

Anales de Medicina y Cirugía

PUBLICADOS BAJO LA DIRECCIÓN DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

AÑO XXI - II ÉPOCA

DICIEMBRE, 1945

VOL. XVIII - NÚM. 6

O R I G I N A L E S

HIPERTERMIA ESENCIAL EN EL RECIEN NACIDO

Prof. A. MARTINEZ VARGAS

Catedrático de Pediatría. Ex-Rector de la Universidad de Barcelona

EN estos últimos años la Patología del niño recién nacido ha ensanchado su campo con nuevos procesos morbosos, entre otros, el influjo de los agentes meteorológicos sobre la salud del lactáneo, la meiotragia con que algunos nacen por la tocoanalgia y la fiebre del recién nacido. Del primer punto consigné algo en mi Tratado de Pediatría al describir la influencia de las estaciones y del segundo verano de los niños (1): del segundo, tengo la experiencia de cinco recién nacidos en quienes luché con grandes dificultades para que recobraran su energía vital normal, y del tercero voy a tratar con detenimiento en esta comunicación a la Academia.

Llamo HIPERTERMIA ESENCIAL DEL RECIEN NACIDO a la elevación térmica anormal que se presenta en la primera semana de la vida, independiente de toda lesión obstétrica y de toda acción infecciosa. Como es tan sólo una manifestación de la perturbación térmica, evito el vocablo *Fiebre*, que es como la designan la mayoría de los autores.

SINONIMIA. Fiebre transitoria del recién nacido (Meyer, Reuss, Silvia Lo Cicero, Muller), Fiebre aséptica de los recién nacidos (Soto Iribarren), Fiebre de desequilibrio (Lesage), Fiebre del recién nacido (Escontria), mejor dicho, Síndrome (Zárate), Fiebre de sed (Domínguez Luque, Meyer), Trastornos térmicos del recién nacido (Weritz), Fiebres salinas (Filkenstein, Hein y Meyer John), Fiebre de azúcar (Filkenstein). Acumulación de calor, retención, estasis calórica. Ante esta diversidad de nombres hallo preferible el título de Hipertermia esencial, que es el que más se aproxima a la realidad.

Este asunto es de sumo interés, pues como afirma Silvia Lo Cicero (2) ante estos casos el médico se halla "realmente embarazado, pues en ningún tratado de Medicina ni de Pediatría se encuentra mención ninguna de este fenómeno". Yo he visto, sin embargo, algunas indicaciones en el Tratado norteamericano de Holt, en el libro alemán de Reuss, un artículo de Meyer (3), otros de Mac Lan, de Grandall, Huter, Quinquand, Raudnitz Sommer, Variot y los que seguiré consignando. No obstante, falta una descripción y crítica que dé forma estable a este capítulo. Es lo que me propongo realizar con este trabajo asociando a mi experiencia los datos esparcidos en artículos de Revistas.

HISTORIA. En 1866, Jurgensen observó que los individuos sometidos a régimen de sed (régimen de Schroth), presentaban temperaturas de 40° y si se les daba agua en abundancia, bajaba rápidamente la temperatura. En 1886, Eross sostenía que el calostro de la madre contenía sustancias pirogénicas capaces de producir fiebre en el niño. En 1910, Muller tuvo ocasión de comprobar que los recién nacidos

a quienes se les privaba del agua para obligarles a tomar el pecho, presentaban fiebre alta y atribuyó ésta a la privación de agua y a la consiguiente deshidratación. Sostuvieron este mismo criterio Peteri y Cozzolino. Rietscheel comentando estos hechos afirmó que cuando tal temperatura no cedía a la administración de agua era necesario atribuir la causa a un agente infeccioso.

Recientemente (4) en un artículo sobre la Lactancia artificial he comentado la "fiebre de la leche en polvo"; apoyado en los trabajos de Schaeffer, he manifestado que esta fiebre que llega a 40°, no obstante lo cual el niño sigue ganando en peso, es debida al exceso de proteicos, en relación con el agua de dilución.

FRECUENCIA. El doctor R. Weritz (5) en una estadística de 1.471 niños ha encontrado 47 con trastornos térmicos (un 3,2 %): de ellos, 38 presentaron hipertermia, 9 hipotermia.

El doctor R. Soto Iribarren (6) ha examinado en el servicio de Maternidad del Hospital Vargas, de Caracas, 100 niños y entre éstos tan sólo 4 tuvieron hipertermia, lo que da una proporción de 4 %. En realidad el síndrome es poco frecuente y fuera de las Maternidades es contado el práctico que pueda reunir muchos casos. En mi práctica tan sólo he encontrado cuatro casos de Hipertermia esencial. En lo sucesivo vigilando la temperatura de los recién nacidos, es posible que aumente el número de observaciones. Recomiendo por tanto, que a todo recién nacido se le tome regularmente la temperatura, tanto por interés científico como por el humanitario de remediar pronto este trastorno del niño.

NOSOLOGIA. Es indispensable ante todo, separar la Hipertermia esencial, la perturbación térmica, de todos los demás procesos, infecciosos o no, con que se han venido confundiendo, las fiebres del recién nacido. Y para limitar la época de su desarrollo, mantengo la definición que del recién nacido he dado en mi Tratado de Pediatría (7), esto es, el niño "comprendido en el primer mes de la vida extrauterina, dotado de ciertas condiciones del estado fetal y de algunos estados inherentes al nacimiento".

Son varios los factores etiológicos febriles capaces de actuar sobre estos niños: figuran en primer término los

a) *Obstétricos.* El sufrimiento del feto dentro del claustro materno, durante el parto y después de él, en las maniobras de resurrección en la muerte aparente, se acompaña de diversas lesiones internas, casi siempre craneanas, con hemorragia meníngea comprobada o no por punción lumbar, otras veces torácicas, todas las cuales son capaces de producir fiebre. Weritz ha comprobado el sufrimiento fetal en el útero en el 36 % de los casos y el 70 % en el traumatismo obstétrico y en la muerte aparente. Tales lesiones son asépticas. Así lo sostiene la escuela de Baude-locque. Frente a ésta la Escuela de Tarnier con Balard, Buc, Brindeau y Metzger, otorgan tanta influencia a la deshidratación como al traumatismo obstétrico.

b) *Lesiones pulmonares.* Ya sean consecutivas a las maniobras obstétricas o a las de respiración artificial o a alguna infección, la pneumonía principalmente apical, el desgarro del tejido pulmonar, la bronquitis, no tan raras como se supone en esta edad, producen elevación febril, junto con la disnea o la taquipnea.

e) *Infección sifilítica.* Su influjo es indudable. Mendilaharsu y Burgos (8) han descrito dos casos de fiebre esencial sifilítica en niños de 12 y 45 días. El doctor Escontria (9) insiste en esta clase de fiebre que suele acompañarse además de llanto, y de ictericia intensa desde el segundo día; muchos niños nacen ya icterícos.

d) *Infecciones.* Por la vía umbilical, aparte de los demás microbios, el principal es el de Nicolaier que produce el tétanos y el estreptococo, la erisipela. El estafilococo, el estreptococo, el bacilo coli y otros pueden penetrar por distintas vías, incluso la cutánea, dada la descamación natural de la piel.

Otros autores hacen intervenir los microbios de la flora intestinal.

Una vez descartados todos estos procesos por los medios clínicos y los de laboratorio, sentaremos el diagnóstico de "Hiperpirexia esencial".

PATOGRAFIA. En medio de la pasividad, de la quietud que caracteriza al niño recién nacido, la señal de alarma suele darla la madre cuando al poner el niño al pecho siente en el pezón el calor intenso de la boca. Otras veces la hipertermia se aprecia como un hallazgo termométrico. La temperatura se eleva bruscamente, sin pródromos entre el segundo y el cuarto día, rara vez después del sexto. El calor sube a 38, 39 y 40 grados y con ligeras oscilaciones dura 4 a 6 días y termina por crisis o por lisis, llegando hasta la hipotermia. La temperatura máxima suele coincidir con la mayor pérdida de peso. A los dos días que median entre el nacimiento y la iniciación de la temperatura anormal, Weitz le llama "intervalo libre". El estado general se altera poco. Hay somnolencia, que es lo normal, resistencia a tomar el pecho o el biberón. Las materias fecales y el meconio no ofrecen anomalía alguna. Escontría ha observado en dos niños vómitos y olor acetónico. Algunos niños, sobre todo si están arropados o la temperatura ambiente de la habitación es superior a 22 grados, se muestran inquietos, llorosos, sofocados, con su boquita abierta, la lengua proclivente, seca y roja, las mejillas sonrosadas y la fontanela tensa. Metzger ha visto algún niño con contractura de las extremidades y movimientos convulsivos de los globos oculares y convulsión clónica. Simon además de comprobar la disminución de orina ha hallado en ésta una mayor cantidad de polipéptidos.

Al cabo de 4 ó 6 días todo termina satisfactoriamente, sin dejar secuela alguna. Los niños asistidos por mí no ofrecieron ningún síntoma alarmante; tan sólo la elevación térmica.

PATOGENIA. Después del deslinde que he hecho entre los diversos procesos febriles parecía simplificada la comprensión del origen de la Hipertermia. No obstante, efecto de las diversas interpretaciones subsiste aún la confusión.

Así, unos juzgan esta hipertermia como idéntica a las fiebres sin localización de las púerperas (febrícula de Heckel); Reuss la atribuye a la concentración de líquidos que retarda la eliminación de sustancias pirogénicas; Holt, la define como fiebre de inanición por la gran pérdida de líquido acuoso; Faer, como dependiente de la deshidratación unida a la desintegración de las albúminas en el muñón umbilical, y Meyer, como un estado sediento; Muller la califica de fiebre de sed con retención de sustancias hidropígenas que alteran la regulación del calor disminuyendo la evaporación por los pulmones (*perspiratio insensibilis*); según Hein y John la sed tisular o histórica, se debe al exceso de cloruro de sodio que retiene el agua necesaria para la transmisión y produce estasis calórica; Filkenstein y Reuss la suponen una fiebre de alimentación, porque al ponerse en contacto con el intestino el primer alimento produce alteraciones locales, impresión que confirma la clínica por el diferente efecto de la lactancia materna y de la artificial. Zárate la atribuye a la falta de agua lo mismo que Domínguez Luque al llamarla fiebre de sed; Zocchi lo achaca al infarto mamario y Sherman, Purker y Lohnes a la falta de hidratos de carbono en la alimentación, seguida de proteólisis intestinal y de toxemia. Por último Passini la hace depender de la flora intestinal del meconio: admite en él la presencia de un bacilo anaerobio, el del flemón gaseoso, que en medio alcalino adopta la forma esporulante y en medio ácido la pierde, se torna aespórogeno y produce gas por descomposición de las sustancias azucaradas; al llegar a la parte terminal del intestino los residuos irritativos de la mucosa intestinal, se originan disturbios dispépticos y oscilaciones térmicas.

Para interpretar la esencia de esta hipertermia hemos de tener en cuenta la termogénesis, la acción dinámica específica de los prótidos y la deshidratación. La temperatura de nuestro organismo está influida por el medio interior y el exterior; las temperaturas locales dependen de la viscera que se encuentra en la región respectiva, el cerebro, el hígado, etc. El estado homotérmico representa el equilibrio entre el calor producido y el radiado mediante la regulación del sistema nervioso. El lactáneo y más el recién nacido, son propensos al desequilibrio; son por esto termolábiles. Esta termolabilidad es más acentuada en el hipotrófico, porque la poca grasa subcutánea, la delgadez de la piel que protege poco las arterias, facilita la radiación

térmica y porque la superficie radiante, está en razón inversa de la masa. Esto explica que los niños débiles cuando reciben exceso de alimento, experimentan una elevación anormal de la temperatura, ya que ellos necesitan una ración equivalente a la cuarta o quinta parte de su peso.

En la termolisis, el niño pierde las 3/4 partes del calor por conducción y radiación cutánea y una cuarta parte por perspiración cutánea y pulmonar, sin diaforesis. Si hay un exceso de calor, la diaforesis vendrá en auxilio de la termolisis; si falta aquélla, surge la polipnea térmica que aumenta la perspiración pulmonar y la eliminación de agua sube del 40 al 60 %. Cada gramo de agua que pierde el cuerpo por la piel o por el pulmón representa 0,50 calorías. Pero no debe olvidarse que el agua en el organismo del niño es agua de constitución, está incorporada a los tejidos, no como en el adulto que tiene agua independiente, de reserva, almacenada en los músculos, en los huesos, en el tejido celular, etc. Mientras la masa muscular del niño representa el 25 % del peso corporal, la del adulto equivale al 40 %. En cuanto el niño ha de apelar al agua de constitución, se rompe el equilibrio físico-químico y comienza la hipertermia. Lo mismo ocurre si el niño está demasiado arropado o si la temperatura ambiente de su habitación es muy elevada, porque se interrumpe la radiación. La temperatura que permite el mínimo de radiación calorífica en un adulto desnudo es un baño a 35°; si está vestido, de 16 ó 15. Para un lactáneo sano esta temperatura es de 19 a 21 grados y para otro débil, de 26 a 29. Para el colocado en incubadora, de 25.

Se ha podido observar que el gorrito que cubre la cabeza del recién nacido retiene 50 calorías, lo que equivale a 65 gramos de leche en 24 horas; las piernas descubiertas, hacen perder 160 calorías equivalentes a 220 gramos de leche y la sustitución de una cubierta de lana por otra de algodón, produce la pérdida de 40 calorías equivalente a 50 gramos de leche de vaca. Con la elevación del calor de una habitación se puede disminuir la cantidad de alimento de un niño, cuando su estómago no lo tolera en cantidad normal. La calefacción exterior es capaz de modificar la térmica normal de un lactáneo, haciendo que la temperatura cutánea, tomada en la axila o en la ingle sea superior a la temperatura del recto. Observé este fenómeno hace años, en un niño que nació con esclerema y a quien pusimos en una incubadora; la temperatura de la ingle excedía a la del recto en un grado y medio. Di a esta inversión el nombre de *temperatura paradójica*. Recientemente D'Arsonval y Rechou Melland, en sus trabajos con los rayos infrarrojos y con la corriente de alta frecuencia, han observado este fenómeno, la "fiebre artificial".

Los focos principales de termogénesis son los músculos y el hígado. La debilidad funcional de estos órganos en el lactáneo débil, explica la tendencia a la hipotermia. Comparando la acción dinámica de los prótidos, glúcidos y lípidos, resulta que estas sustancias que dan en el calorímetro 100 calorías, al quemarse en el organismo, los prótidos producen 130 calorías, los lípidos 113 y los glúcidos 106. Cuando se da abundante cantidad de agua, las proteínas son mejor utilizadas, pero si por el contrario se escatima aquélla, hay concentración y entonces se produce la fiebre albuminosa (Baumecker y Schonthal). En la combustión de las tres sustancias, los prótidos liberan menos agua que los glúcidos y los lípidos. Mientras 100 gramos de grasa liberan 107 gramos de agua y los 100 de glúcidos 55,5, 100 gramos de prótidos sólo liberan 41,3 gramos de agua. El extracalor que resulta de la combustión de los prótidos, es tanto mayor cuanto más elevada la cantidad de éstos ingerida ante las necesidades de fijación plasmática y de equilibrio azoado. Por esto el lactáneo que recibe exceso de prótidos, requiere mayor cantidad de agua y si no la recibe se produce aumento de calor. Sabido es que la cantidad de agua que forma parte del organismo es mayor en el lactáneo, en el niño, que en el adulto: en éste representa el 45 ó 50 % (11); en el lactáneo la necesidad de agua es de 50 gramos por kilogramo de peso, en el adulto de 35 a 40 (Faerber).

Los glúcidos y lípidos se queman sin dejar residuo alguno para la secreción urinaria; en cambio, los prótidos dejan la urea, la cual se incorpora a la orina para salir al exterior con ella. Para esto se necesita indispensablemente, según Ambard,

cierta cantidad de agua, a saber, un litro de agua para 50 gramos de urea (concentración máxima). El lactáneo no elimina la urea a más de 20 % y el agua indispensable es de 50 gramos de agua por cada gramo de urea. La cantidad de agua movilizada para la combustión de 1 gramo de proteína ingerida por un lactáneo y la eliminación de la urea a la concentración de 20 % es de 16,9 gramos; si el agua es insuficiente, se resiente la perspiración para que pueda efectuarse la eliminación ureica y sobreviene la hipertermia; si por el contrario domina la perspiración, aparece la deshidratación y por ende la retención ureica.

En la regulación del agua y en el equilibrio térmico interviene además la sal. Cuando hay sal en exceso el ion sodio inmoviliza gran cantidad de agua. Si se rompe el equilibrio hidrosalino, el organismo reclama agua a los tejidos y la perspiración disminuye, lo que trae en pos de sí, elevación térmica. Cuando al exceso de sal se suma el de prótidos, la situación se agrava.

También el exceso de azúcar puede originar hipertermia. La clínica nos ha enseñado que las inyecciones de suero isotónico glucosado y lactosado, pueden ocasionar fiebre; ésta es mayor si el suero es hipertónico. Esta fiebre de azúcar es más intensa cuando coincide con trastornos digestivos en presencia de las albúminas de la leche (Hirehs y Moro).

Con el empleo de la leche en polvo, la leche condensada y aún la babeurre, se han observado fenómenos de elevación térmica, sobre todo si no hay equilibrio entre las proteínas y la cantidad de agua. Esta fiebre alimenticia tiene la particularidad de que aparece y desaparece a voluntad si se suprime el elemento febrígeno o el

Con el empleo de la leche en polvo, la leche condensada y aún la babeurra, se desequilibrio de la ración. Comentando los trabajos de Debré y Semelaigne y de Schaefer en un artículo sobre la "Fiebre de la leche en polvo" (12) he expuesto las particularidades de esta perturbación térmica generadora de la fiebre. La escasez de agua y el exceso de sal y albúmina, substancias hidrófilas, constituyen el origen de esta clase de fiebres. De todos modos si el riñón tiene gran fuerza de concentración ureica, permitirá el ahorro de cierta cantidad de agua y no aparecerá la fiebre, salvo en el caso de que la urea acumulada en la sangre, aumente la producción diurética.

En resumen, en los casos individuales los factores termolabilidad, hidrolabilidad y disosmosis, estarán sujetos a la influencia del factor individual.

Expuestas las consideraciones que anteceden, puede llegarse a la conclusión de que la Hipertermia esencial del recién nacido obedece a un complejo compuesto por la termolabilidad, la hidrolabilidad y la deficiente liberación acuosa de las proteínas del calostro de la madre o de la leche de vaca, el cual perturba la regulación térmica de suyo inestable como toda función que se halla en los comienzos de su establecimiento.

DIAGNOSTICO. Para sorprender todos los casos de Hipertermia que puedan ocurrir vengo aconsejando hace tiempo que a todo niño recién nacido se le aplique mañana y tarde el termómetro por normal que parezca su estado. Es probable que con esta precaución crecerá la estadística de los casos de Hipertermia.

Una vez comprobada ésta, se examinarán los antecedentes del embarazo y las particularidades del parto por si hubiere ocurrido algún traumatismo obstétrico. Se practicará el reconocimiento de las vísceras, sobre todo, las torácicas, el muñón umbilical, las márgenes del ano, los pañales manchados por la orina, en busca del infarto úrico (yo he tenido un caso de esta clase); por fin nos enteraremos del alimento dado al recién nacido. Si de este examen minucioso auxiliado de los medios técnicos no se comprueba ningún proceso morboso conocido, se llegará por exclusión al diagnóstico de *Hipertermia esencial*.

PRONOSTICO. Es benigno. No se sabe de ningún niño que haya sucumbido a este accidente. La fiebre desaparece en cuatro, seis u ocho días, sin dejar secuelas desagradables.

TRATAMIENTO. Se empezará por corregir si existen, todos los errores de abrigo, de calefacción y alimentación cometidos con el recién nacido. Se le dará desde el primer momento agua potable, de poca mineralización, con pequeña cantidad de azúcar. En cuanto la temperatura llegue a 39 grados se le dará un baño general a 37 grados por espacio de 5 a 8 minutos. Se le dará una solución azucarada con jugo de mandarina o naranja. En el niño que tuvo infarto úrico prescribí la infusión de estigmas de maíz con lactosa en solución al 10 %.

Escontria ha dado cuatro centigramos de calomelanos, un centigramo cada hora, procurando la evacuación del intestino y la emisión de la orina. Si la deshidratación fuera intensa, se apelará a las inyecciones de suero salino isotónico, practicadas bajo la piel. La inyección intravenosa se intentará por el seno longitudinal superior, a través de la fontanela posterior. Doy a continuación las fórmulas siguientes:

Cloruro de sodio	2	gramos
» calcio	0,20	
» potasio	0,20	
Bicarbonato sódico	0,20	
Glucosa	1	gramo
Agua destilada	1000	gramos

Suero Sydney - Ringer - Locke :

Cloruro de sodio	7,5	gramos
» potasio	0,10	
» calcio	0,20	
Agua destilada	1000	gramos

Aun cuando no es de suponer que sea preciso apelar a la vía intraperitoneal, quiero dar de ella una ligera idea. En 1920 Weinberg utilizó por vez primera la inyección de suero en la cavidad peritoneal. Yo la he utilizado en graves casos de deshidratación en niños mayorcitos y considero esta vía preferible a todas cuando sea necesario inyectar grandes cantidades de suero de 200, 400 y 1.000 gramos. El peritoneo es una serosa semipermeable y la absorción del líquido se hace por los vasos sanguíneos antes que por los linfáticos. A pesar de la crítica pesimista hecha por Backes si se usa una técnica correcta, no hay peligro en utilizar esta vía. Yo he prescindido de la sección previa de la cubierta cutánea y he procedido como en las demás inyecciones hundiendo la aguja directamente sobre la piel. La aguja debe ser de bisel corto y una vez que se siente la perforación del peritoneo se inclinará aquella hacia abajo, buscando la tangente para evitar la punción de los intestinos. La desinfección de la piel se hará como ordinariamente con iodo y alcohol o con mercromina. Hay un punto a discutir: el sitio de elección, supra e infraumbilical, en la línea media o en la parte lateral izquierda. Silva de Méjico, aconseja la línea media supraumbilical en el tercio inferior de la línea que se halla entre el apéndice xifoides y el ombligo. Soto recomienda siempre la zona infraumbilical ya sobre la línea media, sobre la línea alba, ya en el tercio externo de una línea que va desde el ombligo a la espina iliaca anterior superior, el punto de elección de la paracentesis. Yo prefiero este último punto. La inyección puede hacerse directamente con una jeringa y si la cantidad es muy considerable con depósito de cristal y un tubo de goma, el método gravimétrico.

Cuando la deshidratación sea muy considerable éste es el procedimiento preferible.

Expongo a continuación dos fórmulas de soluciones que pueden ser altamente útiles en casos gravísimos uno de ellos el cólera infantil. Rogers aconseja la siguiente solución:

Cloruro sódico	8	gramos
» potásico	0,40	
» cálcico	0,25	
Bicarbonato sódico	10	gramos
Agua	570	c. cúbicos

Otra fórmula aconsejada por Hartmann:

Lactato sódico	2,8 gramos
Cloruro sódico	5,86
» potásico	0,37
» calcio	0,28
Agua	1000 c. cúbicos

Este suero tiene la ventaja de que por intensa que sea la deshidratación sienta siempre bien haya alcalosis o acidosis. Su única contraindicación es la alcalosis con insuficiencia renal. Puede emplearse por todas las vías.

Para disminuir la deshidratación y la pérdida de peso que el niño experimenta en los primeros días de su vida, el profesor Kugelmas aconseja que en vez de los jarabes, el de achicorias u otros por ejemplo, se dé al recién nacido desde las primeras horas, por la boca una solución de 6 % de

Gelatina	6 gramos
Dextrosa	3 »
Cloruro de sodio	5 »
Agua	100

para tomar de dos en dos horas. La gelatina contribuye a la hidratación de los tejidos y como dinámica aumenta el calor y favorece la coagulación; la dextrosa corrige la hipoglicemia y pone la glucemia en el grado normal y el cloruro de sodio favorece la hidratación. De este modo el peso inicial del niño no pierde los 200 gramos que es aproximadamente lo normal en todos los recién nacidos.

RESUMEN

El autor, apoyado en observaciones personales, desecha el vocablo *Fiebre* y de las doce frases con que se designa esta alteración térmica, propone como preferible la de *Hipertermia esencial*, como más adecuada. Estudia la sinonimia, la historia y la frecuencia de este proceso. En cuanto a la nosología, define el niño recién nacido (el que se halla en el primer mes de la vida extrauterina con ciertas condiciones de estado fetal y estados inherentes al nacimiento) y enumera los factores etiológicos febriles, capaces de actuar sobre estos niños; excluidos éstos, queda la hipertermia esencial como alteración térmica independiente, pasajera, sin constituir una verdadera enfermedad.

Después de discutir la nosología, la patografía y la patogenia llega a la conclusión de que éste es un complejo supeditado a la termolabilidad, hidrolabilidad y disósomosis propias del recién nacido y a la deficiente liberación acuosa de las proteínas del calostro o de la leche de la vaca. De ello sigue la alteración de la regulación térmica. A pesar de ésta, la nutrición se realiza normalmente y el niño sigue con el incremento de peso normal.

Respecto del tratamiento aconseja la administración suficiente de agua, moderar el calor del ambiente y las ropas que, dificultando la radiación cutánea producen retención calórica y, si acaso, algún baño general a 37°.

Para los casos complicados, sobre todo, si hay deshidratación, propone las inyecciones hipodérmicas y las intraperitoneales de sueros isotónicos, de los que consigna varias fórmulas.

SUMMARY

Basing himself on his own observations, he put outside the term "Fever", and of the 12 sentences as is named this termical alteration, propose the term "Essential Hyperthermia" as more adequated. He studies "sinonimia", history and frequency of this process. Regarding to the nosology, defines the newly born child (which is in

the first month of the extrauterine life, with some conditions of fetal state and inherent states to the birth), and enumerate the fever's etiological factors, capables to influence on these children; excluding these, remain the "essential hyperthermia" as an indifferent termical alteration, unstable, and wich is not a real illness.

After discussing the nosology and pathogeny, he arrives to the conclusion, that this complex dependant on thermolability—hidrolability— and disosmosis commons at newborn children, and the deficient aqueous out put of proteus from the calostre or the cow's milk. Following an alteration of thermal regulation. In spite of this, nutrition remains normal, and the baby increases weight.

He advises a treatment with sufficient administration of water, moderation of the room's temperature, and suppression of innecessary linen, both retaining heat; and perhaps a general bath at 37° C.

When complicated cases, over all if deshidratation occurs, he propose hypodermal and intraperitoneal injections of isotonical serums, of which he gives some formulae.

N O T A S

- (1) Martínez Vargas: «Tratado de Pediatría», pág. 43.
- (2) «La Pediatría», noviembre de 1915.
- (3) Prof. Dr. F. Meyer, en «Errores diagnósticos y terapéuticos y manera de evitarlos». Bajo la dirección del Prof. Dr. J. Schwalbe. Manuel Marín, edit. Barcelona, 1926.
- (4) «La Medicina de los Niños», enero 1935, pág. 20.
- (5) «Rev. Française de Pédiatrie», diciembre 1928.
- (6) «La fiebre aséptica de los recién nacidos». Academia de Caracas. La Medicina de los niños, 1934, pág. 178.
- (7) Martínez Vargas, loc. cit., pág. 152.
- (8) «Fiebre sífilítica en el lactante». La Semana Médica, noviembre 1933. pág. 1538.
- (9) «La fiebre en el recién nacido». Academia Nacional de Medicina de México.
- (10) I. J. Saidmannet R. Cahen. «Les ondes courtes en therapeutique». Ann. de l'Institut d'Actinologie I, Tomo V, 1931.
- (11) Martínez Vargas: «Tratado de Pediatría», pag. 61.
- (12) «La Medicina de los niños». Enero de 1935, pág. 20.