

## Archivos hace 75 años

*Protección de la Primera Infancia.—Dispensario de Lactantes N° 19*  
*Jefe: Dr. Fernando Ugarte*

### LA INAPETENCIA EN EL NIÑO DE PRIMERA INFANCIA

POR EL

DR. FERNANDO UGARTE

Adscrito a la Cátedra de Puericultura, Primera Infancia

(Conclusión)

II. INAPETENCIA SECUNDARIA.—Toda inapetencia que no encuadre en el síndrome o estado descrito en el capítulo anterior entra en el caso del síntoma de una enfermedad, es decir, es una inapetencia-síntoma y por lo tanto secundaria.

La clasificación de las inapetencias secundarias resulta algo difícil, pues como ya hemos dicho en distintas oportunidades, no hay enfermedad del niño de primera infancia sin acompañamiento del síntoma inapetencia. Trataremos de hacer un clasificación didáctica.

Clasificaremos a estas inapetencias en inapetencias de causa general y local.

#### INAPETENCIAS DE CAUSA GENERAL

- 1° Inapetencias digestivas.
- 2° Inapetencias infecciosas.
- 3° Inapetencias tóxicas.
- 4° Inapetencias carenciales vitamínicas.
- 5° Inapetencias de causas varias.

1° *Inapetencias de causa digestiva.*—Se puede decir, que todas las afecciones digestivas, se traducen por una sintomatología en la cual la inapetencia ocupa un lugar preponderante. Sólo nos ocuparemos de algunas de ellas especialmente. Generalmente se acostumbra a citar varios ejemplos típicos; la inapetencia de los constipados, la de los afectos de parasitosis intestinal y la de los aerofágicos; pero si profundizamos un poco la cuestión notamos pronto el error; los niños de primera infancia constipados son tan apetentes como los normales. Sucede que los familiares viven bajo la obsesión de la doble o triple deposición diaria y toda anormalidad en el niño se la achacan a que ese día “no fué de cuerpo”. La constipación cuando adquiere carácter anormal es secundaria a un

estado del niño y esta causal de variada etiología es la única culpable de la falta de ganas de comer. En cuanto a las otras dos causas típicas de inapetencia se pueden hacer las mismas reflexiones, y por lo tanto desecharnos como génesis de ella.

*2º Inapetencias de origen infeccioso.*—En el caso totalidad de las enfermedades infecciosas se presenta la hipolimia, es decir los trastornos del hambre, observándolos igualmente en las enfermedades infecciosas agudas, como crónicas. En las primeras, la falta de apetito, no sólo se produce durante el estado de enfermedad, sino precozmente, en el de incubación. El clásico ejemplo lo da el sarampión; muy a menudo en un niño aparece bruscamente la inapetencia, achacada a diversos motivos, y a la semana o los diez días se inician temperaturas, apareciendo días más tarde la erupción sarampionosa y quedando así explicado todo el cuadro.

En lo referente a las enfermedades infecciosas crónicas más comunes en la primera infancia, la sífilis y la tuberculosis, no estamos de acuerdo, en describir la inapetencia como único síntoma aparente. Sin lugar a dudas, cuando estas enfermedades evolucionan en forma activa, en el complejo sintomatológico se encontrará falta de apetito, pero de ello a crear una forma con el único síntoma de la inapetencia, me parece un error. Todos los puericultores hemos visto niños afectos de lúes congénita con apetito normal, y hemos visto también con la misma enfermedad pero inapetentes, en los cuales el tratamiento específico mejoraba todo menos ese síntoma; por lo cual debemos afirmar que la sífilis y la tuberculosis alteran el ciclo del hambre produciendo una hipolimia, y cuando tienen suficiente actividad no sólo trastornan el apetito, sino todo el funcionalismo orgánico.

*3º Inapetencias de origen tóxico.*—Trataremos de aquellas de observación frecuente en el lactante.

*Acetonemia:* Previamente a la descripción de este tipo de hipolimia tóxica, debemos aclarar conceptos sobre la frecuencia de la acetonemia en primera infancia. Si se consultan los tratados clásicos y la mayor parte de las publicaciones, casi todas están contestes en sostener la rareza de la acetonemia a esta edad, y únicamente aparecería según ellos entre el segundo y tercer año. Sin embargo, nuevas investigaciones, entre las que se encuentran las del Prof. del Carril, han demostrado lo equivocado de estas apreciaciones, y puesto en evidencia que la acetonemia en la primera infancia es muchos más frecuente, manifestándose en variadísimas formas, desde las más benignas hasta las más graves.

Es un tipo de inapetencia bien caracterizado, se presenta periódicamente, sin explicación aparente y en forma brusca; cuando va acompañada de vómitos el diagnóstico es fácil, pero en muchos casos esto no existe y se llega al diagnóstico únicamente teniendo presente su posible existencia. (Obs. Nos. 15 y 16).

*Alcoholismo*: Si bien antiguamente era dable observar algunos casos en niñitos pasando el año de edad, en la actualidad esto sucede rarísimamente, por lo que su incidencia no debe ser tenida en cuenta.

*Medicamentosa*: Trataremos la inapetencia medicamentosa en este grupo, sin corresponder totalmente a este tipo.

La acción de las drogas nunca se hace por su toxicidad, sino que actúan como dice Gillot<sup>36</sup>, por ser medicamentos agresivos; por ejemplo, la mayor parte de los expectorantes, sustancias irritantes de la mucosa gástrica, o en algunos otros casos, por su sabor sumamente desagradable, Mouriquand<sup>37</sup>, como el aceite de hígado de bacalao. Pero en realidad la inapetencia medicamentosa se produce especialmente por lo ya expuesto anteriormente, los reflejos condicionales desagradables. El pequeño no quiere tomar el medicamento, ya sea por su gusto, ya sea por la insistencia violenta materna, creando un trauma del acto de comer, con reflejo condicional desagradable.

4º *Inapetencias por carencia vitamínica*.—Este grupo de inapetencias secundarias por carencia vitamínica debe ser examinado un poco más "in extenso" dada su importancia y los errores de apreciación que a menudo se cometen.

Cuando la carencia vitamínica es muy intensa y llega a producir un cuadro bien franco de avitaminosis, o enfermedades alimentarias, como se las denomina actualmente, el síntoma de la falta de ganas de comer encuadra en el conjunto sintomatológico de la afección. Pero siempre no pasa esto, y muy a menudo se presentan en el primer año de la vida, los llamados síndromes de carencia frustra, descritos por Ribadeau-Dumas, Matheu<sup>38</sup> y entre nosotros por Magliano y Ugarte<sup>39</sup>, caracterizados por una presentación poco ostensible de los síntomas carenciales y generalmente es en estos casos donde la inapetencia es el acompañante habitual, ocupando un plano de primer lugar hasta aparentar ser ella toda la enfermedad. Indudablemente los nuevos conceptos sobre avitaminosis, han hecho conocer mejor dichos cuadros y tendiendo casi a desaparecer las formas inapetentes. Pero antes de entrar al detalle descriptivo de estos cuadros carenciales conviene hacer algunas reflexiones generales adquiridas en estos últimos años.

Los términos de carencia nutricia, enfermedades por carencia, son para muchos, trastornos exclusivamente debidos a insuficiencias dietéticas. Sin embargo, todos ellos pueden presentarse en individuos alimentados con una dieta normal, Jolliffe<sup>40</sup>. Como bien lo señala Kruse, estos términos deberían indicar más bien una deficiencia tisular, que una insuficiencia o carencia dietética. Si un déficit tisular resulta de una dieta inadecuada, se puede hablar de deficiencia primaria; por el contrario, cuando intervienen otros factores además de la insuficiencia dietética, se trata de una deficiencia secundaria o condicionada. Las deficiencias, pueden obedecer a factores que inhiben la ingestión, la absorción o la

asimilación de los principios inmediatos; o bien a aquellos que aumentan su requerimiento, su destrucción o su excreción.

En general, se tiende a no tener en cuenta estos factores condicionantes, atribuyendo los estados carenciales únicamente a insuficiencias dietéticas. En la práctica se suele incurrir fácilmente en dos errores: primero, el de atribuir la lesión al proceso original o condicionante, no relacionándolo con la propia deficiencia tisular; segundo, el de atribuir este proceso a una deficiencia nutricia, apenas se ha reconocido la etiología dietética de la manifestación secundaria.

*Carencia de vitamina A:* Se le asigna muy poca importancia en los trastornos del hambre.

*Carencia de vitamina B:* El requerimiento de vitamina B en el hombre sano, no constituye un valor fijo, Stepp<sup>41</sup>, a diferencia de las otras vitaminas, y por esto sólo se puede señalar aproximadamente. La necesidad de vitamina B<sup>1</sup> depende de la cantidad de los alimentos, siendo tanto mayor cuanto más hidratos de carbono contiene la alimentación y tanto menor cuanto más grasas se consumen. La cantidad de vitamina B<sup>1</sup> que requiere el organismo, va paralela con la asimilación de los carbohidratos y atrasada por los lípidos.

Ofrece esta vitamina una especial vinculación con los problemas del hambre y del apetito. La experimentación y la clínica en los distintos países han podido establecer la relación existente entre la deficiencia de esta vitamina y la alteración del apetito; demostrando además la pobreza de vitamina B en la leche de mujer y de vaca, y siendo necesariamente por lo tanto su rápida agregado. Kennedy y Dutcker, dicen que no es necesariamente un excitante del apetito, sino más bien un estimulante de los procesos metabólicos. Matheu y Leroy<sup>42</sup>, sostienen que entre el quinto y octavo mes, los niños alimentados exclusivamente con régimen lácteo se hacen carentes de vitamina B y aconsejan una lista de alimentos a dar. La mayor parte de los autores vinculan la inapetencia a la falta de vitamina B, y Morgan y Barry<sup>43</sup> dicen que "la moderna afección de la pérdida de apetito, está como hemos visto, muy distante de ser una simple hipovitaminosis, como bien dice Escardó<sup>44</sup>. "Todas estas afirmaciones, aceptables en el terreno clínico y en el dietético no permiten concluir que la vitamina B sea la vitamina del apetito, puesto que, el apetito es el resultante de factores complejos, lo que explica que en la práctica la simple administración abundante de cloruro de tiamina, del que cada día aparecen nuevos preparados en el comercio, no resuelve ni mucho menos la mayoría de los casos de anorexia".

*Carencia de vitamina C:* La anorexia es señalada por Ribadeau-Dumas<sup>45</sup> como un signo precoz de la enfermedad de Barlow diciendo "El niño expresa su repugnancia para su alimento habitual, leche cruda o esterilizada, alimentación uniforme, por una repugnancia absoluta a tomarla. Debe investigarse si en los niños que no tiene apetito, no existe

escorbuto en sus comienzos. El remedio es fácil de emplear: consiste en el tratamiento del mismo escorbuto". Escardó dice: "la precarencia es muy habitual en nuestro medio pobre, pero nada dice esto en la relación que esta precarencia pueda tener con la inapetencia"<sup>46</sup>. Opinamos que en estos casos se repite aproximadamente lo mismo que en la hipovitaminosis B; la precarencia B y C existe en un gran número de niños del primer año de vida; su administración es incluídible ante la posibilidad de su sospecha, pero no por ello podemos esperar sistemáticamente una modificación de su apetito.

*Carencia de vitamina D:* En cuanto a la vitamina D dada a menudo como tónico general y estimulante del apetito, ya Garrahan<sup>47</sup>, ha dicho que la vitaminoterapia D es la medicación específica del raquitismo, pero que fuera de esta acción, sus resultados son nulos. Es lógico suponer, en un raquitismo a veces larvado, que la inapetencia lo acompañe, y al darle la medicación apropiada, junto con la mejoría del proceso desaparecerá también la falta de ganas de comer, pero de ahí a tratar una inapetencia con vitamina D es un error grosero, desgraciadamente visto con frecuencia.

5º *Inapetencias por causas generales varias.*—En este grupo entran causales de muy diferente condición. Tenemos el caso de las *inapetencias por enfermedades de la piel*; los niños afectados de lesiones eczematosas crónicas son muy frecuentemente inapetentes, igual que aquellos atacados de lesiones de prúriga, urticaria, etc.

En las *enfermedades de la sangre* suele haber inapetencia y especialmente en lo referente a las anemias. Barlett<sup>48</sup>, ha hecho notar "una fuerte relación entre el apetito, la hemoglobina y los glóbulos rojos, añadiendo que cuando la inapetencia se prolonga es imposible determinar, si los niños son anémicos por la pérdida de apetito o si han perdido el apetito porque son anémicos.

Se produce también inapetencia en todos aquellos casos en los cuales está modificada la vitalidad del organismo; por ejemplo *el calor*, y muy especialmente en los lactantes de pocos meses en los casos de elevación brusca de temperatura, ya sea por calefacción excesiva, arropamiento, etc.; el *sedentarismo*, sobre todo en los niños mayorcitos, la fatiga, etc.

#### INAPETENCIA DE CAUSA LOCAL

Este tipo de inapetencias corresponde a las inapetencias de causas mecánica, pseudoinapetencias de los autores franceses, porque las perturbaciones se manifiestan debido a que el sujeto no come por impedirlo causas mecánicas.

En este grupo incluimos todas las afecciones del órgano de la ingestión, y aunque en muchas ocasiones se agrega la infección, pudiéndola encuadrar en las hipolimias infecciosas, es siempre predominante el factor

mecánico en las dificultades del acto de comer. Con este concepto, podemos referirnos a pseudoinapetencias de origen bucal, faríngea y nasal también por las correlaciones evidentes de la buena respiración nasal en la alimentación del niño pequeño.

*Inapetencias de origen bucal.*—La inapetencia más completa que a veces se observa es la producida por la inflamación de la mucosa bucal, es decir, *las estomatitis*; en ellas se reúnen todas las condiciones: dolor exquisito, dificultad de movimientos e inconvenientes mecánicos en la ingestión de los alimentos; pero no necesitándose a menudo una lesión grave para la presentación de estas dificultades, pues muchas veces lesiones mínimas ocasionan dificultad de la alimentación por simple reflejo doloroso.

En los llamados *accidentes de dentición* se presenta inapetencia. Para Buzzo<sup>49</sup>, esta anorexia es un trastorno bastante frecuente y a veces se presenta con carácter persistente, agregando que debe distinguirse de la repulsión hacia el alimento que manifiestan algunos lactantes afectados de procesos congestivos de las encías. Estos se niegan a tomar el alimento para evitar los dolores que su ingestión determina, mientras que en los primeros hay una falta de apetito. En un trabajo nuestro<sup>50</sup>, referente a estomatitis y erupción dentaria, damos el siguiente concepto sobre los accidentes de erupción dentaria:

1. Creo no haber lugar a discusión alguna, en la relación existente entre los fenómenos de erupción dentaria y la aparición de lesiones locales de la mucosa, en el sitio correspondiente a dicho brote.

2. Tampoco parece motivo de dudas, la correlación entre la erupción dentaria y la aparición de ciertos fenómenos generales, como la nerviosidad, el insomnio y la inapetencia, pero siempre que esta sintomatología sea de corta duración, desaparezca radicalmente con la aparición del diente y vaya acompañada de lesiones locales, aunque éstas sean mínimas.

3. Y por fin, niego toda vinculación de la erupción dentaria con la aparición de trastornos en distintos órganos; para resumir todo esto con lo siguiente: la sintomatología de la erupción dentaria débese única y exclusivamente del grado de las lesiones locales y del estado funcional del niño.

Otras causas de pseudoinapetencia de origen bucal son las siguientes: los *labios leporinos* que dificultan siempre la succión y cuando se complican con fisura de paladar la hacen imposible, y las parálisis obstétricas uni o bilaterales.

*Inapetencia de causa faríngea. Amígdalas y vegetaciones adenoides infectadas.*—Tal vez sea preciso (Escardó), ponerse de acuerdo sobre el valor de estos términos para no arriesgar confusiones. Para este autor estaría infectada cuando estuviera realmente convertida en un foco sép-

tico, clínicamente demostrable, con indudable repercusión ganglionar y episodios repetidos merced a un estado subcrónico con empujes agudos.

En nuestra opinión el tejido linfático hipertrofiado llega a provocar sintomatología ruidosa en forma de dos manifestaciones bien ostensibles y fáciles de certificar: la infección y la obstrucción mecánica combinando el tipo de hipolimia infecciosa y el de pseudoinapetencia, aunque actuando más el factor mecánico que el infeccioso.

Escardó<sup>51</sup>, asigna mucho valor a la insuficiencia respiratoria en la producción de inapetencia pertinaz en los niños mayorcitos y dice: "Es curioso que no existan descripciones que vinculen la inapetencia con la insuficiencia respiratoria, ya que ésta realiza una hipolimia típica por aminoramiento vital, aminoramiento del que resulta un "ralentissement" metabólico por disminución del carburante oxígeno en las combustiones orgánicas". Sercer<sup>52</sup>, también le asigna importancia a la respiración libre por la nariz para el desarrollo del niño, insistiendo en la diferencia que existe entre la respiración por la boca y la respiración por la nariz, abstracción hecha de la temperatura, de la humedad y de la pureza del aire respirado, actuando sobre los reflejos de la respiración que aseguran la mejor ventilación de los pulmones. La presión del aire sobre la mucosa de la nariz constituye la excitación fisiológica adecuada del nervio trigémino, que transmite las pulsaciones al nervio vago y a los intercostales. Es en los reflejos nasopulmonares y nasotorácicos que reside la función esencial de la mucosa nasal que establece la diferencia entre la respiración por la boca y la nariz.

*Inapetencias de causa nasal.*—En el niño, sobre todo en el muy pequeño, el coriza cualquiera sea su naturaleza, es una de las causas más frecuentes de la perturbación del acto de comer. El caso más corriente es el del coriza simple; el pequeño empieza a mamar, pero apenas traga las primeras porciones suelta el pecho y echa la cabeza hacia atrás; cada nueva tentativa se sigue de igual desarrollo con la consiguiente angustia materna; el niño teniendo obstruída su nariz no puede cerrar la boca porque se asfixia; eso es todo.

#### TRATAMIENTO

**TRATAMIENTO DE LA INAPETENCIA ESENCIAL.**—La terapéutica debe actuar conjuntamente sobre la nerviosidad del niño y del ambiente.

*Medicación sedante.*—Se hará todo lo posible para conseguir una comida tranquila; no que el acto de comer se transforme, como dice Janet y su discípulo Door<sup>53</sup>, en el "drama de la comida", que tan magistralmente ha descripto Escardó. El acto de la comida debe ser natural, agradable y sin tropiezos. Prácticamente se logrará esto realizándolo en un lugar tranquilo, el niño solo con la madre, sin juguetes, ni ruido alguno a fin de evitarle excitaciones inútiles. Se suprimirán todos los procedi-

mientos anteriores a la consulta, nada de promesas, ni de sonajeros, ni de gritos para que el niño coma, y estas indicaciones habrá que inculcárselas a la madre, demostrándole su inutilidad y perjuicio evidente en la salud moral de su hijo.

En cuanto a la sedación terapéutica propiamente dicha, una buena parte de autores son partidarios de dar pequeñas dosis de barbitúricos antes de las comidas, mientras que otros, entre los cuales se encuentra Door<sup>54</sup>, manifiestan: "Es preciso saber que drogar a los niños es muy a menudo inútil, cuando no perjudicial". Personalmente creo, que el niño se beneficia muy poco o nada con tal medicación, pero en los casos de ambiente excesivamente nervioso conviene a veces sedar un poco a los niños en los primeros días de tratamiento para actuar en esta forma indirectamente sobre los padres.

Cuando la negativa es muy grande se puede emplear el sondaje, que al mismo tiempo que encara mecánicamente el problema de la introducción del alimento y resuelve el asunto en cuanto hace a la inanición, también lo hace desde el punto de vista psicoterápico.

En lo referente a la *psicoterapia*, en algunos casos especiales es de utilidad y tendría una finalidad esencial: romper el vínculo afectivo exagerado entre madre e hijo, es decir, el llamado "destete afectivo", destete afectivo muchas veces más difícil de poner en práctica que el destete verdadero (Obs. N° 17).

Un régimen muy apropiado y que actúa doblemente sobre la nerviosidad del niño y del ambiente es el *régimen ascendente de Janet*<sup>55</sup>. Consiste en lo siguiente:

Dieta hídrica de 24 horas. Se da al niño a horas regulares, que coinciden con las de las comidas, agua en distintas formas.

Al segundo día se añaden algunos bizcochos secos y se aumenta moderadamente la ración de sopas espesas y algo de papas.

Al tercer día se agrega al mediodía un poco de pescado o jamón y se aumenta un poco los demás componentes.

Luego, en dos o tres días, se llega por una progresión regular a un régimen normal en cuanto a cantidad, equilibrio y variedad. Sin embargo, la introducción de la leche en el régimen se hace lentamente; se ponen en la infusión de la mañana cucharitas a partir del cuarto día para llegar sólo al octavo a una dilución al medio. Luego se da leche al tercio cortada con café o té liviano. Salvo en este punto, se alcanzará el régimen normal en cinco o seis días.

Según Janet este régimen tiene una doble ventaja: reposo del tubo digestivo y coadyuvante poderoso de la psicoterapia.

En relación a la psicoterapia el autor hace las siguientes apreciaciones: en primer lugar, evita la separación del niño de su medio familiar, lo que no siempre se puede realizar dados sus múltiples inconvenientes. La dieta del primer día invierte la situación psicológica del niño frente

a sus padres; aparece frente al pequeño una voluntad superior a la suya y los empeñados ayer en que tragara lo están hoy en que no coma. Es preciso que los padres ofrezcan la escasa comida de los primeros días conservando un aspecto de absoluta calma, sin dar explicaciones, sin enternecerse, ni ofrecer recompensas. El papel de suplicantes que los padres tenían antes para su chico inapetente debe desaparecer por completo. El pequeño comienza a sentir que su aceptación o rechazo no influye más en el ánimo de sus padres, ya que, paralelamente se va haciendo psicoterapia a los padres en el recobramiento de una autoridad que habían perdido.

Bien aplicado, el régimen de Janet da, en general, muy buenos resultados; exige del médico penetración absoluta con el ambiente familiar que le asegure que no es traicionado, no sólo en cuanto al cumplimiento material del régimen instituido, sino a la confianza que se deposite en sus disposiciones.

Como coadyuvante a todo tratamiento de la anorexia debemos tratar de colaborar en la *educación alimentaria del niño de pecho*.

La *educación alimentaria del niño* debe respetar al máximo las sanas tendencias del niño. Blatz<sup>56</sup>, describe tres integrantes en el plan educativo de la apetencia por el alimento y que nos servirán de útil guía.

1º *La regulación en el tiempo*, es decir, la regulación horaria es reconocida como importante por todos cuantos se han ocupado del problema; comenzando pronto es fácil que el niño adapte su hambre al horario, pero hay que tener en cuenta que al tiempo se hace entonces la condicionalidad de un reflejo, y que marcado el ritmo, hay que cumplirlo de modo tal que a la hora dada el chico sienta plenamente satisfechas sus necesidades biológicas.

2º *La regulación del comportamiento externo* o sea el entrenamiento y el aprendizaje. Lecadre<sup>57</sup>, describe tres etapas de este entrenamiento. Al principio la leche es el alimento normal; hambre y ser se confunden y son expresadas de idéntica manera. Hutinel<sup>58</sup>, dice: "tal vez la exageración del apetito no sea en el niño pequeño otra cosa que la sed".

En una segunda etapa, entran en juego las sensaciones gustativas y de espesor, temperatura y pastosidad; ellas implican una verdadera elaboración psíquica, siendo muy importante para el médico, ya que es el tiempo de la adquisición de preferencias.

Por fin, en un tercer período, el acto de comer se convierte en algo reflexivo, lleno de modalidad emotiva y condicionándose poco a poco a elementos del ambiente, de sociabilidad y de estética.

En esta regulación del comportamiento externo y en relación con el aprendizaje Blatz<sup>59</sup>, lo presenta bajo dos aspectos: uno mecánico, con el uso de tazas, cubiertos, comportamiento en la mesa, etc., el otro hedonístico, vinculado a las satisfacciones que apareja el acto de comer.

*El aprendizaje mecánico* tiene un valor psicopedagógico muy grande;

en un principio el niño recibe el alimento en forma líquida, le basta chupar para adquirirlo, pero más luego el comer le ha de significar un trabajo. En nuestras costumbres el niño tarda en adquirir esta independencia, ya que las madres y cuidadoras se complacen en prolongar su actividad parasitaria, perjudicándole en manera extraordinaria por la tardanza en lograr su personalidad.

El aprendizaje hedonístico tiene capital importancia; ha de tenerse en cuenta que el niño debe encontrar un goce en el acto de comer, ya que relegada el hambre elemental a un segundo plano por la sucesión horaria convencional de las comidas, lo que le sirve de motor es el apetito, que es como ya sabemos, una función intelectual. Cuando un niño dice que un plato no le gusta, no actúa simplemente sirviendo una experiencia consciente que le recuerda que una vez no le gustó; su negativa a tomarlo es una respuesta global de toda su psicología.

3° *La composición del alimento.*—Es necesario una correcta composición del alimento en relación con la edad, de acuerdo a las leyes de la alimentación, la capacidad funcional del niño.

*Climatoterapia.*—El clima más propicio será el sedante, por lo cual se contraindicará el de mar y se aconsejará el de montaña de poca altura y el de llanura.

**TRATAMIENTO DE LAS INAPETENCIAS SECUNDARIAS.**—Ya que la inapetencia secundaria es provocada por una enfermedad determinada, lo primero y fundamental será tratar ésta.

A la medicación causal se agregará la llamada estimulante: esta medicación es múltiple. Se usarán las bebidas bicarbonatadas y cloruradas, una o dos cucharaditas antes de las comidas; los arsenicales tipo cacodilato o sulfarsenol, a pequeñas dosis han gozado de mucho favor por sus propiedades eupépticas; la nuez vómica y el sulfato de estriquina en los deprimidos; los extractos de hígado en forma inyectable o bucal especialmente en los anémicos. Los amargos que estuvieron de gran boga han sido dejados en la actualidad. La práctica enseña el escasísimo valor de estos medicamentos más o menos sintomáticos, que sólo alcanzan significación en los chicos grandecitos por el contenido psicoterápico que pueda infundirles el recetarlos e indicarles sus posibles efectos.

#### CONCLUSIONES GENERALES

1. La determinación de la frecuencia de la inapetencia en el niño de primera infancia se ha hecho hasta el presente en forma vaga; es necesario ponerse de acuerdo sobre su significación para poder realizar biometría y estadística de dicho síntoma. El aumento de su frecuencia según manifestación de la mayoría de los autores, débese a nuestro entender

a la mala educación actual del niño, especialmente en lo referente a la educación alimentaria.

2. Para su mejor conocimiento conviene diferenciar al hambre del apetito. El hambre es trófica, fisiológica; se adquiere por intermedio de las sensaciones tróficas, que son específicas, tienen elementos sensoriales primordiales y su conjunto es la base de la experiencia trófica. El apetito es el hambre más el factor intelectual, cerebral; juegan en su formación un papel predominante, los llamados reflejos condicionales, insuficientemente valorizados en la actualidad.

3. Al hacer el planteo semiológico de la inapetencia debemos investigar: antecedentes del síntoma, que harán su aceptación o rechazo; el examen del niño y de su ambiente, especialmente este último, y su evolución y confirmación diagnóstica.

4. Las clasificaciones hechas sobre la inapetencia son múltiples; creemos, sin embargo, que en realidad hay una sola inapetencia: la esencial; todas las demás, secundarias, corresponden a la sintomatología propia de cada enfermedad.

5. La inapetencia esencial, llamada también nerviosa, mental, etc., es provocada por una causa ocasional: trauma físico o psíquico, vinculada al acto de comer, lo llamamos por eso "*trauma del acto alimentario*" y ligado directamente al desarrollo de los reflejos condicionales; por la nerviosidad del niño, constitucional y más frecuentemente adquirida, y por la nerviosidad familiar, en el cual ubicamos un grupo al que denominamos afectivos exagerados, o sujetos con carga afectiva de los americanos.

Por su etiopatogenia, creemos que corresponde incluir en este tipo: la inapetencia del destete, la de las comidas complejas y la aversión al pecho.

6. Las inapetencias secundarias son de origen múltiple: de causa general: digestivas, infecciosas, tóxicas y de carencias vitamínicas; de causa local: bucales, faríngeas y nasales.

7. El tratamiento de la inapetencia esencial se basa en: sedación del acto de comer, medicamentoso, psíquico (es de utilidad el régimen ascendente de Janet), y modificación del ambiente que rodea al niño. La educación alimentaria actúa profiláctica y terapéuticamente, consistiendo en: regulación en el tiempo, regulación en el comportamiento externo y en la composición del alimento.

8. De todo lo expuesto, se deduce, que la vitamina B debe desecharse como medicación específica de la inapetencia, sus indicaciones y éxitos deberán limitarse a los casos de carencia de la misma.

#### ALGUNAS OBSERVACIONES CLINICAS RESUMIDAS

*Observación N° 1.*—Roberto G., historia clínica N° 11.929; peso de nacimiento, 4500 gr.; en la actualidad 6 meses, peso 10.770. Lo trae a la consulta porque desde hace dos días no quiere tomar el pecho —hasta ese

momento la alimentación era exclusivamente materna—. Se la interroga más detalladamente por si hubiera una hipogalactia brusca, pero la madre manifiesta tener abundante leche, insistiendo en que el niño no quiere mamar. Examinando al niño comprobamos un ligero estado subfebril, 37°8 de temperatura rectal, faringe ligeramente enrojecida y un pequeño coriza. Hacemos las indicaciones habituales y tres días más tarde vuelve constatando una gran mejoría y el niño toma el pecho sin dificultad. Quince días más tarde ha aumentado 350 gr. con la alimentación exclusivamente materna.

*Observación N° 2.*—María G., de la clientela particular; dos meses de edad; peso 5800 gr., alimentación materna. A los 15 días vuelve a la consulta no habiendo aumentado de peso; se le indica alimento complementario, tres biberones por día y progresa satisfactoriamente. A los 4 meses de edad es traída a la consulta, con 7200 gr., porque desde hace dos días no quiere tomar el pecho, ni el biberón, no habiéndole observado lo madre ninguna otra alteración. Examinamos a la niña, algo pálida, inquiriendo por las deposiciones que según la madre son completamente normales. En ese momento del examen la niña mueve el vientre, con deposición francamente dispéptica. Indicamos dieta hídrica, y después diluciones de leche, mejorando rápidamente en tres días el apetito y su alteración.

En estas cuatro observaciones que a continuación expongo, veremos diferencias de evolución de las hipolimias infecciosas, desde la que no trastorna nada el apetito, hasta aquella que dadas las condiciones del niño y del ambiente llega a provocar una inapetencia esencial.

*Observación N° 3.*—Norma Beatriz M., historia clínica N° 11.291. Viene a la consulta con un mes de edad, peso 4120; alimentación materna. Progresa regularmente de peso hasta los 5 meses 26 días, con 8700 gr. Se inicia la alimentación mixta y llega a los 9 meses 15 días a 10.150 gr. Sus únicas enfermedades han sido los corizas a repetición. Duerme con la boca abierta. Apetito siempre bueno. A los 11 meses, bronquitis intensa, duración 7 días, apetito bueno. A los 15 meses nueva bronquitis y piodermitis generalizada. El apetito no se ha modificado. Desde los 16 a 20 meses procesos catarrales a repetición ligeramente subfebriles; reacciones tuberculínicas reiteradamente negativas y apetito siempre conservado. A los 20 meses pesa 12.750 gr.

*Resumiendo:* En este niño, a pesar de los reiterados procesos infecciosos el apetito siempre fué excelente.

*Observación N° 4.*—Ana María C., historia clínica N° 11.615; edad, 16 días; peso, 4350 gr. Alimentación materna. La trae por coriza con dificultad de la succión. Al mes de edad mejorada, poco aumento de peso por hipogalactia materna. Se le indica alimentación complementaria y a los 4 meses peso 7320 gr. Apetito bueno. En esa época se afecta de catarro bronquial, apetito conservado. Sigue bien hasta los 10 meses, pesa 10.030 gr.; nuevo coriza que la deja ligeramente inapetente y aumenta en dos meses 500 gr. A los 15 meses, angina roja, temperatura 39° grados; mejora a los dos días, pero queda inapetente durante 15 días. A los 19 meses pesa 11.600 gr. Niño y ambiente algo nerviosos. *Resumiendo:* Hipolimia infecciosa a repetición, que cada vez modifica más el apetito.

*Observación N° 5.*—Roque M., historia clínica N° 12.612; 3 meses 5 días; peso, 5000 gr.; alimentación materna. Lo trae porque desde la noche

anterior rechaza el pecho. Al examen se constata una ligera estomatitis eritematosa; mejora rápidamente y 13 días después había aumentado 500 gr. Hasta los 7 meses presenta ligeros episodios infecciosos agudos: corizas, anginas, bronquitis con repercusión sobre el apetito. A los 9 meses pesa 8300 gr.; faringe roja e inapetente. Madre muy nerviosa y niño cada vez más nervioso. A partir de este último proceso infeccioso queda inapetente. Vitamina B sin resultados. A los 13 meses y 21 días, es decir, cuatro meses y medio después, sólo había aumentado 300 gr. de peso. Resumiendo: Cada hipolimia ha repercutido más sobre el apetito; la última ha producido inapetencia esencial.

*Observación N° 6.*—Carlos A., historia clínica N° 11.841; 1 mes 4 días; peso, 4160 gr. Continúa con alimento materno hasta los 5 meses, pesando 7300 gr. Siempre tuvo dificultades en la lactada; niño muy nervioso; a los 6 meses se inician las sopas, apetito bueno, llegando a los 9 meses a pesar 9350 gr. En ese tiempo hace un coriza, apetito disminuído, que se recupera y a los 10 meses pesa 9980 gr. A los pocos días presenta nuevo coriza y ligera estomatitis y a partir de esa época se hace inapetente, llegando a los 17 meses con 10.250 gr. es decir, había aumentado en 8 meses nada más que 280 gr. Todos los tónicos y vitamina B fracasaron. El niño cada vez más nervioso; madre tranquila; vive con los abuelos maternos que miman exageradamente al niño. Resumiendo: Hipolimia infecciosa que rápidamente lleva a la inapetencia verdadera en su segundo proceso.

*Observación N° 7.*—Carlos Eduardo H., historia clínica N° 13.666; edad, 7 meses; peso, 8050 gr.; alimento materno hasta hace 15 días. En esa época según nos cuenta la madre, —se trata de una persona culta— a raíz de una consulta médica, el facultativo le aconseja despecharlo bruscamente de un día a otro, con alimentación a base de sopas y biberones; el niño se niega a tomarlos y ante una nueva consulta, el médico aconseja insistir con pequeñas reprimendas; a partir de esos días el niño rechaza todo alimento y baja en el término de 15 días 850 gr. Madre y niño algo nerviosos. Aconsejamos tratamiento oportuno, suprimidos toda violencia física o psíquica en la alimentación haciendo un esbozo de régimen ascendente de Janet y a los pocos días el niño empieza a comer. Diez días más tarde ha aumentado 350 gr.

*Observación N° 8.*—Roberto N., de la clientela particular. Cuatro meses de edad; peso, 6520 gr.; alimentación artificial desde los 15 días. La madre nos relata que a raíz de un biberón muy caliente el niño rechaza desde esa época todas las mamaderas, a pesar de la insistencia materna repetida (le da el biberón cada hora u hora y media). Explicamos a la madre el caso y le aconsejamos por unos días le dé a cucharaditas, sin ninguna insistencia. Lo vemos 10 días más tarde y la madre nos refiere que después de cuatro días de darle el alimento a cucharaditas empezó a tomar el biberón.

*Observación N° 9.*—César Aníbal G., historia clínica N° 13.227; 1 mes 16 días; peso, 5100 gr. Alimentación leche de mujer (del Lactario Municipal, 600 gr. diarios). Lo trae por ser muy nervioso y llorón. Madre nerviosa, pero poco afectiva. A partir de esa época y dada las dificultades en la obtención de leche se complementa con polvos de leche, aumentando en una semana 370 gr., a pesar de lo cual siempre nervioso, llorón y según la madre, insatisfecho. Continúa con buen aumento de peso y apetito siempre exagerado, pesando a los 5 meses 27 días, 8300 gr.

*Observación N° 10.*—Celia A., historia clínica N° 12.925; 1 mes 10 días; peso, 4650 gr. a pecho exclusivo.

Niño exageradamente nervioso, la madre normal. Apetito bueno, igual que el aumento de peso. A los tres meses alimentación complementaria, y a los 5 meses pesa 7230 gr. Tuvo en esa época un proceso dispéptico benigno que curó rápidamente. El niño está cada vez más nervioso, pero el apetito siempre aumentado. A pesar de tener en dos oportunidades coriza y angina de cierta intensidad el apetito se conservó. A los 9 meses pesa 9100 gr.

*Observación N° 11.*—Julio A. P., historia clínica N° 11.671; 1 mes 24 días; peso, 5020 gr., a pecho; a los 3 meses 25 días pesa 7000 gr. siempre muy nervioso, barbitúricos sin resultados. Apetito exagerado. Corizas y anginas a repetición; hipertrofias de amígdalas y vegetaciones. El apetito a pesar de todo exagerado. A los 11 meses, 9800 gr.

*Observación N° 12.*—María A. P., de la clientela particular; 1 mes 15 días; peso 4100 gr.; alimentación materna, examen general, nada de particular. El matrimonio vive con los abuelos maternos, y tres tíos de la niña; es el primer nieto de ambos ascendientes; a los 3 meses peso 5100 gr., empieza a ser inapetente y además hay hipogalactia materna. Se le indica alimento complementario, pero se niega a tomar el pecho y el biberón. A los 6 meses, 5800 gr., desnutrida, exageradamente nerviosa. No quiere tomar sopas. Cada comida es una tragedia; todos alrededor de la niña, llorando la abuela cada vez que no come. A los 9 meses pesa 6200 gr., complicándose el problema cada vez más. Le planteo a los padres la situación y la necesidad de vivir solo el matrimonio. Aceptan el consejo y a los 15 días la niña empieza a comer voluntariamente. Al año pesa 8500 gr.

*Observación N° 13.*—María Cristina N. Es vista al mes de edad con 4000 gr. de peso, alimentación materna; la niña progresa bien, algo nerviosa. Vive en la casa con dos tías casadas, una con hijos y la otra no, pasándose todo el día haciéndole los menores caprichos. Hasta los 6 meses a pecho, algo inapetente, pero buen aumento de peso, 7800 gr. A los 6 meses y medio tiene un proceso catarral agudo, los mimos y cuidados llegan a la exageración, volviéndose inapetente. A partir de esa época, muy poco aumento de peso, y la nerviosidad cada vez más aumentada. El padre comprende la situación, pero la madre se niega a alejarse de los hermanos. Toda la medicación ha fracasado.

*Observación N° 14.*—Yolanda R., de la clientela particular. Es traída a mi consultorio a los 6 meses de edad, peso 6000 gr.; inapetencia pertinaz. Estuvo 15 días a alimentación materna, después alimentación complementaria y rápidamente artificial; biberones de leche, manteca y harina, a los tres meses jugo de carne, purés de legumbres, manzana y banana. Al principio el niño comía bien, pero pronto se iniciaron las dificultades que aumentaron con el tiempo. El médico que lo atendía insistía en la alimentación y hacía el agregado de abundantes vitaminas B, C y D. Al examen, comprobamos niño y madre tranquilos, últimamente la madre muy afligida por la inapetencia y la rebaja de peso del pequeño. Se le indica una ligera dieta, el biberón adecuado a su edad, no insistir en la alimentación, explicándole a la madre el motivo de la inapetencia. A los pocos días el niño empieza a alimentarse, renace el apetito e iniciamos una sopita. Vuelto a ver al mes es un niño completamente normal en su apetencia.

*Observación N° 15.*—Pedro G., de la clientela particular; 10 meses de edad, pesa 990 gr., alimentación materna hasta los 6 meses, después mixta

y en la actualidad artificial. Siempre sano y con mucho apetito. Es traído a la consulta porque desde hace dos días tiene inapetencia absoluta, algo pálido, ligeramente subfebril 37°8 de temperatura, coriza, faringe algo roja. Hago las indicaciones de práctica, vuelve dos días más tarde, sin temperatura, coriza y faringe mejorados, pero se niega a tomar cualquier clase de alimentos con gran aflicción de la madre, motivo fundamental de esta segunda consulta. Le ha llamado la atención a ella que el día anterior y el de la consulta ha tenido un vómito, hecho que anteriormente nunca había acontecido. El examen es negativo, llamando únicamente la atención la palidez y el aliento que es ligeramente sospechoso. Se manda investigar inmediatamente acetona en orina, constatando su existencia y haciendo la terapéutica corriente. El niño mejora y el apetito se restablece. Un mes más tarde nos relata la madre, se repite exactamente el mismo cuadro: inapetencia brusca y completa haciendo la madre por su cuenta la medicación con éxito inmediato.

*Observación N° 16.*—Roberto L., historia clínica N° 12.281. Es visto desde los dos meses; peso 4000 gr.; alimentación materna. A los 6 meses inicia la alimentación mixta, y a los 10 artificial. A partir de esa época presenta inapetencias bruscas de 3 a 5 días de duración, cada mes a mes y medio, que curan rápidamente sin darle ninguna importancia la madre. A los 15 meses, sin causa aparente y en forma inopinada, presenta un cuadro grave de deshidratación aguda, vómitos y diarrea profusas y pérdida de peso—en 24 horas 950 gr.—Sospechamos la posible existencia de acetonemia, conseguimos orina en pequeña cantidad, donde se constató su existencia. Hacemos la medicación apropiada; a los 3 días recupera el peso, y a la semana está completamente bien y comiendo normalmente.

*Observación N° 17.*—Norma G., de la clientela particular. Es una niña alimentada a pecho hasta los tres meses, muy nerviosa igual que la madre, vive con los abuelos paternos que la miman mucho. Desde esa época y debido a la hipogalactia, hubo necesidad de indicarle biberones, los que tomó siempre con mucha dificultad. A los 7 meses, como la leche materna era muy escasa y la criatura estaba toda la noche prendida al pecho, se le indicó el destete, realizado con algunos inconvenientes, pero rápidamente puesto en práctica. Una vez efectuado el destete y sucediendo todo lo contrario de lo que habíamos vaticinado, la niña comía cada vez menos; a los 8 meses de edad la madre era una verdadera esclava de su hija, no pudiendo estar alejada el más mínimo tiempo; lloraba desesperadamente y se negaba a tomar el alimento de manos de otra persona, incluso el padre o los abuelos que vivían con ella desde su nacimiento. A raíz de una pequeña intervención quirúrgica efectuada a la madre, estuvo tres días alejada de la pequeña y durante ese tiempo no probó casi alimento. No hemos podido resolver el problema del destete afectivo por incompreensión materna, pues según ella la niña está bien por sus cuidados, su paciencia, ya que su función en la vida es "sacrificarse por su hija".

#### BIBLIOGRAFIA

1. Escardó F. La inapetencia infantil. "El Ateneo", Bs. Aires, 1940, pág. 7.—
2. Stolke K. Anorexia del niño. Su tratamiento "Práctica Médica", 1937, N° 26, pág. 148.—
3. Engel St. Schlecht essende. "Kinder Monatschr. F. Kinderhik.", 1925, 30, 270.—
4. Moll. Das appetitlose. "Kinder Monatschr. F. Kinderhik.", 1930, 48, 525.—
5. San Martín A. Anorexia infantil. "Arch. Arg. de Ped.", 1939, 12, 526.—
6. Schiavone. Consideraciones sobre inapetencia infantil. "Rev. Oral de Ciencias Méd.", 1940, 5, 460.—
7. Barlett. An analysis of anorexia. "Am. Jour. Dis. of Child." 1938, 35,

- 26.—8. *Escardó F.* Loc. cit. (1), pág. 20.—9. *Marañón G.* Factores endocrinos del hambre. "Día Médico", 26 de abril de 1937, pág. 286.—10. *Turró R.* Orígenes del conocimiento. El hambre. Ateneo, Madrid, 1921.—11. *Pi Suñer.* Traité de Physiologie normale et Pathologique. Roger et Binet, 1931, II, 77.—12. *Turró R.* Loc. cit. (10), pág. 29.—13. *Turró R.* La base trófica de la inteligencia. Conferencias dadas en la Residencia de Estudiantes de Madrid. Noviembre de 1917, fas. I, cap. 1, pág. 16.—14. *Bunge.* Cit. por *Turró*, loc cit. (13), pág. 21.—15. *Turró R.* Loc. cit. (10), fas. III, cap. IV, pág. 3.—16. *Helmholtz.* Cit. por *Turró*. Loc. cit. (10), fas. III, cap. IV, pág. 2.—17. *Turró R.* Loc. cit. (10), fas. III, cap. IV, pág. 12.—18. *Turró R.* Loc. cit. (10), fas. V, cap. VI y VII, pág. 13.—19. *Marañón G.* Loc. cit. (9), pág. 287.—20. *Blatz William.* Manual de psicología del niño, 1935, pág. 991.—21. *Escardó F.* Loc. cit. (1), pág. 51.—22. *Lecadre M.* Contribution a l'étude de l'anorexie du nourrisson. Tesis de París, 1931.—23. *Escardó F.* Loc. cit. (1), pág. 47.—24. *Wallgren A.* Ugest L. Loeger junio 14 de 1932, 99, 29. Causes and treatment of anorexia in Children.—25. *Barlett.* Loc. cit. (7), pág. 26.—26. *Taillens.* La nervosité de l'enfant. "An. de la Soc. de Pueric. de Buenos Aires", 1938, tomo IV, N° 4, págs. 273-277.—27. *Taillens.* Loc. cit. (26), pág. 273.—28. *De Angelis F.* Il bambino nervoso. "Le Ped. Italiana", nov. 1 de 1938, 74, pág. 1167.—29. *Garciso A. y Escardó F.* Sobre el síndrome de debilidad motriz. "Arch. de Ped. del Urug.", abril de 1940.—30. *Comby.* Cit. por *Door*, loc cit. (31), pág. 15.—31. *Door M.* Anorexie des enfants par fautes d'hygiène psychique et alimentaire. Tesis de París, 1939.—32. *Caron P.* Traité de médecine naturiste, Paris 1930. 33. *Mouriquand.* Cit. por *Door* (31).—34. *Buzzo A., Agostini de Muñoz A. y Calabrese A.* Contribución al estudio de la aversión en el lactante al seno materno. "An. de la Soc. de Pueric. de Buenos Aires", 1939, tomo V, N° 3, págs. 183-186.—36. *Gillot.* Anorexias infantiles d'origine therapeutique. "La Ped. Prac.", oct. 1937, 18, 856.—37. *Mouriquand.* Cit. por *Guillot* (36).—39. *Ugarte F.* en colaboración con *Magliano H.* Síndrome de carencia frustra del sexto al octavo mes. "An. de la Soc. de Pueric. de Buenos Aires", 1935.—40. *Jolliffe N.* Desnutrición condicionada. "Jour. of the Am. Med. Ass.", 1943, 122, 298.—41. *Stepp W.* Las vitaminas, un tomo, "El Ateneo", 1941, Bs. Aires, pág. 53.—42. *Mathieu et Leroy.* Etudes recents sur la vitamina B et l'avitaminose correspondant chez les enfants. "Jour. des Prat.", 13 de junio de 1931, pág. 385.—43. *Morgan y Barry.* Underweight children increased growth secured though the use of wheat germ. "Am. Jour. Dis. of Child.", 1930, pág. 935.—44. *Escardó F.* Loc. cit. (1), pág. 107.—45. *Ribadeau-Dumas.* Trat. de Pat. Med. Sergent. Trad. al esp., tomo 24, pág. 675.—46. *Escardó F.* Loc. cit. (1), pág. 101.—47. *Garrahan J.* Medicina infantil. "El Ateneo", Bs. Aires, 1938, pág. 446.—48. *Barlett.* Loc. cit. (7), pág. 26.—49. *Buzzo A., de Muñoz A. A. y Bayley Bustamante G.* Accidentes de la primera dentición. "An. de la Soc. de Pueric. de Buenos Aires", 1935, vol. I, N° 2, págs. 179-194.—50. *Escardó F.* Loc. cit. (1), pág. 113.—52. *Sercher.* La importancia de la respiración libre por la nariz sobre el desarrollo del niño. "Bull. Int. de Prot. de l'enfant.", 1937, N° 150.—53. *Door.* Loc. cit. (31).—54. *Door.* Loc. cit. (31), pág. 50.—55. *Janet.* Sur une forme d'anorexie des enfants. "Jour. de Med. et de Chir. Pract.", 1936, 37, 162.—56. *Blatz.* Loc. cit. (20), pág. 925.—57. *Lecadre.* Loc. cit. (22).—58. *Hutinel.* Cit. por *Lecadre*, (22), pág. 20.