

depilada una buena parte de la cabeza, la que se parece a la tonsurada de un franciscano. Con motivo de las recientes manifestaciones antiamericanas, celebradas en esta capital, el togado en cuestión tomó parte en una de ellas, verificada en las primeras horas de una de estas mañanas resplandecientes de luz. El trayecto que recorrieron los manifestantes fué largo, permaneciendo expuestos a la acción del sol. El sujeto de esta historia se veía con frecuencia obligado, como sus otros compañeros de manifestación, a llevar largos ratos la cabeza descubierta, mientras se tocaba, en ocasiones diferentes y muy numerosas, nuestro Himno Nacional. Pero esta demostración de respeto patriótico, impune para los que tenían su cabeza bien provista de cabello, no lo fué así para el citado abogado, el que durante la noche de aquel mismo día, como ocho o diez horas después de la exposición al sol, comenzó a sentir en la región afectada los primeros síntomas del eritema: comezón, ardor, sensación de restiramiento en la piel. A la mañana siguiente, en que lo vi, la enfermedad estaba declarada y constituida objetivamente por la rubicundez de la región depilada, sin atacar en lo absoluto las partes de la cabeza provistas aún de pelo.

En dos o tres puntos de la zona enferma se presentaron pequeñas ampollas llenas de líquido turbio. Por lo demás, el mal fué completamente benigno y cedió al sencillo tratamiento local de una quemadura de segundo grado y de poca extensión: aplicaciones de linimento óleo-calceáreo reciente y de polvos inertes. El interés del caso radica sólo en la localización extraña del eritema solar, en una región del cuerpo habitualmente tan protegida, tanto natural como artificialmente, y, por lo mismo, al abrigo de los rayos ultravioletas, causantes de esta dermatosis especial. En el individuo interesado, la circunstancia de su calvicie hipocrática y la necesidad de llevar la cabeza sin sombrero, pusieron a esta región en las mismas condiciones que las otras partes descubiertas del cuerpo en las que es habitual ver el eritema solar.

México, abril 29 de 1914.

Jesús González Urueña.

Algunas notas sobre los niños prematuros.

Aun cuando el asunto no es nuevo, me ha parecido conveniente traer ante esta honorable Corporación una observación clínica referente a una niña nacida prematuramente, de seis meses veinticuatro días de edad, aproximadamente. Este caso nada de extraordinario tiene, ni nada original en su tratamiento; pero dada la circunstancia que estos hechos se presentan con relativa frecuencia, es útil recordarlos porque de la oportunidad y corrección del tratamiento depende el éxito.

La niña Ana Margarita P. nació el 17 de julio del año próximo pasado, a las 5 y 35 a. m., con un peso inicial de 1,700 grms. y con una temperatura de 35°5. No lloraba, su respiración era muy superficial, el aspecto de sus tegumentos denunciaba el desarrollo incompleto de sus órganos; piel pálida y ve-

llosa, sin lustre, dibujándose en toda la superficie una red venosa muy acentuada, la cara sin expresión y con el aspecto de vieja. Padres: es un matrimonio en que después de ocho años logran tener su primer hijo, debido, probablemente, a una endometritis que la madre ha padecido y que poco después de haber sido operada en un Sanatorio de San Francisco California, se puso en cinta. El embarazo pasó sin grandes molestias, exceptuando una constipación que padeció durante él. Sin causa determinante vino el parto prematuro. El padre es sano y no vicioso.

La niña Margarita, nacida en estas condiciones deplorables, sólo tenía a su favor los buenos antecedentes de los padres, desde el punto de vista de la herencia, y hacía suponer que sus órganos estaban sanos, aunque incompletos en su desarrollo.

Debido a la ilustración de la familia y al cuidado asiduo y minucioso que con la niña han tenido, puedo presentar a ustedes las curvas de temperatura, peso y los principales accidentes que ha tenido en su desarrollo.

El día del nacimiento se le dieron dos baños calientes, con lo que se logró que la niña llorara; orinó dos veces y la temperatura descendió a 34 grados. Al día siguiente fué colocada en una incubadora construída de madera, conforme al modelo de Tarnier, calentada por medio de un termóforo eléctrico del tipo de los reflectores; se puso un termómetro centígrado y una esponja humedecida en agua caliente. La temperatura se mantuvo a 38 grados y la niña alcanzó a tener 35.8 grados. Se le dieron con cuchara, previamente hervida, 50 gramos de leche materna. Del tercero al séptimo día la temperatura se sostiene alrededor de 36.5 grados, el peso sigue bajando a 1,250 gramos y la temperatura desciende a 34 grados. Entonces se eleva la de la incubadora a 35 grados, porque Margarita presenta signos de cianosis, no llora, la respiración es tan superficial y tan lenta que casi no es aparente y apenas si se ha logrado hacerle deglutir unos 60 gramos de leche en 24 horas. La temperatura de la niña sube a 38 grados y continúa la asfixia durante todo el día, siendo necesario hacerle inhalaciones de oxígeno. Se vuelve a poner la temperatura de la incubadora a 30 grados; la niña, aun cuando con menos asfixia, sigue sin movimientos, siendo imposible la succión, recurriendo entonces a la alimentación forzada con una sonda de Nelaton provista de un embudo, dándole 30 gramos de leche cada dos horas y aprovechando, cuando era posible, suministrarle el alimento con botella o dándole de mamar una señora múltipara, pariente de la familia, y aplicándole baños calientes a 40 grados cuando el tinte cianótico era inminente.

En este estado angustioso llega la niña hasta el 12.º día, donde el peso alcanza a su mínimo 1,200 gramos, con temperatura de 35.2 grados, y en la familia llega al máximo la desesperación. Del 4.º al 12.º día la ración alimenticia fué de 60 gramos, en las 24 horas. Se sostiene los días siguientes la temperatura de la incubadora a 30 grados, se continúa con los baños a 40 grados y, sobre todo, se aumenta la cantidad de leche a 190 gramos en 24 horas, administrándole además algunas gotas de coñac. Al 14.º día se le dan 170 gramos de leche y desde este momento, como por encanto, desaparece la asfixia, se principian a hacer algunas succiones, la temperatura oscila alrededor de 36 grados y se va notando un aumento lento pero continuo del peso, de tal manera, que a los 23 días, 8 de agosto, había ganado 300 gramos. Además de los signos de cianosis que tuvo la niña en estos días, la debilidad y el estreñimiento fueron muy

marcados, siendo necesario, para combatir este síntoma, algunas lavativas y aceite de ricino.

Desde el 9 de agosto la temperatura principia a sostenerse alrededor de 37 grados, con pequeñas bajas a 36 grados y un descenso que tuvo el día 26 a 35.5 grados; sin embargo, el peso continúa subiendo, llegando en esta fecha a 1,650 gramos. Del 27 de agosto al 4 de septiembre la niña continúa bien, su respiración es mejor, grita con más intensidad y hace algunos movimientos, toma cerca de 300 gramos de leche en 24 horas, mamando de su mamá. Sus evacuaciones son amarillas. El día 5 baja por primera vez al jardín de la casa, al medio día, durante una hora y colocada en su canastilla, rodeada con botellas de agua caliente. Desde el 5 al 26 del mismo mes continúan las salidas, la temperatura se sostiene en 37 grados y el peso llega a 2,200 gramos; entonces se principia a bajar la temperatura de la incubadora, dejando la vidriera abierta por la noche, en unas ocasiones, o dejando a la niña en el aparato, pero sin calentar. Esto hizo descender la temperatura a 35.5 grados y que Margarita no pudiera mamar en los días 28, 29 y 30 de septiembre; a pesar de esto sale al jardín y la temperatura se regulariza otra vez en 37, el peso sigue subiendo y se le saca definitivamente de la incubadora el 12 de octubre, a los 2 meses 26 días del nacimiento y con un peso de 2,600 gramos, o sea un aumento de 900 gramos. Desde entonces la temperatura es normal, el peso continúa ascendente, alcanzando el 30 de enero 4,650 gramos. Durante los meses de octubre y noviembre, pocos accidentes ha tenido Margarita: ligera constipación, algunos vómitos, quizá por exceso de alimento; en algunas ocasiones no ha podido mamar, y como enfermedad ha tenido algodoncillo, que le duró cerca de mes y medio y que, por fortuna, no fué de intensidad, habiéndose curado con toques alcalinos de bicarbonato de sodio, de bórax, etc. Debo hacer notar que cuando la niña tenía ya su temperatura normal y que se le daba su baño de aseo a 39 y 40 grados, protestaba llorando y desde este hecho se le da a 37 grados.

Como ven ustedes por la relación de esta observación, hay algunos hechos que son dignos de estudiarse y de hacer algunas reflexiones.

No es mi intención hacer un estudio clínico completo del niño prematuro y sólo voy a detenerme en los puntos que juzgo de mayor importancia.

Desde luego, es muy conveniente en la práctica distinguir con precisión lo que debe entenderse por niño prematuro y debilidad congénita. Existe tal confusión en estos términos, que no sólo algunos autores los confunden, sino que en los mismos cuadros estadísticos los términos son sinónimos, dando lugar a confusiones.

La palabra prematuro significa nacimiento antes de tiempo, es cuantitativa, mientras que la expresión debilidad congénita es cualitativa e indica que el niño está deficiente en grado de vitalidad y salud, comparado con el niño nacido normalmente. La expresión debilidad congénita es un término genérico, mientras que la palabra prematuro es un término de menor extensión; es decir, que los niños nacidos antes de tiempo, frecuentemente son débiles, mientras que no todos los que nacen con debilidad congénita son prematuros. De otro modo: los niños prematuros tocan las fronteras de la salud, mientras que los niños con debilidad congénita tocan las fronteras de la enfermedad. (Billard). La debilidad congénita, estando caracterizada por una deficiencia cuantitativa y

cualitativa de la energía vital, hay también menor resistencia para las infecciones.

La distinción entre estos términos no es solamente especulativa, sino que tiene su interés desde el punto de vista del diagnóstico y especialmente del pronóstico.

En efecto, en los niños que nacen con debilidad congénita y donde los padres padecen algunas de las enfermedades que son susceptibles de impedir o modificar el desarrollo del embrión, como la sífilis, el alcoholismo, la tuberculosis, el saturnismo, etc., el pronóstico es muy serio. François ha obtenido para los niños prematuros hijos de padres sanos, una mortalidad de 12.5%, mientras que ha sido de 37% para los hijos de padres enfermos.

Cuando el nacimiento prematuro es debido a una enfermedad accidental de la madre, un traumatismo, una neumonía, etc., y sólo hay una deficiencia en el desarrollo de los órganos del niño, entonces el pronóstico queda sujeto a otros factores: edad del prematuro, grado de desarrollo del niño, dificultades del trabajo, peso y temperatura iniciales, cuidados que se tengan con él y la estación en que el parto se verifica.

La mortalidad es, según Balestre y Gilleta, de 17%. En Nueva York, según A. Brother, es de 60%. Según Budin, es de 17%. En México, para el año de 1895, fué de 11.60%. En Moscú hubo en el Asilo de Huérfanos, para 100 nacimientos, el 5% de niños prematuros. Las estadísticas inglesas señalan el 13%. Para Santiago de Chile, Murillo da de 5 a 10% y hay clínicas donde la mortalidad varía de 30 a 50%. Como se ve, la mortalidad varía según los países, los lugares y la época en que se forman las estadísticas.

Según Groth, de Múnich, la mortalidad es mayor en los meses de invierno.

Fuera de los antecedentes hereditarios de los prematuros, los datos más importantes para el pronóstico son el peso y la temperatura.

Maygrier divide a los prematuros, tomando en consideración el peso, en tres grupos:

A.—Niños nacidos en el curso del séptimo mes, pesando de 1,700 a 1,000 gramos, mortalidad 60 a 95%.

B.—Niños nacidos en el curso del octavo mes, con peso de 1,700 a 2,150, mortalidad 10 a 31%.

C.—Niños nacidos en la primera mitad del noveno mes, de 2,150 a 2,500 gramos, mortalidad de 6.5 a 10%.

Budin divide a los prematuros, desde el punto de vista de la temperatura, en los siguientes grupos:

Peso del niño	Temperatura	
	De 32 grados y abajo	de 32 a 33
1,500 grms. y abajo. Mortalidad....	98. %	97.3 %
1,500 a 2,000 grms.	97.5 ,,	85.6 ,,
Mas de 2,000 grms.	75. ,,	69. ,,

Además de estos factores hay que tomar en consideración, para el pronóstico, las dificultades en la alimentación y los peligros en la infección. Si la alimentación artificial es peligrosa en los niños a término, en los niños prematuros aumentan los peligros y hacen más serio el pronóstico. Igual cosa podemos decir respecto a las infecciones, que son mucho más graves en los prematuros.

En vista de las consideraciones que hemos hecho referentes al pronóstico,

se comprende la importancia que tiene el hacer el diagnóstico de los niños débiles y precisar hasta donde posible sea, el grado de madurez y desarrollo del niño y distinguir si es un prematuro o está afectado de debilidad congénita.

El conocimiento del grado de madurez y desarrollo del niño, relativamente son datos fáciles de adquirir; las dimensiones y la temperatura iniciales, por una parte, y el aspecto general por otra, nos orientan en este sentido. En efecto, conociendo las dimensiones y temperatura normales de los niños llegados a término, sabremos los que son prematuros.

Por los datos recogidos por mí en la Casa de Niños Expósitos, resulta que los niños llegados a término tienen las siguientes dimensiones (recogidos en los primeros días que siguen al nacimiento):

	Long. total.	Circ. max. cab.	Id. tórax.	Arc. bis acromial.	Peso
Hombres.	48.83	33.98	31.32	12 cms.	2,719 gms.
Mujeres.	47.81	32.72	30.22	11.58 „	2,674 „
Promedio.	48.32	33.35	30.77	11.79 „	2,696 „

La temperatura rectal en los niños normales, inmediatamente después del nacimiento, es superior a 37 grados, para sostenerse en los días siguientes entre 36.5 y 37. En los débiles la temperatura es inferior a la normal, variando generalmente entre 32 y 34 grados. Según Budin, las temperaturas más bajas compatibles con la vida han sido de 30 y 31; algunos autores dicen haber observado de 25 a 30 grados.

El aspecto general de estos niños está bien descrito en todos los autores que tratan de la materia, y no me ocuparé, recordando solamente que en algunas ocasiones podrá servir para diferenciar la debilidad congénita del prematuro sano (sífilis hereditaria, malas formaciones, etc.).

Cuando los antecedentes hereditarios pueden recogerse cuidadosamente, son de gran utilidad para diferenciar la debilidad congénita del prematuro. En las clínicas y en los asilos donde el interrogatorio no es posible hacerlo, el aspecto general del niño y la marcha de su desarrollo son los únicos datos de que podemos disponer para el diagnóstico.

Es conveniente en clínica y especialmente en medicina legal, conocer la edad de vida intrauterina del producto. Para saber este dato, no basta el interrogatorio, pues sabemos lo falaz que es para aprovecharlo, y sería necesario que entre nosotros se emprendieran algunos estudios en este sentido para conocer las dimensiones del feto en todo el curso de la vida intrauterina.

El tratamiento de los niños prematuros comprende dos capítulos: el profiláctico, del cual no nos ocuparemos, y el tratamiento propiamente dicho.

A tres factores se reduce el tratamiento:

Temperatura, alimentación y asepsia.

Sabemos, por una parte, que la superficie de un animal está en razón inversa de su peso y que la irradiación es proporcional a la superficie. Por consecuencia, los niños prematuros, por esta ley de Richet, pierden más calor que los niños a término. Sabemos también que los centros caloríferos en el prematuro faltan o están incompletamente desarrollados; que su respiración es incompleta, que sólo se verifica en la región anterior de los pulmones, y que su tórax no es completamente elástico. Por todas estas consideraciones se deduce la importancia que tiene en estos niños el enfriamiento y la necesidad que hay para combatirlo.

Varios medios se han puesto en uso para suministrar calor a los prematuros. Si en las clases acomodadas y en las clínicas fácilmente se pueden usar aparatos con todos los requisitos que exige la ciencia moderna, en la clase media y en la pobre hay que improvisar los medios de calefacción, haciendo algo semejante de lo que se efectúa en cirugía de urgencia, aprovechando todos los objetos que están al alcance del médico o utilizando aquellos que son de poco costo.

Tan pronto como se verifica el nacimiento del prematuro, se envuelve en algodón y pañales de franela, rodeándolo con botellas llenas de agua bien caliente. Se puede colocar también y con mejores resultados en su canastilla, cubierto de algodón y botellas con agua bien caliente. Los alemanes emplean tarros en forma de U llenos con agua caliente, donde colocan al niño. Cuando a pesar de estos medios el niño presenta signos de cianosis, se recurre a los baños calientes a 39 ó 40 grados, siempre con agua hervida. Se pueden usar también tapetes calentadores eléctricos que consumen poca corriente. En todo caso se debe procurar que la temperatura de la habitación sea de 20 a 25 grados. En las familias muy pobres se pueden utilizar tompeates en forma de canal, que se calientan alternativamente y donde se coloca al niño.

La incubadora es el aparato más adecuado para suministrar calor en estos casos; varios son los modelos que existen, desde la incubadora primitiva de Tarnier, hecha de madera y últimamente construída toda de cristal, hasta las incubadoras automáticas de Rommel y de Lion, calentadas por petróleo o gas; hay otros modelos, en fin, donde el foco calorífico es producido por electricidad o por las sales de barita. (Tissier y Macé).

Desgraciadamente todos estos modelos no son prácticos desde el punto de vista comercial y no pueden vulgarizarse. El modelo primitivo de Tarnier, sin embargo, puede usarse entre las familias, pues su costo no pasa de 15 a 20 pesos y se puede calentar con botellas llenas con agua caliente. La Casa de Roemer, aquí en México, está dispuesta a rentar la incubadora de Lion a precios módicos, haciendo algo parecido a lo que hace en Nueva York la Kny-Scheerer.

La incubadora, para que sea buena, debe llenar los siguientes requisitos: el material de que esté construída será fácil de asear y desinfectar; la temperatura debe arreglarse automáticamente, la ventilación debe ser amplia: 1.5 cc. por hora y por cada kilo de peso del niño. Según los estudios de Baumm, en la incubadora de Lion, a 37 grados, pasan 3,300 cc. de aire por segundo y es renovado completamente cada minuto. Que tenga cierto grado de humedad, cerca del 6%, que tenga buena luz y, por último, sencillez en la construcción.

¿A qué grados debe estar la temperatura de la incubadora?

La opinión está lejos de ser unánime. Mientras Pinard recomienda 34 grados, Tarnier prefiere 32, como Edgard y Bonnaire. Rommel, de Munich, de 26 a 28. Colrat, a 30. Paul Bard, a 28, y Budin recomienda temperaturas más bajas. En mi concepto, esta diversidad de opiniones se explica porque no todos los casos son iguales y no puede establecerse una regla fija. Lo clínico es aplicar para cada prematuro la temperatura apropiada, teniendo presente que entre más baja es la temperatura inicial del niño y menor su peso, la temperatura de la incubadora debe ser más alta. Se comenzará con 28 a 30 grados, por ejemplo, y se observará una regla semejante a la que se sigue con la ración alimenticia; se tomará frecuentemente la temperatura del niño dentro de la incubadora, hasta que alcance a tener 37 grados. Se observará algunos días y si la temperatura se sostiene entre 36 y 37 grados, entonces se procederá paulati-

namente a disminuir la temperatura de la incubadora, ya sea abriendo la videra, ya suprimiendo el foco calorífero, ya sacando temporalmente al niño, y si en estos casos la temperatura del prematuro se sostiene en la normal, se saca definitivamente de la incubadora, observando siempre su temperatura.

La permanencia del prematuro en la incubadora varía naturalmente con el desarrollo, peso, temperatura, facilidad de alimentación, etc., y la duración será indicada por la observación clínica, hasta que el niño se aproxime en su crecimiento a los niños normales, no por su peso, sino por las reacciones de asimilación y calefacción.

El segundo factor en el tratamiento de los niños prematuros es la alimentación. Como base debe establecerse que el único alimento conveniente en estos casos es la leche de mujer, pues dadas las condiciones anormales de estos niños, difícilmente toleran cualquier otro alimento. Siendo la succión muchas veces difícil o imposible, se recurrirá a una nodriza para que su hijo se alimente con la leche de la madre y forme el pezón, especialmente en las primizas, y la nodriza da el seno al prematuro. Cuando no es esto posible, se recurre a la alimentación forzada, por medio de una sonda de Nelaton, y con todas las precauciones de asepsia posibles.

Es muy importante que la ración alimenticia sea la justa. Como se sabe, el niño, durante la lactancia, tiene necesidad de la ración de conservación y la de desarrollo; ahora bien, en los prematuros, relativamente a su peso, necesitan que la ración de desarrollo sea mayor que en los niños normales. Como la temperatura del organismo está íntimamente relacionada con el alimento, es preciso que la ración alimenticia sea justa, porque si no basta ni para la conservación, entonces la temperatura sigue inferior a la normal.

Budin, con este objeto ha hecho algunas tablas de la cantidad de alimento que debe darse en los primeros días que siguen al nacimiento, pero lo interesante en estos casos es partir de la dosis inicial en las 24 horas.

Como es fácil pensarlo, no se ha podido establecer una regla que en cada caso indique la ración alimenticia justa; lo más que puede aconsejarse es seguir el método de los tanteos, fundado en el peso del niño, en el aspecto de las evacuaciones y la temperatura. Sin embargo, para obtener la dosis inicial es conveniente tener alguna regla presente que nos guíe en el método arriba señalado.

Romel, de Munich, dice que para determinar el volumen de leche en los diez primeros días, se puede usar la siguiente ecuación: $V = n + 10$. Donde n representa el número de días, 10 una constante y su suma representa el tanto por ciento del peso del niño, que será el volumen de leche en 24 horas. Por ejemplo, un niño prematuro con peso de 1,500, necesitará al quinto día $5 + 10 = 15\%$ del peso, o sean 225 gramos de leche.

El Dr. Budin, para los diez primeros días que siguen al nacimiento, ha formado tablas para los niños que pesan menos de 1,800 y de 1,800 a 2,000 gramos, y que no podemos utilizar para los niños mexicanos, porque dadas sus condiciones, resultan dosis altas.

Después del décimo día del nacimiento, Budin da la regla siguiente: un niño prematuro cuyo peso no alcanza 2,500, debe tomar, aproximadamente, en las 24 horas, la quinta parte de su peso. Para nuestros niños podemos utilizar esta regla, disminuyendo la dosis a la sexta o séptima parte del peso.

De todas maneras, cualquiera que sea la regla que se adopte, no debe olvi-

darse que las dosis que señala es un promedio y que sólo el examen clínico del niño irá indicando las dosis respectivas.

Los otros detalles referentes a la alimentación y su técnica son bien conocidos y no los trataré.

Dadas las condiciones delicadas de los órganos en el prematuro, la insuficiencia de su desarrollo y especialmente de los centros nerviosos, los niños que nacen en estas condiciones están expuestos muy fácilmente a las influencias exteriores y a las infecciones. Por estas circunstancias, en el tratamiento de estos niños debe darse un papel muy importante a los cuidados de limpieza, o, mejor dicho, de asepsia, porque se les debe manejar con las mismas atenciones quirúrgicas que cuando el cirujano interviene en una operación.

México, febrero 26 de 1913.

Dr. Rafael Carrillo.

La albuminuria ortostática en los niños.

La albúmina se encuentra en la orina de muchos fetos y se atribuye al desarrollo imperfecto del epitelio renal. Se encuentra también en niños recién nacidos en estado perfecto de salud aparente, es transitoria y se debe: a exageración de las funciones vitales en el momento del nacimiento, a congestión pasajera del riñón en el momento del parto, a trastornos circulatorios por infartos úricos detenidos en los tubos colectores, y algunas veces a alteración material del parenquima renal.

En los niños de 0 a 7 años, y más comunmente en los de 7 a la edad de la pubertad, se encuentra muy frecuentemente albuminuria, que por no acompañarse de estado patológico anterior o actual, por no pasar de 40 a 50 centigramos por litro de orina, por existir en orinas de volumen, densidad, aspecto y composición normales y sin elementos figurados, y por ser de corta duración y no continua; se le ha llamado albuminuria fisiológica.

Pero es muy difícil asegurar que no haya habido estado patológico o que no exista en el momento de la observación, puesto que muchas nefritis muy ligeras pueden tener como única o como primera manifestación la albuminuria. Por otra parte, se sabe que hay nefritis bien comprobadas que sólo dan huellas de albúmina y, por lo mismo, cantidades menores de 40 o de 50 centigramos por litro, y que no alteran los caracteres físico-químicos de la orina, aparte de la presencia de la albúmina, y que, por fin, esta albuminuria nefrítica es a veces pasajera, transitoria y periódica.

Así, pues, la albuminuria llamada fisiológica no existe y se considera hoy como un simple trastorno funcional, sin pronóstico grave presente o futuro y que indica una lesión renal bien tolerada por un organismo virgen y con mayor tendencia a la curación que en los adultos; es, en otros términos, el indicio de una debilidad renal hereditaria o adquirida, y para no prejuzgar acerca de su