

riencia personal; pero basándome en los trabajos de Finochietto, de Jessen, de Allen, de Gravesen y en los casos mismos que relata el compañero Gómez Pimienta, me parece que es un buen procedimiento, considerándolo como una indicación extrema, que requiere un severo análisis de las indicaciones y de las probabilidades de éxito. He leído las recientes publicaciones sobre el neumotórax extrapleural, que me han interesado altamente, pero no he visto sino los primeros intentos realizados en Huipulco, por el Dr. Donato G. Alarcón, sin poder todavía opinar sobre el particular.

En cuanto a las lesiones de bilateralización, sólo quiero insistir en la auroterapia, por haber comprobado en varios enfermos su valor positivo.

No me queda sino felicitar al Dr. Gómez Pimienta por su trabajo de síntesis brillante, robustecido por su experiencia y práctica personales. También lo felicito por haber sido aceptado como miembro de la Academia Nacional de Medicina, la cual espera que siga aportando su estimable colaboración.



Anorexia

Por el Dr. ALFONSO G. ALARCON*

Discuten los fisiólogos si la sensación normal del hambre es de origen general o es de asiento local. Longuet la atribuía al estado nutritivo del medio interior, de los órganos y los tejidos; otros la achacan a sensibilidad especial del aparato digestivo, especialmente del estómago, para percibir la cual habría mecanismos especiales, sensibles a los cambios y constituyendo arcos reflejos con centro receptor.

Que la sensación de hambre está estrechamente ligada al estado químico de la sangre, lo ha demostrado Schiff,¹ quien logró calmarla en perros en ayunas inyectándoles sustancias alimenticias. Luciani y Bufalini² consiguieron también satisfacerlos, inyectándoles sangre de perros bien alimentados.

El hambre no desaparece ni con la vagotonía (Leuret y Las-

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 16 de febrero de 1938.

saigne, Sedillot,³ Luciani), ni con la enervación del estómago (Schiff) ni con la gastrectomía total. Puche y Puig-Sureda observaron experimentalmente que los perros sin estómago comen con el mismo apetito que los perros sanos.

Levi atribuye la sensación de hambre a la impresión consciente de la solicitud del organismo del centro bulbar, regulador de la actividad diastásica general.⁴

Se ha supuesto la existencia de un centro del hambre, vecino del centro de la sed en el **tuber cinereum** y en relaciones de proximidad y quizá de identidad con los ganglios que regulan la diuresis.⁵ Con el centro del hambre, el de la sed y de los vegetativos en general se formaría un centro complejo, de reflejos viscerales, relacionado con los ganglios de la corteza cerebral y que constituye un mecanismo regulador de la vida vegetativa. Esta concepción es hipotética y se basa en datos de observación clínica; pero, como piensa Pi y Suñer,⁶ prueba "la posibilidad de la influencia química directa del medio interno sobre el sistema central como factor de sentimientos afectivos".

La continuidad fisiológica entre el sistema nervioso y el medio líquido en que éste se baña, obedece a leyes generales que se confirman constantemente y respecto de cuya realidad no se necesita la demostración objetiva.

Turró⁷ considera el hambre como un fenómeno trófico regulador de la vida vegetativa; el hambre es, para este autor, la expresión de la necesidad tisular de renovación de materiales: sentimiento complejo, suma de sensaciones que traducen la necesidad del sostenimiento de los tejidos en una composición constante.

La necesidad cuantitativa de agua, la sed,⁸ de sal, de hidratos de carbono, de grasas, de proteínas, de oxígeno, etc., se traducen en sensaciones especiales para cada una de estas necesidades y corresponden a la falta de las respectivas sustancias en los tejidos del organismo.

Los fisiólogos localistas exponen por su lado argumentos importantes.

Como la sensación de hambre se localiza en el epigastrio, se ha supuesto que sean los nervios del estómago especialmente sensibles

a las solicitaciones del hambre de los afectados y, en este concepto, se ha atribuído la sensación al vacío del estómago.

El célebre caso del canadiense de Beaumont,⁹ portador de una fístula gástrica, confirmaría que el hambre no aparece hasta que se vacía el estómago.

Una serie de explicaciones localistas tratan de conceder a la sensación del hambre un origen periférico: Nicolai¹⁰ la relaciona con la presencia del ácido clorhídrico; Beaumont con la turgescencia de las células glandulares del estómago; Luciani va más al fondo de los hechos y hace radicar la causa química en la composición del protoplasma. Concede con Heidhenhain¹¹ más importancia a estas variaciones que a la excitación mecánica de las terminaciones sensitivas de la mucosa.

Cannon y Washburn, lo mismo que Carlson, establecen relación significativa entre la sensación epigástrica del hambre y las contracciones del músculo gástrico vacío.

Otros autores¹² encuentran estas relaciones entre la necesidad alimenticia y la contracción y secreción periódica del órgano digestivo. Refuerza esta idea la de Cannon y Washburn, de que en la sed hay un elemento de contracción relacionado con la necesidad hídrica del organismo: las contracciones de la porción inferior del esófago.

Analizadas y comparadas estas diversas teorías, se ve que corresponden a realidades o al menos son tan lógicas que no podrían ser objetadas. Sin embargo, hay alguna diferencia entre un modo de ver y el otro: desde el punto de vista biológico, el hambre no puede menos que ser una expresión de necesidad, relacionada con las alteraciones químicas del medio interior; desde el punto de vista fisiológico, el hambre, la sensación local de apetito alimenticio, con sus atributos mentales inherentes, es la manifestación periférica de aquella necesidad.

El fenómeno es complejo; no es tan sencillo que pueda relacionarse con una u otra causa simple, y tanto la sensación general, de la que el fisiólogo y el biólogo responden por autoobservación, como la sensación local, de la que nadie puede dudar, forman parte de un todo; la necesidad nutritiva habla con los recursos de su expresión, centrales y periféricos; todo el sistema nervioso y el medio en que

éste se baña, que es su eslabón inmediato en la cadena del proceso nutritivo, se conmueven en cuanto surge el déficit de la nutrición, el desequilibrio defectivo que reclama con la voz de los hechos físico-químicos, la restitución a las condiciones normales.

Nadie puede pensar, por ejemplo, que si las sensaciones principales del apetito sexual se localizan a los órganos genitales, sean éstos los depositarios biológicos de la necesidad; el apetito sexual es la expresión de una necesidad general del organismo en sus funciones biológicas de supernutrición. Tampoco podrá pensarse en que el sueño, manifestación local radicada en los párpados, no sea por esto la nota del cambio de régimen en que consiste el paso de la vigilia al sueño.

El hambre es un fenómeno primitivo, edificado sobre tropismos, tactismos y hechos instintivos, que conducen a la noción de apetito en el alba de la inteligencia, y es la expresión general y local del empobrecimiento de la nutrición en que se traducen las modificaciones del medio interior, de los órganos y de los tejidos.

Todo lo demás que el hombre, como fisiólogo, crea descubrir por autoobservación en el fenómeno del hambre, es un atributo secundario de este lenguaje general de la necesidad nutritiva. Lo que suceda a las células glandulares, la constancia de hechos como la presencia de ácido clorhídrico, el vaciamiento del órgano o las contracciones de sus paredes, son otros tantos sucesos fisiológicos que forman parte del fenómeno general, pero que en manera alguna deben considerarse como causales.

Según estas nociones generales, el síntoma importante del síndrome que estudio, que consiste en la falta de apetito alimenticio, significaría que el organismo animal o no sufre la necesidad de la restitución de sus materiales o ha perdido por alguna causa patológica la facultad de significarse a sí mismo esta necesidad.

En el primer caso, podemos encontrar el ejemplo de la anorexia fisiológica: la falta del apetito por satisfacción. El animal que ha comido, que ha ocupado su estómago, que ha satisfecho la necesidad general del hambre, está en equilibrio local y general. No ha menester de restitución hasta pasado determinado plazo, al cabo del cual volverá a sentir la misma atracción hacia el alimento, porque la química de sus humores ha puesto ya en movimiento muscular, glandular,

etc., todo el organismo, en una serie de manifestaciones cuya suma es la sensación general del hambre.

En el segundo caso, es decir, en el de que intervenga un factor patológico que inhiba la importante expresión, interesa sorprender cuál pueda ser esta causa.

La patología del aparato digestivo es extensa y variada para que en un esbozo tan breve como el de esta nota, se pueda reseñar y explicar todas las posibilidades de la anorexia. En términos generales y tratándose del lactante y el niño, hay enfermedades que se caracterizan por la falta del apetito. Hondas razones fisiopatológicas intervienen en estos procesos.

De la anorexia al vómito.

La noción del vómito implica el fenómeno mecánico de antiperistaltismo violento por contracción brusca e intensa de la musculatura gástrica, con náusea y expulsión de parte o de todo el contenido de la cavidad.

Este fenómeno expulsivo es la expresión máxima de una condición más general que el simple vaciamiento del estómago, condición que se inicia con la ausencia del apetito digestivo y continúa en serie de grados que van de la anorexia a la repugnancia, de ésta a la náusea y de ésta al vómito.

En la práctica, estos grados de un mismo fenómeno no tienen límites precisos; pero vale la pena clasificarlos conforme a las denominaciones usuales para la comprensión del fenómeno general de que forman parte. Es útil concebir así este grupo por la importancia clínica que tiende a relacionar entre sí a los miembros de una familia vagal cuyo fondo es la reacción de la intolerancia.

El vómito, que es lo más avanzado de la serie, es un fenómeno debido a la hiperexcitabilidad del sistema vago.

Pero como la excitabilidad varía con el grado de los factores que la determinan, en el fenómeno de la intolerancia gástrica, la escala de síntomas comprende una serie de posibilidades como lo que he mencionado.

Esto explica por qué un síntoma como la anorexia sea tan significativo en la fisiopatología del aparato digestivo, particularmen-

te en edades, como la lactancia, en que subsiste a veces con intensidad el predominio de la función vagal. Por sistema y dentro de la estirpe de los síntomas mencionados, puede considerarse para el estudio y la interpretación clínica, que la anorexia es el primer grado del vómito.

De hecho, un niño indiferente a su alimento normal, es un anoréxico; si es instado a comer, rechaza el alimento: tiene repugnancia si se le obliga a ingerir lo que tanto le disgusta, sufre fenómenos de intolerancia, arquea y palidece, se demacra y si, a pesar de todo, se le introduce a fuerza el alimento en el tubo digestivo, con un mal concepto de lo que significa esta resistencia, que contraría un instinto tan importante como el de la alimentación, el niño vomita. La administración forzada de los purgantes nauseabundos, da cuenta de este mecanismo.

El dispéptico por líquidos es precisamente un retencionista por excitabilidad vagal a consecuencia, como ya lo he dicho, de la acción de los venenos dispépticos generados por la retención.

La hiperexcitabilidad del sistema vago comienza a manifestarse desde que desaparece la instintiva tendencia periódica a la alimentación. Por eso la anorexia significa todo esto: hiperexcitabilidad vagal, impregnación tóxica de origen dispéptico por dispepsia hiperesténica, necesidad de romper los círculos viciosos en que cae la fisiología digestiva. El tóxico, de predilección vegetativa, exalta el vagotonismo y contribuye a los fenómenos mecánicos de la retención.

Por eso el sondeo gástrico, como simple cateterismo de la región suprapilórica del tubo digestivo, es capaz de combatir ciertas formas de anorexia. Veamos un caso que lo demuestra por dos veces sucesivas:

La niña V. C. nace a término el 2 de diciembre de 1936. No fué pesada al nacer, pero según el recuerdo familiar, de su apariencia, era una desnutrida.

Fué alimentada exclusivamente al seno materno durante tres meses; mas por agalactia de la señora, que fué víctima de una febrícula inexplicable durante tres meses, hubo necesidad de destetar a la criatura.

Alimentóse entonces con leche seca de varios orígenes, con resul-

tado desfavorable; la niña no prosperaba. El recurso de descanso era el agua de arroz; pero sucedía siempre que, periódicamente, después de la dieta, recaía la niña en la diarrea verde y en los fenómenos de indigestión y dispepsia.

Un pediatra aconsejó el empleo de leche acidificada con limón.

Nuevo fracaso. Asimismo, fracasaron la leche mediada de vaca, la acidulada con ácido láctico, las papillas de varias harinas comerciales con leche.

Se acudió a la alimentación por el seno mercenario y desfilaron ante la niña siete nodrizas, con resultado insignificante. La hipoalimentación era marcada. Quizá se trató de nodrizas insuficientes.

Se recurrió a la leche condensada como alimento complementario. Nuevos y más marcados fenómenos de incapacidad digestiva.

Cuando se decidió traerla a la capital de la República, la niña pesaba al año dos meses, 5 kilos.

Presentaba entonces el siguiente cuadro:

Desnutrición ostensible, fiebre moderada e irregular, diarrea, síntomas de dispepsia por la leche de vaca y **Anorexia absoluta y universal**. La acompañaba su última nodriza, que disponía de alguna leche.

Se le socorre sintomáticamente en cuanto a sus necesidades nutritivas de momento: hidratación con agua de mar y suero glucosado isotónico y se intenta la alimentación; pero en vista de la **renuencia** invencible a tomar el seno de la nodriza y a ingerir la menor gota de líquido de cualquiera especie, le practico el sondeo gástrico, un poco por la esperanza de que el vaciamiento, fuera cual fuese el contenido, ayudara en el trance y otro poco para tratar de aprovechar la maniobra introduciendo algo de leche de la nodriza en el estómago: 60 c. c.

Dos horas más tarde la niña da muestras de tener fuerte apetito; desde ese momento en adelante, toma raciones de leche condensada en porción equivalente a 250 c. c. de leche de vaca, cada tres horas

La niña fué alimentada desde luego conforme a su apetito voraz, lo que indudablemente constituyó una imprudencia, cuyos resultados no se hicieron esperar, porque una semana más tarde sobre-

vinieron fenómenos de fatiga por sobrealimentación, cuyo primer signo fué la vuelta de la anorexia, acompañada de diarrea.

Nueva dieta hídrica; pero la anorexia persiste en la forma primitiva. Nuevo sondeo, esta vez sin introducir en la cavidad gástrica más de 60 c. c. de agua de Vichy, después de vaciar el estómago de su contenido gaseoso. Hay que advertir que la renuencia a tomar todo alimento fué de ocho días.

A las dos horas, regresa de nuevo el apetito. En esta vez se inicia la realimentación con las precauciones necesarias: primero, suero de leche durante cuatro días, al cabo de los cuales se agrega polvo de almendras dulces en la proporción de 75 gramos por litro, alimento que acepta con agrado y del que toma primero en la cantidad de 150 c. c. cada cuatro horas, cantidad que se aumenta poco a poco, hasta que se le dan dos tomas de 250 c. c. incluyendo 45 c. c. de leche de vaca.

Esta historia comprende los meses de febrero, marzo y abril de 1937, es decir, desde que la niña cumplió catorce meses hasta el 4 de mayo, en que la niña toma 100 c. c. de leche de vaca y 150 c. c. de suero cada cuatro horas, digiere correctamente, duerme bien, ha recuperado el buen estado general y el buen humor y ha aumentado 1 kilo 250 gramos en su peso.

La mejoría es marcada, aunque no se ha logrado un aumento de peso aceptable, debido al temor de provocar fenómenos capaces de determinar la vuelta de la anorexia, que en esta niña es signo invencible y serio. Su ración es indudablemente pobre; pero se le aumenta progresivamente y es muy probable que, contando ya con algo más de vigor en la enfermita, se llegue a la verdadera convalecencia, camino de la salud.

El apetito digestivo como expresión animal de la necesidad alimenticia, aparece periódicamente en el curso de cada día, de acuerdo con la vacuidad del estómago. En los dominios de la Patología, hay estómagos vacíos sin apetito, como en la aquilia de la anemia perniciososa, así como hay estómagos ocupados, con necesidad digestiva imperiosa, como en la úlcera de la pequeña curvatura.

Desaparece fisiológicamente el apetito, como las demás necesidades semejantes, en cuanto la víscera respectiva se satisface.

Satisfacerse en lo que se refiere al estómago, no es lo mismo que

llenarse. Tratándose de un músculo hueco y dotado de tonicidad activa, la noción de satisfacción está más bien relacionada con la tensión de sus paredes, que con la ocupación de su cavidad por los alimentos. Esta noción es de orden neuromuscular, es decir, la da el sentido propioceptivo que se califica de sentido muscular.

El lenguaje vulgar, que por espontaneidad y necesidad de expresión traduce con fuerte colorido la verdad de los fenómenos que desea representar, llama a la satisfacción del apetito digestivo con la palabra "llenura". "Me he llenado" significa en este lenguaje "me he satisfecho", "he satisfecho mi apetito", "he dado satisfacción a mi necesidad de comer". La expresión corresponde a una sensación real de la fisiología digestiva, que no es otra que la de la plenitud de la víscera.

Trátase en el caso de una acción refleja de la misma categoría de cualquier hecho de tonicidad muscular. Noción real, pero inaplicable por los recursos usuales de la representación verbal; de algo como la noción tónica de postura o de equilibrio, que sólo se perciben cuando se relacionan con un motivo anormal de dolor muscular o cuya realidad se advierte retrospectivamente cuando se extraña su presencia en determinadas condiciones patológicas.

El estómago es un órgano de amasamiento, cuya ocupación física es moverse, es decir, emplear su tono en el ejercicio de la contracción en diversos sentidos con el resultado químico, además, de la mezcla de los distintos componentes del contenido gástrico.

El apetito digestivo vuelve a presentarse tan pronto como el estómago se vacía hacia el intestino, como consecuencia de la actividad fisiológica. Mientras esto no sucede, es decir, mientras la cavidad gástrica se encuentra ocupada, mientras no llega a la vacuidad, el apetito no se presenta o es deficiente en distintos grados.

Luego la anorexia o falta de apetito, dentro de los dominios fisiológicos, la anorexia fisiológica, si pudiéramos decir, la anorexia por satisfacción digestiva, se debe a la ocupación del estómago. Acabando de comer bien, nadie tiene apetito. Esta es una verdad sencilla que todos conocemos.

Se puede, según esto, suponer que la anorexia patológica, es decir, la falta de apetito que no corresponda a la satisfacción fisiológica, se deba a la **ocupación anormal del estómago**.

Por eso carecen de apetito los taquípagos, los retencionistas y los aerófagos. Todos estos enfermos dan una ocupación prolongada al estómago y no le permiten momentos de libertad en los que se expresaría la necesidad alimenticia

El taquífago es un enfermo de actividad nerviosa exagerada. Acarrea con frecuencia material alimenticio al estómago y es tal su vehemencia, su apremio, que omite la masticación o la lleva a cabo incompletamente. Lo que recibe el estómago como bolo alimenticio da trabajo extraordinario y excesivo a la víscera, a la que conduce el estancamiento.

El retencionista, como se sabe, lo es por diversos motivos, que se deben a otros tantos factores mecánicos que estorban al peristaltismo, alma mecánica de la función. Por eso retienen los estómagos atónicos, los espasmódicos, los cancerosos, los ptósicos, etc., todos los estómagos que no pueden contribuir al curso de la onda que pasa por ellos.

El aerófago es un retencionista, sólo que retencionista de aire. El nombre de su síndrome es impropio, porque sugiere la idea de que su causa es la deglución de aire, como si el hecho patológico se debiera a una aportación gaseosa excesiva. Hay un poco de esto en el síndrome, supuesto que el taquífago lleva más aire que el normal a la cavidad gástrica; pero hay mucho más motivo para la organización del síndrome, en el bloqueo o la retención del aire por acalasia de los esfínteres que regulan el funcionamiento de la víscera.

El aerófago se satisface con aire, porque con aire se llena inflando su estómago. Suplanta la satisfacción, distendiendo las paredes del órgano y engañando al tono muscular, cuyo grado habrá de ser punto de partida para el reflejo de la plenitud.

He aquí entonces por qué el dispéptico, el taquífago, el retencionista y el aerófago, carecen de apetito. Tienen constantemente ocupado el músculo gástrico.

Lo más curioso es que si, por accidente, como sucede a cada momento, el aire retenido escapa hacia el intestino o hacia el esófago, la tonicidad patológica se resiente y el enfermo trata de volver a satisfacerla, deglutiendo su propia saliva en un verdadero tic o acudiendo, como en el adulto, al consumo de aguas saturadas de ácido carbónico o al recurso farmacéutico, tan extendido, de tomar polvos

alcalinos que al combinarse con el medio ácido del estómago liberan anhídrido carbónico o de recurrir a combinaciones químicas, como las sales efervescentes, que van a subir el tono de la ocupación para llevarlo a la cifra que el organismo del dispéptico siente que es la necesaria como equilibrio o satisfacción artificiosa y pasajera.

Entre las causas de la anorexia, debe ocupar un lugar importante este factor mecánico de la retención gaseosa, motivada por hiperexcitabilidad del sistema vegetativo de la actividad gástrica. En la lucha entre el peristaltismo y la acalasia, la que se debe, además, al peristaltismo patológico, triunfa la oclusión pertinaz de los esfínteres. Y como esta oclusión obra solamente contra la salida del aire hacia atrás, por el cardias o hacia adelante por el píloro, resulta que siempre es posible que haya nuevos aportes de aire por la deglución exaltada, sin que el vaciamiento de la cavidad pueda efectuarse hacia el curso normal de la mecánica digestiva.

Semejante retención contribuye a las modificaciones químicas anormales del contenido alimenticio del estómago. De aquí que a la aerofagia por deglución se sume la aerogastria por la producción de gases de fermentación en el seno de la viscera.

Si en el dispéptico adulto es difícil encontrar un síndrome puro que no esté compensado automática o intencionalmente por el propio enfermo, lo que dificulta la observación, en el lactante las cosas pasan de manera accesible.

El lactante, sobre todo el menor de tres meses, es fisiológicamente aerófago, en el sentido de ser taquífago y retencionista. Pero es dispéptico, en el sentido patológico de la palabra, sólo durante sus primeros noventa días de edad.

Puede verse cómo, a pesar de que el lactante, sobre todo el recién nacido, sea un sér voraz que se sobrealimenta con facilidad y se indigesta, no deja de tener apetito.

Trátase de un fenómeno engañoso. Esta voracidad no es apetito, sino expresión instintiva de sufrimiento. El lactante que sufre es víctima de la exageración de su alta tonalidad neuromuscular.

Se ve, en efecto, cómo un lactante desesperado por lo que parece necesidad alimenticia, puede satisfacerse con facilidad, mediante el chupón o la succión de sus dedos que no representan para él ningún socorro de alimento, y cómo, si se cede a lo que parece apetito y se

le pone al seno, o lo rechaza de plano a pesar de su necesidad o lo acepta por breves instantes, visiblemente insuficientes para satisfacerlo. Se observa también cómo los lactantes en estas condiciones parecen pedir el seno no obstante que están vomitando la comida anterior en plena digestión.

Este es el caso sencillo, muy significativo para la gastroenterología, de que se tome por el propio enfermo, una necesidad por otra; en el caso, la necesidad tónica del peristaltismo exagerado por la necesidad de alimento.

En estos casos aparentemente insignificantes, puede encontrar el gastroenterólogo la clave de fenómenos inexplicables en la complicada fisiopatología del enfermo adulto. Porque es curioso observar que la autoobservación de estos enfermos los conduzca a errores que conspiran en favor del mal que se trata de combatir.

Lo dicho en estas líneas explica el hecho de que sea posible dominar la anorexia por medio del sondeo gástrico.

En el caso que es objeto de estas consideraciones y que representa el tipo del fenómeno terapéutico que deseo evidenciar, la anorexia era completa y universal. Ni el producto del seno materno, ni el alimento artificial, ni el agua, absolutamente nada, era aceptado por la niña, que no se sabía cómo pudiera sobrevivir, si bien enflaquecía rápidamente víctima de la inanición y daba muestras de sufrimiento.

El paso de la sonda dió como inmediato resultado, que fuera expulsado el aire a fuerte presión, mezclado con moco y restos de los alimentos retenidos.

El timpanismo gástrico cedió en el acto y ya se ha visto en el relato en la historia clínica, que dos horas más tarde la niña entraba en posición franca y decidida de su apetito.

El fenómeno no fué accidental ni pasajero. Persistió el apetito exagerado por varios días, conforme a la abstención prolongada de que la niña había sido víctima y sólo volvió a desaparecer a consecuencia de la fatiga del estómago por sobrealimentación inadvertida, relacionada, también, con el fuerte apetito. Nuevo sondeo volvió a vencer la aerofagia y de nuevo se reinstaló definitivamente el apetito. No se ha tratado en este caso de un acontecimiento pasajero, sino que se ha consolidado el resultado, conforme a los principios en que se basó el procedimiento mecánico que se empleó.

El pre - escolar inapetente

La anorexia de la edad preescolar es un problema clínico, dietético y terapéutico, difícil de resolver y frecuente en la vida profesional del pediatra.

Le llevan niños delgados, pálidos, tristes, desganados, perezosos, nerviosos, a veces estreñidos, a veces diarreicos, **de facie enfermiza**. La piel es manchada, reseca y áspera, partida en determinadas regiones, como los carrillos; congestionada rojiza y caliente. Presenta rodetes blanquecinos de descamación.

La mirada del niño es triste, distraída, o bien inquieta, versátil o inconsistente. Los ángulos internos de los ojos y la conjuntiva se ven enrojecidos, los labios secos y exfoliados. Las comisuras labiales presentan **boqueras**, los dientes están sucios y amarillentos, las encías pálidas, la lengua blanquecina, el espesor de la capa de saburra disminuye hacia el extremo, que se ve rojo, limpio y brillante.

El aliento es fétido. El mal olor va del acre al fecaloide. La actitud del niño es característica; es la del hombre cansado, la del enfermo deprimido. Busca apoyo y descanso a sus músculos más activos y adopta posturas de reposo que tienden a transformar la de sentado en la supina. No se sienta sosteniendo el dorso erecto, sino se encorva. En los sillones se sienta con el sacro y, si puede, con la región lumbar; reclina la cabeza para dar reposo a los músculos del cuello; apoya los brazos sobre los brazales de los sillones para soliviar los músculos de los hombros; recoge los muslos, ahueca y relaja el abdomen y casi se acuesta. Toma la actitud del golfo. Cuando se le llama al orden para que se porte con urbanidad, obedece relativamente y reincide con tenacidad en la postura viciosa.

Se le acusa de no tener apetito, de no haber en la mesa de la casa, platillo que le satisfaga o por el que demuestre gusto, "pica la comida". Al primer platillo que a veces devora con avidez nerviosa, ya no quiere comer más, se siente satisfecho, pide agua, toma la fruta que se guarda en el bolsillo, y se marcha a sus juegos.

La madre o cuidadora del niño, han hecho maravillas para encontrar platillos para ese gusto perdido; han buscado formas de manjares incitantes, han ideado recursos de acuerdo con la consultada opinión del niño, se ha procurado evitar molestias o esfuerzo

al comensal exigente y caprichoso. Se le da de comer en la boca, se le fraccionan los alimentos, se le muelen, se le humedecen, se le endulzan y aromatizan. . . Nada mueve de su asiento la anorexia tenaz.

Si se le obliga con prédicas y amenazas, el niño se indigna y protesta, come a fuerza, visiblemente contrariado y poniendo peros a la comida. Es el tipo del melindroso.

Si se le da carne, la trata como la caña de azúcar: la mastica, la remuele, deglute el jugo y devuelve el bagazo.

El problema es terrible ante este niño que se niega a comer. Ni el gusto de la comida, ni la amenaza, ni el ruego, ni el aperitivo o el tónico del médico, ni los vitamines, ni nada logra triunfar en semejante trance.

Ese niño carece de gusto por la comida.

El constante conflicto de este niño con el medio familiar, crea en el hogar un tipo dietético especial, resultado de la angustia por la renuencia infantil, cuya trascendencia se advierte en el aspecto del niño y su peso estancado o descendente, y de los recursos defensivos que el niño inventa ingeniosamente para conciliar el deber de satisfacer las exigencias afectuosas o enérgicas de sus familiares y la imposibilidad en que se siente de complacerlos.

Sus cuidadores, ante la negación tenaz, consultan el parecer del niño, le dan a escoger entre varios platillos. Si la consulta es teórica, el niño la resuelve de cualquier manera. Sale del apuro pidiendo cualquier cosa. Cuando se trata de poner en práctica el resultado, el niño vuelve a negarse. Hay discordancia entre lo que el niño ha imaginado y lo que le sirven. En realidad subsiste allá en el fondo de la personalidad animal, un tronco instintivo que el pensamiento toca en esa consulta teórica; pero la realidad sensorial no responde a lo imaginado, porque es en la periferia en donde principalmente se hallan las causas de esta anorexia.

Razonamientos superficiales y hábitos inveterados, que también resultan socialmente de semejante fenómeno, concurren a la organización del régimen cuyas características son las siguientes: en vista de que el niño rechaza la carne, las legumbres, el pan y en general los alimentos voluminosos, que hay que dividir para llevarlos a la boca y ahí masticarlos para formar el bolo, la solicitud materna, que está al lado o a la espalda del niño, interviene supletoriamente. La

madre toma la indiferencia por capricho o apatía para desempeñar lo que le parece una de tantas labores que el niño tiene que realizar. Divide por él los alimentos y se los lleva a la boca, o le insta con la cuchara para que tome los platillos con la presteza y rigor antes de que se enfríen y tomen un sabor desagradable.

El niño acepta la faena con resignación y sin interés. Se distrae fácilmente y aun aparta la mirada del plato como olvidando o desdiciendo el acto de comer. Cuando la insistencia materna se vuelve molesta, el niño protesta, aprieta los labios y muestra repugnancia. Pero a fuerza de repetirse tres y cuatro veces esta tortura, llega a crearse en el ánimo del comensal una aversión nauseosa por la comida, los trastos y las personas que en ella intervienen.

Es entonces y ante la imposibilidad de que el medio familiar acepte su preferencia por la inanición, cuando el niño se ingenia en crear recursos que concilian el deber con la repugnancia.

Acepta los bocados que le ofrecen, y como se dedica a remolerlos, deglute los jugos o caldos y cada vez que se le ofrece un nuevo bocado, abre la boca para mostrar que aún tiene comida que masticar. La carne le presta excelente concurso en esta maniobra por la resistencia de sus fibras. Cuando materialmente ha remolido el fragmento de carne y le ha exprimido el jugo, que deglute, devuelve el bagazo y acepta nuevo bocado. Ha cumplido con la masticación de la carne, ha ingerido lo que la madre estima esencial en la carne, que es el jugo y ha dejado satisfecha a la señora. Sin embargo, no ha comido la carne; sólo ha tomado un alimento líquido de escaso valor alimenticio.

Me permito citar un caso curioso de mi práctica: la niña A. A., de cinco años de edad, hija única, con una madre sumamente estricta, severísima y de criterio disciplinario exaltado, adquiere tal espíritu de timidez ante el rigor materno, que estudia recursos engañosos de defensa. En un viaje que hicieron a la hora de comer, según cuenta la señora, ella y su hijita eran los primeros en penetrar en el restaurant y los últimos en salir; tan prolongada era la faena de comer para la niña. Cuando la señora le hacía comer carne, la niña la retenía en la boca y como se le prohibiera devolver el bagazo, prolongaba la masticación hasta que pulverizaba el bocado. Pedía entonces agua y cubriendo totalmente con las manos el vaso mientras

bebía, con arte prodigioso de prestidigitador tomaba el agua y dejaba en la vasija el bagazo.

Otros niños tienen el agua al lado del plato para ir tomando bocado y trago. Se le acepta el recurso porque alega necesitarlo para conducir el bolo al estómago; en resumen, el niño ingiere más líquido que sólido, más agua que alimento, y realiza lo que al fin llega a hacer la madre misma, preocupada por satisfacer el gusto del niño y hacerle comer, como quiera que sea: pulverizar la comida, para suspenderla en líquidos y hacer combinaciones, entre suspensiones con carne molida, cereales, féculas, pan y yema de huevo, leche, jugos de frutas, caldos, harinas, papillas, etc.

Para la madre queda resuelto el problema, pues aunque en forma de bebida el niño ingiere suficientes alimentos, conforme a la experiencia familiar en cuanto a lo noble de los regímenes.

Para el niño queda resuelto el problema de evitarse la pesada faena de comer sin apetito, supuesto que come a tragos solamente y lo hace con comodidad y rapidez. Despacha pronto como él quiere y ha dado gusto a la zozobra materna, que ha llegado a molestarlo.

He aquí un ejemplo curioso: la niña A. G., de tres años de edad, hija única, de raza blanca, alemana de origen, con muy bajo peso al nacer (1 kg. 900 grs.) y actualmente con 14.500.

Buen aspecto, bello color sonrosado, carnes llenas y fuertes, buena dentadura, lengua limpia (geográfica). Se alimentó con una leche en polvo desde el nacimiento hasta el fin del primer año. Después tomó leche de vaca, acidulada con jugo de limón. Asegura la madre de la niña que ésta no ha alcanzado hasta ahora el peso que le corresponde, sino que siempre le ha faltado de medio kilo a un kilo.

Comenzó a vomitar desde que llegó a los 5 meses. El vómito es a veces prostprandial y en ocasiones, cuando duerme después de comer, es tardío. En este caso el producto es de olor acre y da la impresión de que multiplica la comida.

Es sedienta, de mal apetito. La madre no habla precisamente de anorexia franca, ya que la niña acepta de buen grado lo que la señora llama comida.

La señora es esmerada en la confección de los platillos para la niña: muele la carne en el molino, agregando pan molido y yema de

huevo. Muele y cuele las verduras, ofrece a la niña sopas aguadas en caldos que le parecen nutritivos. Por la mañana le da huevos pasados por agua. Desecha el pan. **Sólo en la noche** lo acepta con mantequilla y a veces come con gusto un trozo de jamón.

Hace un año que el vómito la despertaba por la noche; ahora vomita sólo a mediodía.

El intestino trabaja correctamente, no tiene diarrea ni estreñimiento; la evacuación es normal. El vientre se nota sano a la palpación, buen sueño, aliento normal, orina normal. Leve urticaria, cada vez menor.

He aquí el tipo de niña en edad preescolar, vomitadora por mal régimen. Quizá desde la lactancia artificial se organizó el vicio sobre fondo neuropático bien marcado (niña precoz e inquieta). No se encuentran antecedentes hereditarios ni estigmas apreciables de sífilis. En el pasado figuran diagnósticos contradictorios sobre es-tenosis pilórica.

Es indudable que la culpa del mal régimen es aquí principal. La anorexia ha viciado la dietética y la ha conducido insensiblemente a la inundación de la niña por los líquidos.

Aquí no ha sido posible la anorexia cerrada, porque el vómito libera al estómago de la retención, que es la causa dispéptica y tóxigena habitual. Esta niña se reajusta a la ración volumétrica que necesita y se alimenta relativamente bien con lo que le queda. Pero el vómito inquieta a los familiares, porque a la edad que tiene la niña aún no desaparece.

El caso me parece por esto muy significativo. El mal es suprapilórico. El píloro se resiste a franquear el paso a los líquidos alimenticios de este régimen y la aerogastria, tan favorecida por la ingestión de líquidos, vence al cardias insuficiente evitando la estasis gaseosa y la aerofagia con su riqueza clínica. Por eso el estado general de la niña no se ha resentido, ni sufre el régimen intestinal, ni hay otro síntoma inquietante que el vómito postprandial o tardío.

He aconsejado la adopción del régimen seco, explicando bien a la madre e interesándola en la empresa, el espíritu del sistema que debe emplear. He aprovechado restos de su criterio dietético para animarla y he logrado que me prometa proceder con energía. Una

semana después la niña ha recuperado plenamente el apetito y se ha transformado completamente. Ahora come con gusto, exige la comida, digiere bien y se han disipado en ella los motivos de desnutrición e infelicidad.

Anorexia psíquica

En el síndrome anorexia, como se ve, intervienen también factores mentales que nacen del cerebro infantil como consecuencia reaccional frente a la acción psíquica materna.

El concepto de educación de la fisiología, que dirige las instancias al lado del niño, para que éste tome el paso de las costumbres alimenticias, influye en el espíritu del niño por medios artificiales dictados por un criterio generalmente confuso, en cuanto a la dietética infantil. De lo que es natural y espontáneo en el niño en cuanto a la alimentación, la madre sólo conoce lo que se refiere a la lactancia por medio del seno. Cuando le falle este recurso, lo imita mecánicamente y químicamente según la puericultura; pero al término de la lactancia pierde el camino, porque teniendo que atenerse a su albedrío para disponer la dietética del niño, obedece a la fácil tendencia de referirse al régimen anterior, que ha sido sencilla y eficiente. De aquí su inclinación a prolongar la lactancia o a intercalar entre los pasos de ésta los de una nueva alimentación imitada del régimen del adulto, con el fin de evitar los pasos bruscos y de educar al organismo en el uso de la dietética definitiva que presenta peligros por su variedad y su composición complicada.

Esta concepción no concuerda con la fisiología y procede, en primer lugar, de aquella noción ya citada de la necesidad del entrenamiento de la fisiología y, en segundo, de un concepto introspectivo del espíritu que cuida del niño, respecto a la fisiología infantil. La puericultura misma cultiva aquel criterio y aconseja proceder en forma educativa y gradual, para substituir el régimen exclusivamente líquido por el de masticación, que requiere otros recursos estimados fisiológicamente como avanzados.

El organismo infantil reacciona de variadas maneras ante el alimento y trata de adaptarse por compensación esforzada. Esta obra lo conmueve y quebranta; de ahí la accidentada fisiopatología de esta edad, "la edad de las colitis", de los embarazos gástricos febriles, de las indigestiones y dispepsias, de los síndromes cíclicos y de

la gran serie de afecciones gastrointestinales que se atribuyen a infecciones de naturaleza difícil de determinar o a la acción directa de los nuevos alimentos, que pueden estar alterados por mala conservación o por fraude.

De lo que se trata en el fondo es de la impropiedad del régimen adoptado. Esta es la base en que puede apoyarse la patología digestiva o parenteral del niño, dado que, habiendo una fuente principal, rica y propicia, de nocividad para el organismo, las consecuencias generales tienen que ser de gran variedad.

La acción psíquica exógena, la intervención extraña en los hábitos alimenticios del niño, inventa y pervierte, crea gustos, impone esfuerzos, obliga a seguir caminos peligrosos para la fisiología infantil, organiza reflejos condicionados adversos.

Esta intromisión de un criterio humano interesado y tenaz en la conducta del niño, que pretende sustituir al instinto y enmendarlo, se extravía a su vez por desorientación; porque la efectividad puesta a su servicio, el cariño maternal, es influenciado insensiblemente por las reacciones del espíritu infantil y por las inesperadas consecuencias en la fisiología del niño.

Por eso se crea y organiza un régimen personal, con los caracteres generales que he descrito, cuyo porvenir inmediato será prolongar la alimentación líquida o sustituirla por regímenes en los que predomina la torturación o pulverización previa de los alimentos sólidos, siguiendo la finalidad afectiva de ahorrar al niño el esfuerzo de la masticación para que siga deleitándose con la expedita ingestión de su alimento flúido.

En los bordos de esta senda torcida, florecen organizaciones psíquicas interesantes.

“En la segunda y tercera infancias, predominan en la génesis del trastorno en estudio, los factores psíquicos, tanto más, cuanto que son neurópatas los niños anoréxicos, dice Hosanna de Oliveira.¹³ Hereditariamente neurópatas y, por lo tanto, bajo la acción de factores condicionados, frecuente y constantemente esos niños van de consultorio en consultorio, agotando toda una serie de medicamentos, sin encontrar jamás uno que les cure su mal. Dentro de las causas ocasionales ocupan el primer lugar la educación y la posición o situación del niño en la familia. En el hijo único, no destronado o

preferido, en quien se cometen los más graves errores educativos, se registran siempre trastornos neuropsíquicos, entre los que figura con particular frecuencia la anorexia." "De ahí la importancia que tiene la indagación del comportamiento del medio familiar en relación con el niño para el tratamiento de tales síntomas. Realmente, entre los síntomas que más preocupan a las madres está sin duda la anorexia; y el niño, de acuerdo con la psicología individual, procura aprovecharse de esto, creándose una situación en cierto modo ventajosa. Y consigue lo que desea. Cuidados especiales, alimentos variados, todo, en fin, le es proporcionado con el fin de obtener su aquiescencia para comer. Esto constituye un cuadro común en la clínica." "El niño, que al principio evitaba comer por capricho, llega, con el desarrollo del drama familiar, a ser presa de verdadera anorexia psíquica, a causa de estímulos impropios para su evolución mental normal. Drama neurótico familiar que culmina en efectos perniciosos, generando complejos parenterales más o menos profundamente arraigados y que dan margen a otros tantos trastornos psíquicos."

"Porque en muchos casos de anorexia no se puede dejar de reconocer como evidente, indudable, la influencia del factor sexual." "Nadie discute ya la importancia de las manifestaciones hedónicas en la evolución psíquica del niño. La admiten hasta aquellos que no comulgan integralmente con los postulados freudianos."

"En la fase inicial de la infancia, la afectividad es simplemente **captativa**, lo que justifica el egoísmo absorbente, el deseo imperioso de centralizar los cuidados y caricias de los padres." "Por no tener conciencia de sí mismo, dice E. Pichón, no es menos feroz ese egoísmo. Entretanto, es preciso que poco a poco el niño sacrifique algunas exigencias, que acepte no sólo insatisfacciones, sino que hasta llegue a ejecutar por sí mismo actos contrarios a sus deseos." "Entonces, de exclusivamente **captativa**, la afectividad se convierte en **oblativa**, a causa de que, con tales restricciones, procura el niño satisfacer a los padres, haciendo a un lado sus propios deseos. Esta fase de transición, de evolución psíquica, es extremadamente delicada y llega a ocasionar conflictos peligrosos, consecutivos a diversos momentos traumatizantes."

"A veces la fase de actividad captativa se prolonga y se nota entonces algún atraso en la evolución afectiva. Este atraso es par-

tiicularmente frecuente en los neurópatas, cuya evolución mental presenta altas y bajas, progresos y atrasos, que tan bien lo caracterizan.”

“En general, resume el autor que cito, la anorexia representa en estos casos una protesta contra el cambio de alimento líquido por sólido, lo que redundaría en restricción del hedonismo bucal; también puede motivarla la creación de otras circunstancias, desagradables al niño: descuido, nacimiento de otro hermano, ausencia de una persona querida, etc. De todas maneras, el **ciume** y el egoísmo son los móviles ocultos que dirigen la conducta del niño.”¹⁴

He querido transcribir textualmente la interpretación de Ho-sannah de Oliveira, porque me ha parecido tan interesante y sutil, que hubiera temido, al interpretarla, traicionar su sentido.

Como se ve, campean en este parecer las ideas freudianas. La anorexia, en síntesis, según este ilustre autor, sería la protesta del organismo infantil contra la limitación del hedonismo de la lactancia, al hacer pasar al niño al régimen de masticación. La noción de placer bucal en la succión rige en esta teoría. La aversión al alimento sería la negación del deleite, es decir, el dolor por prácticas alimenticias distintas de la succión.

Me explico estos fenómenos de manera distinta.

En el recién nacido y el lactante pequeño no podría hablarse de placer, dado que su fisiología sensitivo-motriz es subcortical, hecha de reflejos cortos y sin participación de la conciencia. La noción de deleite es una concepción tomada de sí mismo por el observador y se le ve conectada con la de satisfacción de necesidad.

De ahí que la insatisfacción de éstas se manifieste por los caracteres somáticos del dolor. Es por la presencia del dolor, realidad de desequilibrio, que se infiere la existencia del fenómeno antípoda, el del equilibrio, el de la cenestesia. En el fondo hay dos grandes posibilidades: o la paz del equilibrio o la inquietud refleja de la disestesia. Al organizar la corticalidad con el concurso de la integración de las vías de conexión, la conciencia va interviniendo cada vez más en esta fenomenología; pero por mucho que el niño pueda nacer con alguna corticalidad elemental, producto de la fisiología intrauterina, o se constituyan reflejos superiores condicionados en número infinito, el dominio de la corticalidad nunca llega

a ser completo. La vida. órgano-vegetativa trabaja de modo automático.

Esta porción de la fisiología animal constituye un fondo constante, propiedad de la especie, que apenas puede ser tocado ligera y transitoriamente por la conciencia individual.

El apetito digestivo, como cualquiera otro apetito, es una organización constituida primitivamente de reflejos absolutos, específicos, y enriquecida progresivamente después por los reflejos condicionados, de adquisición individual, que le confiere el alto valor de la intervención de la conciencia.

Bastaría que invocáramos la presencia evidente y de gran poder biológico de la hipertonia, para que nos explicásemos la razón de los hechos que forman el síndrome de la anorexia.

La hipertonia neuromuscular es la causa de los trastornos del peristaltismo: exageración del tránsito por una parte y aumento de la tonalidad en los esfínteres o zonas esfinterianas por otra. Dentro del mecanismo de tránsito del aparato digestivo se suscita un conflicto mecánico originado por la misma causa tonal; pero cuyo resultado es la pérdida del ritmo peristáltico. La interrupción del movimiento lo trastorna todo, pero principalmente compromete el apetito, signo primero de la normalidad digestiva fisiológica.

La hipertonia neuromuscular es un atributo del sér recién nacido, resto de una condición principal de la vida intrauterina, expresión de la subsistencia transitoria de un régimen prenatal acorde con la convicción biológica del sér que, antes de entrar en la posesión de la personalidad fisiológica, pasa por etapas de transición preparatoria que lo conduce a la madurez del tipo definitivo.

Por esta circunstancia, el recién nacido y el lactante de algunos meses, son vagotónicos, o más propiamente **vagales**, para no emplear un término expuesto a la confusión, porque corresponde a un estado francamente patológico. Esta condición normal es la precursora del equilibrio vagosimpático.

Pero el proceso de conquista de tal equilibrio puede, por numerosas circunstancias, ser estorbado, retardado, modificado, pervertido y aun abolido frente a otros tantos factores de diversa índole: infecciosos, tóxicos, endócrinos, etc.

La organización de estados patológicos de tipo vagal, es un pro-

ceso de retardo o de regresión para el organismo maduro fisiológicamente. Sin embargo, es frecuente que tales hechos sobrevengan en la vida del hombre y sean los responsables de una gran porción de su patología.

Esto es lo que pasa en el caso de la anorexia infantil.

Organizado un estado dispéptico por la insistencia de las indigestiones y su encadenamiento en la serie que corresponde al ritmo de las comidas, genéranse en la calidad gástrica, por química torcida, factores tóxicos de naturaleza principalmente proteica, que tienen la propiedad de impregnar el sistema nervioso vegetativo, de acumularse en él y de generarse con elementos tisulares de reserva que el organismo tiene a su disposición como recursos de nutrición.

Los factores tóxicos derivan de las peptonas y proteosas y son productos de perversión del metabolismo en que marcha la molécula albuminoidea a la condición de ácido aminado.

Los ácidos aminados son nutritivos y no tóxicos por sí mismos; pero pueden llegar a serlo los polipéptidos que los acompañan normalmente en la sangre, y que en determinadas circunstancias anormales abundan e irrumpen en el medio interior y lo envenenan.

Pero lo que principalmente engendra la toxemia frecuente es la transformación del ácido aminado, es la amina o base aminada.

Algunas hormonas son de esta categoría química, como la adrenalina, la colina y la tiroxina. Hay otros productos de valor fisiológico como la histamina y la guanidina, y los hay francamente patológicos como la tiramina y la triptamina.

En el niño dispéptico el metabolismo proteico se halla muy trastornado y esto le hace generar productos de la naturaleza nociva a que me refiero. Es ésta una labor múltiple que se efectúa no solamente en el tubo digestivo con elementos exógenos, sino en la intimidad tisular y aun celular. Interviene también en la decarboxilación de las proteínas cierta flora del tipo **proteus**, del coli, del vibrión colérico, del de Eberth y el bacilo **aminofilus** de Berthelot.

Las aminas resultantes tienen propiedades específicas y, por eso, la aminemia ¹⁵ es causa de estados patológicos con fisonomías clínicas diversas, según la acción de cada una de estas sustancias, o de acuerdo con las numerosas combinaciones posibles entre ellas.

La histamina, que deriva de la histidina; la tiramina, que procede de la tiroxina, y la triptamina, que viene del triptófano, son leiotónicas, es decir, obran sobre la fibra lisa, especialmente la histamina que es, a la vez, hipotensora, vasodilatadora, miótica, exudativa, hipersecretante e hipoglicemiante.

La acción de estos tóxicos sutiles, impregnantes, vagomiméticos y espasmógenos, directamente, por simple contacto primero y por impregnación después, es el factor que modifica en el sentido de la excitación, la fisiología del sistema vagosimpático, incluso la de los mecanismos intraparietales.

Tal acción, que se ejerce en grados variables, puede ir desde la excitación sencilla y pasajera hasta la verdadera destrucción de los órganos nerviosos, como lo ha podido ver Eduardo Etzel¹⁶ en sus estudios histológicos en el megaeosófago y el megacolon.

En ocho autopsias en casos de Enfermedad de Hirschsprung, ha encontrado la destrucción del plexo de Auerbach.

He aquí, entonces, lo que puede explicarnos la razón de que, bajo la influencia de la aminemia sostenida por un régimen dispeptógeno, el mecanismo del tránsito digestivo sea trastornado y aun abolido, como en la oclusión intestinal, los vómitos cíclicos, el ileus paralítico de los operados, y la enfermedad de Hirschsprung; y he aquí también cómo podemos explicarnos la patogenia de síndromes de obscura naturaleza, que se caracterizan por el espasmo sostenido, como el **angor pectoris**, la enfermedad de Raynaud, la claudicación intermitente, etc. ¿Qué de extraño tiene que abunden los estados menores de la toxemia en la vida que se considera fisiológica y que, entre los trastornos a que dé lugar, se encuentren cinopatías que cierran el círculo vicioso y que, de consecuencias tóxicas, pasen a ser causas de intoxicación específica?

Esta es la causa general de las cinopatías digestivas, de las hiperinesias, las paresias y las acalasia; esta es la causa de la constipación habitual y, por fin, es una de las causas principales de la anorexia.

En los primeros tiempos de la vida, la anorexia podría deberse a causas mecánicas con fondo constitucional de fisiopatología propia de la primera edad. En el resto de la vida, conforme se integra el sistema nervioso, la intervención de la conciencia va poniendo sello psíquico al fenómeno y lo que primitivamente era fisiológicamente

puro y automático, toma numerosas modalidades, entre las que hay que considerar la de la ausencia de esta expresión instintiva de la nutrición.

Las perversiones del instinto se significan por este síndrome, o por otros, como la bulimia o la voracidad y los gustos absurdos.

Todo esto podría explicarse por la creación y organización de reflejos condicionados y complejos de afición gustativa, que sustituyen a la función normal dentro de un mundo de fenómenos engañosos, en que cuesta trabajo reconocer el fondo nutritivo.

En el animal integrado puede haber hedonismo, especialmente en el organismo neurópata; pero no encuentro la razón de la desviación hacia el sexualismo, por lo menos para explicarme como tal éste de la falta de un carácter biológico básico.

Por todo esto, la clínica del fenómeno es tan difícil y tan engañosa, y por eso también sus signos son tan extrañamente interpretados. Entre la pureza del instinto y sus perversiones más absurdas hay una larga serie de condiciones, cuya valorización en fisiopatología infantil constituye uno de los obstáculos con que la Puericultura y la Clínica tienen que luchar.

En resumen, el fenómeno general de la anorexia es la expresión fisiopatológica de un proceso orgánico en que, por diversos motivos anormales, el sistema nervioso de la vida vegetativa sufre por lesión o impregnación de sustancias tóxicas exógenas, infecciosas o endógenas por metabolismo viciado, que se mezclan al medio interior.

La disminución o abolición del apetito alimenticio es la consecuencia sensitivo-motriz de la acción tóxica sobre la peristaltismo del tubo digestivo, y constituye el tipo de las cinopatías o enfermedades del movimiento de la economía.

BIBLIOGRAFIA

- (1) M. Schiff.—Leçons sur la digestion. Florence, 1867.
- (2) L. Luciani.—Fisiología del digiuno. Florence, 1889.
- (3) Leuret et Lassaigne (1825) et Sedillot (1829).—Citados por Milne Edwards. Leçons sur la Physiologie de l'Anatomie Comparée, XIII, 1878.
- (4) L. Levi.—C. R. de la Societé de Biologie, LVIII, 650, 1905, et Archives Générales de Médecine, LXXXII, 1153, 1217, 1905.

- (5) **J. Camus et C. Roussy.**—C. R. de Société de Biologie, LXXV, 483, 1913, et LXXVI, 121, 1914.
- (6) **A. Pi Suñer.**—La Faim. Traité de Physiologie Normale et Pathologique. Tome II. 1931.
- (7) **R. Turró.**—Les Origines de la Connaissance. La Faim. Paris, 1914.
- (8) **Léon Binet.**—La Soif, p. 89.
- (9) **W. Beaumont.**—Experiments and Observations on the Gastric Juice and the Physiology of the digestion. Plastburgh, 1833.
- (10) **V. Nicolai.**—Ueber die Einstellung des Hungergefühls, Inaug. Dissert. Berlin 1892.
- (11) **R. Heidenhain.**—Arch. für die gesamte Physiologie des Menschen und der Tiere, XVIII, 148, 1879.
- (12) **W. B. Cannon et A. L. Washburn.**—American Journal of Physiology, XXIX. 441, 1912.
- (13) **Hosanna de Oliveira.**—Anorexia Infantil. Archivos do Instituto Nina Rodriguez. Anno II, ns. 3 e 4 Bahia, Brasil, 1933.
- (14) **Morhart.**—“Les Enfants uniques et leur Pathologie”, Vie Médicale. 8 janvier, 1926.
- (15) **Maurice Loeper.**—L'Aminemie.—La Presse Medicale. 13 nov. 1937.—No. 91, p. 1603.
- (16) **Dr. Eduardo Etzel.**—Megaesófago y megacolon con manifestaciones de neuropatía del sistema nervioso autónomo, causadas por carencia crónica e incompleta de la vitamina B. 1.—Rev. Mex. de Cirugía, Ginecología y Cáncer, año IV, No. 4 abril de 1936.—México, D. F.

En las numerosas causas de la anorexia infantil, se han ocupado también los siguientes autores:

- A-B. Marfan.**—Traité de l'Allaitement et de l'Alimentation des Enfants de premiere Age.—4a. edition.—1930.—p. 882.
- Le Monde Médical.**—1er. oct. 1928, Leon Tixier. L'anorexie des nourrissons et son traitement.
- J. Comby.**—Anorexie nerveuse. Archives de Medecine des Enfants. 1908. p. 566.
- Forcheimer.**—Ibid. p. 572.
- Buffet Delmas.**—Ibid, 1912, 180.
- Croze, Griffith.**—Ibid. p. 572.
- Morris Orchard.**—Ibid. Sept. 1915. p. 509.
- Barbier.**—Soc. de Pediatrie de Paris. 17 Fév. 1925.