



Año 1914.

Núm. 2899

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

VÓMITOS POR HIPOALIMENTACIÓN
EN LA INFANCIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ DUTREY

EX-PRACTICANTE MENOR Y MAYOR DEL HOSPITAL PIROVANO

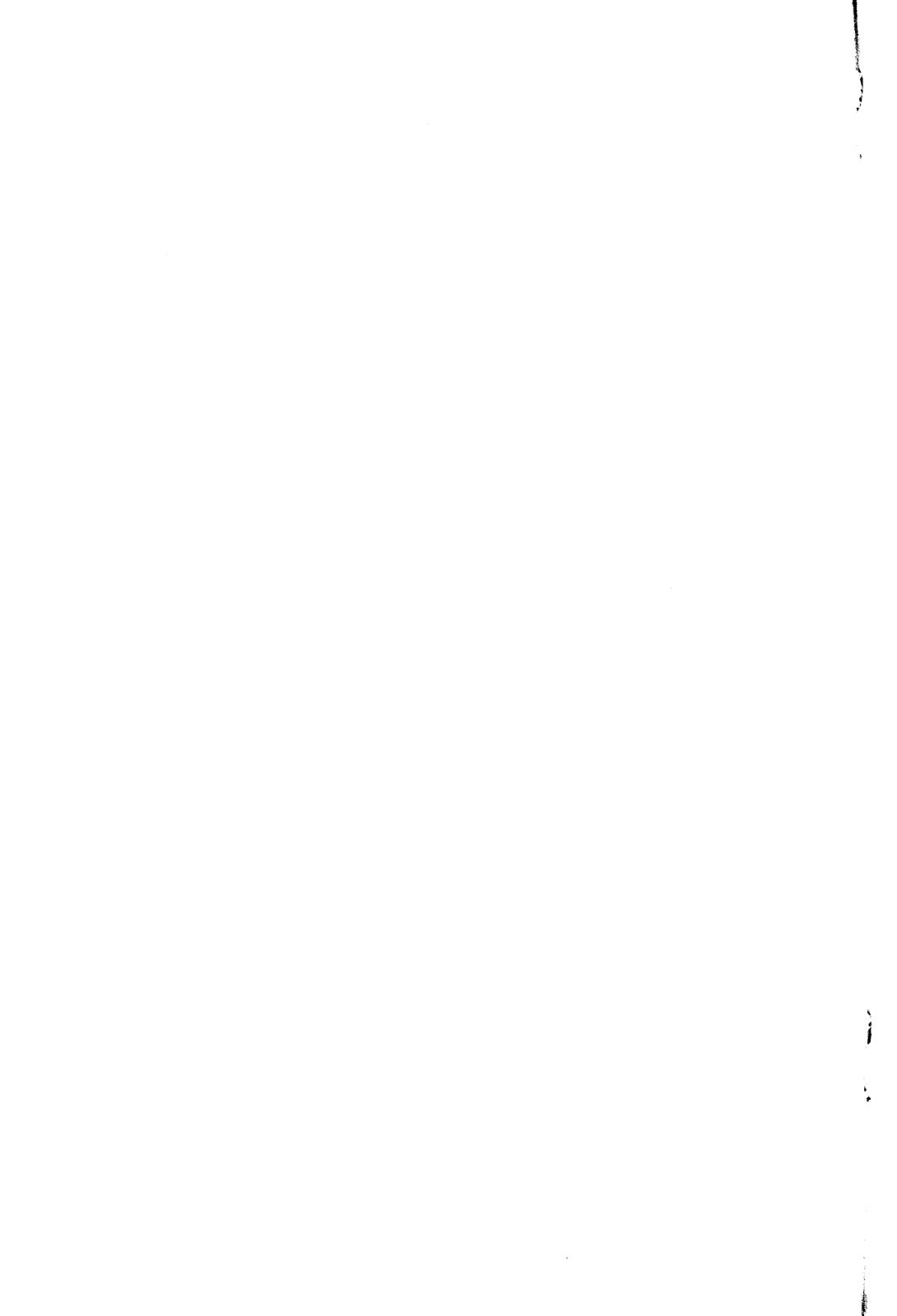


LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA É IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI
2070, CÓRDOBA, 2080 - BUENOS AIRES

Misc. B. 20.9

**VOMITOS POR HIPOALIMENTACION
EN LA INFANCIA**



Año 1914.

Núm. 2899

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

VÓMITOS POR HIPOALIMENTACIÓN EN LA INFANCIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ DUTREY

EX-PRACTICANTE MENOR Y MAYOR DEL HOSPITAL PIROVANO

LIGRERÍA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA E IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI

2070, CÓRDOBA, 2080 - BUENOS AIRES

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice-Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » EUFEMIO ÚBALLES
3. » » PEDRO N. ARATA
4. » » ROBERTO WERNICKE
5. » » PEDRO LAGLEYZE
6. » » JOSÉ PENNA
7. » » LUIS GÜEMES
8. » » ELISEO CANTÓN
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » ANTONIO C. GANDOLFO
11. » » DANIEL J. CRANWELL
12. » » HORACIO G. PIÑERO
13. » » JUAN A. BOERI
14. » » ANGEL GALLARDO
15. » » CARLOS MALBRAN
16. » » M. HERRERA VEGAS
17. » » ANGEL M. CENTENO
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » FRANCISCO A. SICARDI
21. » » DESIDERIO F. DAVEL
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » GREGORIO ARAOZ ALFARO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

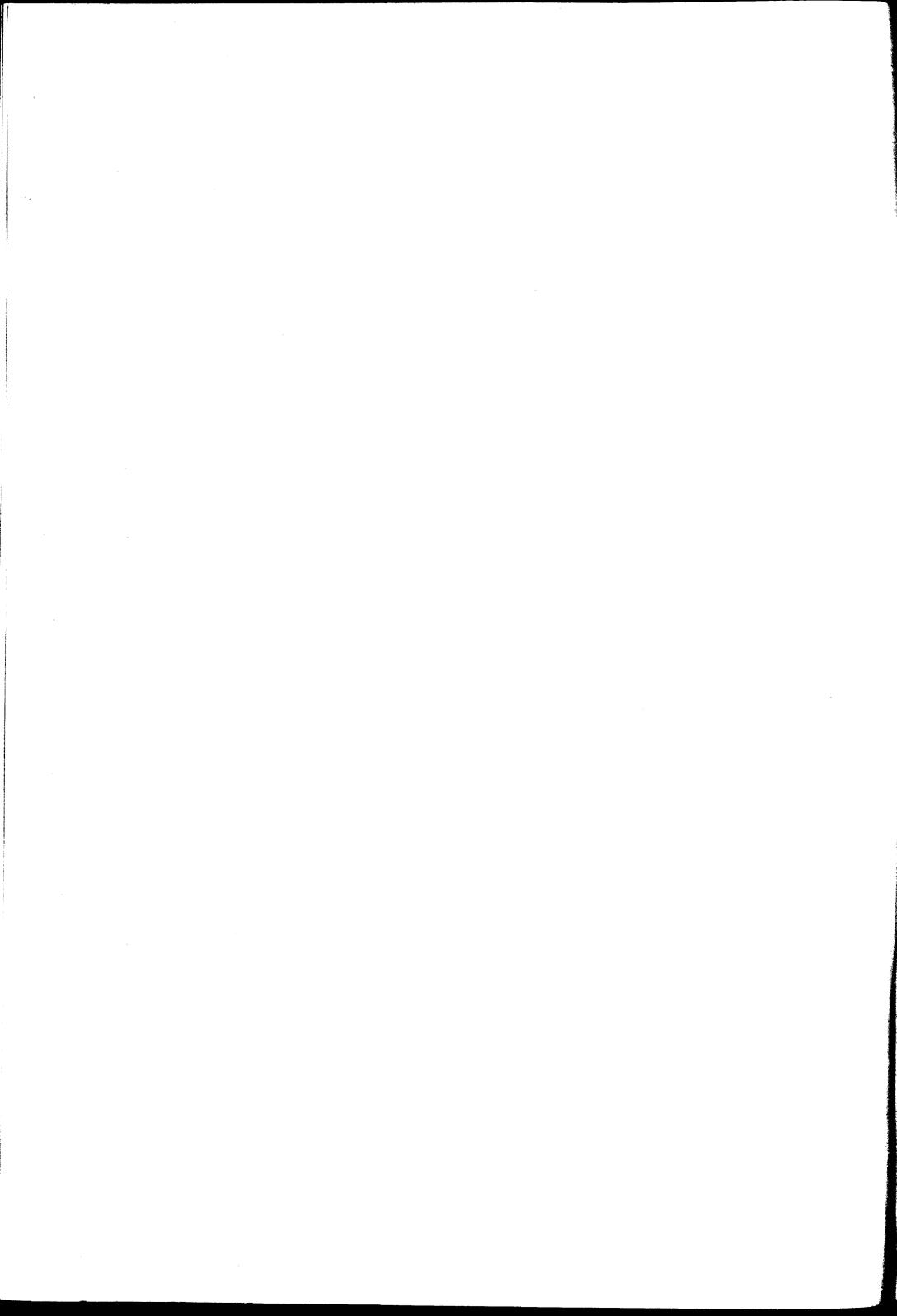
DR. PEDRO LACAVERA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » DOMINGO CABRED
» » ANGEL M. CENTENO
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » J. A. BOERI (Suplente)
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » JOSE ARCE

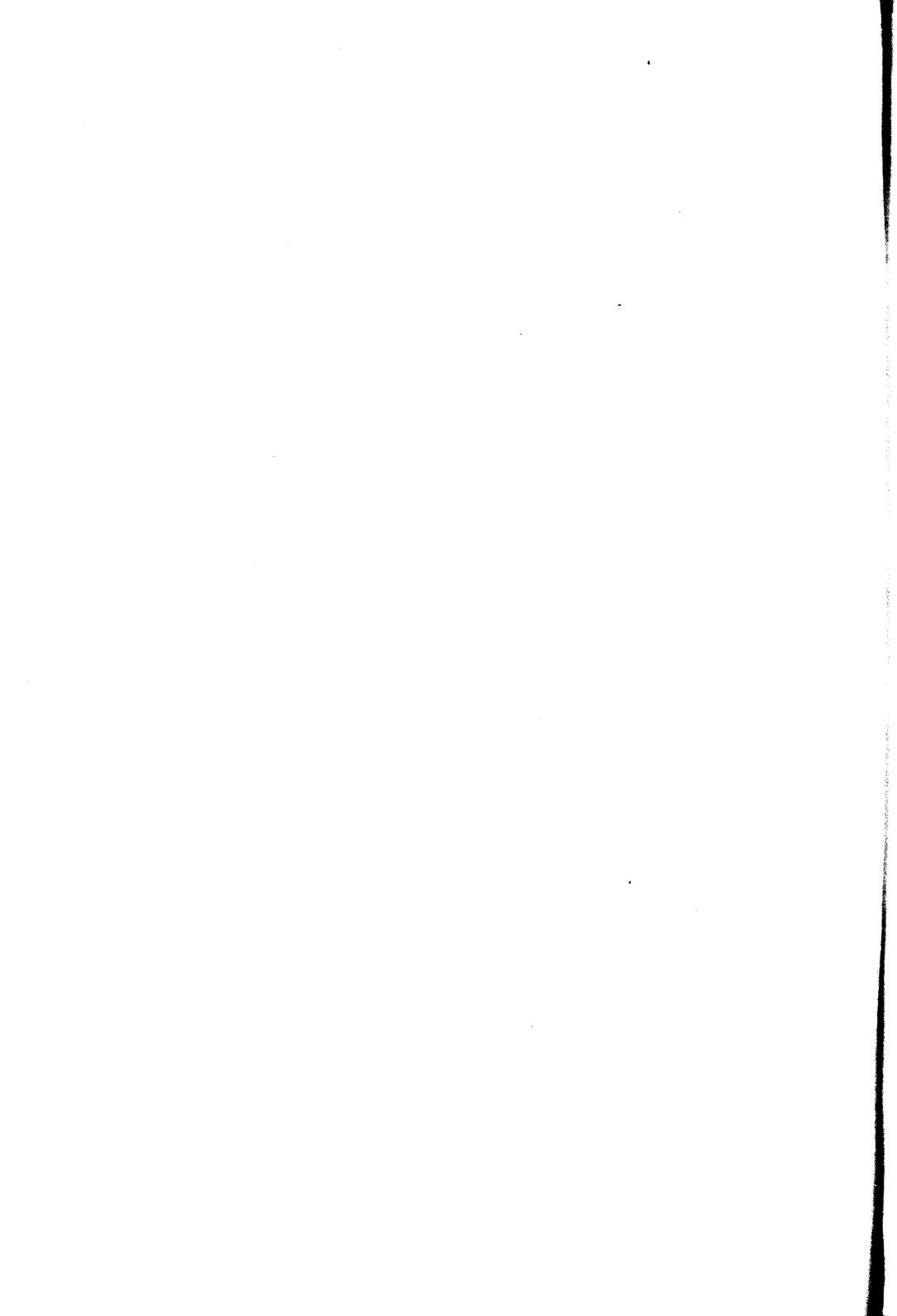
Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

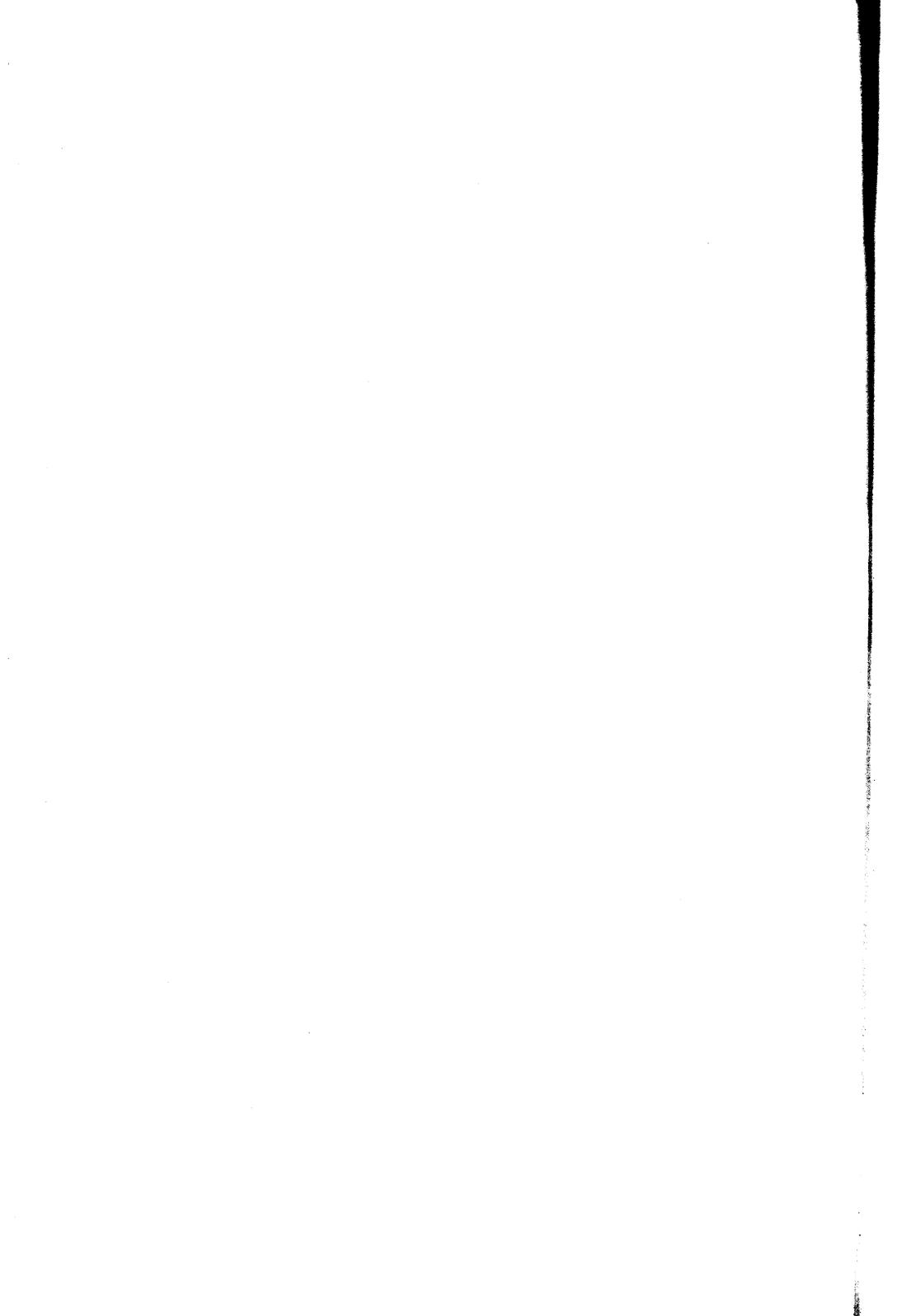
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ » GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

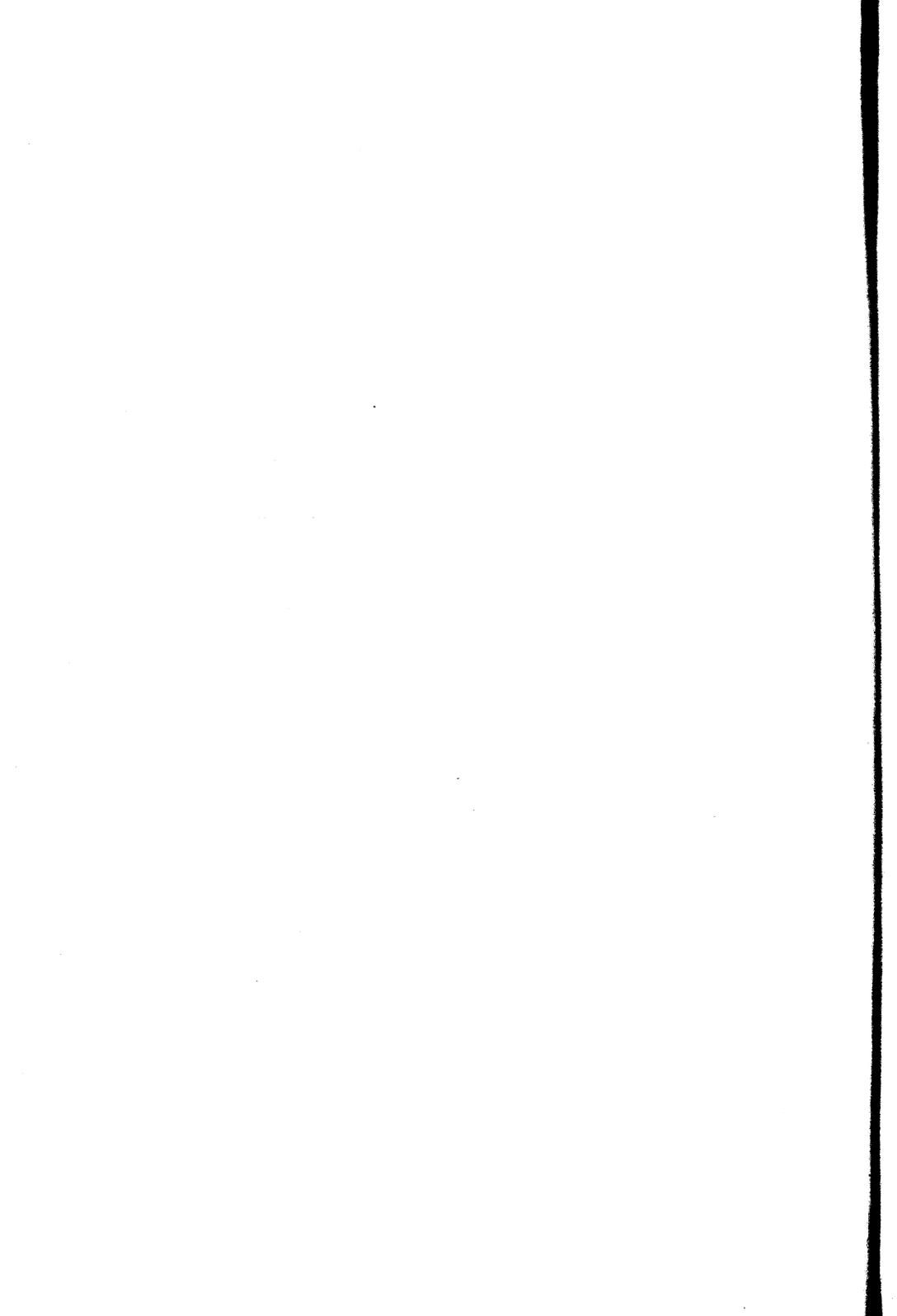
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	„ JUAN JOSÉ GALLIANO
Bacteriología.....	„ JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	„ LEOPOLDO URIARTE
Clinica Ginecológica.....	„ JOSÉ BADIA
Clinica Médica.....	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Dermato-sifilográfica.....	„ ENRIQUE ZARATE (en ejere.
Clinica Neurológica.....	„ PATRICIO FLEMING
Clinica Psiquiátrica.....	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Pediátrica.....	„ JOSÉ R. SEMPRUN
Clinica Quirúrgica.....	„ MARIANO ALERRALDE
Patología interna.....	„ BENJAMÍN T. SOLARI
Clinica oto-rino-laringológica.....	„ JOSÉ T. BORDA
	„ ANTONIO F. PIÑERO
	„ FRANCISCO LLOBET
	„ RICARDO COLON
	„ ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	„ PEDRO BELOU (en ejerc.)
Botánica Médica.....	„ RODOLFO ENRIQUEZ
Histología.....	„ JULIO G. FERNANDEZ
Fisiología.....	„ FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	„ ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	} „ FELIPE JUSTO
Semiología y ejercicios clínicos.....	} „ MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	} „ CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	} „ CARLOS R. CIRIO
Materia Médica y Terapéutica.....	} „ JOAQUÍN LLAMBIÁS
Medicina Operatoria.....	} „ JOSÉ MORENO
Patología externa.....	} „ PEDRO CHUTRO
» Dermato-sifilográfica.....	} „ CARLOS ROBERTSON
» Genito-urinaria.....	} „ NICOLÁS V. GRECO
Clínica Epidemiológica.....	} „ PEDRO L. BALIÑA
Patología interna.....	} „ BERNARDINO MARAINI
Clínica Oftalmológica.....	} „ JOAQUÍN NIN POSADAS
Clínica Oto-rino laringológica.....	} „ FERNANDO R. TORRES
» Quirúrgica.....	} „ PEDRO LABAQUI
	} „ JORGE L. FACIO
	} „ ENRIQUE B. DEMARIA
	} „ ADOLFO NOCETI
	} „ JUAN DE LA CRUZ CORREA
	} „ MARCELINO HERRERA VEGA S
	} „ JOSÉ ARCE (en ejerc.)
	} „ ARMANDO R. MAROTTA
	} „ LUIS A. TAMINI
	} „ JOSÉ A. JORGE (hijo)
	} „ MIGUEL SUSSINI
	} „ ROBERTO SOLÉ
	} „ LUIS AGOTE
	} „ JUAN JOSÉ VITÓN
	} „ PABLO MORSALINE
	} „ RAFAEL BULLRICH
	} „ IGNACIO IMAZ
	} „ PEDRO ESCUDERO
	} „ MARIANO R. CASTEX
	} „ PEDRO J. GARCÍA
	} „ MANUEL A. SANTAS
	} „ MAMERTO ACUÑA
	} „ GENARO SISTO
	} „ PEDRO DE ELIZALDE
	} „ JAIME SALVADOR
	} „ TORIBIO PICCARDO
	} „ OSVALDO L. BOTTARO
	} „ ARTURO ENRIQUEZ (en ejerc.)
	} „ A. PERALTA RAMOS (en ejerc.)
	} „ FAUSTINO J. TRONGÉ
	} „ JUAN B. GONZALEZ
	} „ JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	} „ V. JOAQUÍN GNECCO
Medicina legal.....	„



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....
Botánica y Mineralogía.....
Química inorgánica aplicada.....
Química orgánica aplicada.....
Farmacognosia y posología razonadas..
Física Farmacéutica.....
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....
Técnica farmacéutica.....
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....

Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALLARDO
» ADOLFO MUJICA
» MIGUEL PUIGGARI
» FRANCISCO C. BARRAZA
SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Dr. JULIO J. GATTI

» FRANCISCO P. LAVALLE
» J. MANUEL IRIZAR

» FRANCISCO P. LAVALLE

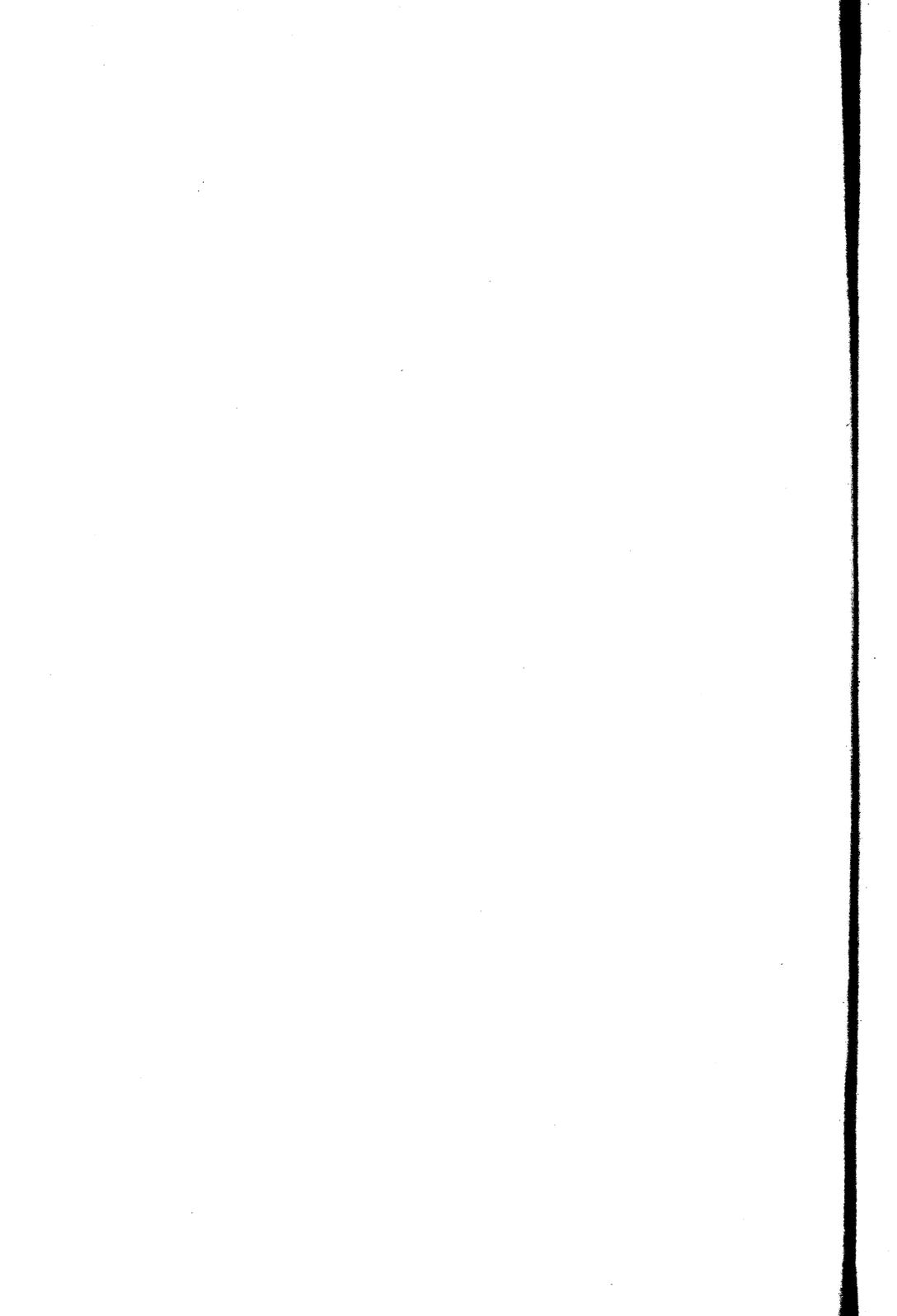
» RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Técnica farmacéutica.....
Farmacognosia y posología razonadas....
Física farmacéutica.....
Química orgánica.....
Química analítica.....
Química inorgánica.....

Catedráticos sustitutos

SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
,, PASCUAL CORTI
,, OSCAR MIALOCK (en ejerc.)
DR. TOMÁS J. RUMÍ
SR. PEDRO J. MESIGOS
DR. JUAN A. SANCHEZ
,, ANGEL SABATINI



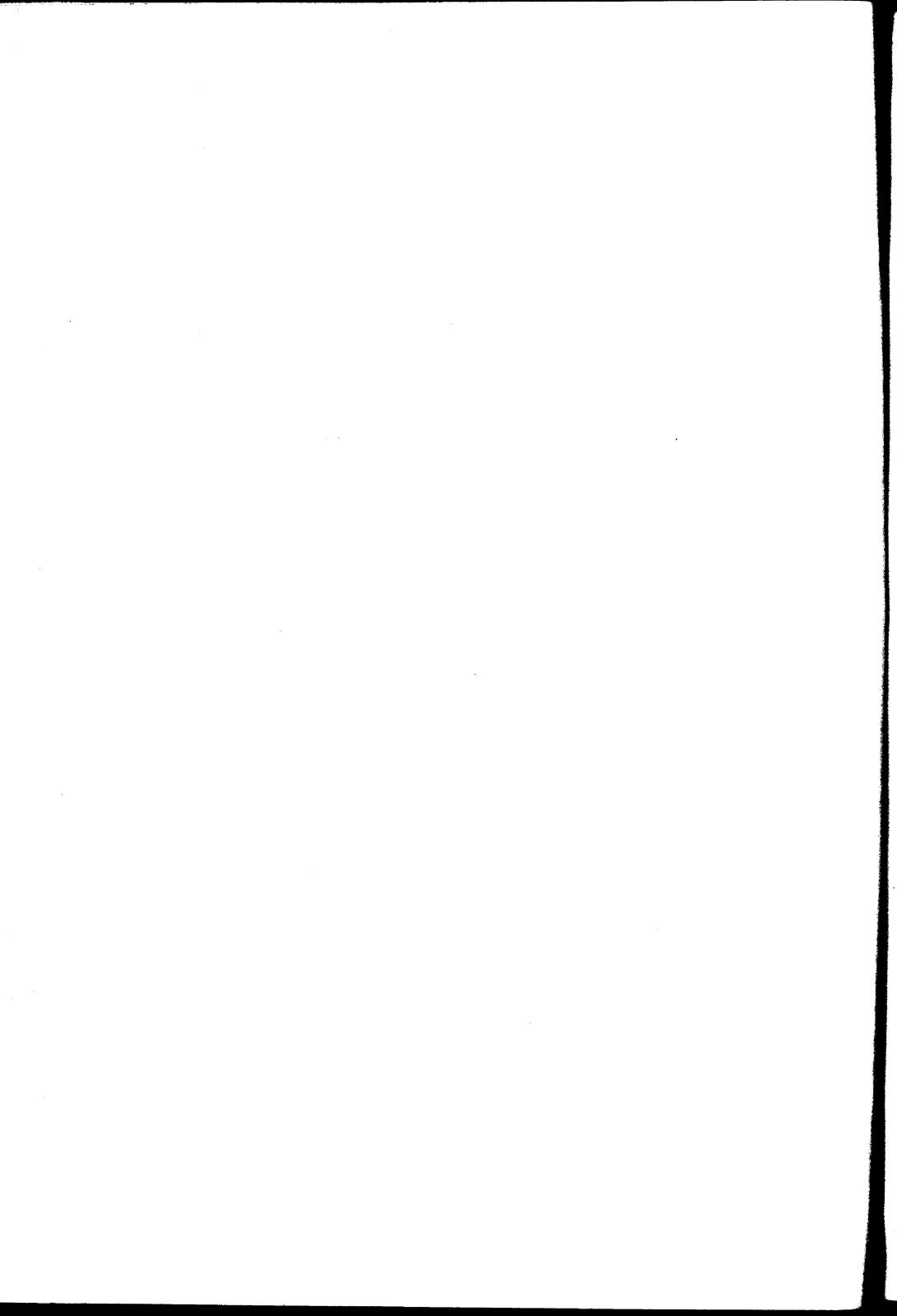
ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	} » J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

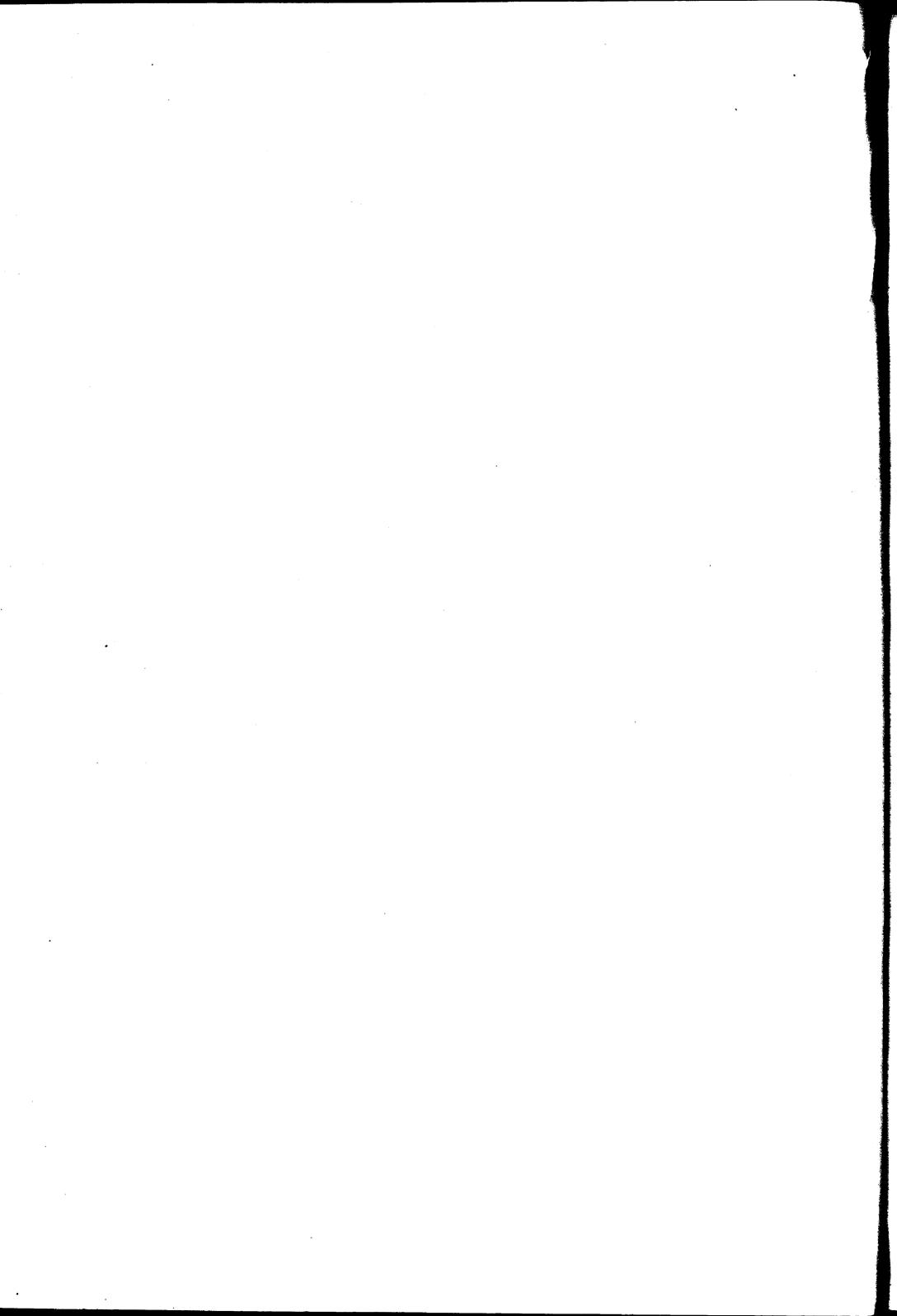
Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO (int.)
Prof. suplente.....	DR. ALEJANDRO CABANNE



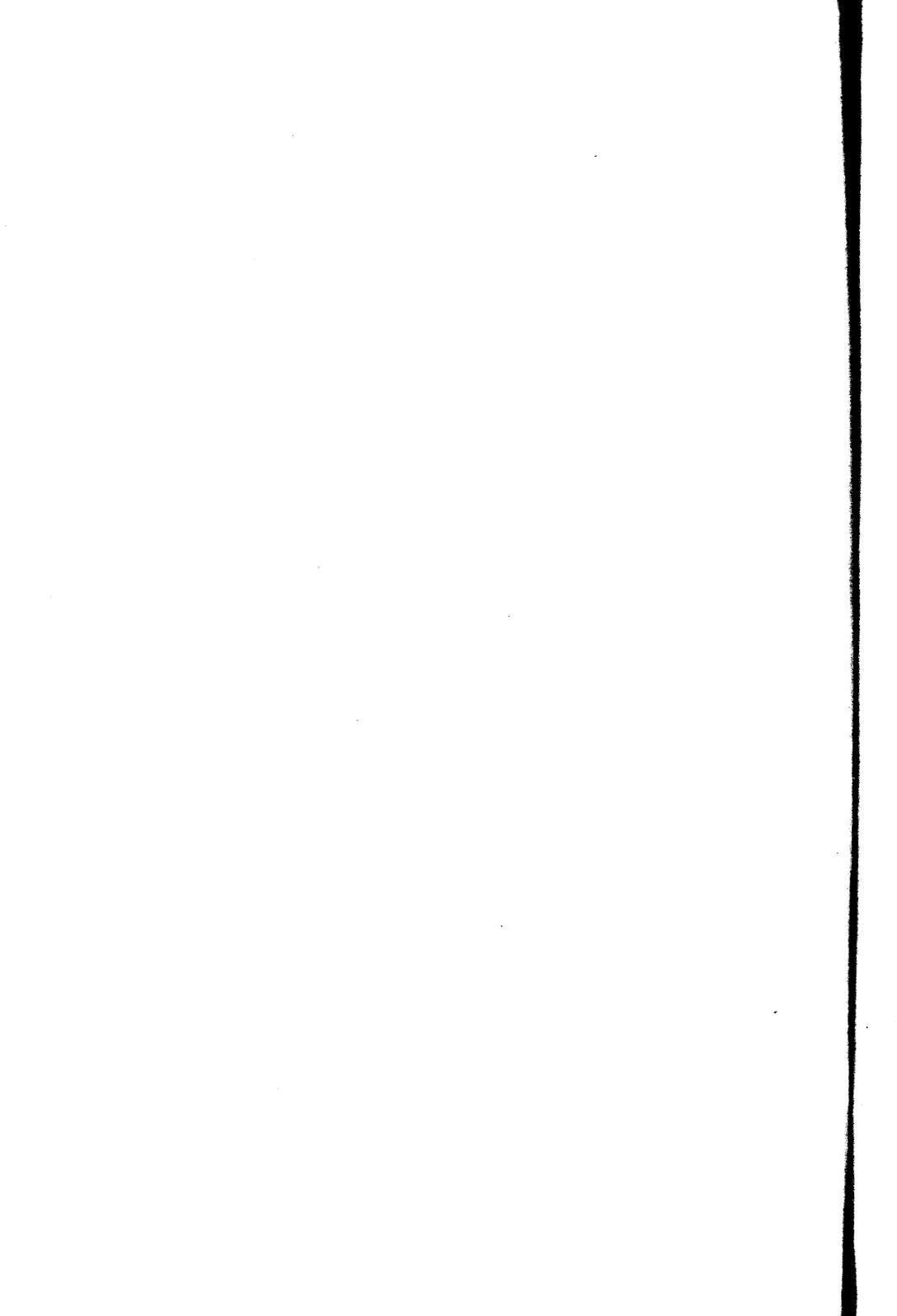
PADRINO DE TESIS :

DOCTOR ENRIQUE BORDOT

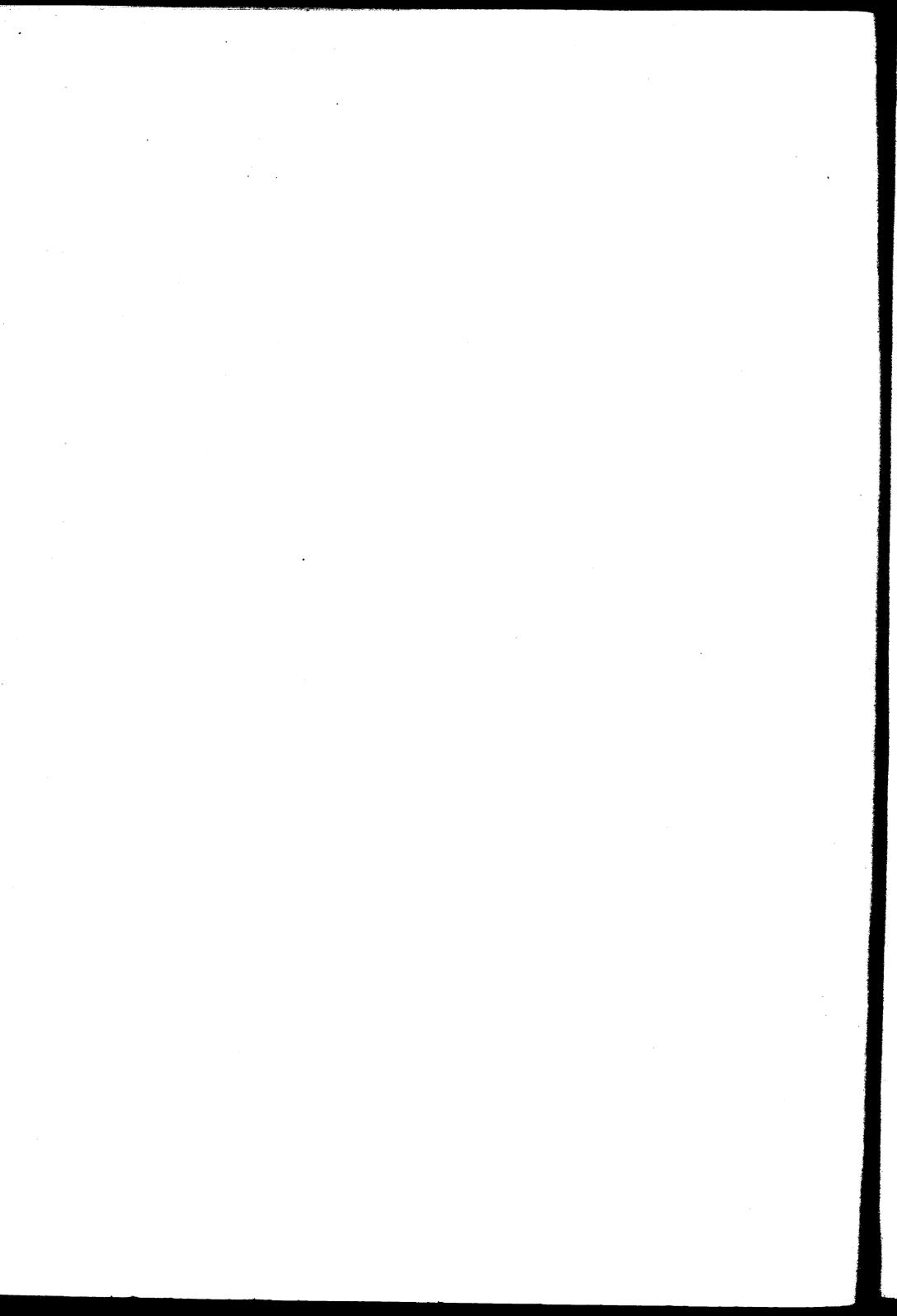
Director del Dispensario de Lactantes N° 4 del Hospital San Roque



A MIS PADRES



A MIS HERMANOS



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Este trabajo que tengo el honor de presentar a ustedes, corona mi labor de estudiante. Al llegar al término de mi carrera, no puedo menos que detenerme para recorrer con el pensamiento, los largos años de dura tarea y agradecer emocionado, la labor de nuestros sabios maestros, que han contribuído con su acción proficua y desinteresada a engendrar y perfeccionar nuestros conocimientos, a inculcarnos los métodos de análisis y síntesis que en el escabroso y accidentado terreno que constituye nuestro campo de acción, nos dan una luz y un guía salvador. Una palabra de cariño para aquellos que elevándose sobre el nivel común de la ciencia, supieron encarar la faz moral de nuestra profesión e imbuirnos de los preceptos humanos y piadosos que constituyen la base de nuestras relaciones sociales.

Agradezco a mi padrino de tesis, el doctor Enrique Bordot, la ayuda intelectual que con tanta ama-

bilidad ha sabido derramar en este trabajo, de la que me hallo profundamente reconocido, así como de su vieja y sincera amistad.

Un recuerdo afectuoso para el doctor Juan B. Emina, mi jefe de sala en el Hospital Pirovano, y para los doctores Enrique Zárate, Nölting y D'Ovidio.

Al doctor Ernst Bumm, profesor de Clínica Obstétrica y Ginecológica de la Facultad de Berlín, el reconocimiento de un discípulo agradecido y lleno de admiración por su maestro.

A mi amigo y compañero de estudios, el doctor Nicasio L. Cúneo, la seguridad de mi amistad duradera, y a mis compañeros de internado del Hospital Pirovano, el eterno recuerdo de las gratas horas que fueron para no volver.

CONSIDERACIONES GENERALES

Examinando un niño que vomita constantemente, cada vez que toma el pecho o mamadera, el médico está inclinado a considerar como causa primordial de dichos vómitos, a la hiperalimentación. Y no podría ser de otra manera, dada la frecuencia con que ésta se produce y la tendencia de las madres a exagerar las dosis alimenticias de sus hijos.

Este modo de pensar se halla justificado en la práctica diaria, pues se ven desaparecer los trastornos a que dió lugar esta hiperalimentación, por el solo hecho de reglamentar la dosis alimenticia, modo de administración, etc.

Pero hay cierta clase de vómitos que reconocen una etiología enteramente opuesta y que llamaremos paradójal : son los vómitos producidos por la hipoalimentación.

Esta noción que no es nueva, es sin embargo, poco conocida, debido a que la sintomatología con

que vienen acompañados dichos vómitos, se confunde desgraciadamente, con la de los vómitos por hiperalimentación.

En el mayor número de las historias que voy a reseñar en esta tesis, se ha cometido este error de diagnóstico, y no es sino posteriormente, con una observación más o menos prolongada, con el resultado negativo del tratamiento de la hiperalimentación, que hemos atribuído estos vómitos a la hipoadministración.

La balanza en apoyo nuestro, demostraba que la dosis alimenticia del niño era inferior a la que necesitaba para sus exigencias orgánicas.

La existencia de los vómitos por hipoadministración ha sido observada desde hace muchos años; ellos están bien descritos en las historias de la inanición en el hombre.

En el año 1855, C. Forges, en una tesis inaugural, titulada «Del vómito por inanición», reprochaba a los que se habían preocupado del vómito y su valor desde el punto de vista semiológico, el haber «olvidado decir que el vómito podía ser el resultado de una dieta muy severa o muy prolongada, de una alimentación insuficiente por su calidad o por su cantidad: que hay en suma un vómito por inanición».

Bouchaud en su estudio «De la muerte por inanición y experiencias sobre la nutrición en el recién nacido», aparecido en el año 1864, señala los vómitos en el niño en estado de inanición, pero los atribuye erróneamente a la lactancia artificial y decía: «los vómitos tienen lugar sólo en el niño alimentado al biberón. Raros al comienzo se hacen a veces tan repetidos que nada es tolerado».

En 1874, R. Lépine en su artículo sobre «Inanición», publicado en el Diccionario de Medicina y Cirugía Práctica, de S. Jaccoud, tomo XVII, daba un sitio importante al vómito entre los síntomas de la inanición, basándose en trabajos anteriores de Marrotte, de Piorry y de Hoffmann.

En los mamones la inanición fué bien estudiada desde Bouchaud y Parrot, pero no ha interesado suficientemente la atención de los médicos, preocupados más bien por los trastornos producidos por la hiperalimentación. A Variot corresponde el mérito de haber puesto de relieve, el rol importante y los peligros de la hipoalimentación en los niños; él ha insistido con mucha razón en la frecuencia con que se halla la hipoalimentación y sus vómitos y demostró que Bouchaud erraba al creer que éstos sólo se producen en el niño alimentado artificialmente, pues «se observan, dice, con tanta frecuencia en los

alimentados al seno si la secreción láctea es insuficiente o las lactadas muy distanciadas ».

Antes de pasar a describir la sintomatología de la afección, creo conveniente hacer algunas consideraciones sobre la constitución anatómica, histológica y fisiológica del estómago del niño, que explican en éste la frecuencia del vómito y la facilidad con que se produce.

J. Troitzky, en su obra « Las particularidades del sistema gastro-intestinal en la infancia », hace notar el hecho, de que el lóbulo izquierdo del hígado pasa notablemente la línea media y llega en contacto con el bazo, de manera que cubre por completo al estómago, cuya percusión es hecha así una imposibilidad anatómica. En tales condiciones, basta la menor exageración de su excitabilidad, para provocar la expulsión de su contenido.

Se ha apelado luego al concurso de la radioscopia, e investigaciones llevadas a cabo por G. Leven y G. Barret, han demostrado, que el estómago del nourrisson aparece tanto más ocupado, cuanto mayor es la cantidad de líquido que contiene, mientras que en el adulto normal el estómago se adapta al contenido, de modo que, el nivel de éste es igual sean 50 c.c. como 500 c.c.

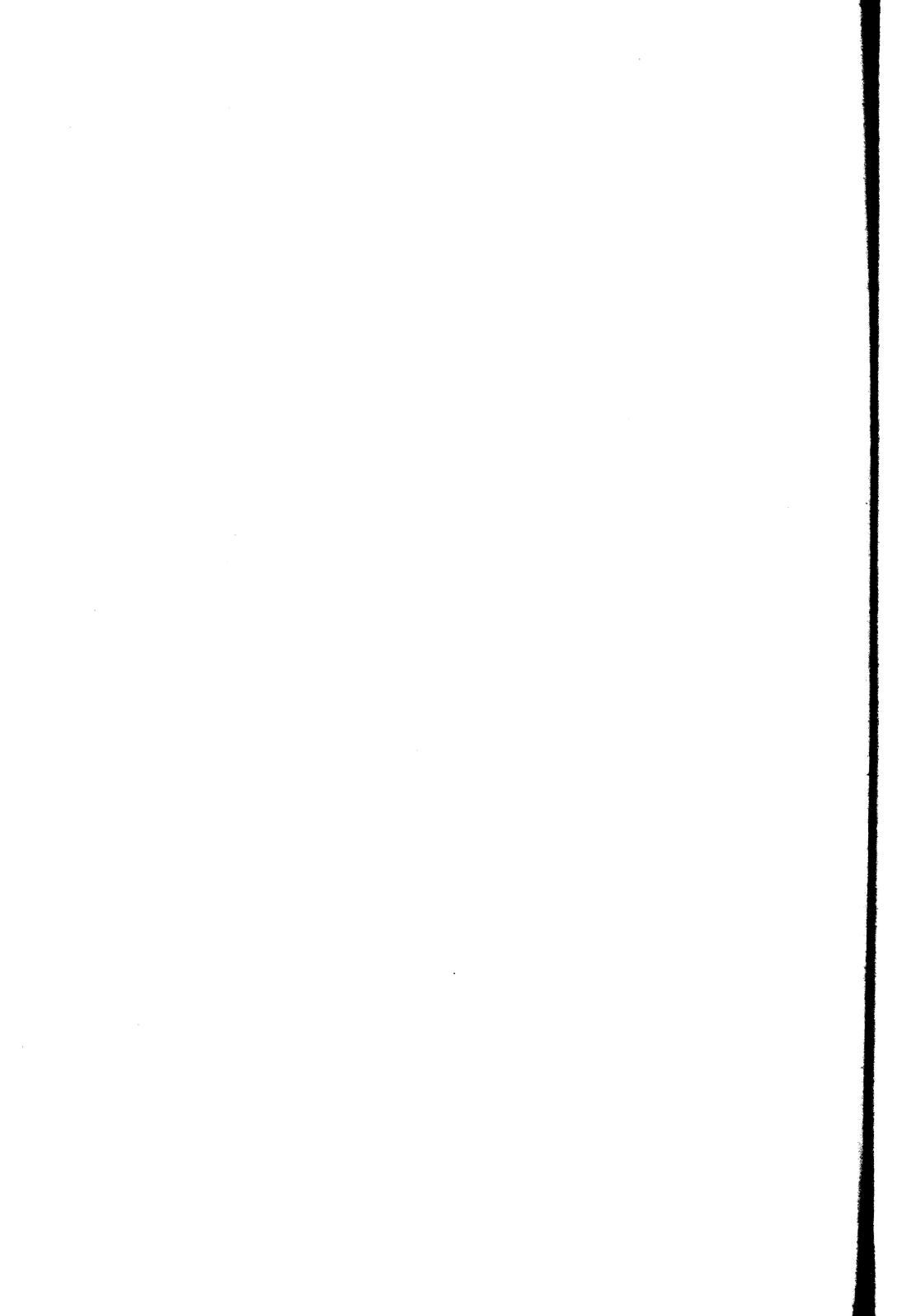
Basta, pues, en el niño que sobrevenga un cam-

bio de posición cuando el estómago está lleno, para que el vómito se produzca.

La radioscopía nos enseña además que el estómago del niño se contrae en su totalidad al fin de la succión, y no como en el adulto solamente en su porción pilórica. Esta característica hace más fácil la regurgitación en el primero, dado que las materias alimenticias son expulsadas parte hacia el píloro, parte hacia el cardias.

Histológicamente se observa que las fibras longitudinales y en ansa se desarrollan en el segundo año, de tal manera que sólo las fibras circulares consttuyen la capa contráctil del estómago del niño de un año ; si además recordamos, que el esfínter cardias está desarrollado rudimentariamente, oponiéndose débilmente al reflujo de los alimentos, tendremos así bien explicada la frecuencia del vómito en la infancia.

Mencionemos de paso una última causa : la mayor excitabilidad de los centros nerviosos.



ETIOLOGÍA

La hipoalimentación se nota con mayor frecuencia en los niños alimentados al seno y es natural que así ocurra, pues teniendo las madres tendencia a exagerar la dosis de alimentos, logran más fácilmente este objeto con la lactancia artificial.

En los casos que venimos observando es rara la excepción de esta regla ; a veces se produce la hipoalimentación en niños alimentados con lactancia mixta, pues habiéndose dado cuenta la madre que su seno no da abasto a las necesidades del mamón, llena el déficit con alimento artificial, pero sin alcanzar a una dosis suficiente, sea porque la cantidad total está por debajo de lo necesario o porque ha efectuado una dilución excesiva.

En los niños alimentados al seno se observa la hipoalimentación, ya porque la secreción láctea es pobre o ya porque hay una imposibilidad de parte

del lactante para efectuar la succión (corizas, aftas, debilidad congénita, ausencia del reflejo de la succión, etc.).

Esta última causa ha sido bien estudiada por Barth, quien dice que hay lactantes que tienen paresia de la succión, a pesar de poseer energía muscular suficiente, paresia que debe atribuirse a un funcionamiento incompleto del reflejo de la succión.

Los resultados de la hipoalimentación del seno demuestran que los mamones pueden vivir largas semanas con una dosis de leche correspondiente a la mitad de la dosis óptima (50 calorías por kilogramo), y sin disminuir seriamente de peso con tal que no se les prive de la cantidad necesaria de agua. Pero en estas condiciones, aun cuando no pierde peso, en cambio continúa su crecimiento, sus huesos se alargan y espesan, su talla sigue una curva normal, como puede verse en nuestras historias y ésto no puede llevarse a cabo sino a expensas de otros órganos: éstos son especialmente los músculos.

Para algunos observadores esta perturbación sobreviene particularmente en invierno, al contrario de los vómitos producidos por otras afecciones gastro-intestinales y es natural que así ocurra, pues en la estación fría el niño requiere mayor cantidad de calorías y la misma dosis alimenticia es menos eficaz que en la estación cálida.

La mayoría de nuestros casos está conforme con esta manera de pensar.

En lo que se refiere a la edad, se puede decir, que es generalmente en los lactantes que tienen menos de tres meses que observamos esta perturbación ; los vómitos comienzan generalmente poco después del nacimiento, aunque no se puede siempre precisar de un modo categórico la época de su aparición, pues la madre no se inquieta sino cuando son muy frecuentes y desmejoran al niño visiblemente ; cuando ésto se produce hay que confesar que hace ya rato que los vómitos se han establecido.

En los niños alimentados a régimen mixto, se comprende que los vómitos pueden aparecer en cualquier instante y son consecutivos a que la ración alimenticia es demasiado pobre o bien ha sido reducido con un fin terapéutico (para detener una diarrea, por ejemplo).

Hay cierto temor hoy día plenamente justificado en dar al lactante una ración exagerada para su peso y edad, dados los trastornos graves que determina la hiperalimentación ; así se ve al médico tratar siempre de guardar los justos límites, e inclinarse a veces a la hipoalimentación, prefiriendo ésta al extremo opuesto. Esta prudente manera de proceder no deja de tener sus inconvenientes, pues puede llevarnos

a una serie de trastornos inquietantes, pero que nunca adquieren la solemne gravedad de los provocados por la hiperalimentación.

SÍNTOMAS

Las consecuencias de la hipoalimentación, sea en calidad como en cantidad, no tardan en aparecer y una de las más precoces y llamativa es el vómito ; síntoma que a menudo en nuestras historias aparece desde los primeros días de la vida, persistente, tenaz, que nada logra vencer, a no ser el aumento en la ración alimenticia.

El niño se queja frecuentemente, llora sin cesar, chupa sus dedos a menudo, los vómitos calman a veces el llanto ; según la madre su crecimiento permanece estacionario, y es natural que así ocurra, pues existe un verdadero círculo vicioso : la hipoalimentación trae al vómito y éste a su vez agrava la primera. Estos vómitos se producen sistemáticamente, después y en seguida de cada lactada ; el contenido estomacal es expulsado en una o dos contracciones. La leche es devuelta sin haber sufrido transformación alguna — dado el escaso tiempo que ha que-

dado en contacto con los jugos digestivos — acompañada de mucosidades y saliva que estos niños segregan en abundancia. Pero si la afección se prolonga los vómitos se hacen más tardíos y la leche en tales casos es devuelta con grumos o copos y siempre mezclada a las mucosidades a que nos referimos.

La facies del niño es variable y depende del grado, intensidad y duración de la afección.

Pero digamos desde ya que no hay generalmente la postración que se observa en la gastro-enteritis, afección con la cual presenta el trastorno que estudiamos notable parecido.

El niño adelgaza, pero paulatinamente, su peso va descendiendo lentamente o permanece estacionario, la fontanela está abierta, la mirada viva. La piel sin panículo adiposo deja ver las saliencias musculares y óseas; la cara alargada, de mejillas excavadas y mentón saliente, recuerda en algunos casos la facies Voltaire; el abdomen retraído a menudo en batel, pero sus paredes están tensas, duras, pues los músculos no han perdido su tonicidad.

Pero prolongándose los accidentes se ve al abdomen distenderse, los músculos rectos y relajarse. Las deposiciones tienen distinto carácter, según los casos y el género de alimentación.

En nuestras historias se ve a menudo sujetos

constipados, y ésto es de regla en el comienzo de la afección, según algunos autores.

Pero frecuentemente las deposiciones son numerosas, aunque no tanto como en la gastro-enteritis (3 o 4 diarias), no contienen agua y son pobres en cantidad. Son de color verdoso, mal ligadas con grumos blancos de jabón alcalino térreo, de consistencia gomosa.

tencia gomosa. No se encuentra aquí una verdadera diarrea, y si el niño se deshidrata el intestino no es la vía elegida para esta pérdida.

Estas deposiciones son la expresión de una enteritis banal provocada, por el predominio de la flora proteolítica intestinal, debido a las secreciones intestinales albuminosas inutilizadas que forman un medio alcalino. Pero como decíamos, es banal y basta aumentar la dosis de alimentos para verla curar rápidamente.

En el niño alimentado artificialmente se ve producir la constipación como regla, y sólo a la larga se engendran las deposiciones descritas que coexisten con el vientre flácido de las dispepsias crónicas.

El tono muscular raramente está disminuído; los músculos han conservado su vigor; sus contracciones son enérgicas; la fuerza de que disponen está intacta. La posición que adopta el niño es la de flexión, comparable a la que tiene un feto en el in-

terior del útero, y es necesaria cierta energía para desplegar los miembros recogidos sobre sí mismos y sobre el tronco.

Esta energía muscular inesperada, la inquietud del niño, la mirada viva, son datos que conviene tener presente para diferenciar, un mamón hipoalimentado de uno hiperalimentado.

Raramente se halla el eritema que producen en las nalgas, las deposiciones de otras enfermedades del tubo digestivo y cuando está presente no tiene ni la extensión, ni la intensidad del de éstas.

Difícilmente se hallaría Muguet en la boca del niño, dada la deglución abundante de saliva y aire que impide el estagnamiento de materias alimenticias, en los repliegues de la mucosa bucal.

La temperatura sufre un descenso poco notable, a no ser que la afección se prolongue y sea muy profunda; así se ha creado el término de hipotermia de hambre para oponerlo al de hipertermia de la sed. Igual curva en lo que atañe al pulso que se hace ligeramente más lento, en los casos comunes de hipoalimentación; en los casos graves, la lentitud es muy marcada y así también su irregularidad. La sed es más intensa en el mamón que en el adulto sometido a la hipoalimentación, pues los músculos están en el primero menos hidratados. Las orinas se hacen más raras y más coloreadas. La curva

del peso desciende paulatinamente o bien se mantiene horizontal, pero a un nivel inferior al de la normal, para ascender rápidamente en cuanto se aumenta la ración alimenticia.

La curva de la talla ofrece un contraste muy digno de tenerse en cuenta, cuando se le compara a la del peso : ella no sufre la misma detención que la última ; el niño hipoalimentado aumenta de talla casi normalmente, a no ser que la afección se prolongue demasiado.

Comparando las dos curvas de peso y talla en nuestras historias, se observa una disociación bien neta, signo sobre que insisten algunos autores como Merklen y que recomiendan tener presente en el diagnóstico de la hipoalimentación.

En nuestras historias tomamos los casos siguientes : Nélica Banoni, de 1 mes y 26 días de edad, ofrece los siguientes datos al ingresar :

El 1º de julio..... peso 4.070 grs. : talla 0.541 m.m.
El 1º de agosto.... peso 4.330 grs. : talla 0.570 m.m.
El 1º de septiembre peso 4.700 grs : talla 0.582 m.m.

Por este cuadro vemos que la talla ha ido ascendiendo, siguiendo una curva casi paralela a la normal, mientras que el peso asciende muy lentamente.

Otro ejemplo : Francisco Menéndez, de 2 meses y 10 días de edad ; el día del ingreso :

El 5 de julio..... peso 3.000 grs.; talla 0.525 m.m.

El 5 de agosto..... peso 3.330 grs.; talla 0.545 m.m.

El 5 de septiembre. peso 3.600 grs.; talla 0.556 m.m.

La misma observación podemos hacer en este caso, a la que anotamos en el anterior.

PATOGENIA

Este capítulo es de todos los que conciernen a los vómitos por hipoalimentación el más obscuro. La causa inicial de estos vómitos no está aún precisada. Para algunos autores, entre ellos Variot, el origen de ellos se podría atribuir a un factor puramente local, es decir, de estómago, como es la aerofagia, mientras que para otros (Finkelstein, Czerny), se trataría más bien de una causa general, de una predisposición, sea neuropática o diatésica hereditaria.

Mientras los primeros autores dan a los vómitos una individualidad muy marcada, hasta elevarlos al rango de una afección, los segundos se la quitan encerrándolos en un cuadro general, en que los vómitos no aparecen sino como síntomas muy secundarios, dependientes de una tara constitucional.

Para los partidarios de la teoría aerófaga estos vómitos se producirían de la siguiente manera : al

estado normal la leche que va llegando al estómago expulsa progresivamente por el cardias, ampliamente abierto, la pequeña cantidad de aire que contiene. Cuando la lactada ha terminado, el órgano se contrae en masa instantáneamente, expulsando definitivamente la pequeña cantidad de aire que quedaba. Las nodrizas lo han observado y tienen por hábito dejar al niño en la posición vertical un cierto tiempo, después de la lactada, para facilitar esta expulsión, lo más a menudo sonora.

Tratándose en cambio de mamonos aerófagos, el estómago contiene después de las lactadas una gran cantidad de aire que distiende sus paredes y se halla bajo presión; la cantidad de leche es en cambio pequeña. Se comprende que cuando el estómago efectúe una contracción fisiológica expulse a la vez aire y leche.

A veces hay un verdadero espasmo del cardias, que permite la deglución de aire y leche, pero se opone completamente a la salida del primero, espasmo que no cede sino cuando la presión estomacal se hace muy intensa.

Para Finkelstein, estos niños que estudiamos, tendrían una dificultad en su nutrición consecutiva a ciertas particularidades hereditarias constitucionales.

Los niños que él estudia bajo este título, se ven atacados no sólo de vómitos, sino de erutos, flatulencias, gran intranquilidad, además de una pereza para la succión, que llega en ciertos casos a transformarse en una repugnancia formal para el pecho ; el peso está siempre debajo del normal, el estado de nutrición es poco satisfactorio. En la mayoría de los casos, la cantidad de leche ingerida es inferior a la que el niño exige para sus necesidades vitales. Este estado dispéptico perdura a pesar de esta hipoalimentación, la cual no juega sino un rol secundario

Ella actúa desfavorablemente en el cuadro de la dispepsia y a favor de esta tesis está el hecho de que la hipoalimentación empleada con un fin curativo, durante un cierto tiempo, no consigue hacer cesar los síntomas que la indicaron (diarreas, vómitos, etc.).

Este estado dispéptico no puede ser atribuído a la constitución más o menos alterada de la leche materna, pues se observa en niños que lactan el pecho de una nodriza, que cría a su vez a otro u otros normales.

« Existe, dice Finkelstein, en estos niños una predisposición neuropática a quien se debe atribuir estos vómitos, como el resto del cortejo sintomá-

tico de la dispepsia y sin cuya aceptación no es posible un acuerdo completo de los síntomas clínicos ».

Que se trata de una predisposición nerviosa lo prueban los siguientes argumentos : en muchas familias todos los hijos enferman de esta forma de dispepsia ; hay en los padres antecedentes de tics, jaquecas, neurastenia, histeria, etc. ; el niño presenta en el momento actual o en su desarrollo ulterior una serie de estigmas nerviosos ; hallamos en ellos una relajación general de los tejidos, especialmente en la pared abdominal, sin que ésto excluya una hipertonia muscular ; una palidez que no está de acuerdo con la cantidad normal de hemoglobina en la sangre ; una irritabilidad refleja exagerada. Son sujetos muy activos, vivaces, pero variables, excitados por todo orden nervioso, especialmente por las vasomotrices, y que en edad más avanzada sufren de perturbaciones dispépticas y de insomnio.

Desde su nacimiento desesperan a los padres, por su llanto continuo y su intranquilidad violenta. La hipoalimentación es constante en estos casos, el descenso de peso bien marcado.

« Basta, dice Finkelstein, ahí donde el cambio de ama no da ningún resultado, dar alimentación artificial para ver desaparecer como por encanto, todos estos sufrimientos ».

En los casos bien francos es muy fácil descubrir

esta relación entre la neuropatía y la dispepsia ; no así cuando se trata de una forma ligera.

Czerny (1) cree que otras enfermedades constitucionales pueden traer una inclinación hacia la dispepsia ; cita él a la Diátesis Exsudativa entre ellas. Esta diatesis se pone en evidencia muy a menudo en los dispépticos, bajo forma de procesos descamativos y eczematosos de la piel y de las mucosas (lengua geográfica, vulvitis, tendencia a los catarros). El tubo digestivo participa también a esta tendencia, pero, dice Finkelstein, esta participación no sería tan constante y cuando se encuentra, falta a menudo a pesar de los síntomas exsudativos intensos, las molestias subjetivas y la reacción sobre el peso que para los neurópatas son tan importantes.

Finkelstein adopta hoy día una teoría ecléctica, por la cual, acepta la influencia de la asociación del estado neuropático, a la diátesis exsudativa y la variedad en los casos clínicos de estos enfermos, es debido, según él, al predominio de una u otra de las causas estudiadas.

Terminando, dice este mismo autor : « Se conoce el cambio de opinión que se ha hecho en el juicio

(1) Czerny ha significado que estos vómitos son de origen cerebral sin haber explicado como actúa el cerebro en su producción.

de las dispepsias de los lactantes, a causa del estudio de las diatesis constitucionales.

Antes se atribuían a una perturbación en la alimentación ; hoy sabemos que ésto ocurre en casos muy raros y por el contrario la causa verdadera hay que buscarla en la hiperexcitabilidad del niño ». Para Finkelstein « esta dispepsia se establece inmediatamente después del nacimiento ; el niño que queda sano durante las primeras semanas, queda preservado más tarde de esta perturbación. Esta afección se prolonga varias semanas hasta el fin del primer trimestre de la vida, época en que el niño parece haberse adaptado a la enfermedad, tan ampliamente, que la afección puede desdeñarse. En un cierto número de casos persiste sin mejorar varios meses, hasta que un tratamiento conveniente la cura ».

DIAGNÓSTICO

Digamos desde ya que los médicos, no están aún imbuidos suficientemente, de la noción de los vómitos por hipoalimentación, y que a esta causa hay que atribuir la frecuencia con que se les desconoce, más que a las dificultades inherentes al diagnóstico causal de la perturbación.

Si recordamos que estos vómitos rebeldes, se presentan con un cortejo de síntomas que tiene mucho parecido con las gastro-enteritis o la simple hiperalimentación, se deduce que con una observación superficial se puede arribar a un diagnóstico opuesto y a un tratamiento que es la antítesis, del que requieren dichos vómitos : a la reducción de la dosis alimenticia cuando no su supresión total.

Pero es fácil evitar este error si levantamos una encuesta, sobre la cantidad de leche que ingiere el niño, es decir, que el diagnóstico reposa en mucho

sobre los datos revelados por la balanza. En ausencia de éstos, podemos diferenciar la gastro-enteritis de la hipoalimentación, comparando todos los signos clínicos, uno por uno, lo que nos dará indicaciones relativas, pero de un valor innegable.

En la gastro-enteritis los vómitos no ocupan un lugar tan saliente; ellos son secundarios hasta cierto punto a la diarrea, que es muy abundante y antecede a los vómitos; las materias vomitadas se hallan a veces coloreadas por la bilis; son muy ácidas y tienen un olor fétido y agrio. Las deposiciones son líquidas, humedecen todo el pañal, dejando en su superficie, algunos grumos verdosos o blanquecinos de leche mal digerida; el eritema glúteo es más frecuente e intenso. En la hipoalimentación, la diarrea cuando existe no es tan frecuente, ni tan líquida; si el niño se deshidrata no es por su intestino, sino por sus vómitos.

En la gastroenteritis el niño se hace rápidamente delgado, pálido, las fontanelas bien deprimidas, la hipotenia es generalizada, la cara no tiene expresión. La evolución es rápida, el estado general es de una gravedad que impresiona, sobrevienen convulsiones de origen tóxico, elevación o descenso de temperatura, según las formas. Además, estas perturbaciones se prolongan un cierto tiempo, a pesar del tratamiento, mientras que los vómitos por hipo-

alimentación cesan rápidamente cuando se eleva la dosis alimenticia, salvo excepciones muy raras en que se prolongan a pesar de todo ; pero aún así los vómitos se hacen más raros y el estado general mejora.

Si la balanza interviene, nos da datos de importancia capital ; nos informa de que en la hiperalimentación el niño ha aumentado de peso con rapidez, hasta que sobrevienen las perturbaciones gástricas ; entonces el peso disminuye de una manera brutal.

El cuadro que nos ofrece la hipoalimentación es absolutamente opuesto ; en su curva de peso no hay saliencia ni depresiones, casi es horizontal ; el niño hipoalimentado no aumenta ni disminuye de peso tan velozmente como el hiperalimentado.

Si el mamón está alimentado al seno, la balanza nos da un dato interesante, que hemos recogido en algunas de nuestras historias : la cantidad de leche que ingiere en las actadas es insuficiente. Si el niño está alimentado al biberón, conviene averiguar, no sólo la cantidad de leche que ingiere, sino también su dilución.

Insistimos además en el signo que Merklen considera de mucha importancia : la disociación de la curva del peso y de la talla en la hipoalimentación. Ambos se hallan por debajo de lo normal, pero es-

pecialmente la del peso ; mientras que en la hiperalimentación la talla es normal. pero el peso es superior.

Eliminada la gran causa de error, que es la hiperalimentación en el diagnóstico de estos vómitos, quedan en pie otros estados mórbidos, que tienen en su cuadro este síntoma : vómitos a repetición.

Las enfermedades infecciosas (meningitis, coqueluche, etc.) se eliminan, pues son raras en la primer infancia y traen un estado general característico.

La estenosis del píloro sea orgánica o funcional, puede dar origen a un error de diagnóstico por sus vómitos tan frecuentes.

La atresia es de una rareza extrema ; la estrechez por hipertrofia muscular del esfínter pilórico es muy discutida, es difícil distinguir entre el espasmo y la hipertrofia del esfínter ; no falta quien opina que la hipertrofia es secundaria y consecutiva al espasmo.

Se han relatado hasta el presente unos 600 casos de estenosis pilórica ; está, por lo tanto, lejos de ser tan rara como se había pensado, y no debe ser olvidada por el médico, cuando se trate de hacer el diagnóstico de los vómitos por hipoalimentación.

La estenosis del píloro evoluciona en un niño de algunas semanas, con vómitos prolongados, rebeldes, acompañados de constipación y adelgazamiento progresivo ; las orinas son raras y fuertemente coloreadas. Frecuentes al principio, los vómitos se

van espaciando, haciéndose tardíos y no se producen por último sino cada 3 o 4 días. abundantes, fétidos, pareciendo calmar los dolores vivos que provoca la dilatación gástrica.

Pero es preciso que aparezcan los signos de certidumbre, para arribar a un diagnóstico seguro. Estos signos son : el tumor en la región pilórica, la contracción peristáltica de la pared gástrica visible al través del abdomen y la dilatación estomacal secundaria que es inconstante.

El sondaje del estómago en ayunas permite demostrar el éstasis de las materias alimenticias ; éste es un signo de gran interés, pero falta cuando la intolerancia es intensa.

En muchos casos, estos signos de certidumbre son vagos, y el diagnóstico se hace entonces por eliminación, después de ensayar diversos tratamientos médicos, dirigidos contra la dispepsia. Cuando éstos habrán fracasado, se podrá acudir al tratamiento quirúrgico ; la laparotomía precisará el diagnóstico.

En muchos casos, la reducción de la ración alimenticia, su repartición en comidas frecuentes, pero pequeñas en cantidad, dará buen resultado, pues permite cierto descanso al estómago y da ocasión a que la inflamación de la mucosa que agrava la estenosis desaparezca. El estómago estenosado está siempre en inminencia de espasmo ; la succión es capaz de

provocarlo. Se evitará este contratiempo alimentando al niño a la cuchara o a la sonda ; se podrán hacer lavajes alcalinos ; se utilizará el citrato de soda, los antiespasmódicos, etc. Si el tratamiento clínico no da resultado, se acudirá al cirujano ; éste no siempre halla una hipertrofia de píloro, aún en casos en que todo contribuía a hacerlo sospechar. En efecto, a veces la hipertrofia está generalizada a toda la túnica muscular, asociándose a una reducción de la capacidad estomacal, contra la cual todo tratamiento quirúrgico es impotente.

Ocurre en ciertos casos de vómitos repetidos, que no hay de parte del estómago ninguna alteración funcional ; la secreción láctea de la madre es abundante, la dosis que el niño ingiere es normal. Estos casos llenan de perplejidad al médico, que para resolver el problema debe hacer un examen químico de la leche, y ahí encuentra la solución. Sobreviene en tales casos que la leche es pobre bajo el punto de vista nutricional, porque hay reducción en la proporción de caseína o de manteca o de los dos a la vez, y basta subsanar esta deficiencia con la lactancia artificial o mixta para ver desaparecer los vómitos.

Esto que ocurre en el niño alimentado al seno, puede también tener lugar en el alimentado al biberón, porque la dilución de la leche ha sido llevada a límites exagerados y la hipoalimentación se des-

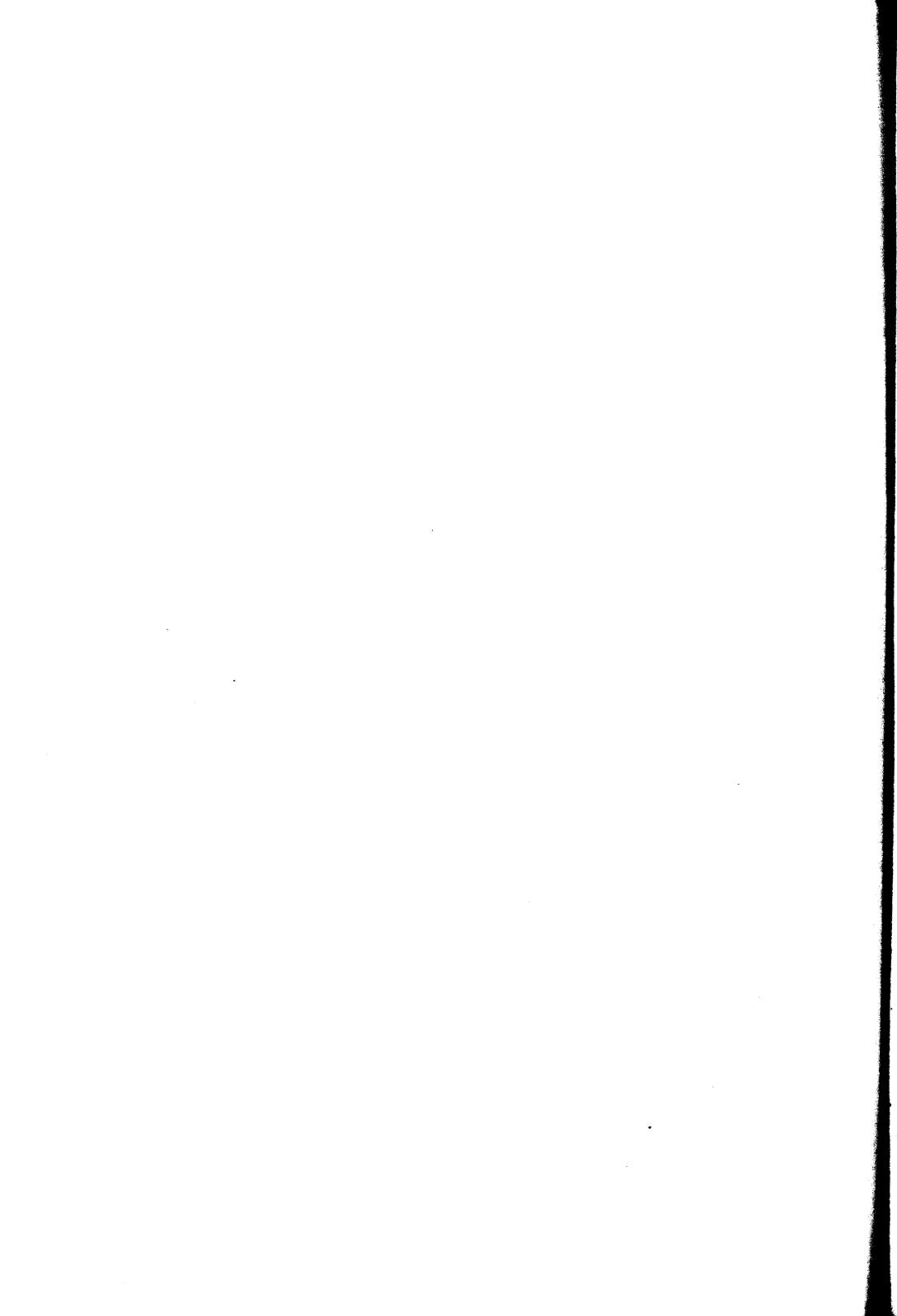
arrolla, a pesar de la ingestión de cantidades normales de alimentos.

En otros casos hay en la leche materna un exceso de principios nutricios, que dificultan la digestión y traen consecutivamente una intolerancia gástrica. Especialmente este estado es producido por el exceso de manteca. Además de los vómitos se observa entonces diarrea, que desaparece si se reemplaza la leche de la madre por la de una nodriza o por el biberón y se reproduce con una tenacidad desesperante, cuando se vuelve al seno materno.

Por último, ocurren casos en que el análisis químico de la leche hecho con todo esmero, no revela ninguna irregularidad en la composición; los elementos constitutivos están en proporciones fisiológicas; la cantidad que ingiere el niño es normal y sin embargo, no es posible alimentarlo con ella, porque obra para él como un tóxico; la vomita, desconcertando al médico.

Se habla en tales casos de anafilaxia alimenticia; el niño rechaza de plano cualquier leche de mujer y sólo puede ser alimentado artificialmente.

No nos explicamos bien cual es la causa que trae estos vómitos, y la hipótesis de una anafilaxia alimenticia, no hace sino esconder nuestra ignorancia, sin darnos ninguna solución.



TRATAMIENTO

Aun cuando se haya cometido el error de confundir un caso de insuficiencia de alimentación, con otro de hiperalimentación, el fracaso del tratamiento instituido y del cual esperábamos excelentes resultados, contribuye a hacernos rectificar el diagnóstico y a llevarnos razonadamente hacia la verdadera causa patogénica.

El diagnóstico se hace como ya hemos dicho en muchos casos con la observación repetida del sujeto y por tanteos, por así decir.

El régimen ordenado (si hemos llegado al diagnóstico de hiperalimentación) no aumenta el peso del niño ni hace cesar los vómitos.

Es la evaluación de la cantidad de leche que el niño ingiere que nos da la clave; el peso de las lactadas demuestra que ellas no alcanzan a cubrir las necesidades del niño. Mientras no hayamos

dado en este resorte, y nos contentemos con combatir los vómitos por los medios comunes, ellos no cesarán; el citrato de soda tan recomendado por Variot, los alcalinos en general, los lavajes de estómago (poco utilizados), etc., fracasarán indefectiblemente.

La conducta del médico, tan pronto como ha arribado al diagnóstico exacto, está definida; el tratamiento tiene un solo objeto que llenar: aumentar la cantidad de alimento, para ver cesar, según dice Variot, como por encanto, todas las perturbaciones del niño.

Ahora, ¿sobre qué datos debe basarse el médico para graduar de una manera exacta dicha alimentación?

No es posible dar una fórmula absoluta, ni fijar de modo preciso cantidades que convenga a todos los niños por igual; no hay dos niños que sean idénticos en cuanto a su desarrollo, no pudiendo, por lo tanto, existir un criterio uniforme en materia de alimentación infantil.

La edad es un punto de reparo muy infiel; llevaría a graves errores a quien la tuviera en cuenta para indicar una dosis alimenticia, pues un niño prematuro, por ejemplo, no puede asimilar la análoga proporción a otro nacido con 4.000 gramos de peso.

Las medidas corporales del niño han sido empleadas con mejor resultado. Se utiliza ya la talla o ya el peso; los resultados de uno u otro método varían muy poco.

Terrieu aconseja una fórmula muy sencilla, basada en el peso del niño, para obtener rápidamente la cantidad de leche que debe ingerir en cada lactada, durante los seis primeros meses: se debe multiplicar por dos las dos primeras cifras del peso (si pesa menos de 6.000 gramos); a partir de esta cifra se deducirá de un décimo (1/10) el resultado obtenido.

Para guiar al médico en su labor, se ha establecido el crecimiento en gramos que sufre el niño, en los distintos períodos de la lactancia:

el crecimiento diario en el 1º y 2º mes es de 25 á 30 gramos
» » » 3º y 4º mes es de 20 á 25 »
» » » 5º y 6º mes es de 15 á 20 »
» » » 7º y 8º mes es de 10 á 15 »

y en los sucesivos hasta el año, es de 8 a 10 gramos diarios.

Estas cifras son bastante exactas, hoy día por todos aceptadas; constituyen un guía excelente para el médico, quien estará así asegurado de haber dado al lactante una ración alimenticia suficiente.

Actualmente se utiliza en la práctica, para deter-

minar dosis de alimento, un método basado en las necesidades caloríficas del niño.

Según estudios bien llevados, un niño necesita por kilogramo de peso 100 calorías para reponer los desgastes y poder crecer normalmente. Como se comprende, es muy fácil reglamentar la alimentación de cualquier lactante, conociendo el valor calorígeno de las substancia que como la leche, harinas, azúcar, etc., son de común empleo en la alimentación. Citaremos algunos de estos valores : 100 gramos de leche pura equivalen a 68 calorías, 100 gramos de lactosa equivalen a 40 calorías, etc. En la práctica, para reducir operaciones, se dice que 150 gramos de leche, equivalen a 100 calorías. Un niño que pesa 4.500 gramos necesitará, pues, una dosis de leche dada por las siguientes cifras : $150 \times 4.5 = 675$ gramos.

De manera que nuestro niño necesita diariamente 675 gramos de leche pura para su desarrollo normal. En la práctica como a la leche de vaca se le agrega azúcar y éste tiene también su valor calorígeno, se administra una dosis de leche algo menor a la indicada por el cálculo. En el 2º trimestre se calcula que por cada kilogramo de peso el niño necesita 90 calorías y en el tercero sólo 80 calorías.

Este método es muy sencillo y muy práctico ;

en él cuenta el médico con un apoyo seguro para no exagerar la dosis alimenticia.

Como en los anteriormente descritos deberá estudiar y trazar la curva de peso del niño y fundarse en los datos que ésta le provea para ir aumentando progresiva y prudentemente la cantidad de alimento, a medida que las necesidades del mamón lo requieran.

Generalizando lo anteriormente estudiado en este capítulo, diremos que en presencia de un niño afectado de vómitos por hipoalimentación, será necesario precisar el diagnóstico y en seguida graduar la cantidad necesaria de alimento, basándose en los datos suministrados por la curva del peso.

No nos apresuremos a destetar al niño, pues es común observar que la secreción puede con el tiempo aumentar y llegar a ser más que suficiente. Nuestro rol consistirá en completar la lactada con alimento artificial; si después de un cierto tiempo la secreción continúa mínima o nula, el destete estará justificado. A veces la madre por sí sola se encarga de efectuarlo, como pasa en una de nuestras historias (la de Concepción Yera), al ver los buenos resultados de la lactancia artificial.

Si el lactante se halla alimentado a régimen mixto, se tratará de excitar la secreción láctea de la madre y se vigilará la dosis de alimento artificial.

En éste reside la falla, pues su cantidad no alcanza a completar la ración necesaria, sea porque ella es administrada con parsimonia o porque la dilución es exagerada. Esto último se observa más frecuentemente de lo que se cree y se debe a que la madre recibe la leche ya diluída por comerciantes poco escrupulosos.

Por último, si se trata de un niño alimentado exclusivamente al biberón, bastará aumentar la dosis de leche de vaca o vigilar su dilución.

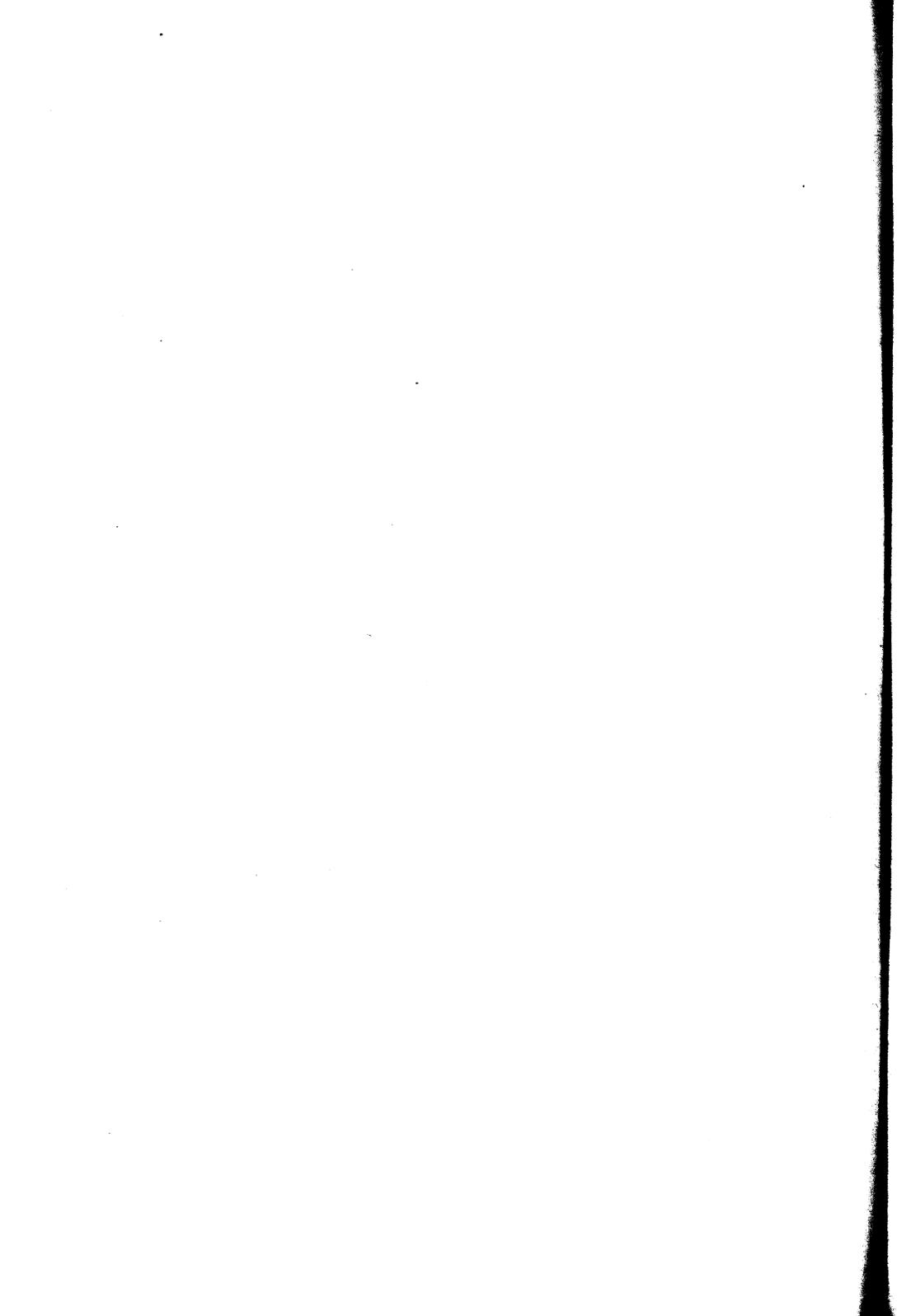
Los vómitos desaparecen repentinamente cuando el niño recibe la ración suficiente; su peso aumenta en proporciones reveladoras y alcanza sin esfuerzo el peso de los niños de su edad, sin que persista ninguna sensibilidad de su tubo digestivo.

Hemos dicho en otro capítulo que no siempre el aumento de la ración, trae la desaparición instantánea de los vómitos.

Existen casos en que éstos persisten durante semanas y meses, a pesar del tratamiento; sin embargo, aún así se hacen más raros y el estado general mejora, aumentando en peso y talla. En tales casos se puede recurrir a otra clase de leche: la leche cruda recogida asépticamente, la leche hervida, la leche esterilizada, pasteurizada, etc.

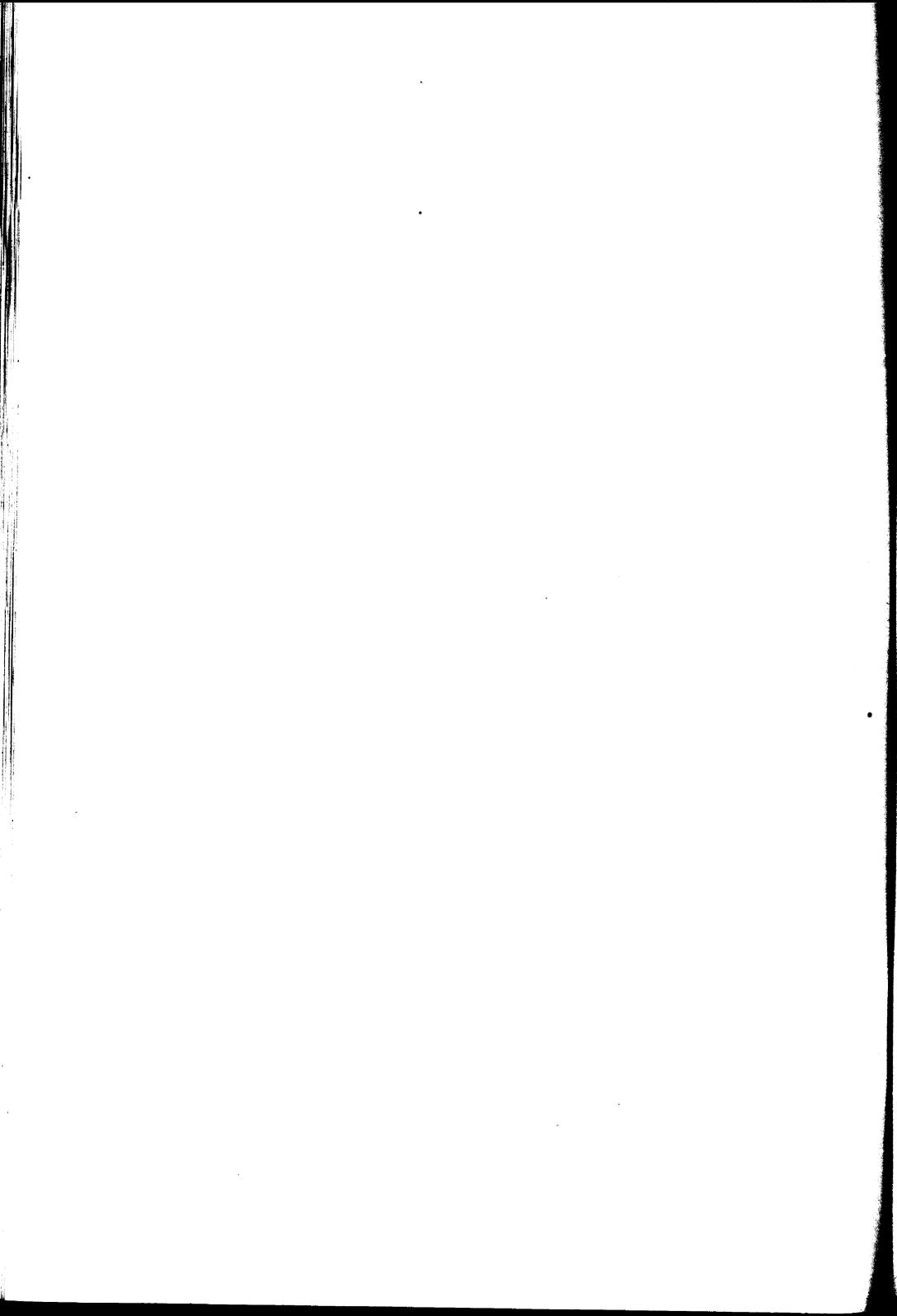
Se podría apelar también a un régimen farináceo o a una alimentación más consistente, que daría re-

sultado debido a que el estómago no tiene la fuerza suficiente para expulsar este alimento de mayor consistencia, pero específico.



Observaciones Clínicas

Todas las historias que figuran en esta tesis provienen del Dispensario de Lactantes N.º. 4, dirigido por el doctor Enrique Bordot.



OBSERVACION I

Nº. 2388.

José María Rey : Edad 15 días.

Padre : Español, de 34 años, buena salud.

Madre : Argentina, de 18 años, buena salud, hijo a término del primer embarazo, que tuvo lugar a los 18 años ; parto normal ; el niño pesaba al nacer 2.700 gramos.

Alimentación : Lactancia materna exclusiva.

Enfermedad actual — El niño que nació pequeño vomita cada vez que toma el pecho desde el nacimiento. Tiene una coriza que le impide respirar por la nariz ; en la vecindad de ésta y de la boca tienea lgunas costras y paspaduras sin grietas.

Estado actual — Peso 2.300 gramos. Talla 0.482 milímetros.

Circunferencia crancana 0.325 m.m.

Circunferencia torácica 0.290 m.m.

Diámetros de la cabeza : ántero-posterior 0.115 milímetros ; transverso 0.100 m.m.

Distancia bracomial 0.100 m.m.

Estado de nutrición regular, panículo adiposo escaso. turgencia adepocutánea floja, piel blanca, bazo ni ganglios no se palpan. esqueleto bien desarrollado.

Aparato respiratorio : examen negativo. Aparato digestivo : lengua húmeda, rosada ; faringe : examen negativo. Deposiciones normales. Se sospecha here-dosífilis :o bservación ulterior negativa.

Evolución — Julio 2 de 1913 (día de ingreso) : Peso 2.300 gramos. Talla 0.482 m.m. Se ordena dar el pecho 7 veces diarias cada 2 1/2 horas y una vez durante la noche. Para las costras de la cara una pomada simple de diadermina.

Julio 15 de 1913 : Peso 2560 gramos. El peso aumenta de 20 gramos diarios desde la última vez, los vómitos han disminuído ligeramente ; se ordena que cada lactada no se prolongue más de 15 minutos. Se tiene tendencia a aceptar estos trastornos como producidos por la hiperalimentación.

Julio 19 de 1913 : Peso 2.580 gramos. El peso no aumenta ; el niño llora mucho ; las deposiciones

verdosas y frecuentes ; los vómitos persisten tan intensos. Se ordena dar el pecho cada 3 1/2 horas.

Julio 22 de 1913 : Peso 2.670 gramos. Los vómitos continúan con igual intensidad. Se ordena dar el pecho cada 3 horas.

Julio 29 de 1913 : Peso 2.800 gramos. Los vómitos persisten ; igual régimen de alimentación.

Agosto 5 de 1913 : peso 2.960 gramos. Talla 0.511 mm. Los vómitos siguen con igual carácter ; el peso ha aumentado bastante, pero el niño siempre inquieto. Se indica igual régimen, es decir, pecho cada tres horas.

Agosto 12 de 1913 : peso 2.890 gramos. El peso ha descendido desde la última vez ; los vómitos no cesan ; se ordena dar el pecho 7 veces en las 24 horas.

Agosto 19 de 1913 : peso 2.940 gramos. El cuadro continúa igual, hay un ligero aumento en el peso. Se ordena dar una cucharadita de citrato de soda antes y después del pecho.

Agosto 26 de 1913 : peso 2.930 gramos. No hay mejoría en ningún sentido ; el peso no aumenta y vómite siempre. Sospechando recién que estos vómitos sean producidos por la hipo-alimentación se ordena que además del pecho se de dos veces diarias una mamadera de 1 cucharada de leche de vaca más dos cucharadas de agua de cebada, más azúcar.

Septiembre 15 de 1913: peso 3.580 gramos. Los vómitos han desaparecido como por encanto; las deposiciones se han hecho normales; el peso aumenta en 20 días de 600 gramos. Se aumentan las mamaderas a 2 cucharadas de leche de vaca más dos cucharadas de agua de cebada; dar dos veces diarias después del pecho.

La evolución posterior del sujeto es absolutamente normal.

Resumiendo esta historia digamos que tenemos ante nosotros a un hipoalimentado que no aumenta de peso sino muy lentamente, que vomita desde su nacimiento toda vez que lacta. La reglamentación de los lactados, la administración de citrato de soda no da resultado alguno contra los vómitos; basta aumentar la cantidad de alimentos que ingiere para verlo mejorar y entrar en un cuadro normal, su curva de peso regularizarse y los vómitos desaparecen.

En este caso no se sospecha la hipoalimentación sino hasta 1 mes y 20 días después de su ingreso; desde entonces con la administración de sólo dos mamaderas diarias que contienen 1 cucharada de leche de vaca cada una el niño entra en vías normales.

OBSERVACION II

Nº 3253.

Salvador Coldeforns : edad 2 meses y 25 días.

Padre : español, de 26 años, buena salud.

Madre : española, de 22 años, buena salud ;
hijo a término del primer embarazo, parto normal.

Alimentación : lactancia materna exclusiva durante 1 $\frac{1}{2}$ mes ; desde entonces hasta los 2 meses y 10 días la madre le da además del pecho 1 cucharada de Quaker, en 14 de agua. En los últimos 15 días le da sólo el pecho cada 2 $\frac{1}{2}$ horas.

Estado actual -- Peso 3.980 gramos. Talla 0.561 mm.

Circunferencia craneana 0.385 mm.

Circunferencia torácica 0.355 mm.

Circunferencia abdominal 0.360 mm.

Diámetros cefálicos antero-posterior 0.135 mm.
transverso 0.105 mm.

Distancia biacromial 0.120 mm.

Fontanela abierta ; estado de nutrición regular, panículo adiposo escaso, turgencia adipocutánea floja. Piel blanca, esqueleto bien desarrollado ; bazo ni ganglios no se palpan.

Examen del aparato respiratorio : negativo. Aparato digestivo : lengua rosada, húmeda ; faringe : examen negativo.

Enfermedad actual - El niño vomita cada vez que toma el pecho desde los 45 días de edad ; según la madre no aumenta de peso ; tiene además una constipación pertinaz.

Las glándulas mamarias de la madre parecen al examen deficientes en su secreción.

Evolución --- Agosto 6 de 1914 (día de ingreso) : peso 3.980 gramos. Talla 0.561 mm. Habiéndose hecho diagnóstico de vómitos por hipoalimentación desde un principio se ordena dar el pecho cada 3 horas y después de éste una mamadera de 1 cucharada de leche de vaca, más 1 cucharada de agua de cebada, más azúcar.

Agosto 11 de 1914 : peso 4.140 gramos. Desde la vez anterior el niño aumenta casi de 35 grs. diarios de peso ; los vómitos disminuyen de frecuen-

cia ; la constipación persiste. Se ordena seguir con igual régimen de alimentación.

Agosto 14 de 1914 : peso 4.170 gramos. El peso aumenta solo de 40 gramos en 3 días. Los vómitos continúan con tanta intensidad como al principio. Se hace pesar la lactada que alcanza a 70 gramos : escasa para un lactante de 3 meses de edad. Se ordena dar después del pecho una mamadera con dos cucharadas de leche de vaca más dos cucharadas de agua de cebada, más azúcar.

Agosto 21 de 1914 : peso 4.300 gramos, el niño no vomita más, mueve el vientre regularmente ; su peso aumenta casi de 20 gramos diarios en esta semana.

Septiembre 20 de 1914 : la madre no lo trae desde hace un mes, en vista de que todi trastorno ha desaparecido. El peso alcanza a 5.550 gramos ; es decir, que hay un aumento de 1.250 grs. en 30 días, o sea más de 40 grs. diarios, los vómitos no han vuelto a aparecer, el estado de nutrición es inmejorable. La madre por su cuenta ha aumentado la ración de las mamaderas a 3 cucharadas de leche de vaca, sin quitar el pecho. Se ordena aumentarla a 4 cucharadas de leche de vaca, más 3 de agua de cebada, más azúcar y darlas después del pecho.

En esta historia se relata el caso de un niño hipo-alimentado con todos los signos característicos de este trastorno de la alimentación.

El diagnóstico se hace desde el primer día de la entrada y es corroborado poco después por el peso de la lactada, escasa para un niño de su edad. Mientras nos contentamos en completar estas lactadas con raciones insuficientes de leche de vaca, vemos aumentar el peso lentamente y los vómitos persistir; sólo cuando estas raciones se hacen dobles y triples, el peso progresa según una curva normal y los trastornos digestivos desaparecen súbitamente.

OBSERVACION III

Nº 3244.

Concepción Gilbert : edad 2 meses y 4 días.

Padre : español, de 39 años, buena salud.

Madre : española, de 35 años, buena salud. Ha tenido 6 embarazos terminado con partos fisiológicos fetos a término y vivos. Han muerto respectivamente de bronquitis y difteria, el primero y el quinto hijo. El tercero murió a los 7 días de edad : causa ignorada. Los demás viven sanos. El niño que trae al dispensario es el producto del último embarazo. Las glándulas mamarias de la madre tienen una secreción láctea abundante que se evidencia a la presión ; son globulosas.

Alimentación : lactancia materna exclusiva ; lacta cada 2 horas o 2 1/2 horas.

Enfermedad actual — Hace veinte días que vomita cada vez que toma el pecho ; estos vómitos

coinciden con la reaparición de la menstruación materna. Nota la madre que el niño se cansa de mamar a los 5 ó 10 minutos de estar al pecho; con frecuencia se lleva las manos a la boca, de la que expulsa a menudo mucosidades; los vómitos contienen sólo la leche que acaba lactar.

Estado actual — Agosto 1º de 1914 (día de ingreso): peso 3.450 gramos.

Talla 0.526 mm. Temperatura rectal 36º 5.

Circunferencia craneana 0.360 mm.

Circunferencia torácica 0.325 mm.

Circunferencia abdominal 0.310 mm.

Diámetros cefálicos antero-posterior 0.120 mm.
transverso 0.100 mm.

Distancia brachromial 0.130 mm.

Fontanela abierta. Estado de nutrición malo, pánículo adiposo escaso. turgencia adipo-cutánea floja, piel blanca. esqueleto retardado en su desarrollo. Bazo ni ganglios no se palpan.

Examen del aparato respiratorio: negativo. Aparato digestivo: lengua húmeda, rosada; examen del fáninx: negativo; deposiciones escasas, sólo mueve el vientre con enemas.

Evolución — Agosto 1º de 1914: peso 3.450 gramos. Talla 0.526 mm. Se ordena dar el pecho

cada tres horas. La vez próxima vendrá sin mamar para pesar la lactada ; se sospecha desde el primer día que estos vómitos son producidos por la hipoalimentación.

Agosto 3 de 1913 : peso 3.380 gramos. Ha disminuído de peso ; los vómitos continúan tan intensos. Se pesa la lactada : alcanza a 0 gramos. Como la madre tiene leche en abundancia no se quiere privar al niño del pecho y se ordena ésta cada 2 $\frac{1}{2}$ horas : se continúa la observación.

Agosto 5 de 1914 : peso 3.420 grs. Los vómitos han disminuído un poco de frecuencia. El peso aumenta en 3 días de 40 grs. Se continúa siempre con el pecho exclusivo.

Agosto 10 de 1914 : peso 3.480 grs. Los vómitos no tienden a desaparecer, el peso aumenta muy débilmente ; se recurre entonces a la alimentación mixta y se ordena dar después de cada lactada 1 mamadera de 1 cucharada de leche de vaca más 1 cucharada de agua de cebada, más azúcar.

Agosto 17 de 1914 : peso 3.750 grs. Talla 0.589 mm. Con el aumento de la dosis alimenticia el niño aumenta de 40 gramos en su peso diariamente durante la última semana. Los vómitos han desaparecido y el cuadro íntegro se hace normal desde este instante.

Noviembre 5 de 1914: peso 5.130 gramos. La madre durante el largo tiempo que no viene al dispensario ha suprimido por su cuenta al pecho en vista de los buenos resultados de las mamaderas de leche de vaca. Todo sigue normal; los vómitos no han vuelto a reaparecer y la curva del peso sigue ascendiendo paralela a la normal.

Estamos en presencia en este caso de un niño, cuyo peso es inferior al normal y vomita cada vez que lacta: se trata de un hipoalimentado. Este trastorno de la alimentación es debido a la debilidad del niño que no tiene fuerzas para mamar, pues las glándulas maternas segregan leche en abundancia.

El peso de una lactada hecho pocos días después de su ingreso, demuestra esta hipoalimentación. No se le suprime el pecho, porque éste es abundante y se prefiere insistir con éste durante algunos días. En vista de que no mejora con lactancia materna exclusiva, se aumenta la ración alimenticia con mamaderas de leche de vaca (1 cucharada, más agua de cebada y azúcar), administradas después del pecho. Se ve inmediatamente cesar todos los trastornos y el peso prosperar rápida y persistentemente.

La madre motu proprio suprime el pecho ulteriormente en vista de los espléndidos resultados de la alimentación artificial.



OBSERVACION IV

Nº. 2355.

Nélida Banoni : Edad 1 mes y 26 días.

Padre : Argentino, de 30 años, buena salud.

Madre : Española. de 28 años, buena salud. Primer embarazo a los 25 años. Ha tenido 4 hijos ; el tercero murió de coqueluche a los 2 1/2 meses de edad ; los demás viven ; no ha tenido abortos. El niño que trae al dispensario es el producto del último embarazo. parto fisiológico, niño a término.

Alimentación : Lactancia materna exclusiva, pero sin método.

Enfermedad actual — El niño vomita cada vez que toma el seno desde hace varias semanas ; mueve el vientre cada 3 o 4 días ; deposiciones amarillentas con grumos blanquecinos.

Estado actual — Peso 4070 grs. Talla 0.541 milímetros.

Circunferencia craneana 0.375 m.m.

Circunferencia torácica 0.355 m.m.

Circunferencia abdominal 0.315 m.m.

Diámetros cefálicos : ántero-posterior 0.140 milímetros ; transverso 0.100 m.m.

Distancia bracomial 0.120 m.m.

Estado de nutrición regular, panículo adiposo escaso, turgencia adepocutánea floja, piel blanca, esqueleto bien desarrollado ; no se palpa bazo ni ganglios.

Examen del aparato respiratorio : negativo ; del tubo digestivo : lengua húmeda, rosada ; examen de la faringe : negativo.

Evolución - Junio 18 de 1913 (día de ingreso) : peso 4.070 grs. Talla 0.541 m.m. Sospechando una dispepsia por mal régimen se ordena dar el pecho 6 veces diarias con intervalos de 3 1/2 horas entre las lactadas.

Junio 26 de 1913 : Peso 4.120 gramos. Aumento de peso muy débil ; los vómitos persisten intensos. Se sigue con igual régimen.

Julio 10 de 1913 : Peso 4.260 gramos. Aumentó de peso sólo 10 grs. diarios durante estos últimos 15 días ; los vómitos continúan con igual ca-

rácter ; hay ligera constipación que se combate con magnesia (0.15 ctg.), 1 vez diaria.

Agosto 2 de 1913 : Peso 4.330 gramos. Talla 0.570 m.m. En vista de que el peso asciende muy lentamente, se sospecha que la madre tiene poca leche y se ordena dar después de cada lactada, una mamadera de 1 cucharada de leche de vaca, más 1 cucharada de agua de cebada más azúcar. Los vómitos continúan intensos.

Agosto 9 de 1913 : Peso 4.370 gramos. El peso aumenta en una semana de 40 gramos ; sigue vomitando cada vez que toma alimento. Se ordena suprimir el pecho dos veces diarias y reemplazarlo cada vez por una mamadera de 4 cucharadas de leche de vaca con dos cucharadas de agua de cebada y azúcar.

Agosto 16 de 1913 : Peso 4.370 gramos. El peso no ha aumentado durante esta última semana ; los vómitos persisten intensos. Se ordena que las mamaderas contengan 5 cucharadas de leche de vaca más 2 de agua de cebada más azúcar.

Agosto 25 de 1913 : Peso 4.600 gramos. Aumenta de peso, durante esta semana a razón de 25 gramos diarios ; los vómitos continúan pero menos intensos ; las deposiciones son medianamente digeridas ; igual régimen alimenticia en vista de que se nota una mejoría.

Septiembre 1º de 1913 : Peso 4.700 gramos. Talla 0.582 m.m. Los vómitos tienden a desaparecer; el peso progresa aunque no tan rápidamente como la última vez. Igual régimen.

Septiembre 8 de 1913 : Peso 4.770 gramos. Aumento de peso a razón de 10 gramos diarios; hay aún algún vómito; pañal normal. Se continúa observando al bebé; igual régimen.

Septiembre 19 de 1913 : Peso 5.050 gramos. Aumenta a razón de 25 gramos diarios su peso; los vómitos no cesan totalmente. Igual régimen, es decir, 4 veces diarias pecho y 2 veces 5 cucharadas de leche de vaca, más 2 cucharadas de agua de cebada, más azúcar.

Septiembre 29 de 1913 : Peso 5.240 gramos. Talla 0.598 m.m. Los vómitos existen una que otra vez; aumenta de peso durante 10 días a razón de casi 20 gramos diarios. En vista de que aún no han desaparecido totalmente los vómitos, se decide aumentar la ración alimenticia: las mamaderas contendrán 100 gramos de leche de vaca, más 30 gramos de agua de cebada, más azúcar cada una.

Octubre 8 de 1913 : Peso 5.460 gramos. El progreso de la curva del peso continúa: aumento diariamente de 25 gramos; los vómitos cesan radicalmente y todo entra a la normal.

En este caso tenemos por delante un niño cuyo peso es inferior al normal. que vomita cada vez que toma alimento, vómitos que sólo ulteriormente, con la observación repetida. se logran diagnosticar como producidos por la hipoalimentación. Se creyó al principio. como pasó en otros casos, que sufriese de una dispepsia por mal régimen y mientras nos hemos limitado a reglamentar el método de alimentación sin aumentar la dosis, el niño continúa con sus vómitos y con una curva de peso casi horizontal.

Con la ingestión de mayor cantidad de alimentos, vemos mejorar el cuadro, pero no es sino cuando estas cantidades se hacen suficientes que los vómitos desaparecen y el peso asciende normalmente, es decir, cuando las dos mamaderas que reemplazan a dos lactadas, suman 100 gramos de leche de vaca cada una.

OBSERVACION V

Nº. 2399.

Francisco Menéndez : Edad 2 meses y 10 días.

Padre : Español, de 25 años, buena salud.

Madre : Española, de 28 años, buena salud. Primer embarazo a los 28 años, el niño que trae al dispensario es el fruto de él ; parto fisiológico, niño a término.

Alimentación : Lactancia materna exclusiva durante los dos primeros meses y en los últimos 10 días pecho y dos veces en la noche leche malteada con agua.

Enfermedad actual --- El niño vomita cada vez que toma alimento desde hace 1 mes ; la leche es expulsada con fuerza inmediatamente de tomado el seno.

Estado actual — Peso 3.000 gramos. Talla 0.525 m.m.

Circunferencia craneana 0.360 m.m.

Circunferencia tóraxica 0.325 m.m.

Circunferencia abdominal 0.310 m.m.

Diámetros cefálicos : ántero-posterior 0.125 milímetros ; transverso 0.100 m.m.

Distancia bracrómica 0.120 m.m.

Estado de nutrición malo. panículo adiposo muy escaso, turgencia adipocutánea floja, piel blanca, bazo ni ganglios no se palpan, esqueleto bien desarrollado. Examen del aparato respiratorio : negativo ; del aparato digestivo : lengua rosada, húmeda. Examen del farinx : negativo. Deposiciones normales.

Evolución — Día de ingreso : julio 5 de 1913. Peso 3.000 grs. Talla 0.525 m.m. Como se sospecha una dispepsia gastrointestinal, a predominio gástrico, debida al mal régimen de alimentación, se ordena dar pecho cada 3 horas y una bebida de citrato de soda antes del pecho.

Julio 8 de 1913 : Peso 2.900 gramos. En vista de que disminuye de peso se ordena después del pecho, dar 2 cucharaditas de cocimiento de Kufefe. Los vómitos persisten.

Julio 12 de 1913 : Peso 2.930 gramos. Vómitos con igual carácter ; se continúa con igual régimen.

Julio 17 de 1913 : Peso 2.930 gramos. Igual peso que la vez anterior ; los vómitos son siempre intensos ; se ordena después de cada lactada dar 1 cucharada de leche de vaca, más dos cucharadas de agua de cebada, más azúcar.

Julio 22 de 1913 : Peso 3.000 gramos. Igual cuadro ; vómitos persistentes. Igual régimen.

Julio 29 de 1913 : Peso 3.050 gramos. El aumento de peso es muy débil ; los vómitos continúan tan frecuentes ; se aumentan las mamaderas a 2 cucharadas de leche de vaca, más 3 de agua de cebada, más azúcar.

Agosto 5 de 1913 : Peso 3330 gramos. Talla 0.545 m.m. Con el aumento de la dosis alimenticia se observa un ascenso correspondiente en el peso a razón de 40 gramos diarios durante una semana ; pero los vómitos persisten siempre.

Agosto 12 de 1913 : Peso 3.270 gramos. El peso ha disminuído y los vómitos han vuelto a ser más intensos ; temiendo que ésto sea debido al aumento en la ración alimenticia, se reducen las lactadas a 5 diarias, dejando intactas las mamaderas.

Agosto 19 de 1913 : El peso alcanza a 3.530 gramos, es decir, aumenta a razón de 35 gramos diarios durante la última semana ; vomita con igual intensidad. Igual régimen.

Septiembre 2 de 1913 : Peso 3.600 gramos. Talla 0.556 m.m. Vómitos persistentes, ligero aumento de peso. igual régimen.

Septiembre 9 de 1913 : Peso 3.760 gramos. Aumenta regularmente de peso, pero los vómitos continúan. Igual régimen.

Septiembre 23 de 1913 : Peso 4.000 gramos. Aumenta a razón de 17 gramos de peso diariamente durante estos últimos 15 días, pero los vómitos no cesan ; igual régimen, es decir, después del pecho maderas de 2 cucharadas de leche de vaca, más 3 de agua de cebada, más azúcar.

Octubre 1º de 1913 : Peso 3.970 gramos. Talla 0.580 m.m. La madre confiesa que tiene los pechos exhaustos ; el peso ha descendido, los vómitos persisten. Se ordena después de cada lactada dar una maderera de 3 cucharadas de leche de vaca, más 3 de agua de cebada, más azúcar.

Octubre 4 de 1913 : peso 4.055 gramos. Los vómitos se mantienen a pesar de un ascenso de la curva del peso. Se decide retirar el pecho y darle 6 frascos de 90 gramos de leche de vaca, más 40 gramos de agua de cereales, más azúcar.

Octubre 11 de 1913 : peso 4.300 gramos. Con el nuevo régimen se ve aumentar el peso del niño a razón de 35 grs. diarios, durante la última semana. Los vómitos han cesado instantáneamente, el niño

tiene mucho apetito. En observaciones posteriores el cuadro sigue siempre normal y la curva del peso ascendiendo regularmente.

En esta historia vemos a un niño que, alimentado al seno exhausto de la madre progresa débilmente en su peso y vomita cada vez que ingiere alimento ; vemos que estos vómitos no cesan, ni el peso aumenta, mientras nos contentamos con reglamentar las horas de las lactadas o dar luego mamas con pequeñas dosis de leche de vaca.

Es solamente cuando el pecho queda suprimido y el niño ingiere dosis de leche de vaca en proporción a sus necesidades, que los vómitos desaparecen y la curva del peso asciende normalmente.



OBSERVACION VI

Nº 2802.

Concepción Yera : edad 25 días.

Padre : italiano, de 35 años, buena salud.

Madre : española, de 25 años, buena salud ;
hijo a término del primer embarazo normal, parto
fisiológico.

Alimentación : lactancia materna exclusiva cada
2 horas.

Enfermedad actual — Desde los 15 días de
edad vomita cada vez que lacta, el vómito se pro-
duce 5 ó 10 minutos después en la forma de chorro.
Ligera constipación.

Estado actual — Peso 3.230 gramos. Talla
0.524 mm.

Temperatura rectal 37°1.

Circunferencia craneana 0.360 mm.

Circunferencia torácica 0.325 mm.

Circunferencia torácica 0.325 mm.

Circunferencia abdominal 0.310 mm.

Diámetros de la cabeza : anteroposterior 0.120 mm., transverso 0.090 mm.

Distancia brachromial 0.110 mm.

Fontanela abierta. Estado de nutrición bueno ; pániculo adiposo abundante, burgencia adipocutánea firme, piel blanca, bazo ni ganglios no se palpan, esqueleto bien desarrollado. Examen del aparato respiratorio : negativo ; del aparato digestivo : lengua húmeda, rosada ; examen del farinx negativo. Cuti-reacción : negativa.

Evolución - Diciembre 24 de 1913 (día de ingreso) : peso 3.230 gramos. Talla 0.524 mm. Se ordena dar el pecho cada 3 horas, 6 veces diarios.

Diciembre 26 de 1913 : peso 3.220 gramos. Vomita constantemente descenso ligera de peso.

Diciembre 31 de 1913 : peso 3.190 gramos. La madre tiene abundante secreción mamaria, pero los vómitos persisten con igual intensidad. Se ordena pecho cada 3 horas y después de él 10 cucharaditas de leche materna ordeñada ; además antes del pecho citrato de soda.

Enero 3 de 1914: peso 3.280 gramos. Los vómitos no disminuyen. El peso aumenta lentamente. Igual régimen.

Enero 9 de 1914: peso 3.300 gramos. Iguales síntomas, igual régimen.

Enero 14 de 1914: peso 3.370 gramos. El peso de la lactada alcanza a 50 gramos; mientras se examina el niño se produce el vómito. Se indica el pecho cada 2 $\frac{1}{2}$ horas y previamente dos cucharadas de agua de cebada. Los vómitos no cesan.

Enero 24 de 1914: peso 3.500 gramos. Talla 0.548 mm. Los vómitos persisten aunque con menor intensidad. Ligero aumento de peso. Se ordena agregar 1 cucharada de leche de vaca, al agua de cebada.

Abril 2 de 1914: peso 4.760 gramos. Talla 0.591 mm. Desde que no viene al dispensario la madre le ha quitado el seno, pero los vómitos persisten. Se ordena 6 mamaderas de 90 gramos de leche de vaca, más 60 gramos de cocimiento de cereales, más azúcar cada 3 $\frac{1}{2}$ horas. El peso ha aumentado sólo de 1.260 gramos en los 2 $\frac{1}{2}$ meses que el niño estuvo ausente del dispensario.

Abril 18 de 1914: peso 5.200 gramos. Los vómitos han desaparecido todo ha vuelto a la normal; durante 16 días el peso aumenta a razón de 27 gramos diarios. Se continúa observando a la

enferma hasta varios meses después, sin que los vómitos vuelvan a aparecer ; la curva del peso asciende normalmente.

En esta historia, relatamos el caso de un hipóalimentado, cuyo diagnóstico se hizo posteriormente que vomita constantemente y no mejora de peso. Este permanece estacionario, hasta el momento en que se suprime el pecho materno insuficiente, por alimento artificial bien graduado ; entonces vemos desaparecer súbitamente los vómitos y la curva del peso ascender como en un niño normal.

OBSERVACION VII

Nº 2645.

Juana Tulona : edad 3 meses y 4 días.

Padre : italiano, de 25 años, buena salud.

Madre : italiana, de 20 años, buena salud. No ha tenido abortos. Tiene dos hijos sanos. Primer embarazo a los 19 años. El niño que trae al dispensario es el fruto del último embarazo normal, parto fisiológico, feto a término.

Alimentación : lactancia materna exclusiva, pero sin régimen.

Enfermedad actual - Vomita desde los 10 días de edad cada vez que lacta.

Estado actual - Peso 3.280 gramos. Talla 0.525 mm.

Circunferencia craneana 0.360 mm.

Circunferencia torácica 0.313 mm.

Circunferencia abdominal 0.305 mm.

Diámetros cefálicos antero-posterior 0.120 mm.
transverso 0.110 mm.

Distancia braciomial 0.110 mm.

Fontanela abierta, estado de nutrición malo, pániculo adiposo escaso, turgencia adipo-cutánea escasa, piel blanca, esqueleto poco desarrollado, bazo ni ganglios no se palpan. Deposiciones verdosas, 3 ó 4 diarias. Examen del aparato respiratorio y digestivo : negativo.

Evolución - - Octubre 24 de 1913 (día de ingreso) : peso 3.280 gramos. Talla 0.525 mm. Se ordena dar el pecho cada 3 horas.

Octubre 28 de 1913 : Peso 3.160 gramos. Disminuye de peso. los vómitos persisten, las deposiciones siguen siendo mucosas y verdes. Igual régimen.

Noviembre 15 de 1913 : Peso 2.760 gramos. El peso sigue disminuyendo. Se le hace mamar y por la balanza se constata que el peso no ha variado, el niño no tiene fuerza para lactar ; los senos de la madre segregan abundante leche. Se ordena cada 3 horas, 10 cucharaditas de leche materna ordeñada, más 1 cucharada de leche de vaca, adicionada de 2 cucharadas de agua de cebada y azúcar. Los vómitos persisten.

Noviembre 20 de 1913. Peso 2.885 gramos. Con este régimen el niño aumenta a razón de 25 gramos diarios su peso durante los últimos cinco días; los vómitos desaparecen y las deposiciones se hacen normales. Se ordena continuar con igual régimen.

Noviembre 27 de 1913: Peso 3.110 gramos. El peso aumenta durante 7 días de 32 gramos diarios. los vómitos no han vuelto a reaparecer, pañales normales. El niño succiona ahora perfectamente.

Se sigue observando al niño en lo sucesivo; los vómitos no vuelven a aparecer y la curva del peso progresa normalmente.

La niña que estudiamos, a causa de su misma debilidad, no dispone de fuerzas suficientes para la succión y la cantidad de alimentos que ingiere, es muy pobre, como lo demuestra la balanza; su peso disminuye en lugar de progresar y vomita cada vez que ingiere alimentos.

La administración de alimentos en dosis suficientes hacen desaparecer esos vómitos para siempre y ascender la curva del peso hasta su nivel normal.



CONCLUSIONES

1°—Los vómitos por hipoalimentación con ser conocidos desde hace muchos años, no son aún diagnosticados con la frecuencia que merecen, debido a que su noción no está bastante divulgada.

2°—Son más frecuentes en el niño alimentado al seno, ya porque las glándulas mamarias maternas son insuficientes o porque el mamón no lacta debido a una causa cualquiera; en cambio, en los alimentados al biberón donde la madre se inclina a exagerar la dosis alimenticia, son más frecuentes los vómitos por hiperalimentación.

3°—Los síntomas que acompañan a estos vómitos, se confunden fácilmente con los que presenta la hiperalimentación, debiendo darse mucha importancia en el diagnóstico: 1° a los datos suministrados por la balanza en lo que atañe a la dosis de leche, que el lactante ingiere del seno materno, y 2° a la disociación de la curva del peso y de la talla: la

primear ascendiendo mucho más lentamente que la segunda, si es que no permanece estacionaria.

4°—La patogenia del vómito es muy discutida ; la teoría de la aerofagia es poco aceptable. Más probablemente acertada es la tesis de Finkelstein o la de Czerny ; el primero sosteniendo que el vómito, no es más que uno de los tantos síntomas con que se revela un niño de predisposición neuropática y el segundo opinando, que dichos vómitos son los exponentes de la diatesis exsudativa que aqueja al niño.

5°—Estos vómitos curan radicalmente con la ingestión de dosis mayores de alimentos. Se completa generalmente la ración con alimento artificial ; la curva de peso asciende rápidamente y el estado general mejora a grandes pasos.

JOSE DUTREY.

Buenos Aires, Octubre 15 de 1911.

Nómbrese al señor Consejero doctor Angel M. Centeno, al profesor titular doctor David Speroni y al profesor suplente doctor Manuel A. Santas, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou.

Secretario.

Buenos Aires, Octubre 31 de 1911.

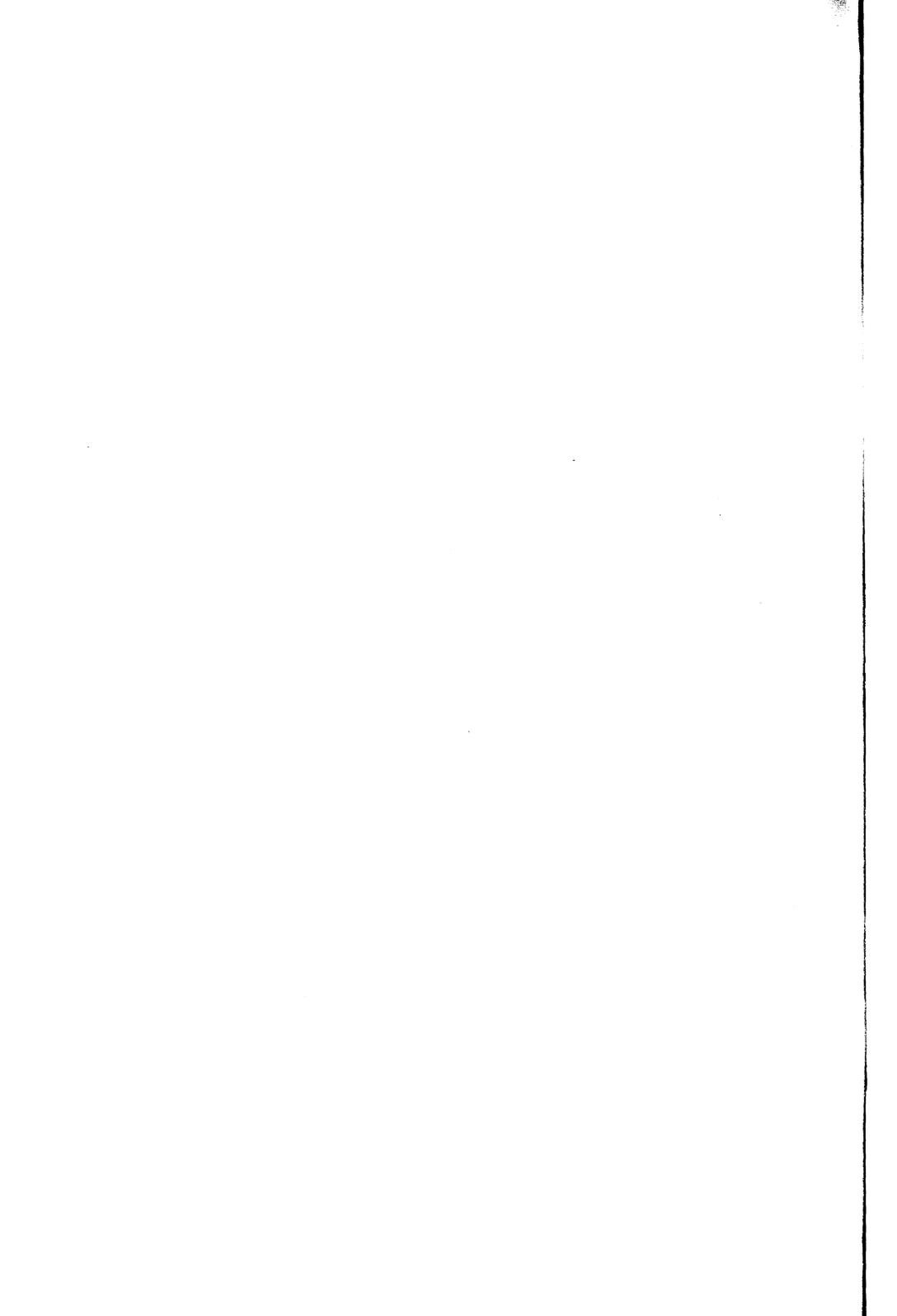
Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2899 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou

Secretario.

30691



PROPOSICIONES ACCESORIAS

Concepto de la diatesis neuropática de Finkels-
tein

Centeno.

II

Influencia de la alimentación artificial infantil
en el desarrollo de la raza.

Speroni.

III

Ración alimenticia del débil congénito.

M. A. Santas.

