminuyendo considerablemente la sensibilidad de la mucosa, contribuiría en parte, á mantener la inapetencia del niño.

El apetito ha disminuido considerablemente, las orinas se hacen más oscuras y menos abundantes notándose sobre todo una sobre carga en uratos. Es muy común ver aparecer sobre la piel manchas eritematosas, sobre todo acentuadas en los pliegues inguinales, muslos, bolsas, grandes labios, que aveces se transforman en un verdadero eczema.

En la mayor parte de estos enfermitos, la temperatura es muy instable, notándose ocsilacio-

nes que pueden pasar de dos grado-; en otros ella toma muy pronto una marcha regularmente decreciente.

Las modificaciones del pulso, siguen casi siempre las variaciones anotadas para la temperatura.

En este periodo es cuando aparece el grito descrito por Parrot continuo, con exacerbaciones que atestiguan un sufrimiento muy acentuado; estos gritos preceden la emisión de las materias fecales, y cesan una vez cumplido el acto de la defecación· Este grito también descrito por Parrot es para este autor uno de los signos más seguros de la atrepsia confirmada pués, es unicamente en esta enfermedad que este grito existe, pero como él mismo dice, no es constante y una vez constatada su aparición, la vida está agotada en lo que ella tiene de esencial. El enflaquecimiento es muy acentuado, la cara pálida y hundida, los ojos se escavan rodeándose de una areola azulada. Debido á la desaparición de la capa grasosa, la piel se arruga formando pliegues; si la tomamos entre los dedos nos dá una sensación especial, y si la palpamos se la nota fría, seca y áspera, siendo su sensación más bien desagradable.

En el tercer período los síntomas descritos anteriormente sufren una agravación muy acentuada «El apetito ha desaparecido completamente y si por una especie de movimiento instintivos, el niño toma todavía pecho, lo deja rapidamente pronunciando un grito, que demuestra la deses-

peración de no poder tomarlo. Si acepta todavía el biberón no es más que por un tiempo muy corto, no tardando en rechazarlo é incapáz de todo esfuerzo, no bebe sinó que por cucharadas y como rechaza la leche, concluye por nó poder tomar más que algunas gotas de agua azucarada. En último lugar no se le puede introducir nada en su boca árida, roja y tapizada de muguet, y por consiguiente se la ve abrir anchamente, como si pidiera ó buscara alguna cosa».

«Las evacuaciones albinas, generalmente múltiples y de una fetidez muy acentuada pueden al contrario disminuir y tomar á veces un aspecto casi normal. La supresión de las orinas es lo común y la poca que emiten es albuminosa».

«Las respiraciones son profundas y penosas. Todos los músculos que sirven á la dilatación del torax entran en acción y el esternon se hunde profundamente hacia la columna vertebral. Parece que existiera un obstáculo ínvencible á la penetración del aire, y sin embargo, si se practica la auscultación se nota que el murmullo vesicular no ha perdido nada en su pureza y amplitud. El aliento es frío, la temperatura del cuerpo baja y para convencerse basta tomar la piel y sobretodo en las extremidades, confirmándose por el termómetro que introducido en el recto marca 2 ó 3 grados, á veces más por debajo de la normal».

«Los vómitos señalados en el segundo período, se hacen más frecuentes, sin gran esfuerzo,

y las materias vomitadas, son expulsadas por la nariz y la boca; algunas veces son grumos de leche, exhalando un olor nauseabundo de manteca rancia, otras veces se encuentra mucus teñido por una substancia parduzca».

«El corazón también se debilita, los tonos se apagan, sus latidos disminuyen, y en la proximidad de la muerte las pulsaciones pueden descender á 60 y aún á 40 por minuto. La circulación periférica es tan afectada como la central, como lo demuestra la cianosís de las extremidades y la lividez de la piel. Pero lo que hay de más característico, es el aspecto exterior del atrepsico. Las señales dejadas por la enfermedad, sobre la cara y el cuerpo entero, son tan profundas y características, que no es posibles desconocerlos. El enflaquecimiento es considerable, y presenta aqui algo de especial, puesto que la destrucción se lleva, más sobre los líquidos que sobre los sólidos. Todo el organismo sufre de aridez, y se puede decir que los tejidos están en seco; de ahí un conjunto de síntomas, que la mano y el ojo hacen facilmente constatar. Las carnes tienen una consistencia especial, cuando se las comprime, se crée tocar cebo ó madera. Resulta una gran rigidez de los miembros, que quedan en una inmobilidad completa, como pasa en el tétano. En otros sugetos en donde las partes blandas han conservado más blandura, la piel forma pliegues numerosos; esto es sobretodo en la cara, donde no queda más que el esqueleto, cubierto

por el tegumento plegado. Entonces el ensanchamiento de la boca, la saliencia de los maxilares, la escavación de las órbitas, dan á la fisonomia de estos pequeños moribundos, un aspecto simiesco, la enfermedad habiendo hecho en algunos dias el oficio de un largo transcurso de años. Otras veces su cara plegada recuerda la de ciertos viejos; el craneo sufre notables modificaciones, la fontanela se deprime, y á lo largo de las suturas aparecen saliencias debido al adelgazamiento de las piezas óseas. Al rededor del orificio bucal y de los ojos, la piel toma un tinte azulado; los párpados imperfectamente cerrados, dejan ver el glóbulo ocular disminuido, con la cornea seca y despulida, y la conjuntiva inyecqada.

«Los gritos emitidos por el niño, son menos frecuentes que en el período precedente, pero por la ansiedad que ellos manifiestan, se puede siempre reconocerios, y al llamarlo grito de angustia creo haberlo justamente clasificado».

«Los centros nerviosos que no habian todavia participado, por lo menos en apariencia, en el proceso mórbido, entran en escena, y es por los síntomas á los cuales dan nacimiento la alteración de sus funciones, que parece caracterizarse el periodo terminal de la atrepsia. La más comun de estas manifestaciones, puesto que falta raramente es una estrechez muy marcada de las pupilas indicio de un estado comatoso más ó menos profundo, ella se acompaña amenudo de es–

trabismo divergente. Algunos enfermos presentan convulciones teniendo esto de particular que ellas son poco aparentes, amenudo parciales y que la tonicidad domina. Ellas vienen de tiempo en tiempo á romper el adormecimiento comatoso y no existe sin él más que de una manera excepcional.

En este estado la vida puede cesar de un momento á otro. El grito va debilitándose y concluye por extinguirse los ruidos y los latidos del corazón se hacen imperceptibles, los movimientos respiratorios se alejan cada vez más y se asiste asi al agotamiento sucesivo de las grandes funciones antes que la muerte se haga general. Asi cuando esta se produce puede ser que se la desconozca, puesto que por una parte las últimas alteraciones mórbidas han agotado tan profundamente el organismo, y han dejado subsistir tan poca vida que la desaparición total de esta se hace aveces sin sacudidas; por otra parte las señales exteriores de la muerte faltan amenudo, la piel queda lívida en lugar de ser invadida por una palidez súbita y persistente y los mienbros conservan su rigidez leñosa en lugar de caer en la flacidez completa que sigue al último suspiro.

Esta es término generales la descripción clásica que Parrot con pocas diferencias ha hecho, y que por sus condiciones de ser completa ha quedado hasta el dia de hoy sin retoque.

La mayor parte de los niños atrépsicos, según los trabajos hechos por el doctor E. de Saint Albin, presentarían alteraciones de la irradiación ca-

lórica y de la termo génesis. Hay según el autor hiper-irradiantes é hipo-irradiantes. Contrariamente con lo que pasa con un niño normal la irradiación por kilo no está en relación ni con el peso ni con la superficie, hay dice influencias individuales qué escapan al cálculo

Entre ciertos hiper-irradiantes el exeso de caloría emitidas por kilo disminuye á medida que el peso aumenta. No hay relación constante entre la termogénesis y la temperatura del cuerpo.

En aquellos casos que la temperatura central baja, esta puede deberse, segun Saint Albin, á un aumento de la irradiación, ó á la disminución de la termogénesis; el trabajo mecánico (agítación, gritos) aumenta la producción del calor y la irradiación en un 25%. Hay causas que pueden disminuir la termogenesis, y el raquitismo segun el autor es una de las más importantes. De ello deduce que la ración alimenticia debe variar segun los individuos y que no se puede deducir del peso de un niño atrofico la cantidad absoluta de nutrición que le conviene.

Anatomia patolòǵica

El Doctor Bloch dice que al lado de la atrépsia producida por una alimentación defectuosa, una gastro enteritis crónica, ó una lesión manifiesta del tubo digestivo (esténosis del píloro) existe una forma particular de atrépsia, la atrófia esencial, en la cual los síntomas gastro intestinales faltan casi completamente; en apariencia los niños, han con servado el apetito y digieren bién, las heces son amenudo normales, algunas veces mucosas y fétidas, siempre abundantes. Sin embargo esos niños enflaquecen y se hacen atrépsicos.

Los autores franceses atribuyen esta atrófia á una toxi-infrección de origen intestinal. En Alemania se ha pensado poder íncriminar la íntoxicación ácida, ó también una perturbación funcional del epitelio intestinal, dando por resul-

tado una reabsorción insuficiente de los alimentos en la superficie del intestino. (Heubner"). En tres casos de este género que publicó y en otros tres que publica después Bloch, ha constatado dos órdenes de lesiones. En esos primeros casos ha encontrado que en las glándulas de Liberkuhn las células secretoras de Paneth eran reempla zadas por células cilíndricas, cuyo protoplasma no contenía granulaciones específicas. Estas lesiones no fueron encontradas en dos de sus nuevos casos pero en cambio en sus otros tres ca sos existia una lesión análoga del páncreas, donde no se encontraban granulaciones de zimógeno en las células grandulares.

Esta ausencia de granulaciones de zimógeno no podia ser considerada como fenómeno cadavérico siendo así que en los tres casos la autopsia habia sido hecha casi inmediatamente después de la muerte y el pancreas fijado enseguida con formol.

En segundo lugar la insuficiencia funcional del pancreas se ha manifestado en estos tres casos por la presencia de gran cantidad de ***granos*** (?) en las heces. En fin, el examen del pancreas de dos individuos adultos, y de dos niños muertos por enteritis han demostrado que en estos casos las células glandulares encerraban granulaciones de zimógeno. Bloch concluye que en ciertos casos por lo menos la atrofia esencial del lactante se debe á una función defectuosa de las glándulas digestivas.

En un estudio publicado por los doctores Arraga y Viñas, hacen gozar á la esclerosis del pancreas un rol ímportante en la producción de la atrepsia ¿pero como se produce esta infección del páncreas? Según nuevos estudíos publicados después demostraron que la infección intestinal se propagaba al pancreas por el conducto de Wirsung produciendo una lesión inflámatoria que lo llevaria después á la esclerosis.

La atrofia de las paredes intestinales es otra de las causas invocadas como factor importante en la producción de la atrepcia (Baginsky).

Heubner sostiene que no se trata en estos casos de atrofia de las paredes intestínales con destrucción de las glándulas, sino que á consecuencía de los gases intestinales y la distención de las paredes, estas aparecen extraordinariamente delgadas, sin que exista atrofia

Baginsky ha estudiado entre los lactantcs muertos de atrepsia las lesiones del íntestíno. Ha hecho su estudio una ó dos horas después de la muerte para excluir toda confusión con las alteracionés cadavéricas. Algunas partes del tubo digestívo fueron encontradas normales, pero otras ofrecian al nivel de las glándulas de Lieberkuhn una proliferación celular manifiesta, con penetración de células neoformadas en la profundidad de estas glándulas; por lugares estas masas se habían desprendído no dejando subsistir sino muñones glandulares. Se trataba entonces de una atrofia de la mucosa intestinal por placas más ó menos extendidas.

Bernhardt ha encontrado también al exámen histológico del estómago y del intestino de niños atrepsicos una atrofia del aparato glandular con proliferaciones hipertróficas al nivel de algunas glándulas.

Las alteraciones del aparato circulatorio se llevan principalmente sobre la sangre, al principio se nota un espesamiento pero sin disminución de los glóbulos rojos, pero más adelante los hematies disminuyen en número pudiendo descender por debajo de 1.000 000 por milímetro cúbico.

Juan Minet dice. "en la mayor parte de los casos hay hiperglobulía roja progresiva por con centración de la sangre. En álgunos casos excepcionales hay hipoglobulia; lo mismo en la gran mayoria de los casos hay hiperleucocitosis, los casos con hipoleucocitosis son excepcionales. La sangre es más rica en hemoglobina que normalmente y este aumento crece con los progresos de la enfermedad. Después de las comidas hay híperleucocitosis (2.000 á 4.000 de aumento término médio) cualquiera que sea la naturaleza del alimento. Sucede lo mismo con los lactantes normales, pero entre los atrépsicos la duración de la leucocitosis es más larga. La polinucliosis es casi constante, los eosinófilos fáltan ó son muy poco numerosos. Hay amenudo glóbulos rojos nucleados, y son generalmente normoblastos ó microblastos".

Según Lucien de Nancy, el peso medio del timo entre los atrépsicos es de 0.97 gramos; como se vé, agrega Lucien, esta disminución es consi-

derable puesto que su peso medio normal en el curso de los primeros meses de la vida oscila alrededor de 5 gramos. Se podria objetar, dice el autor, que entre los atrépsicos la dísminución del peso absoluto del timo, esta en relación con la disminución del peso del cuerpo; pero no es así sin embargo como lo demuestra el descenso concomitante del peso relativo. Al exámen exterior del timo en el atrépsico aparece rojo, congestíonado, de consistencia fibrosa, algunas veces su atrófia es tan pronunciada que no se encuentra sino algunos nódulos glandulares ahogados en el tejido celular adiposo pretraquial. Estas lesiones de esclerosis sé pueden también observar en el riñón y en las cápsulas supra renales más ó menos extendidas pero predominando al nivel de la capa reticulada. Los elementos glandulares pierden poco á poco toda marca de actívida secretora.

Simonds después de haber señalado los trabajos relativos á la modificación de la orina en la gastro enteritis y en la atrépsia del lactante expone los resultados del exámen microscópico y bacteriológico de los riñones ds 60 lactantes atrépsicos que han muerto sin presentar complicaciones del lado del aparato respiratorio ó dígestivo y que no eran raquíticos ni sifilíticos. En todos estos casos se observaba la existencia de una nefritis parenquimatosa con lesiones del epitelio de los canales urinarios donde los procesos de necrosis y de plasmolisis estaban diversamente combinados.

En lo que se refiere al orígen de esta nefritis,

este autor, habiendo constatado que la gravedad de las lesiones renales no estaba en relación con la gravedad y duración de la atrépsia, y excluyendo también en la etiología de las nefritis la bronco neumonia terminal, piensa que la nefritis debe inculparse á una complicación constante de la atrépsia, la otitis media y se basa para afirmarlo que en 133 casos de atrépsia con autopsia, el exámen del oído ha demostrado que en 128 casos lo caja del tímpano estaba ocupada por un exudado purulento, y el exámen bacteriológico demostraba una gran cantidad de neumococos, estréptococos; estafilococos, etc., que se encontraban igualmente en el riñón.

Variot muestra las radiografías de las manos y de los piés de tres niños cuya talla y peso era muy inferior á la de sujetos normales de la misma edad. Las radiografías permiten constatar una rarefacción del tejido de las diáfisis de los metacarpianos y metatarsianos, conjuntamente con un retardo en la osificación de las epíficis; estas lesiones según el autor, serian análogas á aquellas que han sido obtenidas por Charrin en animales jóvenes sometidos á intoxicaciones intestinales.

El hígado entre los atrépsicos está aumentado de volúmen, el bazo es más bien pequeño; son comunes también las lesiones de hemorragia y de reblandecimiento cerebral, que pueden por otra parte observarse en cualquiera otra infección aguda.

En los pulmones, fuera de las complicaciones comunes como la neumonia ó bronco neumonia,

pueden observarse lesiones de ateleptasia, congestiones, enfisemas ó reblandecimientos pulmonares.

Evolución

La atrépsia es una afección de evolución muy variable, lo más amenudo se limita á los primeros accidentes que sanan poco después, y Parrot agrega que en estos casos el mal aborta; otras veces la enfermedad dura varios días ó varias semanas, cediendo poco después. A partir del segundo periodo los síntomas se presentan bajo una forma más neta, pero aún aquí no es fácil preveer cual será su marcha y su terminación.

Según su evolución, Parrot distingue dos formas de atrépsia: la rápida y la lenta.

En la forma aguda, dice Parrot. un niño en regular estado de nutricion, después de algunos días de diarrea, generalmente sin vómitos, sin ulceraciones bucales, sin eritema ni muget, las secreciones disminuyen, los ojos se secan y se hunden en las órbitas, los huesos del cráneo acabalgan, la fontanela se deprime, la piel se hace lívida y pastosa, la cara y el grito marcan el sufrimiento, la agitación es extrema, la ingestión alimenticia está reducida á proporciones iusignificantes ó también nulas. Todos estos fenómenos tienen un caracter de gravedad que llaman la atención desde .un principio. Es raro que el desenlace constantemente fatal, se haga esperar mucho tiempo. Después de tres ó cuatro días, en efecto, raramente después de una semana de este sufrimiento, la muerte se produce sin que los síntomas hayan sufrido modificaciones ímportantes. »

« La pérdida del peso es, en general, considerable y la temperatura queda relativamente muy elevada. En fin, se encuentra frecuentemente en la autópsia ulceraciones en cúpula sobre la mucosa gástrica, trómbosis venosa, y una esteatosis visceral muy acentuada. »

Pero esta forma aguda, agrega Parrot, según la aceleración más ó menos rápida de los accidentes, toma diferéntes aspectos que se pueden calificar según los casos de fulminante, coleriforme, cianótica. »

La forma lenta empieza á manifestarse en una forma insidiosa, el niño tiene alteraciones digesti-

vas benignas ó al contrario, graves pero que poco después ceden, para volver á manifestarse nuevamente poco tiempo después, ya sea como dice Parrot, bajo la influencia de una predisposición nata, ó bién porqué vuelven á repetirse en los niños las alteraciones digestivas debido á malos regímenes alimenticios.

Con la repetición de estos ataques el mal avanza, el niño enflaquece, la piel, debido á la desaparición de la capa grasosa, se arruga formando pliegues; la cara pálida con los ojos hundidos, los maxilares salientes y la piel arrugada, dán á estos enfermitos una fisonomía comparada á la de un viejo.

Apesar del enflaquecimiento extremo, llama la atención la vivacidad de la mirada, la rapidéz de los movimientos, que como dice Parrot, atestigüan un cierto vigor original, y una verdadera aptitud para resistir al mal.

En esta forma lenta ó crónica, como también la llama Parrot, la duración es muy variable y difícil de precisar; según él esta duración estaría en proporción directa con la masa carnosa del niño, y la vida no tendría otro término sino aquel de la autofagia.

En general se sostiene qne todo niño que por sus alteraciones digestivas se encamina hacia la atrépsia, puede en el primero y segundo periodo con un tratamiento apropiado ponerse en buenas condiciones para continuar su vida; pero que una vez la atrépsia declarada la evolución es fatal.

Diagnóstico

Es necesario tener presente que ciertas afecciones, como la tuberculòsis, la sìfilis etc., pueden llevar al enfermo à un adelgazamiento tan marcado como en la atrepsia, y que conviene distinguir.

Dejando de lado aquellos casos en que existen lesiones de especificidad, evidentes, tomaré en cuenta aquellos casos en que evolucionando estas enfermedades en una forma insidiosa, el estado final de atrófia á que también llevan como término último, es difícil diferenciarlo de la atrépsia de Parrot.

Por lo que respecta á la tuberculósis que evoluciona en el recién nacido en una forma incipiente, se nota, que las alteraciones digestivas son menos comunes, estando el apetito más bién au-

mentado. Un gran valor diagnóstico se ha querido dar á los ganglios inguinales, crurales, axilares, que se presentan muy pequeños, duros y sin adherencia; pero estos infartos existen también en la atrépsia aunque aquí, como dicen algunos autores, son más duros y más voluminosos.

Las inyecciones de tuberculina, el exàmen de los bacilos, las cuti reacciones etc., son otros tantos métodos que se pueden poner en juego y cuyos resultados son todavia dudosos.

Con la sífilis hereditaria tenemos las lesiones de especificidad que la acompaña, es común observar un pénfigo palmar y plantar, papilomas anales, lesiones de sífilis ulcerosa de la cara, que dan un líquido *suintant,* este desecàndose se transforma en costras, y entonces podemos notar toda la cara llena de estas costras más ó menos infectadas, es común observar también una coriza persistente, diarrea, el hígado y el bazo aumentado de volúmen; pero varios de estos síntomas, lo mismo que el infarto ganglional pueden encontrarse en la atrépsia. La cara en los sifilíticos no presenta en su conjunto esa fisonomía especial de viejo, característica de la atrépsia, sino que al contrario puede no estar enflaquecida. La demacración tan marcada de la atrépsia tampoco se observa en la sífilis, y los antecedentes hereditarios pueden ayudar á establecer el diagnóstico.

El paludismo puede, cuando se desarrolla en una forma incipiente y con fenómenos gastro intestinales, llevar á una caquécsia que se puede

confundirla con la de la atrépsia. Es necesario tener en cuenta aquí el origen, la procedencia del enfermo, si procede de una región infectada por la malaria, ó bien si la madre, ama, etc. han tenido paludismo.

Fuera de esto tenemos la coloración del enfermo, el aumento de volúmen del bazo, siendo también de gran recurso el exámen de la sangre.

Alimentación

Nobecourt después de haber analizado las causas de las alteraciones digestivas de los mamones, dice que el niño debe alimentarse con echo y si esto es imposible, con leche de buena calidad esterilizada industrialmente o en la casa según las circunstancias. No se debe dar otro alimento fuera de la leche antes del período del destete, que por otra parte este se hará metodicamente; recomienda al mismo tiempo este autor mucha higiene en todos los objetos que sirvan para la alimentación del niño.

Que la leche materna es el alimentó ideal para la nutrición de estos enfermos, es una opinión sostenida por todos los observadores. y á este respecto el doctor Sisto en su trabajo sobre atrepsia dice: "Nada hay que pueda reemplazar

la leche de la madre, esta por todas clases de razones biológicas y químicas, es la unica que conviene al organismo infantil y su albumina es la mejor utilizada por el protoplasma para el desarrollo y progreso de la vida.

Asi pues agrega Sisto es necesario dejar sentado este hecho fundamental é incommovible: "nada iguala á la leche materna en la alimentacion de l niño durante la primera edad de la vida." Asi pues de acuerdo con estas ideas el doctor Sisto inicia su tratamiento haciendo que vuelvan á alimentarse con leche de mujer, siempre que es posible.

En aquellos casos en que la alimentación no puede ser hecha con leche de mujer, se utiliza la alimentación artificial con leche de burra, de vaca, de cabra sea directamente ó por intermedio del biberón, puras ó mezcladas con otras sustan-
as, crudas, pasteurizadas, hervidas ó esterilizadas.

Entre nosotros los doctores Arraga, Sisto y otros, aconsejan dar en estos casos leche de burra que por su composición es la que más se asemeja á la leche de mujer.

En una publicación hecha por el doctor Jesús Sarabia y Pardo sobre lactancia artificial, dice que todas las leches son buenas si se usan en debida proporción á las condiciones del lactante. "No tenemos predilección por ninguna, dice el autor, siempre que ellas sean procedentes de animales sanos y se preparen de modo tal que la

proporción de sus componentes sea lo más parecido á la especie humana, que es la leche tipo de la alimentacion."

Más adelante el doctor Sarabia y Pardo haciendo un estudio comparativo sobre si da mejor resultado que los niños tomen directamente la leche del animal, ó bien alimentarlos con leche que ha sido sometida á procedimientos de mezcla ó esterilización, por dificultades de uso ó porque así conviene hacerlo en previsión de enfermedades que pudieran trasmitirse; deduce de sus investigaciones que no es posible responder afirmativamente en absoluto.

El Doctor Sisto dice: que la leche esterilizada es un expediente alimenticio necesario hoy por hoy; pero más adelante agrega que una vez que se consiga dar aséptica la leche cruda y ponerla al alcance del pueblo, esta reemplazará á la leche esterilizada.

Se han atribuido, dice el doctor Sarabia y Pardo, á la leche esterilizada algunas desventajas para la alimentación. "Dicen que su albúmina toma un aspecto grumoso; la grasa se reune en gruesas gotas; el azúcar se carameliza y por último que se desprende el fósforo de su compuesto orgánico la lecitina." Pero con todas estas desventajas, agrega el autor, que no son tan exageradas, cuando la esterilización está bien hecha, debe tenerse por la más aceptable, porque la esterilización libra la leche de los microbios; la mantiene lo más pura posible y conservada en frio

hace inactivos los microorganismos subsistentes. Conforme con la opinión de Dumond, continúa diciendo Sarabia, la leche esterilizada es perfectamente digerida y no produce trastornos gastro intestinales si está bien administrada y cura la atrófia á los que la padecen; tampoco es causa del escorbuto ni del raquitismo, que son determinadas por la alimentación defectuosa y no por la leche esterilizada, y termina diciendo que la esterilizaciòn destruye los microbios y los fermentos nocivos y permite su conservación.

En su mismo trabajo al hablar de la pasteurización, dice que responde á fines análogos y debe aceptarse también para la lactancia con garantía de éxito.

El Kefir y el Babeurre son otros alimentos que se emplean en la alimentación del atrépsico; el segundo de estos elementos fué empleado entre nosotros por el Doctor Arraga y en su trabajo á este respecto hizo conocer los buenos resultados que de esta alimentación obtuvo.

El Doctor Sacher de Liege, dice que á menudo es muy dificil si no imposible procurarse un Bauberre de calidad conveniente y cree que el Bauberre no debe administrarse tal cual sino bajo forma de soupe de Bauberre; la preparación de esta sopa exige algunos cuidados que, como dice el autor, no pueden exigirse á los padres. Los detalles de la preparación de este Bauberre condensado, son los siguientes según los procedimientos del Doctor Thomas: «La leche descremada por

la centrifugación se la pasteuriza primero; después se la somete á la acción de una cultura pura de Bacterium acidi lactici hasta que tenga una acidez de 1[2 0[0; esta leche acidificada es reducida por condensación á frio hasta el tercio de su volùmen y adicionada de 5 0[0 de azùcar de caña, de 1 0[0 de azúcar de leche y 10 gramos de harina de trigo. La decremación no siendo absoluta queda alrededor de 0,5 0[0 de grasa. Se tiene entonces una masa homogénea y de un gusto agradable, teniendo la consistencia de una crema espesa, que se la esteriliza en cajas teniendo la cantidad necesaria para preparar un litro de sopa de Bauberre.

La primera precaución, dice este autor es de hacer preceder la administración de Bauberre de 18 á 24 horas de dieta hídrica asociada al calomel y de dar alimento al niño cada tres horas. La cantidad de Bauberre á administrarse, continúa este autor, varía según la edad y el peso del niño. Un niño, dice, debe tener normalmente de 90 á 120 calorías por kilogramo de su peso, 100 gramos de Bauberre dan alrededor de 60 calorías, de donde resulta que es necesario para el niño en 24 horas de 150 á 200 gramos de Bauberre por kilogramo de peso; pero agrega después que estos cálculos no tienen nada de absoluto, y no deben servir sino como punto de reparo; y que por los resultados que él ha obtenido administrando Bauberre, los efectos de este alimento se hacen sentir muy rápidamente. «El niño deja de sufrir,

se ve reaparecer su calma y su alegría, las heces se mejoran, se hacen consistentes, ligadas y pierden su mal olor. La acción sobre los vómitos es menos constante; algunos continúan durante un tiempo más ó menos largo vomitando una parte del alimento. En fin en la mayoría de los casos se produce un aumento de peso importante» Los resultados del empleo del Bauberre son amenudo incostantes, según Merry y Terrien, en ciertas estaciones es amenudo mal tolerado, y no es excepcional ver aparecer nuevamente los accidentes intestinales que, como dice Terrien, se quieren precisamente evitar.

Durante mucho tiempo, dice el Doctor Ferreyra, se creia que los mamones no digerían los feculentos, no asimilaban las sustancias almidonadas lo que era debido según los trabajos de Zweifel á la ausencia entre los muy jòvenes niños del fermento sacarificante.

Pero más adelante dice el autor, á medida que se ha tomado más práctica en la alimentación de los niños, y los trabajos que en este sentido publicó Heubner, se pudo demostrar que la doctrina de Zweiffel no tenía fundamento serio, y que un niño aún de tres meses puede asimilar los principios feculentos, y digerir completamente los farináceos, racionalmente administrados.

Es sobre todo. agrega Ferreyra, en las gastro enteritis crónicas, en los catarros dispépticos, en las colitis mucosas, sometidas á una alimentación artificial, que se presentan las indicaciones de una

dieta feculenta, puesto que es común ver, que por la insistencia, que se hace en tales casos, con el régimen lacteo puro, con la leche cruda, entretenerse los desórdenes gastro intestinales, eternizarse el catarro entérico, dando orígen á infecciones repetidas, á nuevos ataques de intoxicación intestinal con alteraciones serias de asimiiación, y un profundo decaimiento de la nutrición.

Los farináceos, según Heubner, son un mal medio de cultura para los bacterios proteolíticos, los cuales se nutren más bien de la caceina; y en esta forma es como indirectamente actúan en caracter de antiséptico.

Por su parte Combe ha estudiado también las propiedades antipútridas de la dieta feculenta y del régimen lacteo farináceo, entre los adultos y del resultado de sus trabajos Combe afirma que los feculentos impiden la putrefacción de la caceina que favorece la producción de los ácidos láctico y sucinico. Hirschler dice que los farinaceos constituyen la sustancia antiputrida por «xelensia, y demostró que las harinas de cereales mezcladas con sustancias azoadas, y puestas en la estufa para provocar una digestión artificial, se oponen á la formación de principios aromáticos, indol, escatol, etc.

Los alimentos hidrocarbonados dice el doctor Ferreyra; deben mirarse como sustancias que impiden la putrefacción azoada en el intestino. En la digestión natural agrega, los farinaceos se muestran superiores á los otros alimentos hidrocarbo-

nados, puesto que, siendo menos facilmente reabsorvidos penetran más profundamente en el intestino dando poco á poco los ácidos láctico y sucínico, los cuales disminuyen la putrefacción de las sustancias azoadas.

Mery vulgariza la dieta hidrocarbonada, por medio de su caldo de legumbre: Comby usa á este respecto la decocción vegetal, existiendo trabajos en este sentido por los doctores Boichut, Pfaundler, Fishl, etc., etc. El doctor Sisto dice que estos régimenes para los niños atróficos, deben ser de excepción, y ensayarlos solo y exclusivamente, cuando los demás no hayan dado resultado.

La mayor parte de los autores que he consultado, al determinar la ración alimenticia de los mamones, no se especializan á la que le corresponde á estos enfermos atróficos, sino á todos los que padecen afecciones gastro intestinales, en general; no obstante esto, creo útil reproducir aquí las opiniones de algunos autores, dadas las vinculaciones que tienen con la alimentación de la atrepsia.

Guinon se muestra, con razón sorprendido que esta cuestión de la ración alimenticia de los mamones, que es primordial, y que debería fijarse con una cierta aproximación relativamente á la edad ó al peso, sea todavia tan discutida.

Al determinar la ración de leche á los mamones, Variot dice: «que es necesario para el niño una doble ración, la del crecimiento y la de subsistencia. En los primeros meses el niño aumenta de 35 á 40 gramos de peso por día, y si no se

quiere observar pérdidas, se está obligado á darle la ración siguiente: para los niños alimentados á pecho, en los tres primeros meses, una cantidad de leche equivalente á la sexta parte de su peso, en el segundo trimestre, la séptima parte. Para los niños alimentados artificialmente, dá como cantidad de leche una séptima parte del peso del cuerpo durante los tres primeros meses, y una octava parte al fin de los tres primeros meses. Para los atróficos y los prematuros, la cantidad debe elevarse hasta 1[5 y también 1[4 del peso del cuerpo.»

Según Heubner de Berlin, el niño debe consumir diariamente, durante el primer trimestre de la vida, una cantidad de leche equivalente á la sexta parte de su peso, y casi la séptima durante el segundo semestre, modificándose la cantidad á partir de esta época según el aumento del cuerpo.

Una y otra opinión, dice el doctor Sarabia y Pardo, son bien diferentes de la de Maurel, que señala proximamente una cantidad de alimentación diaria equivalente á la décima parte del peso del niño, es decir, cien gramos de leche por cada kilógramo de peso. Esto á juicio de algún autor, dice Pardo, resulta deficiente, y expone á los niños á padecer de hambre, y que aplicada la ley Maurel sistematicamente con todo rigor, se lleva al niño en ocasiones á una deficiencia alimenticia altamente perjudicial.

Este mismo autor agrega: la edad, el clima y la estación son factores dignos de tenerse en cuenta para el aumento y disminución de la cantidad de le-

che que debe tomar el niño en las 24 horas. Las precauciones que deben tenerse durante el estío, son tan importantes, que de su determinación exacta depende la profilaxia de perturbaciones intestinales y muy especialmente de la diarrea, causa de la excesiva mortalidad, dentro del primer año de la vida.

Más adelante el doctor Pardo al ocuparse del peso como reactivo para deducir las buenas condiciones de una alimentación, dice que sin llevar la nota de las pesadas, es imposible guiar con tranquilidad una lactancia, puesto que como dice él, sin el peso no podriamos conocer cuando existe una sobre alimentaciòn.

Cree útil también este autor, para valorar la cantidad de alimento, y como complemento de lo espuesto, conocer la capacidad gástrica, y á este respecto publica los estudios realizados en estómagos vacios, y en estómagos llenos de agua, y agrega que de las observaciones de Beneke, se deduce que la capacidad del estómago es la siguiente:

	Centímetros		Cúbicos
Día primero de la vida	40	á	45
Primera semana	46	»	50
Primer mes	100	»	125
Cuarto mes	170	»	185
Primer año	300	»	400
Segundo año	600	»	750

El profesor Maurel cree que se puede calcular la ración del niño según la superficie cutánea

del mismo. En el adulto dice él, dos tercios de calorías son utilizadas para la irradiación cutánea y se puede admitir que el niño como el adulto, pierden trece calorías por decímetro cuadrado de superficie cutánea, y del resultado de sus trabajos deduce que cien gramos de leche por kilo forman una alimentación suficiente durante el primer año. Esta dosis agrega Maurel es un poco débil al principio y un poco fuerte al fin del primer año, pués el recién nacido necesita alrededor de noventa calorías por kilo ó sea 125 gr. de leche.

El Doctor Centeno al determinar la cantidad de alimento que debe mamar un niño, emplea una fórmula idéntica á la de Terrieu y dice: «en el segundo mes debe tomar de 80 á 100 gramos por vez, pero esto varía con el peso del niño. La siguiente ley sirve para determinar esa cantidad: se toma el peso del niño y se multiplican sus dos primeras cifras por dos, agregándole 8 á 10 gramos más en los niños robustos. Así un niño en buenas condiciones, que pese 4.200 gramos, deberá mamar 42x2 igual 84, más 10 son 94 gramos por mamada. El médico no deberá ser nunca liberal en esta cifra y comprobará con la balanza la cifra exacta.

El Doctor Centeno agrega, el intervalo entre cada mamadá deberá ser de dos horas, durante los dos primeros meses y cada tres en el tercer mes.

Gualtier estudia por medio de un método preciso, que modificaciones se observan en las mate-

rias fecales, es decir, lo que no ha sido digerido ni absorvido. Bajo el nombre de coprologia clínica Gaultier ha reunido: el tiempo de la travesia digestiva, la relación en peso entre las materias fecales secas con el de las materias fecales frescas, la reacción de las mismas, y en fin el estudio por los residuos fecales de las grasas, de las albúminas y de las substancias hidrocarbonadas.

Este método de examen, dice Barbier, no tiene más que un defecto en los niños, y es de ser de una ejecución difícil en razón del poco peso de las materias fecales, lo quo necesita una experiencia de muchos días. Pero agrega este autor, este exámen puede y debe dar buenos resultados, para estudiar en ciertos casos la capacidad digestiva.

Barbier ha usado este método limitándose á buscar la capacidad digestiva para las grasas, y del resultado de sus observaciones agrega: «en término medio se puede decir que sobre cien de grasa ingerida se encuentra á lo sumo en las materias fecales 4 % entre los niños alimentados con pecho, y un 6 % entre los niños alimentados con biberon.

Este mismo autor al ocuparse más adelante del estudio de las materias fecales, dice que los análisis coprológicos metódicamente seguidos, en casos bien estudiados y en condiciones de exámen bien precisos, no pueden sinó dar indicaciones preciosas para establecer la ración de los dispép-

ticos y atrépsicos; ellas permiten fijar lo que el niño digiere, y de lo que se le puede dar ó en otros términos dice permite establecer un régimen.

Variot después de determinar la cantidad de alimento que debe administrarse á un niño sano según la capacidad gástrica, y los datos calorimétricos; al ocuparse de la ración alimenticia de los niños atrépsicos, dice que es difícil fijar reglas generales como se puede hacer con niños normales.

Sin embargo continúa Variot «aparte de las crisis de gastro enteritis aguda o sub-aguda que convienen çuidar por medio de la dieta hidrica, volviendo lenta y gradualmente á la alimentación lactea, común; yo he querido la convinción profunda que el niño atrofico ó hipótrofico debe recibir una ración alimenticia, superior en general á aquella de un niño sano de un mismo peso, pero de edad inferior.

Examinadas las materias fecales de estos niños sobrealimentados se nota un exceso de residuos de grasa o de otros alimentos sin digerir, pero dice después que si se reduce la ración alimenticia á fin de que se utilize mejor se nota una detención en el crecimiento y concluye diciendo que la tolerancia gástrica y la regularidad de las funciones intestinales nos señala el límite en que se debe detener, controlando con la balanza la actividad de la asimilación.

Un niño cuyas funciones motrices y glandulares del intestino están alteradas dice Barbier con alteraciones de diversos órganos como el pan-

creas, el hígado, y los ganglios linfáticos del abdomen necesita un régimen, y agrega que se puede notar la influencia que pueden tener 50 gramos de leche de vaca sobre el peso· sobre las heces, y sobre los fenómenos de intoxicación «El menor exceso de alimento provoca deposiciones anormales, mal estar, y pérdida de peso y basta disminuir la dosis, para que las heces y el estado general se mejoren y el peso aumente».

Tratamiento

Es común observar entre los niños atróficos, aumento en la temperatura, vómitos y diarrea La mayor parte de los autores recurren en estos casos à la dieta hídrica.

El Doctor Jesús Sarabia y Pardo al ocuparse de la dieta hídrica dice: No solamente los padres de los enfermitos que, guiados por su natural sentimiento de cariño, ven en la privación del alimento á su hijo extenuado, un peligro basado unicamente en el desconocimiento de lo íntimo del estado del niño, sinó también algunos profesionales poco escrupulosos al juzgar estos asuntos que deberían conocer, han clasificado con dureza este procedimiento verdaderamente cientìfico y eficáz."

"Nosotros hemos visto prodigios del tratamiento con la dieta hídrica en niños extenuados

por la diarrea, que resistian á cuantos medicamentos se administraban durante algún tiempo."

"El hecho clínico es cierto; se observa frecuentemente y requiere su interpretación, pues es lógico pensar que si por un medio racional quitamos la causa permanente de la diarrea, y aunque sea por corto tiempo la separamos con la abolición absoluta del alimento provocador de la mayor sobre actividad celular de la mucosa gastro intestinal y además llevamos un elemento reparador de las pérdidas de agua del organismo, con la circunstancia de ser elemento poco favorables al cultivo de los microorganismos patógenos intestinales, lograremos dejar en reposo la función digestiva, que se hallaba perturbada, y la sobre actividad glandular cesa, su inflamación se atenua, y la secreción se presenta, en consecuencia, con la proporcion en cantidad y calidad convenientes á las disgestiones de la leche en pequeña cantidad que asi es como debe procederse despues de la abstinencia durante 48 horas».

De este trabajo concluye el doctor Saravia recomendando la dieta hidrica como medio preparatorio á un regimen alimenticio racional en las atrofias infantiles consecutivas á alteraciones gastro intestinales provocadas por una alimentación mal dirigida.

Pero en estos enfermitos atroficos la dieta hidrica no es posible continuarla por mucho tiempo; en estos casos la mayoría de los autores recomiendan conjuntamente con la administración de

agua esterilizada hasta la cesación de los vómitos inyecciones snbcutaneas de suero en una cantidad tal, que sumada á la cantidad de agua que tolera el estómago, represente la cantidad de líquido que deberian ingerir (Sisto).

Los vómitos entre los atrépsicos suelen ser en ocaciones muy pertinaces, y para combatirlos se recurre en estos casos á procedimientos variados como ser: el lavaje del estómago, hielo, aguas gaseosas heladas pocion Riviere etc; etc., en los casos que exista constipación, el doctor Centeno aconseja dar pequeños enemas de treinta á cuarenta gramos de glicerina simple.

Los purgantes son otros de los medicamentos usados entre los atrepsicos, y el doctor Sisto á este respecto dice: «que tratandose de niños de tan corta edad la medicaciòn evacuante debe ser manejada con prudencia». La elección del purgante que más conviene en estos casos vária segun los diversos autores; la mayor parte de ellos prefieren el calomel, otros hacen uso de los diversos laxantes, magnesia calcinada, aceite de ricino, ruibardo, manita, etc, etc.

Los enema como tratamiento de la atrepsia son muy usados las soluciones que más se utilizan á este respecto son: el agua hervida pura, ó adicionada de bicarbonato de soda, biborato de soda, acido bórico, solución fisiológica etc; la cantidad varia desde 150 gramos á medio litro. El doctor Sisto en el tratamiento de la atrepsia al ocuparse de los enemas dice que hay que ser muy prudentes

en su aplicación y que conviene llamar la atención sobre los abusos que frecuentemente se hacen en la aplicación de estos enemas. El aconseja hacerlos con una lijera preción, de modo que el líquido penetre sin esfuerzo ni violencia y agrega que conviene tener presente que tratándose de niños con orina y diarrea ácida, pueden producirse irritaciones perianales, pudiendo llegar hasta la escoriación á pesar de todos los cuidados que se les presten.

Se aconseja envolver estos enfermitos con algodón á fin de protegerlos contra la tendencia que tienen hacia el enfriamiento siendo común emplear además baños ya sean tibios ó calientes, lo mismo que el uso de la incubadora siempre que sea posible

Muggia de Turín utiliza en el tratamiento de la atrepsia infantil inyecciones de huevos de gallinar frescos que se los lava cuidadosamente antes de abrirlos. «Se recoge el vitelo en un vaso esterilizado se pesa y se le agrega el tercio de su peso de una solución fisiológica de cloruro de sodio. Se agita la mezcla con una varilla de vidrio, se filtra á travéz de una gaza hidrófila, y se obtiene así un líquido de consistencia homogénea, que se inyecta á estos pequeños enfermos, empezando por una dosis de un centímetro cúbico. Estas inyecciones se practican en el muslo, ó en la parte externa de la región lumbar, ellas no dan lugar á ninguna reacción local ni general, siempre que se observe minuciosamente las reglas de la asepsia, y que se hagan seguir las inyecciones de un ligero

masage. Se aumenta poco á poco la cantidad de amarillo de huevo inyectado, que se puede llevar hasta 10 c. c., sin jamás pasar esta dosis. La duración del tratamiento varía según los casos, el número de inyecciones no debe sin embargo ser inferior á 20, admitiendo que se emplee cada vez 5 c. c., cúbicos por lo menos de la mezcla del amarillo de huevo y agua salada».

Estas inyecciones según Muggia aumentan considerablemente el peso del cuerpo en los atrépsicos, lo mismo que la hemoglobina y los glóbulos rojos, y esto dice el autor de una manera más rápida que con la lecitina administrada por la misma vía.

Combe inicia su tratamiento de la siguiente manera: Primero, disminuir las putrefacciones intestinales, segundo combatir la falta de reabsorción de los alimentos sólidos, tercero combatir la falta de reabsorción de los líquidos, cuarto combatir el enfriamiento, quinto evitar las infecciones secundarias, sexto exitar las secreciones digestivas y la asimilación de las partes todavía sanas del intestino, exitar la nutrición del niño en general.

Para lo primero el doctor Combe aconseja hacer lavages de estómago usando á este respecto si hay indicación una solución alcalina.

El tanino de 1 al 10 por mil, lo usa en lavages intestinales, para precipitar las toxinas en compuestos insolubles. Aconseja acostar el niño sobre el lado derecho, haciendo uso de sondas de 50 cnts., á un metro de largo, que se hacen pene-

trar lentamente en el intestino y de hacer los lavages sin preción colocando el irrigador á 5 ó 6 centímetros por encima de la pelvis; la cantidad de líquido que se debe introducir es de 500 á 1.500 cnts., según la edad.

Hace además desinfecciones frecuentes del intestino por medio del calomel de 2 á 10 centígramos por dosis según la edad, dándole al día siguiente una debil dosis de aceite de ricino, magnesia, etc, para eliminar el calomel que no es purgante á esta dosis Aconseja además el tanígeno y el dermatol, y como alimentación agrega Combe será esclusivamente farinacea en la atrepsia puesto que según las observaciones de diversos autores los hidrocarburos disminuyen considerablemente la putrefacción del contenido intestinal en el intestino grueso.

Para combatir la falta de reabsorción de los alimentos sólidos Combe aconseja una alimentación constipante á fin de que los alimentos queden más largo tiempo en contacto con los puntos sanos de la mucosa, para esto dice hay que evitar la leche, el blanco del huevo, la carne, el caldo. Aconseja dar las harinas malteadas Hornbyne, Quaker Oats cocido en agua con un poco de manteca y aconseja no agregar leche sinó con mucha prudencia, recomienda además la avena, arroz, trigo, las harinas lacteadas, sopas de Liebig, las pastas farinaceas, sémola, tapioca, arroz cocido con agua ó con leche con ó sin amarillo de huevo. Las carnes es necesario darlas mucho

después y con mucha prudencia vigilando las materias fecales cada día.

Las hipodermoclisis de 30 á 100 gramos de solución fisiológica é inyectada una ó dos veces por día las aconseja Combe para combatir la falta de absorción de los líquidos, lo mismo usa á este respecto enteroclisis con una solución fisiológica al 7 por mil por encima del recto.

Las envolturas de algodón, las botellas de agua caliente y la couveuse si es necesario las utiliza para combatir el enfriamiento de las atrépsias.

Para impedir las infecciones secundarias hace uso de gargarismos, baños con uno ó dos gramos de sublimado por baño y aconseja una pieza con sol y aire puro para cuidar la mucosa respiratoria.

Para exitar las secreciones, mejorar la asimilación de la mucosa digestiva y la nutrición del niño usa el tanato de orexina á fin de estimular el apetito, pero agrega después que este medicamento es útil pero insuficiente en la atrépsia. Recomienda además el cacodilato de soda, el fósforo y los alimentos que lo contengan como: avena, maíz, trigo, macarroni, etc.,

Narbel aconseja las inyecciones intramusculares cada dos días de lecitina de un centímetro cúbico cada una y en su trabajo publica los buenos resultados que con esta medicación ha obtenido.

El doctor Sisto en su trabajo sobre atrépsia

piensa que las inyecciones subcutaneas de leche darían buenos resultados en los atrépsicos.

Tanto referente á métodos de alimentacion y al tratamiento de la atrépsia y en general de las enfermedades de las vías digestivas el doctor Ricardo Lynch de esta Facultad de Medicina tiene los suyos propios que no me es posible hacerlos conocer ahora sin esplicar las bases en que se apoya, para poderse dar cuenta de las variantes que experimenta en cada caso según circunstancias especiales.

Observacion

Nombre **N. N.**

Edad 7 meses, argentino.

Antecedentes hereditarios, sin importancia.

Antecedentes personales. Tomó el pecho hasta los tres meses, estuvo siempre descompuesto del vientre quejándose todo el día, debido á los cólicos que lo molestaban; una de las cosas que llamaban la atención eran los gritos emitidos por el niño desde el principio de la enfermedad.

Tenía al principio constipación siendo necesario moverle el vientre con enemas; á los tres meses la madre no tuvo más leche, siendo necesario recurrir á la alimentación artificial, que por indicación médica se le dió tres partes de cocimiento de cereales y una de leche. Con esta alimentación el niño siguió muy mal, motivo por el

cual se disminuyó el cocimiento de cereales á una cucharada por vez.

Como el niño continuara empeorándose fué traído al Hospital de Niños, donde fué atendido por el Doctor Rogelio C. Fumasoli en su consultorio externo.

Estado actual. Niño en pésimo estado de nutrición, esqueleto bien desarrollado, piel pálida y sin elasticidad y con una coloración amarillo-terrosa, panículo adiposo muy escaso, pesa 2.800 gramos, las leposiciones son fétidas notándose una gran cantidad de leche sin digerir y mucosidades. El niño presenta en su conjunto la fisonomía especial del atrépsico, las fontanelas ensanchadas, los ojos escavados y hundidos en las órbitas, los pómulos salientes, la piel arrugada y formando pliegues sobre todo acentuados en la cara y en los muslos donde se observa también un ligero eritema. Vientre voluminoso, el hígado bajo y grande y salvo un ligero catarro bronquial los demás órganos son completamente normales.

Se le ordena un purgante de aceite de castor é inyecciones de suero artificial de 50 gramos con una pequeña cantidad de cafeina, y como alimentación Kufeke con agua.

En los días siguientes el niño disminuye de peso, notándose en cambio una mejoría en el pañal se le ordena entonces fosfatina y kufeke. El niño continuó mejorándose, dándosele cada dos días que venía al consultorio inyecciones de suero artificial; el día 14 de Febrero (seis días después de haberse

iniciado la cura) se le ordena subnitrato de bismuto y tanalbina, pués apesar de notarse mejoría en las deposiciones, eran frecuentes y líquidas.

El día 21 el niño pesa 3.060 gramos, el pañal traído es un poco mucoso, algo fétido y se nota que la digestión de los alimentos se hace bien. El aspecto exterior del niño ha mejorado visiblemente, está más contento, duerme bien y tiene más apetito.

El 23 pesa 3110 gramos

El día 30 pesa 3140 gramos. Hasta ahora el niño ha continuado mejorándose, pero el día 31 vuelve el niño á descomponerse con fiebre, vómitos, deposiciones fétidas y frecuentes dando por resultado una pérdida de peso de 100 gramos; la madre sospecha que otro niño de la casa donde vive le ha dado algo de comer. Se le ordena aceite de castor y poción West.

El día 1.° de Marzo se le nota algo mejor, las deposiciones han disminuido en número y son menos fétidas, el niño pesa 3.160 gramos. Se le ordena harina lacteada y fosfatina y se le aconseja continue con las inyecciones de suero artificial.

Desde esta fecha el niño continuó mejorándose, fué visto en el consultorio el día 28 de Marzo con un estado general muy mejorado, tiene una ó dos deposiciones diarias ligadas, sin restos alimenticios y sin fetidez. La piel tiende á recuperar su elasticidad normal, algunos de los pliegues han desaparecido, el niño está contento, no se queja y tiene buen apetito notándose un aumento progresivo del peso que llega en el día de la fecha hasta 3.540 gramos.

Observacion 2ª

Consultorio externo del Hospital de Niños.—Servicio del doctor Rogelio C. Fumasoli.

N. N.—1 año, argentino.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Niño nacido á término en un excelente estado de nutrición, pués pesaba 4250 gramos. Salvo una hernia umbilical no presentaba otra anormalidad. Fué criado al pecho hasta los 6 meses, después se le empezó á dar leche de vaca.

La enfermedad actual data de hace 4 meses notando la madre que el niño solía descomponerse del vientre con fiebre, vómitos y diarreas. Estos ataques digestivos se hicieron más frecuentes y más intensos desde que el niño empezó á tomar la leche de vaca.

Estado Actual.—Niño en muy mal estado de nutrición, esqueleto bien desarrollado, panículo adiposo sumamente escaso, la piel pálida, seca, sin elasticidad y formando pliegues en la cara, en las nalgas, etc., lengua saburral, aliento fétido, conjuntivitis catarral. El niño presenta un estado general muy malo pués se lo nota decaído, inapetente, llora continuamente, siendo su impresión de conjunto más bien desagradable.

La deposición traída al consultorio es fétida, mal ligada notándose en ella una gran cantidad de grumos de leche sin digerir, y pequeñas estrias de sangre. Según la madre, el niño mueve el vientre 4 ó 5 veces por día; el vientre es globuloso, de bactracio, á travéz de las paredes del abdómen muy adelgazadas parece diseñarse las ansas intestinales.

El niño pesa al iniciarse el tratamiento, 4400 gramos.

Se le ordena un purgante de aceite de castor y una bebida con subnitrato de bismuto y tanalbina para dar al díá siguiente; como alimento kufeke con agua, y se le hace dar una inyección de 50 gramos de suero artificial.

El 7 de Marzo, es decir, ocho dias después de iniciada la cura se lo nota algo mejorado, el pañal traído se lo nota sin restos de sangre con pocas mucosidades, moviendo el niño el vientre una vez cada 24 horas.

El estado general ha mejorado un poco, el niño parece más animado, tiene más apetito y pe-

sa 4420 gramos. Se le ordena kufeke y fosfatina esta última tres veces al día, el resto kufeke, y se le practica una nueva inyección de suero artificial de 50 gramos.

El 10 de Marzo el niño presenta un estado general mucho mejor, pesa 4540 gramos y la deposición traída es ligada, espesa, sin restos de mucus ni de alimentos sin digerir; tiene una deposición diaria.

Se le aumenta la cantidad de fostatina y el kufeke en la misma proporción; como tratamiento se continúa con la misma bebida distanciando más el intérvalo entre cada cucharadita, y se le practica una nueva inyección de suero artificial.

El 12 de Marzo el niño pesa 4600 gramos; el estado general ha mejorado visiblemente, el niño está más contento, duerme bien, tiene más apetito, la piel se la nota más húmeda y elástica, el vientre menos globuloso, lo nueve una vez por día sin medicamentos, siendo la deposición traída, bien ligada, sin fetidéz siendo su aspecto completamente normal.

En este estado de manifiesta mejoría el niño no pudo continuar asistiéndose en este hospital por tenerse que ausentar la madre para Mendoza.

Bibliografia

Parrot.—L'Athrepsie,

La Pedriatia.—Abril y Junio de 1908.

Revue D'Higiene et de Medicine Infantiles.—1907.

Grancher-Comby-Thiercelin.=L'Athrepsie.

Aguilar.—Enfermedades de los Niños.

Semana Médica.—Números 8, 11, 13, 15 de 1908.

Baginsky.—Maladies des Enfants.

Archives de Medicine des Enfants.

Cassicourt--S.--Germain.

Argentina Médica.—Sisto Atrófia Infantil.

J. Comby.—La Medicine Infantile.

Fede--Tedeschi.—La Pediatria.

West.—Maladies des Enfants.

La Clinique Infantile.

Revista Ibero--Americana.

Buenos Aires, Marzo 15--909.

Nómbrase al señor consejero doctor A. Alfaro; al profesor titular doctor A. Centeno y al profesor suplente doctor M. Acuña, para que constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4o de la ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón.

R. S. Gomez.
Srio.

Proposiciones:

La atrepsia es absolutamente excepcional en los niños alimentados naturalmente y si sobreviene en esas condiciones es casi siempre por insuficiencia de leche.

Araóz Alfaro.

Lesiones anatomo-patológicas del estómago en la Atrepsia.

Centeno.

La alimentación defectuosa no basta para conducir á la Atrepsia, son menester además condiciones de terreno y de medio.

M. Acuña.

Buenos Aires, Marzo 24--909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 1926 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón.

R. S. Gomez.
Srio.