



# El nacido débil

Conferencia leída en el Instituto Nacional de  
Segunda Enseñanza el día 27 de Octubre de 1926

Excmo. Señor.

Señoras y Señores:

Mi presencia en esta Tribuna, enaltecida por las ilustres personalidades que en ella me han precedido, está justificada solamente ante la necesidad, por mí sentida, de cumplir con inexcusables deberes de gratitud y de cortesía.

En fecha no muy lejana tuve ocasión de recibir atenciones particulares de amigos y de dignos compañeros de esta ciudad, y a ella debo corresponder con mi modesta cooperación a vuestras labores científicas y literarias, expresando, de este modo, oficial y personalmente, mi reconocimiento, y accediendo a requerimientos para mí muy honrosos.

Permitidme, pues, que dirija un saludo cortés a los Académicos de esta Corporación, y muy especialmente a su digno presidente, mi ilustre amigo, Excmo. Sr. D. Manuel Enríquez Barrios (a quien me asocio en su dolor en los actuales momentos); al mismo tiempo que a mis estimables compañeros de profesión de esta localidad, y permitidme, a la vez, que rinda mis respetos a las señoras que valoran este acto con su presencia.

Creo oportuno, teniendo en cuenta mi condición profesional, de dedicar, ante todo, un recuerdo como homenaje a la Ciencia Médica, gloriosa en Córdoba en tiempos pasados, y al prestigio justamente reconocido en la clase médica española en los presentes, porque el cuerpo médico de Córdoba es representación de una gloriosa época, que en pasados siglos fué la Escuela médica más afamada del mundo, cuando en el siglo X contaba con una Biblioteca de 240.000 volúmenes.

Destruída la ciudad de Alejandría por Mahomet el año 640 de la Era Cristiana, y en la cual se recogieron 500,000 volúmenes, acaso ninguna su-

peró a las de Córdoba; ni a su número e importancia llegó el contenido de las 73 bibliotecas con que contaban en dicha época los árabes—españoles y sobre las cuales llegó a escribir el famoso Abibacker.

Los datos más o menos empíricos que consignaron los griegos y los romanos, fueron comentados y aceptados con reservas como caudal dejado hasta que cesó de florecer, después de largo tiempo la ciencia del maestro indiscutible del arte médico, el célebre Galeno.

Después, en el decaimiento, tomó en Roma la medicina un carácter de charlatanismo empírico.

La medicina árabe abandonó las fantasías astrológicas y la alquimia, pero prestó en cambio un gran servicio a la ciencia salvando del olvido los libros de la cultura griega.

Los árabes, pues, contribuyeron a la evolución del progreso en la ciencia médica y salvaron de la barbarie la ciencia griega, traduciendo del sirio los textos helénicos y atacando a los originales y las producciones literarias filosóficas y médicas de la época. Todas fueron objeto de su atención.

A partir del siglo IX decae el lugar que ocuparon los cristianos en este sentido y se fundan escuelas en Bagdad en los siglos X y XI, en Córdoba en el siglo XII, en Damasco en el siglo XIII y más tarde en el Cairo y en Fez.

Los árabes en los siglos VIII y IX fueron portadores y organizadores de su ciencia, y aún después durante su dominio en España desde el 711 de la Era Cristiana hasta su expulsión por los Reyes Católicos en 1492 con la toma de Granada.

Los árabes abrieron la Península Ibérica a los sabios del mundo, pues en los siglos XI, XII y XIII fué España el esplendor de la ciencia y aquí venían los que querían ser sabios, de igual modo que en los siglos IX y X de oscurantismo aquí se cultivaban las letras. Desapareció toda esta obra de cultura cuando por su expulsión se llevaron los capitales y las bibliotecas. Córdoba, Sevilla y Granada eran la cuna donde se mecían los sabios árabes consagrados a la formación de la cultura médica, pero a mi juicio Córdoba fué patria de los más grandes hombres dedicados al cultivo y enseñanza de la medicina.

Ni los fenicios ni los griegos en relación con la ciudad de Córdoba tienen en su haber algo digno de mención; solamente la historia aporta algún dato de mérito en la época Romana-Española, en la que se cuenta el nacimiento en Córdoba de Lucio Anneo Séneca en el año de Jesucristo, quien como su hermano Marco Anneo fomentaron las Termas.

Cuando Córdoba empieza a ser la ciudad de hombres célebres en cuanto fomentaron el avance de las ciencias, fué en la época hebreo-española, que da un carácter especial al estudio de la medicina.

Así se anota que en el año 135 de la Era Cristiana, en tiempo de Adria-

no, se funda en Córdoba la Academia de Medicina a la par que en Sevilla y Granada.

*Cabanis* dice que los judíos fueron nuestros maestros; que en Córdoba, en 948 de la Era Cristiana, fué un notable maestro en esta Escuela de Medicina Rabi-Moset, y que a ella venían a instruirse los jóvenes persas. Allí el famoso Ysaac Alfari adquirió el título de Maestro Universal, y Aben-Mejas en 1115 gobernó la Escuela de Medicina hasta que en 1220, siendo su jefe el famoso Raba-Thudak, se trasladó a Toledo.

En Córdoba fueron notables Ben-Garrade, llamado el gramático de los médicos; el mundial sabio Averroes fué admirador de Avicena (el Príncipe de la medicina) y autor de un compendio de cuanto se escribió hasta entonces sobre filosofía, medicina, etc, y dijo que la viruela se padecía una sola vez; Albucasis, que vivió en el siglo XI y se dedicó con predilección a la Cirujía y escribió sobre cáusticos, trepanación del cráneo, abscesos del hígado, talla y paracentesis en el tratado de «Método de práctica».

Notable fué también su publicación sobre Higiene, recordada oportunamente por D. Rafael Castejón.

La medicina árabe, floreciente en los siglos XI y XIII, declinó a partir del siglo XIV.

La escuela de Salerno, derivada de los árabes y depositaria de la ciencia médica antigua, fué eclipsada por la de Montpellier, la que recogió la corriente de árabes y judíos que a ella acuden a perfeccionarse en el estudio del hombre.

Más tarde, en la época de Andrés Vesalio, doña Oliva Sabuco y otros, brilló otro cordobés, Francisco Delgado, uno de los primeros que conocieron la *avariosis* y publicó un trabajo sobre el guayaco; y posteriormente, en el siglo XVII, vivió Vaca de Alfaro, también cordobés, que escribió un libro muy notable sobre heridas de cabeza, como en el siglo XVIII José de los Ríos Cárdenas escribió sobre el carbunco pestilente.

No es este lugar oportuno para ahondar en relatos históricos y críticos del desarrollo de la medicina en Córdoba y a través del tiempo por médicos cordobeses; me basta con apuntar estos detalles históricos demostrativos de lo que fué Córdoba en pretéritos tiempos como centro de cultura médica, es decir, la Meca de la civilización, y cómo pasada aquella época, médicos cordobeses, aquí y fuera de aquí, mantuvieron brillantemente esa herencia especial de predisposición para aptitudes médicas.

Varios historiadores cordobeses dan, por medio de interesantes publicaciones, conocimiento amplio de cuanto enaltecíó a la ciencia en Córdoba el trabajo científico médico en la época musulmana.

En la actualidad se mantiene este ambiente de cultura en la ciencia y en las artes por ilustres personalidades, que expresan en estos centros acadé-

micos el prestigio alcanzado por la ciencia general en España y en cuanto se refiere a la clase médica.

«Toda la continuación de hombres durante la serie de siglos, ha dicho Pascal, puede considerarse como un solo hombre que subsiste y aprende constantemente. Rindamos tributo a los que nos han precedido por lo que nos han transmitido».

Los que en el pasado siglo y en la actualidad honran con su ciencia y trabajo la ciudad de Córdoba han alcanzado también un puesto de reconocimiento de mérito ante la ciencia médica patria, y dueños de las más grandes conquistas de la ciencia se expresan en sus respectivas competencias de un modo muy significado ante el buen concepto científico.

No faltan en esta región competencias en las diversas especialidades de la ciencia médica. La oto-rino-laringología; la oftalmología; la radiología; la alta cirugía, en general con todos sus progresos, está depositada por fortuna en manos de vuestros conciudadanos profesionales de la medicina, tanto en el orden civil como en el militar, y esto no es poco para garantía de vuestra salud y para enaltecimiento de la ciencia médica.

Permitidme dos palabras dedicadas a algo que aquí teneis de notable en relación con la Pediatría y con la Puericultura en general, aparte de peritísimos especialistas.

El Dr. Gómez Aguado es, con otros especialistas, la representación estimable del progreso que en varias manifestaciones científicas se realiza en Pediatría y en cuantas instituciones médico-sociales se dedican a la protección del niño.

El trabaja en la propaganda de estas ideas por medio de su revista «Por la Infancia», publicación abierta a los médicos y sociólogos que deseen exponer sus ideas en las cuestiones de puericultura, y abre concursos de premios á trabajos orientados en este sentido, demostrando su gran amor por el progreso. «Hay que hacer el bien siempre que se pueda», como dice en su publicación. El, en fin, funda un Laboratorio de leches preparadas y que tiene su fama que no es patrimonio de esta región, pues va justamente es conocida y aceptada en España y fuera de ella y su nombre va unido a esta preparación, de indudable eficacia en el tratamiento de muchas enfermedades en la infancia y como base de alimentación profiláctica de las enfermedades del aparato digestivo y de la nutrición.

Cumplido este deber, que obedece a necesidades de mi espíritu admirador vuestro y agradecido a vuestra benévola acogida, paso a explicar el tema que he elegido para esta conferencia.

¿Por qué he elegido el tema sobre el cual voy a ocupar breves instantes vuestra atención?

Al recibir indicación de mi buen amigo el ilustre ingeniero de minas,

miembro de la Academia, don Antonio Carbonell y Trillo de Figueroa, para que diera una conferencia que sin salirse de las disciplinas científicas a las cuales he consagrado toda mi práctica profesional, tuviera derivación de carácter social y orientación a madres y sociólogos para una provechosa acción puericultora, hizo la casualidad que cuando yo leía la hermosa Memoria, modelo de *topografía médica*, que dicho Sr. Carbonell leyó en el acto de su recepción pública como académico de número en la Academia de ciencias médicas de Córdoba, fijara mi atención en el dato estadístico de mortalidad por enfermedades y me sorprendiera la elevada cifra que acusa esta provincia de niños muertos por debilidad congénita. Cifra sensible en relación con otros procesos patológicos que constantemente son los responsables de la mortalidad infantil en todos los países.

Córdoba y su provincia dió el año 1918 la cifra de 455 débiles-congénitos fallecidos con mortalidad total de 21,000.

En 1921 la estadística oficial revela en España una mortalidad de 16,334 de niños débiles-congénitos, de otras enfermedades propias de la segunda infancia y por falta de cuidados; pero por debilidad congénita, solamente, fallecieron en Córdoba 559 niños.

En España en el año 1922 fallecieron por igual causa 10,898 niños y en Córdoba 295.

En 1923 de 15,997 débiles congénitos y otros por falta de cuidados, arrojó Córdoba 556 como cifra de mortalidad

Son estos datos sobrado motivo de justificación para la acción puericultora que exige a la caridad y a la ciencia la defensa demográfica de los pueblos, que por desgracia en la actualidad merma su haber en favor del crecimiento de la población y precisamente por excesiva mortalidad infantil dentro del primer año de la vida.

En el año 1907 llevé al Congreso de protección a la infancia celebrado en Bruselas una ponencia encargada por el Comité Internacional relativa a la mortalidad infantil en España dentro de primer año de la vida, y allí consigné la cifra de 260 por mil, colocándonos en un puesto muy superior a otras naciones, y con la misma preocupación que Francia y otros países, despertamos nuestra indiferencia respecto de las obras de protección al niño. A partir de entonces se crean nuestras Gotas de leche, se fomentan la Creches y otras instituciones que en miniatura habíamos creado, y la obra de protección a la madre y al niño toma estado oficial y particular, y España hoy se manifiesta en esta lucha con vigor y entusiasmo no superado por otras naciones.

La cifra de mortalidad ha sufrido por fortuna una rebaja estimable.

Dedúcese de lo expuesto la necesidad de actuar con perseverancia y fe en favor del niño débil y abandonado de atenciones de orden higiénico; y el caso particular del proceso, llamado distrofias en la infancia, requie-

re más esfuerzos porque su profilaxia es posible y su salvación, una vez iniciado, es segura, si la dirección es científica y perseverante.

Paso, pues, a explicaros lo que significa ante la clínica y la higiene el estado infantil llamado *Debilidad congénita*.

—Voy a ocuparme de los estados patológicos que tienen su origen en un estigma hereditario deficiente a responder a las energías necesarias para el desarrollo normal del nuevo ser, y de aquellos otros que son la consecuencia de deficiencias de nutrición por causas diversas.

La debilidad congénita, la atrofia, la atrepsia, tipos diferentes de expresión fisiológica unos y clínica otros, es preciso que sean revisados en su causa patógena a fin de establecer la base de indicaciones higiénicas para alguno, en cuanto a la alimentación se refiere, y terapéutica para otros con el objeto de evitar la evolución hacia estados patológicos más graves y difíciles de tratar una vez desarrollados.

Es indudable que no solamente se desarrollan estas distrofias en la primer infancia. El raquitismo, la osteogénesis imperfecta en todas sus variantes, son también motivo de preocupación causal y de acción profiláctica por el médico, en esta época de la vida.

Pero, dejando de un lado estas formas clínicas, nos ocuparemos de indicar cuanto tiene más relación, por lo que se refiere al tratamiento, con los problemas de la lactancia en general, porque en ella es donde, con más cuidado y con arreglo a las condiciones orgánicas del niño, debe el pediatra desarrollar su acción, que, por otra parte, es el único recurso de terapéutica fundamental que puede manejar para lograr la formación trófica fisiológica del niño.

Varias cuestiones están en período de formación de juicio relativas a esta distrofia en la infancia, y ellas principalmente serán objeto de mi atención, prescindiendo de muchos detalles perfectamente conocidos por los clínicos, y cuya referencia no tendría otra finalidad que despertar el recuerdo de lo que ordinariamente se observa y describe. Por eso he de procurar fijarme más en la interpretación de hechos, basada en los trabajos modernos de experimentadores que se han esforzado en completar el estudio de las modalidades clínicas que se indican en el tema de esta conferencia.

Es difícil señalar fisiológicamente los términos que abarca el título de debilidad congénita dado a los niños de condiciones orgánicas y fisiológicas deficientes para resistir las modificaciones que a su organismo imprime el medio de vida fuera del claustro materno; pero se puede calificar así al que nace prematuro con incompleta formación, y aquellos otros descendientes de tipos patológicos que engendran organismos débiles de función calorígena secretoria en general, haciendo, pues, seres vulnerables

por cuantas causas pueden extinguir sus funciones principales (respiratoria, circulatoria y digestiva).

Los órganos incompletamente formados del prematuro débil y del débil congénito no responden a las funciones que deben cumplir; pero hay otros nacidos a término que evolucionan en el claustro materno bajo la vida nutritiva de organismos infectados, y estos pueden, aunque lánguidamente, defender su existencia. Hé aquí diferencias de gran importancia para el clínico que ha de guiar los primeros pasos de su vida higiénica, encaminada a salvar la existencia de estos recién nacidos.

Debemos dejar sentado, como idea previa a nuestra exposición, que si bien en la expresión de este concepto patológico debe ser cosa distinta el prematuro y el niño con debilidad congénita, a los efectos de la evolución de estos estados del recién nacido, el concepto debe ser único.

No es posible concebir, en términos generales, un niño nacido prematuramente sin que sea débil de vida, puesto que en la evolución de su desarrollo le falta tanto en su formación orgánica como en su expresión de energías vitales; es decir, todo lo necesario para ser considerado fisiológico. Si en algo puede tener estudio distinto el prematuro, será en cuanto a las causas de su determinación, y esto cae dentro del campo de la embriogenia y de la tocología. Sin embargo, el pediatra debe tener presente la afirmación de Tarnier al decir «que no todos los prematuros son débiles de vida, ni todos los débiles son prematuros».

Esta diferenciación clínica tiene utilidad para ciertos fines, en cuanto denuncia en los niños del segundo tipo patológico una etiología, frecuente por desgracia, relativa al estado de salud de sus progenitores.

Es débil todo niño cuya salud efectiva no puede definirse en cuanto que, ni por su energías, y a veces por falta de formación orgánica, son seres en constante peligro de enfermedad por escasas defensas, y cuya íntima modalidad no es presumida, pero difícilmente demostrada, a no ser por los efectos aparentes de su expresión vital.

Las enfermedades de los padres, sobre todo las específicas y la tuberculosis, aparte de la influencia indirecta del alcoholismo, son causas de prematuridad y debilidad del recién nacido, sin contar los traumatismos y las lesiones, cuyos estudios han sido expuestos por los tocólogos.

Es variada la proporción de niños nacidos prematuramente, en relación de los nacidos a término, demostrándose, por estadísticas de los diversos países, que oscila entre 5 a 20 por ciento. Así lo consignan Pinar, Weichel y otros.

Los límites menores de edad de nacimiento son, por regla general, de seis meses fecha en que algunos han podido alcanzar vida. Hay, sin embargo, excepciones, pero muy raras, de niños nacidos de cinco meses y medio, citados en la historia de este asunto; pero los consideramos suma-

mente excepcionales, y como hecho curioso tan sólo puede indicarse. Tal es, por ejemplo, el citado por Villemín, de cinco y medio meses, con 250 gramos de peso, y que vivió treinta y un meses.

Alrededor de los seis meses son tipos orgánicos deficientes en todo; pero ya, a partir de esta fecha, el niño puede vivir aunque con los caracteres de la debilidad congénita.

Su peso y talla son variables, observándose casos de peso verdaderamente inverosímiles compatibles con la vida. Es indudable que el peso es tanto mayor, cuanto más tiempo residió el feto en el claustro materno, guardando la mortalidad una proporción relacionada con estas condiciones de vida.

El Dr. Potel señala el peso de los débiles a los seis y medio meses en 1.408 gramos, y a los ocho meses en 2.150. La talla es de 21 a 25 centímetros en los primeros y 49 centímetros en los segundos. No obstante, conviene observar que hay niños nacidos a término con un peso de 2.000 gramos y sin caracteres de la debilidad congénita.

Tenemos conocimiento de casos muy extraordinarios con peso deficiente al nacer y que han vivido más ó menos tiempo. Refiérese uno al presentado por el Dr. Udaeta, en la Sociedad Ginecológica Española, con peso inicial de 750 gramos y que vivió algunos días. Otro, referido por Heubner, de 950 gramos de peso; el de Obenback, presentado en la Academia de Medicina de Berlín, que pesó 500 gramos al nacer y alcanzó 800 gramos a los cuarenta días de vida. Yo he tenido ocasión de observar en la clínica del Dr. Queirel, de Marsella, un caso de 1.090 gramos y otro de 1.159, con talla de 30 y 36 centímetros, respectivamente, a los dos meses de edad. En otras Maternidades se observan niños deficientes de peso, oscilando entre 1.800 y 2.100 gramos de inicial, que demuestran la clase del tipo orgánico y lo curioso de haber vivido en estas condiciones.

La edad y el peso son dos elementos indispensables para deducir la viabilidad. Las tablas de Ahiferd y Hecker son de un valor relativo y convencional. Señalan para el niño de veintisiete semanas un peso de 1.140 gramos, y para el de treinta y siete semanas 2.875, y bueno es tenerlo presente para que sirvan de guía, aunque no de forma absoluta, en esta cuestión.

Según los trabajos de Maigrier, se revela la notable supervivencia, en relación con el peso, en la siguiente forma. De 735 partos prematuros, deduce que, con un peso de 1.500 á 2.500 gramos, se salvan más, cuanto el peso es mayor y la resistencia vital, libres, por supuesto, de infecciones de toda clase. Es de advertir, que el pronóstico suele definirse desfavorable por la frecuencia con que padecen afecciones pulmonares, que no se han diagnosticado en vida por ausencia de síntomas, pero que se han comprobado por la autopsia.



El Dr. Potel señala la supervivencia de los prematuros, según la edad, en un 20 por ciento a los seis y medio meses, un 42 por ciento a los siete meses y un 70 por ciento de los siete meses en adelante.

El niño nacido antes de la semana veintisiete o veintiocho tiene pocas probabilidades de vida. Así es que su pronóstico dependerá de varias circunstancias, y más grave en todos los casos durante los primeros días de la vida, modificándose luego según la reacción que experimenta. El prematuro y débil a la vez corre gran peligro.

La intervención científica ha llegado a disminuir la mortalidad en gran proporción, bajando del 66 por 100 al 36 por 100, según los trabajos demostrativos de Hutinel y Eclestre.

La autopsia demuestra en los prematuros un cerebro de consistencia gelatinosa, marcándose incompletamente las circunvoluciones; parece difícil de señalar las diferencias de la sustancia gris de la blanca, y lo mismo sucede en la médula; los pulmones contienen poca sangre; el timo, cuerpo tiroideos y cápsulas suprarrenales están en falta de involución, así como los conductos arteriosos y el agujero oval, apareciendo a veces, además, evidentes lesiones óseas en los niños específicos.

Veamos ahora cuál es el tipo orgánico y fisiológico del prematuro y del débil.

Nace el niño de estas condiciones con piel fina y arrugada, escaso tejido celular, a veces con excesivo desarrollo del tejido piloso y con erupciones características del vicio heredado o de lesiones cutáneas debidas a su escasa reacción vital, y en otros casos con una proliferación epidérmica que le da un aspecto repugnante y compromete las funciones cutáneas. Sus músculos están flácidos, las contracciones son escasas y no responden a los estímulos reflejos. La respiración es débil; no se siente el pecho, que permanece casi inmóvil; el desplegamiento alveolar es incompleto; la respiración tiene el tipo Cheine Stokes, lo cual corresponde a la debilidad muscular general, que, en ocasiones, en partes de su organismo, se traduce por verdadera parálisis. Tal sucede con la parálisis del velo del paladar, del cual hemos tratado un caso en que el niño se hallaba imposibilitado para hacer la succión y exigió durante cuatro meses una alimentación por medio de la sonda introducida por la nariz, y vencida con el tiempo esta parálisis, el niño sobrevivió hasta los diez meses, época en que murió de una bronquitis aguda. Consecuencia de esta respiración tan dificultosa, es la cianosis y el enfriamiento que sobreviene en ellos, demostrando las autopsias la atelectasia pulmonar, diferenciándose esa cianosis en su evolución de la determinada por la insuficiencia del agujero de Botal.

Todo esto determina las convulsiones, sea por intoxicación carbónica, según Finkelstein, sea por nutrición deficiente, según Budín.

El corazón late con arritmia y muy débilmente, debiéndose a esto tal vez los edemas del recién nacido; las arterias son más frágiles y hay tendencia a las hemorragias; la hemoglobina aumenta y más tarde llega con su destrucción a la anemia lenta del recién nacido.

La temperatura tiende a ser baja, llegando a hacerse alarmante, pues en algún caso desciende a 30, y casi siempre acusa de 34 a 36°, siendo quizás el síntoma más importante de los nacidos con debilidad congénita. Aquellos cuya temperatura es de menos de 35° dan un contingente de mortalidad de un 98 por 100, según Budín.

La causa de esta hipotermia obedece: a que la absorción intestinal es deficiente y no hay combustiones; a la debilidad del corazón y de la respiración, que impide las oscilaciones; y a la falta de grasa y exceso de superficie cutánea en relación con el peso del cuerpo, lo cual les hace perder más cantidades de calor, pues es sabido que los débiles tienen una enorme superficie de radiación.

A esto se puede agregar, como causa de hipotermia, la astenia de los centros nerviosos termógenos.

La elevación rápida de la temperatura, después de hipotermia prolongada, es síntoma de fatal desenlace.

De todo lo expuesto se deduce el valor tan estimable que tiene, como síntoma, el aumento de la temperatura en los primeros días de la vida en un prematuro débil.

La digestión no se verifica bien, porque tienen débiles los músculos de la boca para la succión, lo cual puede ser motivo de inanición consecutiva; por otra parte, las secreciones digestivas son escasas y de débil poder; a veces, hay alteraciones del hígado; la astenia intestinal puede ser la consecuencia de esto: además, la saliva es escasa, hay vómitos y el vientre está meteorizado, acompañado a este cuadro la presencia del muguet en la boca, sucediendo con frecuencia en niños de menos de tres meses que por este camino llegan a un estado atáxico.

El aspecto de la piel tiene cierta importancia y descama mal la epidermis; en algunos sitios se hace eritematosa o con vespículas, como suele suceder en los maleólos y talón. Se observa también el esclerema, más en los pies y muslos, lo cual se explica por la hipotermia, causa del exceso de ácido palmítico en el tejido adiposo, el cual tiende a solidificarse bajo la acción de la deshidratación de los tejidos en los casos de diarrea.

En el riñón se observan alguna vez infartos uráticos, que ocupan los conductos de Bellini y los cálices. Aquellos están compuestos, según unos, de urato amónico; de urato de sosa, según Proust, para quien estos significan oxidación incompleta, deshidratación de tejidos o enfriamientos como causa determinante, y que tan frecuentes son en las primeras veinticuatro horas de la vida. Consecuencia de estas lesiones suelen ser los fenó-

menos convulsivos o comatosos que se observan con alguna frecuencia en los niños.

Por parte del sistema nervioso existe un sinnúmero de alteraciones, que principalmente se traducen por perturbaciones de los músculos, causa de la astenia convulsiones, parálisis, etc.

Mr. Barbillón ha descrito un abombamiento perineal en los niños atacados de debilidad congénita ó accidental durante la primera edad de la vida, y dice que se encuentra con frecuencia este síntoma, debido a la debilidad muscular de la pared perineal. Es reflejo de un estado amiosténico general, y no es más que una de tantas modalidades de la debilidad característica de todos los órganos y tejidos de la economía, como consecuencia del abatimiento orgánico del atréptico y del atrófico. Se observa que este síntoma desaparece a medida que se reintegran las energías, y tiene por sí escaso valor pronóstico, puesto que es transitorio y marcha con la evolución general del desarrollo del débil.

Las infecciones hacen disminuir el peso del niño; determinan oscilaciones térmicas o suelen evolucionar en forma de caquexia rápida. Según Charrrin y sus discípulos, la infección se caracteriza, principalmente, por la hipotermia y porque aumenta la toxicidad de la orina, disminuyendo la alcalinidad de la sangre.

¿Cuál es la evolución que experimenta el niño prematuro o con debilidad congénita? Esta es muy variada, según la edad de la vida fetal, su peso, talla y la integridad de su organismo, por los defectos que pueda tener en la formación de sus órganos, aparte de las energías que éstos reflejen y del estigma patológico que les pueda caracterizar. Pero lo general es que, no terminada su vida fetal, las funciones sean insuficientes, se manifiesten las infecciones en ellos y la muerte en plazo breve sea su fin. Otros se desarrollan lentamente, y se ve desaparecer, en un plazo de dos o tres meses, los caracteres de la debilidad. Otros hay también que se desarrollan de un modo incompleto, les amenazan convulsiones, débiles colapsos, y con muchos cuidados pueden lentamente ir salvando su vida. Hay otros, en fin, que nacen con insuficiencia del agujero de Botal, y si viven, lo hacen a costa de grandes sufrimientos, con frecuentes crisis de cianosis, pero, de todas maneras, la vida suele ser corta. Nosotros hemos visto en la clínica del Dr. Moussous, de Burdeos, un niño de este tipo que alcanzaba la edad de nueve años, y pudimos apreciar repetidas crisis de cianosis en breves instantes, al menor esfuerzo o por la más ligera impresión que sufría el paciente. Es de creer que su vida no se prolongará mucho tiempo, pues en la literatura médica se consigna la escasa supervivencia de estos desgraciados niños.

Cuando los fascículos piramidales de la médula no se han desarrollado, y congénitamente aparece la enfermedad de Little, se observa una evolución muy característica, aunque tanpoco de larga fecha de vida.

Como el débil congénito tiene sus límites fronterizos con el no viable y por otra parte con el sano y viable, creemos que, íntimamente ligado con este asunto de la vida prematura y la debilidad congénita, está la significación que en el orden social ha de tener el concepto de la viabilidad fisiológica del feto en sus relaciones con la viabilidad legal. Y aun cuando este último aspecto de la cuestión realmente no es de la competencia del médico, de nuestros estudios ha de derivarse la definición exacta del aspecto legal de la vida del feto, pues debemos ser los consejeros de información científica al legislador.

Así piensa Tylor al emitir su juicio en este asunto, opinando que ésta debe ser nuestra misión por la parte social que la Medicina encierra, para que se puedan, con provecho, aplicar a las necesidades de la ley nuestros útiles conocimientos, resultando de este modo que el legislador será el eco exacto de la razón.

Esta idea se halla también en relación con el pensamiento de Thiers cuando dice «que la observación constante de la naturaleza humana es el medio más abonado para demostrar los derechos del hombre»; porque los fundamentos de la jurisprudencia contemporánea buscan, en la unidad, la razón de su existencia, de igual manera que las ciencias biológicas han de aspirar a un vasto sistema que se funde sólo en la mecánica universal, según dice Berthelot.

No hay discrepancia, por lo tanto, ni pueden ser varios los conceptos científico y social que deben existir respecto de lo que es la viabilidad legal y la viabilidad fisiológica del feto; ambas se compenetrán, y la primera debe ser una derivación exacta de los estudios nacidos en las ciencias biológicas.

La historia de la legislación de todos los países nos enseña como se ocupan de definir la viabilidad del feto para aceptar el concepto jurídico basado exclusivamente en la información médica, y así vemos que, con frase variada, pero con un criterio parecido, se dedica a este asunto un articulado en casi todos los Códigos civiles de los diversos países.

Desde la legislación musulmana, que reputa nacido el hijo, aun cuando fallezca, teniendo más de la mitad del cuerpo fuera del claustro materno; la legislación inglesa, que exige, para considerarle con los derechos de la viabilidad, que tenga figura humana y que no sea monstruo; hasta nuestra legislación, que para estas condiciones exige la de haber vivido veinticuatro horas fuera del claustro materno, todas están inspiradas en el criterio fisiológico moderno, informador seguro al abrigo de toda censura y basado en los conocimientos de embriogenia.

Dejemos aparte esta cuestión, más propia de un terreno de erudición jurídica, y vengamos al campo puramente fisiológico, por ser el que debe limitar en este momento nuestras ideas encaminadas a buscar conclusión definitiva informadora del aspecto legal de la cuestión.

Entre tanto, abordemos este asunto, desarrollando cuanto creemos para contestar a la siguiente pregunta:

¿A qué edad y en qué condiciones puede vivir un prematuro y un débil congénito?

Tres fases ha de recorrer el ser humano hasta su formación: la germinativa, la embriogénica y la fetal; y para los fines que nosotros buscamos en esta ocasión, tan sólo esta última fase es la que nos interesa.

Varios criterios han presidido para definir lo que debe entenderse por feto viable, y de ahí las diversas definiciones dadas por autores que se han ocupado de este asunto. Por eso, Olivier dice que un feto es viable si tiene aptitud para vivir; Sedillot, cuando las condiciones en el momento del nacimiento son las precisas para continuar viviendo; Orfila dice que es viable un feto cuando es posible que pase las épocas de la vida extrauterina; Hoffman define la viabilidad, diciendo que es la facultad que tiene un nuevo ser de vivir por sí mismo, contando con la madurez y ausencia de enfermedades o deformidades de los órganos del feto; y por último, Devergie dice que cuando en el momento de nacer tiene tres condiciones indispensables: *desarrollo conveniente, salud manifiesta y buena conformación*. De esta misma opinión próximamente participan nuestros ilustres compatriotas los doctores Mata y Yáñez.

En efecto, nada más explícito y que abarque mejor el concepto fisiológico de la vida del ser, que esta última definición, de la cual debemos ser partidarios sin reservas de ninguna clase. Es muy difícil que el feto viva antes de los seis meses de su formación, pues así nos lo enseña la embriogenia, cuyos estudios en la actualidad son bastantes concluyentes; y si bien se consignan en algunas obras el relato de algunos casos de nacimiento en condiciones de viabilidad antes de aquella fecha, siempre se hace a título de curiosidad, pero con los consiguientes recelos de que no sea exacta semejante afirmación; porque aparte de que esto sería muy excepcional, cabe la idea de pensar que en aquella fecha los trabajos de embriogenia eran incompletos e inexactos, y aún más si nos fiamos en la relación que las madres hacen como punto de referencia de las faltas habidas en sus funciones especiales, pues no hay que olvidar que este dato es muy equívoco y que para estos casos no han de tener valor alguno.

Recuérdese, entre otros, el caso citado por Baillet, de un feto nacido a los cuatro y medio meses, cuyo padre le crió a la boca de un horno y vivió 79 años; el citado por Buzel, nacido a los cinco meses y que no dió

señales de vida hasta los nueve meses; se desarrolló más tarde y a los diez y seis meses tenía más volumen que los niños de su edad.

No comprendemos hasta qué punto pueda ser esto exacto, en cuanto se refiere a la fecha de la formación del feto, y creemos que los tocólogos no abrigarán duda de ningún género en este asunto, pues actualmente el campo lo tendrán bien deslindado, admitiendo la viabilidad fisiológica del feto a partir de los seis meses, considerando parto prematuro desde esta fecha en adelante, y fecha de término al nacido a los nueve meses y perfectamente formado.

La ciencia no admite, en la actualidad, la escuela matemática, al querer conceder algún fundamento a la opinión sostenida de que un niño nacido al séptimo mes es más viable que aquel que nace al octavo, pues es lógico pensar que mayor resistencia ofrecerá el nuevo ser a las exigencias de la vida independiente, cuanto mayor haya sido la nutrición que la madre le preste y más desarrollado se halle su organismo.

Actualmente, este punto no merece ser discutido; la razón y la embriogénesis deciden resueltamente la cuestión.

Son de extraordinario valor los datos relativos a osificación del esqueleto del feto que han podido adquirirse gracias á las modernas aplicaciones de los rayos X, permitiendo a los experimentadores hacer importantísimos trabajos de información, y merecen entre ellos atención muy especial los presentados por el Doctor Ogier en la Sociedad de Medicina legal de París, demostrativos de cuanto hemos apuntado, y de gran valor en los estudios de embriogénesis, en la cual puede decirse que han causado una verdadera revolución, señalando una fase altamente progresiva en los estudios de formación ósea fetal.

Todos estos detalles, muy ligeramente señalados, y todo cuanto respecto a estas materias son conocidas por los que han penetrado en estos estudios, nos permite formar una idea de lo que significa el desarrollo completo de feto, primera condición de las señaladas por Devergie para considerar a un feto en condiciones de viabilidad.

Otra cuestión no menos precisa para la vitalidad del feto, es que nazca con *salud manifesta*, y al efecto, conviene no olvidar el sinnúmero de estados patológicos congénitos incompatibles con la vida, y de ellos hay que contar con el coeficiente de vitalidad tan acertadamente definida por el Doctor Velasco Pajares, mi ilustre compañero del Hospital del Niño Jesús.

La conformación *del feto* ha de determinarse por la ciencia Teratológica, que nos definirá el concepto de la monstruosidad en relación con la existencia, juzgando así, si es o no compatible con la vida y las dificultades que puede ocasionar para sobrellevarla, todo lo cual será motivo de nuestra información médica legal.

La acefalia es incompatible con la vida; no así la falta de otros órganos, si no son de los que presiden a la vida de nutrición. La espina bífida en la extremidad superior, no sucediendo lo mismo cuando está situada en la región lumbar; el exoncéfalo con salida de grandes vísceras; la extrofia de la vejiga (por más que ésta pueda ser compatible con la vida, y de ella hemos visto varios casos, uno de ellos se refiere a un niño de tres años, sobre el cual, por cierto, había manifestaciones de una infección diftérica).

Las atrépsias también tienen importancia para el caso, según el grado de ella y órgano lesionado

Las anomalías fetales por fusión y por penetración tienen una relativa probabilidad de vida, así como la monstruosidad por inclusión. En estos monstruos hay variedades, y de su grado se juzgará para los efectos de la vitalidad.

Los trabajos de Geofroy Saint-Hilaire y otros, nos orientan en esta clase de deformidades.

A base de las ideas indicadas de anatomía y de fisiología fetal y de cuanto respecto de este asunto consignamos, de acuerdo en absoluto con la opinión reflejada en un notable trabajo por el Dr. Gordón, podremos formar el juicio más acertado para el concepto científico, informador legislativo, y para nuestras determinaciones terapéuticas, porque todos los esfuerzos deben ser en favor de la puericultura, tan castigada por varios motivos de orden congénito en cuanto al feto se refiere.

El tratamiento del niño débil congénito y del prematuro ha de descansar:

1.º En una acción profiláctica basada en la intervención social por la propaganda educadora que exigen los fundamentos de la Eugénica, implantando las leyes higiénicas que obligan á una vida austera; a uniones matrimoniales bien depuradas para que la salud de los progenitores no sea responsable de la degeneración de la raza (sin que en este sentido sean rechazados sistemáticamente los matrimonios consanguíneos); a una educación ciudadana suficiente a prevenirse contra las taras hereditarias, causa principal de la debilidad congénita; y a un tratamiento médico preventivo en caso de conformación patológica en los progenitores

De este asunto podría tratar en este momento, si fuera mi principal objeto abordar tan parcial problema de la cuestión. De él me ocupé cuando fué ampliamente discutido en pasados cursos en la Real Academia Nacional de Medicina, y ahora deseo mostrar otros aspectos terapéuticos, de carácter médico y social obligados a la naturaleza del tema.

Es de la incumbencia del tocólogo el estudio y determinación de las causas de orden externo general y de perturbación funcional que da origen a formación débil o prematura de nacimiento.

Búsquense acaso en una falta de organización anatómica placentaria la influencia de cuanto podría interesar este asunto; fíjese el pensamiento en las modificaciones que pueden observarse en el periodo germinativo y embriogénico del ser en formación, y con todos estos datos procure el tocólogo tratar de corregir las causas que determinen la prematuridad.

Ya, pensando en la eficacia que del tratamiento profiláctico ha de obtenerse prodigando toda clase de cuidados a la madre, los Doctores Pinard y Pozzi, en el Congreso celebrado en Nantes en 1901, al cual tuve el gusto de asistir, levantaron la bandera en favor de la puericultura, haciendo una proposición, que fué aceptada por unanimidad, encaminada a recomendar a los Poderes públicos la conveniencia de vigilar la maternidad en los centros hospitalarios a partir del tercer mes del embarazo, si es posible, y reteniendo a la mujer un mes después del alumbramiento bajo la vigilancia científica.

Esta proposición acusa, por lo menos, una idea feliz por parte de tan ilustres tocológos, recomendando la urgente necesidad de atender por todos los medios a los cuidados que exige la concepción.

Otra base del tratamiento del niño prematuro es el cuidado directo del recién nacido, para evitar las consecuencias de tres elementos que conspiran contra su salud y viabilidad.

Como el niño prematuro es *hipotérmico*, precisa darle el calor que sus energías vitales no le pueden proporcionar; hay que alimentarlo, por otra parte, de un modo conveniente; y por último, es preciso evitar las infecciones a que constantemente se halla expuesto, y contra las cuales le sería difícil luchar por su escasa defensa fagocítica, debida a las débiles condiciones de su organismo. Estas son las tres condiciones terapéuticas que es necesario cumplir, sin que creamos que alguna otra indicada tenga el valor científico necesario para considerarla como fundamental; tal sucede con la opinión de Budín, quien dice que la ligadura tardía del cordón umbilical disminuye la mortalidad de los débiles.

Para cumplir la primera condición, es decir, dar calor al organismo del débil, cuando la hipotermia se significa con 35 o menos es preciso buscar medios más adecuados y ayudados por una temperatura de 19 a 20 en la habitación, logrando de este modo alcanzar la temperatura normal en dos o tres semanas, o bien por otros procedimientos más complicados cuando la temperatura del niño es inferior a 35, y entonces es preciso usar las incubadoras en sus diferentes modelos, y a falta de éstos, caben aún otros recursos, tales son las almohadas termóforas de Heubner.

La habitación donde se aloja el niño puede ser reducida para aprovechar más el calor; el aire debe tener unos 30 y el estado higrométrico conveniente, lo cual se consigue por diversos medios, que son aceptables a condición de mantener la pureza del aire en cuanto sea posible.



Partamos de la base de que en el tratamiento de los prematuros es preciso a todo trance defender el calor evitando el exceso de irradiación

Es un problema a no descuidar en los comienzos de la vida del recién nacido el relativo a la pérdida de calorías como fuente de estados distróficos y de enfermedades inflamatorias agudas, basado en los estudios que despertaron en manos del profesor Richel y proseguidos por M. Laviaille, de París, en unión del clínico Variot. Es una fase del estudio del puericultor, que debe saber la relación que guarda la radiación calórica del niño y de su influencia por la ración alimenticia, según las experiencias de Arsonval, y el medio ambiente de aire y de temperatura, sobre todo en los primeros días de la vida.

Sabido es que la radiación calórica de un niño normal es de 370 calorías en las veinticuatro horas. Un litro de buena leche equivale á 700 calorías.

Los trabajos de Laviaille, dados á conocer en la Primera Conferencia Nacional de las Gotas de leche, celebrada en París, relativos a la influencia del vestido sobre la radiación y sobre la ración alimenticia, demuestra que el casquete de la cabeza del niño entraña una economía de 50 calorías; deben, pues, tener una ración suplementaria de 220 gramos de leche por día, que corresponden a 100 calorías de radiación complementaria. Cuando los brazos están desnudos, tienen de pérdida calórica suplementaria 40 calorías, equivalente a una ración de 50 gramos de leche de vaca. La grasa y el tejido adiposo aminoran las proporciones sensibles de pérdida calórica. Si un niño pierde 341 calorías al día, después de una enfermedad que le ha demacrado, perderá 440.

La clase del tejido elegido para la envoltura del niño tiene gran influencia sobre la radiación calórica.

Tanto la ración alimenticia como el vestido adecuado son dos elementos de desarrollo normal del niño, y es preciso saberlo para que la ciencia y la caridad marchen de acuerdo en sus funciones puericultoras.

Véase si este capítulo de higiene infantil tiene importancia en el cuidado del niño y dedúzcase la influencia que ejerce en su desarrollo y en la defensa orgánica para luchar contra las enfermedades engendradas en la hiperradiación calórica, poco atendida y muy desatendida por los que, conociéndola, podrán, sin gran esfuerzo, defender estas débiles naturalezas de una muerte segura, por desconocer el factor principal que en algunas ocasiones lo determina, y en otro caso se pueden encauzar hacia la curación y evitar los estados distróficos que se engendran como esta pérdida de calorías, fuente de debilidad nutritiva y causa de astenias mortales.

Entre los muchos procedimientos conocidos que logran la defensa del niño hiperradiante, el Dr. Dufour ha propuesto practicar una envoltura

completa del cuerpo por medio de tafetán engomado, bien durante el día y la noche constantemente, o con intervalos de unas cuantas horas.

Practica este procedimiento colocando el tafetán por encima de las envolturas del niño, logrando de este modo reducir al mínimun la irradiación de calor, y así alcanza una temperatura normal o por lo menos aproximada a ella. Para regular los cambios de aire entre la piel y el ambiente, puede perforarse el tafetán. Ha conseguido de este modo hacer subir hasta cerca de 37 la temperatura en algunos débiles en los que había bajado hasta 32°. De este modo, cree poder sustituir con ventaja a las couveuses de cualquier modelo, evitando algunos inconvenientes que éstas tienen, pues ninguno de ellos dicen que reúne la envoltura impermeable.

Yo he modificado este procedimiento aplicable para niños hipotérmicos de más edad, envolviendo de cuello a pies y brazos el cuerpo del niño en un saco de hule fino. El sudor que provoca hace elevar la temperatura y es aprovechable como elemento de calor.

El Dr. Rist, de New-York, y otros americanos, se muestran partidarios del procedimiento de termógenos eléctricos.

En la clínica del Dr. Variot se empleaba con éxito la calefacción en gran número de niños débiles, por medio de recipientes de agua caliente, suficientes para obtener una temperatura de 28 á 30° que es la que conviene a los niños débiles, y creo que únicamente el procedimiento del Dr. Dufour puede tener ventajas desde el punto de vista económico.

Todos estos medios sencillos son aceptables y utilizables, por lo tanto, según las circunstancias en que tengan que aplicarse; responden al mismo fin y tienen en la práctica la sanción de sus ventajas. Al mismo resultado tiende el empleo de las incubadoras en sus diversos modelos.

Yo no sé si la incubadora, en la cual por ahora se observan algunas dificultades para sostener a la perfección el estado higrométrico y la ventilación, es causa predisponente a la bronco-pneumonía y a las infecciones, que son los estados patológicos que más padecen los prematuros; pero es lo cierto que estas dos condiciones de calor y ventilación son indispensables en los casos de necesidad de incubación artificial, y a obtenerlas deben tender cuantas perfecciones se hagan en estas clases de aparatos.

Después de algunas horas de permanecer el niño en la incubadora, se ha demostrado que la temperatura se eleva un poco, y por regla general, pero no llega a la temperatura normal sino al cabo de algunas semanas. La curva de temperatura se eleva gradualmente, y cuando ha llegado a 37° indica que el niño es capaz de producir, por sí mismo, el calor que necesita.

La parte activa de los cuidados del prematuro está reservada al médico y a las personas que le cuidan. Es preciso luchar contra las causas que les puedan perturbar la marcha normal con el ascenso de la temperatura, no

olvidando que si en unos se eleva fácilmente, en otros se hace a expensas de crisis de cianosis y tendencias al síncope.

De esta manera, llevando a cabo con toda perfección las prácticas que exigen el uso de estos aparatos, lograremos fácilmente, y en una aceptable proporción de casos, vencer las grandes dificultades porque atraviesan los niños nacidos en estas condiciones, y responder de este modo a las exigencias de un tratamiento científico, por estar basado en indicaciones que exigen las anomalías que se observan en la anatomía y fisiología de los niños prematuros y con debilidad congénita.

Al mismo tiempo, es preciso mantener estimulada la piel, cuyas impresiones tanto repercuten en la nutrición, según dice Bouchar, y esto se consigue con fricciones secas o de alcohol. Además conviene imprimir movimientos a las articulaciones, dos o tres veces al día.

Satisfechas las necesidades de la calorificación es preciso ocuparse en alimentar al prematuro y al débil, y aquí el problema no puede plantearse de un modo absoluto, pues las prácticas han de obedecer a las condiciones orgánicas del recién nacido.

Si la debilidad se manifiesta por pereza muscular de la boca, lengua, velo del paladar, etc., hay que apelar a todos los medios, desde el más sencillo hasta la alimentación por medio de la sonda esofágica, o de la botella, modelo especial, que sirven para la alimentación por la boca y por la nariz.

Es preferible a todos los medios de lactancia la leche materna, y cuando esto no sea posible hay que acudir a la lactancia mixta, que a veces es beneficiosa, porque después el niño suele tomar mejor la leche de la madre, y además da tiempo para que la glándula segregue leche bien formada.

Preocupa a los clínicos la facilidad con que se suele retirar la leche de la nodriza que alimenta al débil, debido a que éste carece de energías para la succión, y cuando éste sucede hay que procurar que la nodriza lacte a otro niño, pues de este modo se mantiene la secreción, se dilatan los conductos galactóforos y así adquiere las condiciones para que el niño débil pueda más tarde aprovechar las buenas condiciones de la leche de mujer. Los ocho o diez primeros días debe recomendarse, sin vacilación, la lactancia materna o de nodriza cada dos horas, todo el tiempo que el niño pueda hacer la succión sin fatigarse.

Es difícil regular la cantidad de leche que se administra al niño, y es muy frecuente en la práctica no guardar reglas necesarias para evitar una sobrecarga alimenticia; así es, que si el niño vomita y su peso decae tendremos en estos datos la orientación segura y elementos para adoptar racionalmente algunas de las reglas establecidas en la ley Maurel, Hubner etcétera.

En cuanto al prematuro se refiere, respecto a la cantidad de leche que ha de tomar en las veinticuatro horas, debemos saber que la necesidad de alimentarse es mayor que en los niños robustos y nacidos a término.

Es muy digna de tener en cuenta, para establecer reglas de alimentación, la capacidad del estómago del recién nacido. Porque si bien los trabajos de Rooch y Fleisman; para el niño normal en peso y talla, son definitivos en este asunto, M. Malliot dice que no es posible hacer iguales aplicaciones cuando se trata de niños nacidos a los seis, siete y ocho meses, y que las necesidades de cada niño servirán de norma de aplicación, teniendo en cuenta como hecho práctico que la ración será tanto mayor, cuanto más se acerque al fin del embarazo. No se puede sostener que cada niño debe ingerir 30 gramos de leche al nacer, porque esto depende tanto de la capacidad estomacal como de su funcionalismo, el cual es personal. Por lo tanto, debe ser determinada por el poder digestivo la ración que científicamente se le debe administrar.

Los diez primeros días de la vida necesita cuarta, quinta o sexta parte de su peso en gramos de leche, sea cualquiera la lactancia que use. El peso después de cada tetada nos podrá orientar respecto de la dosis en caso de que la alimentación sea artificial.

Es indispensable evitar la insuficiencia alimenticia en estos niños débiles congénitos, tomando su alimento de diez a quince veces al día, y no como aconsejan Czerny y otros dar distanciadas las raciones de alimento.

Cuando la alimentación artificial se impone, nosotros damos la preferencia, por lo menos dentro de los primeros días, y con ello hemos obtenido buenos resultados, a la leche de burra, sin que esto quiera decir que otra clase de leche bien proporcionada en dosis deje de dar buen resultado.

Se recomiendan otros procedimientos de alimentación que no he de enumerar para ser breve.

Otra condición precisa para el tratamiento completo del débil y del prematuro, es la vigilancia de su asepsia, con el fin de evitar las infecciones a que se halla expuesto.

Sobre esto poco podemos hablar, porque la pericia del profesor debe ser la guía en la aplicación de cuantos medios son necesarios para conseguirla.

Es indudable, por consiguiente, que la alimentación y la limpieza son la base de la acción profiláctica.

Nosotros cuidamos mucho de impedir la formación de escoriaciones de las superficies mucosa y cutánea, haciendo constante asepsia.

Las esfoliaciones de la piel en las nalgas, tobillos y talones son las más frecuentes y la puerta de entrada a bacilos de toda clase y determinantes de un sinnúmero de lesiones, y hasta del cuadro clínico observado per-

fectamente y descrito ya hace tiempo llamado *osteomielitis generalizada del recién nacido*.

Debemos, también, hacer especial mención de la frecuencia con que se presenta la bronco neumonía en niños de estas condiciones. Sobre su frecuencia y puntos de entrada por la piel esfoliada ha llamado la atención el Dr. Sint, Phillipe, de Burdeos, en cuya *crèche patológica* he practicado y tenido ocasión de observar un sinnúmero de casos de esta índole y aprender las prácticas allí establecidas, en un departamento modelo destinado al cuidado de niños débiles y prematuros.

Esto es a grandes rasgos lo que conviene saber, a fin de hacer una buena profilaxia contra las infecciones.

Tales son las bases del tratamiento del niño prematuro y con debilidad congénita. Y no respondería a los fines humanitarios y de solidaridad social que deben informar a todas las cuestiones comprendidas en el vastísimo campo que encierra la puericultura, si no tratáramos de cumplirla con la exactitud que exige un niño en estas condiciones, que según la opinión de M. Strauss «deben ser los niños débiles asimilados a los enfermos y tratados como tales», pues no hay que considerar a los niños así nacidos como seres desgraciados e incapaces de vivir en condiciones físicas y morales que la sociedad exige, porque gran número de ellos se han salvado y conservado su vida con un desarrollo físico e intelectual que nada ha dejado que desear; y en atención además a que, según dice M. Maygrier, debemos tratar con cuidado metódico y razonado a los débiles, en la seguridad de que nos han de conducir a obtener resultados sorprendentes, contribuyendo de esta suerte a la gran obra de todas las naciones, que por diversos medios se ha entablado en la actualidad para luchar contra la exagerada mortalidad infantil dentro del primer año de vida.

Ahora sería procedente ocuparse de lo que sería la atrofia infantil, otro tipo clásico de la serie de las distrofias, pero no tengo derecho a abusar más tiempo de vuestra benévola atención y debo aspirar a que vuestro beneplácito a este acto sea otorgado, a falta de otros méritos, al de la brevedad.

Por las precedentes consideraciones he tratado de ofreceros el retrato fiel del niño débil congénito y dejando entrever los problemas que él demanda resolver por la *madre*, en sus funciones elevadas de cuidados propios de su sagrada misión; *por el médico*, como director de aquella con sus consejos de orden higiénico y su intervención terapéutica si fuera necesaria, y por *el sociólogo*, en cuanto su intervención inspirada en la caridad presta amparo al desvalido creando instituciones y socorros necesarios a la defensa del desgraciado que se halla en tan difícil situación orgánica y social.

El niño se nos presenta con todos los problemas que encierra, para nosotros, defensores del equilibrio demográfico de los pueblos, actuemos a su favor, pues como dijo Juvenal «Maxima debetur puero reverentia» (al niño se le debe suma reverencia).

¿Con qué elementos debemos desarrollar nuestra acción?

1.º Con la madre. Sublime representación del más sentimental afecto al niño. Abnegada en su dolor, inquietudes y amarguras derivadas del ejercicio de su santa misión, le sopora con alegría hondamente sentida compensadora del dolor físico que supone la concepción y la crianza.

El cuadro crítico que ofrece la obtención del ser donde el dolor tiene un carácter tan imponente que inspira compasión, se ve orlado por una explosión de sentimiento afectivo a lo que formó parte de su ser, y ahora la exige cuidados, que ella acepta y practica con fe y para ver lozana y consoladora la vida del hijo que la ha de dignificar.

Cediendo para él todo cuanto la naturaleza le exige, y haciéndolo con heroica decisión por innatos imperativos de su sentimental y exquisito amor maternal, renuncia con generosidad a las reparaciones a que tiene derecho después de un periodo de cesiones orgánicas a la formación del nuevo ser.

¿Cómo no ha de inspirar la madre, verdaderamente admirable en su actuación, el respeto de todos, que contemplan cómo ella cede su salud y sus energías comprometiendo su vida por la de su hijo? Todo ello a cambio de la posesión del título de madre, tan admirable y compensador de sus sufrimientos, que la haga obtener el galardón que para su alivio supone el fiel cumplimiento de su misión.

El recuerdo que la tributamos en momentos angustiosos de nuestra vida, es un premio a sus desvelos y refleja la compenetración de nuestra alma con la que nos dió el ser. ¿Qué más podemos exigir de ella? Nada. Recompensarla con nuestro auxilio en cuantas necesidades de la vida la exija solicitar el concurso de las personas de buena voluntad, y rendirla, sin reservas, nuestro mayor respeto y admiración.

Nada hay más triste a nuestra vista que el cuadro que representa la pobre madre rodeada de sus tiernos hijos sin otra esperanza que la mano generosa que le ayude a sobrellevar las grandes dificultades que se ofrecen en su maternidad, ni más recursos, cuando aquella falta, que el sustento ganado a fuerza de su trabajo.

Ella lucha con fe inquebrantable y con abnegación sin límites contra todos los embates de la tempestad que constantemente se cierne en el medio social que la rodea; y en defensa propia y en la de sus hijos trabaja, espera, ahoga en su pecho el dolor del desamparo, nada la atemoriza, y prosigue valiente por tan áspero camino hasta que viene en su auxilio la acción bienhechora emanada del más puro amor al semejante.

Representa la madre en este cuadro, aquella jardinera que con solícito afán cuida de la débil planta, apropiándola todos los elementos necesarios para que en su desarrollo no sufra las inclemencias del clima, con la esperanza de que en su tallo fuerte y vigoroso luzca más tarde hermosa flor de los más vivos colores y del más fragante olor.

Así la madre cariñosa cuida del porvenir de sus hijos; y por sus propios esfuerzos o con ayuda de la caridad, trata de prestarles los difíciles o importantes cuidados que exigen la alimentación y dirección educativa en la primera infancia, evitando los estados atrésicos tan frecuentes en los niños de las clases sociales menos favorecidos por la fortuna, alejando el estigma del raquitismo, de la tuberculosis y de otros estados morbosos de gran transcendencia para la integridad fisiológica del niño, logrando, en fin, el tallo vigoroso y fuerte que más tarde ostente la plenitud de una vida lozana, esperanza de la familia y de la patria.

«La solicitud para la primera infancia es uno de los signos de la civilización», dijo Marbeau, y con él pensamos que acaso el efecto más saludable de estos actos benéficos es demostrar a los pobres que los ricos piensan y atienden a su bienestar.

2.º ¡El médico! Tiene ligado a su elevada misión científica y social un deber ineludible de abnegación, desinterés y seguro concepto científico de lo que debe ser la salud del hombre para prestar, serenamente y poseído de su excelsa misión, una ayuda constante y previsora de auxilio contra los males que amenazan a la humanidad y en beneficio de la prosperidad física y moral de la raza. Debe ser un educador científico de la madre y un protector decidido del niño. De este papel que le impone su deber como profesional, no debe desertar jamás, sin exponerse, en otro caso, al justo desvío del afecto y de la gratitud a que se hará acreedor el ejercicio de su humanitaria acción.

Debe ser un inspirador y orientar a los sociólogos en cuantas cuestiones se plantean para la aplicación de los procedimientos de orden higiénico-social que requiera el estado demográfico de un pueblo. Al que con ciencia y buena fe aconseja, debe atenderse y secundar sin vacilación sus informaciones, que obedecerán en todo a imperativos de su conciencia recta y científica.

Como hombre de ciencia este es su deber, y como ciudadano debe ostentar la más exquisita acción espiritual a base de una caridad espontánea y generosa. Su papel, así practicado, enaltecerá nuestra profesión, de expresión tan compleja y sublime que nos coloca en condición de manifestar en todo momento nuestra exaltación espiritual en bien de sus semejantes.

3.º ¡El sociólogo! Quien ostenta este título ha de poseer condiciones personales emanadas de la más pura inclinación en favor de sus semejan-

tes. Por ellas sentirá una inefable satisfacción del bien realizado atendiendo y respondiendo a imperativos de su conciencia, y al hacerlo responde a un deber cristiano, ordenado por la caridad, que a ser posible debe ser inagotable.

Su acción moral y material ha de estar al servicio y regulado por la otra condición que debe poseer, a saber: la impuesta por el conocimiento de la relación existente entre la ley y la conciencia social estimulada por las necesidades.

Las dos reunidas le impulsarán a su bienhechora obra. Su tiempo, su interés y talento, deben someterse a las necesidades que demanda el desvalido; y al amparo de la ley, acondicionarle para su mejor bienestar como base de todos los males sociales.

De todos estos elementos ha dispuesto acertadamente la ciudad de Córdoba, desarrollando una acción puericultora que merece el mayor aplauso.

Bien orientada por la ciencia y espléndidamente secundada por la acción social de elementos inspirados en la caridad, (virtud sublime que representa el interés generoso y tierno en favor del desvalido), ha creado obras protectoras de la infancia auxiliando a la madre en su santa misión de ejercer la maternidad y prodigando al niño directamente todo el amor y auxilio material y moral que os impone vuestro sentimiento caritativo.

Realizais con estos organismos un esfuerzo más en favor del niño, y a impulso de una bienhechora acción, habeis concertado personas de buena voluntad animados todos de esperanza en la eficacia y dispuestos a vencer escollos que se presenta en toda obra redentora, fiados en el más estricto deber de defenderla respondiendo a los imperativos de la conciencia social.

Esta obra, como os decía anteriormente, no es de uno solo, es de todos, y por igual teneis empeñado vuestro interés en sostenerla.

Quien piense, pues, en que el médico solamente es el factor de esta acción, se equivoca. Es el padre de familia, el sociólogo en general el responsable de su éxito o de su fracaso.

En bien del niño, es preciso que el fracaso no se realice.

Aportar cada uno su esfuerzo, es deber de humanidad.

El buen resultado, pues, ha de depender de la economía en el esfuerzo, de la armónica división del trabajo y de la coordinación de las diversas competencias que aspiran a igual fin.

Elegida la flor de ésta, que no han de faltar en esta ciudad, el acierto es seguro.

Sin duda alguna en Córdoba revive la tradicional costumbre de épocas pasadas de pensar en el remedio de la desgracia social, sea cual ella fuera, ejerciendo así una sincera caridad hija del espíritu bien encauzado en favor



de ella; y con espontánea expresión, por caridad y por auxilio a la ciencia que la aplicaba con provecho, se realizan esos ideales grabados al través del tiempo en las obras de beneficencia que habeis realizado.

Por estas obras prestais auxilio a la madre desamparada por el vicio o por falta de recursos, y atendeis al niño, germen de esperanza, al cual más que a nadie se debe cuidar y educar; porque si estas madres no se atienden actuando juntamente con la higiene y la Beneficencia, el desconcierto será grande, la intranquilidad manifiesta, y una sociedad que no está debidamente satisfecha, es un medio ambiente de constante peligro donde falta el amor porque no hubo caridad.

Sabiamente dirigida y alcanzando la armonía social que se desea, todo puede establecerse.

Auxiliemos á la madre trabajadora en su misión maternal compatible con el trabajo, porque en la facilidad del trabajo está la fuente de riqueza, que bien administrada por la clase trabajadora, ha de ser el medio preventivo más eficaz que conserve en la familia el bienestar que se busca.

¡Qué satisfacción tan íntima y consoladora del espíritu produce la caridad orientada y tan útil para el porvenir demográfico de un pueblo cuando se presta a auxilio a las necesidades del niño desamparado!

Pensar en el niño y protegerle, es acaso el acto más hermoso que el hombre realiza como expresión del más alto patriotismo y de la más alta humanidad

La obra de protección al niño es necesaria. Por eso Córdoba conocedora del problema y a impulsos de nobles sentimientos, rinde su tributo para sostener instituciones encaminadas a este fin.

De este modo y satisfecha de su brillante cooperación, podrá decir a España... ¡En cuanto me corresponde en la obra de la defensa médica y social del niño, he cumplido con mi deber!

JESÚS SARABIA PARDO

