

## UNAS CUANTAS PALABRAS SOBRE DIARREAS INFANTILES

POR EL DR. SANTIAGO RAMIREZ.

Voy a permitirme presentar a la consideración de esta docta Academia, algunas ideas relativas a las diarreas de los niños y con especialidad aquellas que se presentan antes de los dos años de la existencia.

Tengo para mí, que muchas de ellas son mal tratadas, aún por los mismos médicos y que por esto, los errores terapéuticos y los fracasos, son bastante frecuentes.

Los que ejercitamos la profesión en la rama infantil, vemos constantemente en nuestros consultorios, multitud de madres—principalmente primíparas—que llevan a sus niños porque presentan diarreas más o menos profusas, que a veces llevan a la hipotrofia o atrofia; pero en otras ocasiones, este síntoma repercute de una manera bastante leve sobre el estado general.

El estudio y terapéutica de las diarreas infantiles, es complejo y variadísimo y a las veces, tras largas e infructuosas luchas, una simple disminución en la cantidad de azúcar o el aumento del agua, son suficientes para suprimir este molesto, inquietante y a veces fatal síntoma.

En cambio, existen diarreas—y no me refiero a las infecciosas—que son rebeldes, de una rebeldía desesperante a toda terapéutica, a todo régimen alimenticio y que persisten al estado crónico, por meses, hasta que, acaso los fermentos digestivos cambian.

Estas diarreas, apiréticas, por lo general, son benignas, a pesar de su cronicidad, repercuten sobre el estado general de una manera poco apreciable y su tratamiento, actual, gracias a los trabajos de Weill, parece, como veremos más adelante dar buenos resultados.

Para ser metódico en esta modestísima exposición, voy a dividir las diarreas en varios capítulos, comenzando por las que, en mi sentir, presentan gravedad menor y son las de los niños de pecho, amamantados con leche de madre o de nodriza.

Ne será lo extenso que el asunto requiere, por no hacer este trabajo interminable y cansar más de la cuenta la benévola atención de mis muy ilustres oyentes.

**DIARREAS DE LOS NIÑOS DE PECHO.**—No es raro que el médico de niños o el médico general, sean requeridos para atender a un niño

que, desde los primeros días de la existencia, presenta como único síntoma la diarrea.

Nos encontramos con niños, por lo general, en buen estado de salud, que han nacido normalmente y a término; que duermen tranquilos, que tienen apetito, que su curva de peso, si no es completamente normal, si al menos es lo suficiente correcta para no inquietarse, que no presentan enfriamientos, ni tienen frecuentes lloros o gritos; que—y esto siempre lo investigo—no acusan el menor dolor a la presión de las epífisis de los huesos largos. Las madre nos informan que presentan ocho, diez o raras veces más evacuaciones al día. Las mamás achacan estas diarreas a mala calidad de la leche y piensan en cambiarle pecho al bebé o lo que es peor, darle leche de vaca.

Algunas veces, los médicos, no versados suficientemente en estos achaques, atribuyen esta diarrea a algún proceso infeccioso y aún cuando la curva termina no asciende sobre la normal, recetan uno de los más usados caballos de batalla en terapéutica infantil; el calomel. El fracaso es la regla. Prescriben otro medicamento usadísimo y aún otro algo menos usado: ácido láctico o colargol. Un segundo fracaso sucede al primero, con la desventaja de que, las evacuaciones calomelánicas, llaman la atención de la madre y opina porque el niño está peor con la medicina.

Estas diarreas de los niños de pecho, por regla general—y así lo manifiesto a las madres—no tienen importancia grande, no requieren casi tratamiento medicamentoso, no debilitan a los niños y sobre todo—digo—es una locura quitarle al niño el pecho para sustituirlo por el de la nodriza y un crimen darle leche de vaca o las mil leches que hay en el mercado.

En ocasiones el interrogatorio a las mamás es preciso y él nos dá la clave para el tratamiento. La madre manifiesta que el niño mama demasiado, que tiene regurgitaciones abundantes, que le dá el pecho cada hora, hora y media o cuando llora. Otras veces, copiosas comidas indigestas, acompañadas de alcohol, cóleras o emociones intensas, han precedido a la diarrea.

En tales casos, se mengua el tiempo de las mamadas, se regularizan estas; si es posible, se pesa al niño antes y después de su alimento, se aconseja alimentación sana y nutritiva para la madre y después de cuatro, seis o excepcionalmente más días, cesan las deposiciones.

Esta es la primera categoría de diarreas de niños amamantados: las que se deben a sobrealimentación y las que nacen a consecuencia de principios agregados a la leche y que provocan una mala digestión del alimento un peristaltismo mayor y por ende la diarrea, que excepcionalmente se acompaña de calenturas, en cuyo caso, deberá cotalogarse entre las infecciosas.

Hay ocasiones también en que, ni el niño está sobre alimentado, ni hay irregularidad en las horas de las mamadas, ni, por parte de la madre, ha habido abuso en alimentos o bebidas y sin embargo, sin causa alguna aparente, ha aparecido el síntoma.

Muy someramente voy a describir estas diarreas.

El número de evacuaciones que he tenido ocasión de observar, ha sido hasta de 16 en las 24 horas, sin gran repercusión sobre el estado general. Estas evacuaciones al principio, no son tan numerosas, son grumosas, con parte más o menos grandes de inoco, se expeleñ sin molestias, tienen color amarillo, que se transforma con el aire en verde (por la formación de biliverdina) hay puntilleo blanquezo y su olor no tiene nada de diferente con las evacuaciones normales; ligeramente agrio. A medida

que pasa el tiempo, estas evacuaciones son más y más líquidas, sin que falte el elemento moco, ni los grunitos constituidos por grasas neutras a veces se encuentran numerosas burbujas en la evacuación, signo de desarrollo de gases en el tubo intestinal (C. 02-II) En tales casos, hay, generalmente cólicos. La reacción es ácida.

Estudios minuciosos emprendidos por Guillemont, Karlinsky, Moro, Schbert, Tissier, etc., sobre la flora microbica intestinal, parece demostrar que ella es normal y que el elemento infección no es el causante de estas diarreas.

Otros opinan porque el aumento de gérmenes sacarolíticos, para transformar el azucar, es el que trae una hiperperistaltismo y que, por lo mismo, hay que disminuir la cantidad de azucar.

El hecho, en dos niños amamantados con biberón y que presentaron diarreas que no cedían con nada, por fin logré suprimirlas quitando casi el azucar del alimento: concluí que el factor de las diarreas era el azucar, pues poniendo esta en la cantidad primitiva, volvieron a presentarse las deposiciones.

En los niños muy pequeños, generalmente menores de tres ó cuatro meses de edad, hay otro síntoma molesto y doloroso: me refiero a los cólicos, a veces de intensidad y duración grandes, cólicos que ceden cuando cesa el conflicto con los gases y estos son expelidos.

El eritema no tarda en presentarse y ser otro factor más de molestia para los niños, se extiende a veces a las bolsas o grandes labios y yo tuve, hace algún tiempo un caso de erisipela con muerte, en un niño diarréico: esta erisipela comenzó en una nalga y rapidísimamente invadió piel del escroto, pene y pared abdominal.

Algunos autores señalan aumento ligero de temperatura. Por lo que he observado en mi práctica puedo decir lo contrario. Cuando las diarreas no son debidas a una infección, sino obedecen a causa mecánicas o químicas, la temperatura está en la normal o por abajo de la normal, no siendo raro ver niños con temperatura rectales de 36.3. o 36.5. Si hay elevación térmica, yo he pensado siempre en un proceso infeccioso, que viene a implantarse en un locus minoris resis tette o si es primitiva, en un proceso infeccioso idiopático.

El diagnóstico etiológico, presenta a veces reales dificultades, de donde la mala terapéutica muy a menudo empleada y que no responde a las esperanzas que se ponen en ella.

Es necesario investigar con nimio cuidado el origen de estas diarreas, la causa inmediata y poner el remedio. Si se trata de sobre alimentación, de irregularidad marcada en las mamadas, de pésimo régimen alimenticio en la nodriza o madre, etc., las diarreas ceden casi siempre tras la supresión de la causa que las origina. Si se trata de una dolencia aguda del seno, tal como galactoforitis, linfangitis, absceso, etc., la alimentación por este seno será suprimida y sin pérdida de tiempo se hará uso, ya de curaciones húmedo-calientes, ya de amasamiento científico de la glándula, ya de la inyección de bacterinas autógenas, ya de la debridación del absceso.

Otras de las causas de las diarreas de los niños de pecho y señalada por Marfan, Morquio y otros, es el exceso de mantequilla en la leche. Ignoro en México, el tanto por ciento de mantequilla en la leche, pero en Francia, la proporción admitida como normal, es de 36 gramos por litro (Marfan) en los Estados Unidos, de 40 (Griffiths), y proporciones algo mayores los autores alemanes. Ahora bien, hay veces en que la cantidad de grasa alcanza una cifra doble de la normal. Suprimiendo ciertas sustan-

cias en el alimento de la madre, puede lograrse una baja en la mantequilla de su leche. Sin embargo—pero menos frecuente—puede existir en los niños de pecho, constipación por el exceso de grasa, pero de todos modos, el excremento jabonoso es característico.

Cuando el aumento en el peso del niño, antes del ataque diarréico haya sido muy grande, probablemente se trata de una diarrea por sobre alimentación: reglamentado esta, haciendo pesadas antes y después de las comidas, esta cederá. Esta reglamentación debe llevarse a cabo desde 3 puntos de vista: 1o. espaciar las mamadas y ponerlas a intervalos iguales. 2o. disminuir el tiempo de cada mamada y 3o. suprimir las nocturnas.

Veces hay, en que a pesar de todo, las diarreas infantiles no se suprimen. La leche de la madre, no es tolerada: se da pecho de nodriza y acaee el propio.

En tales casos, según Edmundo Weill, hay estado anafláctico para la leche.

Quiero detenerme un poco sobre este particular, e indicar la terapéutica últimamente aconsejada y la modificación que yo he llevado a cabo, sin poder decir hasta ahora, sin con algún resultado o sin ninguno.

El método de Weill, he tenido ocasión de emplearlo en once casos, de los cuales, en nueve los resultados fueron completamente satisfactorios. Voy someramente a relatar los principales.

El primer caso, fué en un niño, de dos y medio meses de edad, sin antecedentes hereditarios ni personales, con buen peso, estado general satisfactorio: a los dos meses, comenzaron la deposiciones a alarmar a la mamá. Cuando lo ví, después de emplear otros médicos copiosa terapéutica oral, se me ocurrió hacerle una inyección de medio centímetro cúbico de leche materna.

La víspera del día de la inyección, tuvo 16 evacuaciones.

La técnica nada tiene de particular, quiero sin embargo, hacer incapié en algunos detalles a fin de hacer la inyección irreprochable. Coloco un algodón humedecido en alcohol, en el pezón, por todo el tiempo que está hirviendo la jeringuilla; dejo escurrir, sin utilizar, unos cinco centímetros cúbicos de leche, a fin de que esta, arrastre los gérmenes que pueda tener el conducto, torno a poner el algodón y después, en la jeringuilla vierto la cantidad de leche deseada: comienzo con medio centímetro cúbico. La inyección en los glúteos. Por regla general es poco dolorosa.

Al día siguiente, aumento la dosis al doble. Al tercer día, inyecto tres o cuatro centímetros cúbicos.

En el niño a que me vengo refiriendo, se le inyectaron 9.50 c. c. en total, en las siguientes dosis: 05.-1.00-3.00. 5.00., después de esta última inyección, el número de evacuaciones que oscilaba entre once y dieciseis, fué de tres a cuatro, en las 24 horas. Durante este tiempo no hubo variaciones en el momento de las mamadas, no cambió la alimentación de la madre, no hubo ningún medicamento extra.

El segundo caso, se refiere a mi propia hija.

Desde los primeros días de la vida, comenzó a padecer de copiosas diarreas, acompañadas de cólicos que la hacían llorar constantemente, le quitaban el sueño y repercutían sobre el estado general. La vió el doctor Soberón, quien le prescribió gotas de éter amilo valerianico y pequeños enemas con gotas de esencia de trementina. Pasajero fué el alivio. Tornó a presentar diarreas y cólicos; ambos duraron cerca de tres meses, hasta que al fin me resolví a usar la inyección de leche. Después de la primera que fué de medio centímetro cúbico, hubo elevación térmica a 38 y medio,

eritema in situ: la segunda la puse al tercer día, de la misma dosis, la tercera de dos centímetros cúbicos, la cuarta de cuatro y la quinta de seis. El resultado fué admirable y desde entonces, no volvió a padecer, tuvo tres a cinco evacuaciones (en vez de doce o quince) y aumentó de peso.

El tercer caso, no cuadra bien aquí por no ser diarrea de niño de pecho, sin embargo, lo refiero, por tratarse de inyección de leche.

Niño de dos años de edad, operado a la edad de año y medio, en compañía del doctor Soberón de una hernia inguinal derecha. Sin causa ninguna, cuando el desteto fué completo, este niño comenzó a tener diarreas que lo enflaquecieron muchísimo. Se usó enorme terapéutica, se le dió leche condensada y el síntoma no desaparecía. Le apliqué inyecciones de leche de vaca, hervida y la mejoría fué grande.

Por lo expuesto, he pensado que, en las diarreas de los niños de pecho, de oscura etiología, cuando el factor no se encuentra entre los enumerados al principio, creo que estamos autorizados a usar el método de Weill, el que, parece dar alentadores resultados.

La modificación que yo he intentado al método, es la de administrar la leche, no en inyecciones, sino por la vía oral. Después de que el niño ha mamado (unos diez minutos) se le dan tres gotas de leche, al cuarto de hora, seis; al cuarto de hora, doce, etc., hasta llegar a 400 gotas, después se le permite mamar durante un minuto y medio, al cuarto de hora tres minutos, a la media hora durante cinco.

Esto se puede repetir durante dos o tres días. Ignoro si el procedimiento haya dado resultado, pues solamente lo he empleado en dos casos y por falta de cuidado de las madres, por olvidar ciertos detalles, no puedo dar conclusiones sobre el particular.

Cuando la diarrea del niño de pecho se presenta acompañada de marcada repercusión en el estado general, sin fiebres y con lloro continuo, está absolutamente indicado verificar una serorreacción de Wassermann y en algunos casos, encontraremos esta fuertemente positiva; entonces se impone el tratamiento antisifilítico, pues se trata muy probablemente de una aplasia glandular de origen luético.

Hace unos ocho meses, ví a un niño, de dos meses de edad, en estado casi atáxico: seca y arrugada la piel, cara de viejo, largos cabellos alternados con zonas de calvicie, fontanela hundida, modorra alternando con lloro débil: su peso era de dos kilos ochocientos gramos. Desde su nacimiento comenzó a tener diarreas y vómitos. Era amamantado por la mamá, la que tenía senos pequeños pero con bastantes glándulas lácteas que daban una leche abundante. Puse a esta criatura, inyecciones de leche materna, sin el menor resultado. Pensando en una aplasia glandular de origen sifilítico y no pudiendo hacer un examen serológico en la madre—por causas que no es del caso referir—indiqué un tratamiento por fricciones de unguento mercuril. El alivio de la criatura fué lento pero efectivo, un mes después del tratamiento cotidiano, con un gramo de unguento, el peso había aumentado en unos quinientos gramos, las evacuaciones habían disminuido notablemente. Prescribí después solución de Van Swieten y actualmente el niño, que cuenta diez meses, pesa ocho kilos, está contento, duerme bien, no está diarreico y se inicia el desteto.

Esta es pues una causa de diarreas que hay que investigar: no muy común en mi sentir pero tampoco excepcional y que un cuidadoso estudio puede hacer que sea tratada de un modo enteramente racional y científico.

DIARREAS DE LOS NIÑOS ALIMENTADOS CON LECHE DE VA-

CA.—La relativa benignidad que presentan las diarreas de los niños de pecho alimentados con leche humana, trócase en las diarreas de los niños alimentados con leche de vaca, en un problema médico social de la más alta importancia y que en nuestro medio, no está ni siquiera bien planteado. Las diarreas estas, son las que mayor contingente dan de mortalidad y de morbilidad. El estudio completo de estas diarreas, con sus múltiples corolarios, con las deducciones prácticas, con la profilaxis debida, ocuparía volúmenes y necesitaría capacidad muy superior a mis eneques fuerzas. Voy a ser sumamente parco en este capítulo.

Las diarreas que me ocupan, presentan multitud de modalidades clínicas: desde la benigna, que colinda con el estado de salud, hasta la completa atrepsia, se ven tipos diversos, con sintomatología algo diversa, que si bien tiene de común el síntoma diarrea, en unas solo este y una alza térmica poco sensible y una baja de peso mediana dominan el cuadro.

La diarrea puede ser primitiva o consecutiva a otra dolencia como gripa, bronquitis, neumonía, fiebres eruptivas etc. Solo me ocuparé de las primitivas.

Las evacuaciones en las 24 horas, están aumentadas en número, pudiendo ser de cuatro, seis, diez y más. Las evacuaciones son líquidas, gelatiniformes, con grumos blanquizeos, de color verdoso, de olor algunas veces pútrido, otras agrio. La reacción ácida anfótera, según Marfan.

Existe marcado peristaltismo y no son raros los cólicos; cuando hay desarrollo de gases, entonces las evacuaciones son espumosas y aún aque-

Si la diarrea se prolonga, se presenta eritema perianal, bastante molesto, la mucosa anal se invierte y esta roja y en algunos casos he visto pequeñas ulceraciones.

Ellos son arrojados por el ano solos o son insignificantes cantidades de excremento.

Cuando el excremento es muy líquido y el número de evacuaciones es abundante, mengua la cantidad de orina y esta mancha los pañales y tiene marcado mal olor.

El peso, al principio, queda estacionario, más después de algunos días, hay baja considerable de él, las carnes estas fofas, la piel seca, la fontañela, esa balanza del pobre, como dijo Pinard, está hundida, hay insomnio, el niño está intranquilo, llora y pierde el apetito. Esta pérdida del apetito, la he observado solamente en los estados avanzados de la diarrea; al principio, el apetito es conservado y muchas veces hasta aumentado; este aumento de apetito creo yo que es debido a que la desidratación por las diarreas, trae como consecuencia bastante sed.

Por las noches, la temperatura se eleva medio, uno o grado y medio.

Este estado diarreico, esta desnutrición, pone a los niños en un estado de ínfima resistencia los mil agentes patógenos que lo acechan y por esto, los trastornos bronco pulmonares principalmente, no son raros en esta clase de criaturas.

En las formas intensas, la flora microbica intestinal, enseña aumento de los gérmenes preteolíticos y sacarolíticos (aún cuando en niños sanos, se ha visto que a las veces hay aumento de estos gérmenes). Los hemocultivos, han resultado casi siempre negativos, aún cuando hay autores que afirman haber encontrado el colibacilo.

Mientras más pequeño es el niño, la diarrea presenta caracteres más serios y es de pronóstico más grave, pues se comprende que las glándulas gástricas, no están adaptadas a una alimentación impropia cual es la leche

de vaca; con la edad el aparato digestivo se va adaptando a otros alimentos, las secreciones aumentan y probablemente hay propiedades nuevas en los fermentos.

De aquí que aún cuando la leche de vaca sea dada en condiciones irreprochables: tales como vaca sana, esterilización correcta, dilución de la leche hervida, no mucha azúcar etc., puede presentarse la diarrea. En este caso, se trata de diarreas que Marfan llama disérgicas.

Pero, cuando las precauciones para dar la leche no se toman, cuando la alimentación artificial no es dirigida por el pediatra; en los casos en que la cantidad, calidad y preparación de la leche no son las correctas, con mayor razón se presenta la diarrea y esta es entonces debida en parte o exclusivamente, al alimento mismo.

Entre estas causas, hay que mencionar la calidad de la leche. En nuestro medio, poco cuidado se tiene con las vacas. Los establos dejan muchísimo que desear desde el punto de vista higiénico, el número de animales tuberculosos es grande; la alimentación de ellos es precaria y consiste muchas veces casi exclusivamente en alfalfa y pencas de magney: son leches pobres y con sabor repugnante a veces. Si a todo esto se agregan las adulteraciones múltiples de que es abjto este líquido, se comprenderá la facilidad de provocar dispepsias y síntomas diarreicos en los niños.

El primer consejo que hay que dar en este sentido es el de comprar la leche, no en expendio sino directamente en las ordeñas, para tener la seguridad de que es, como se dice, leche al pié de la vaca.

Como la ordeña se hace sin ninguna precaución higiénica, con las manos completamente sucias se requiere la inmediata esterilización, no sin olvidar, antes, pasar la leche por un lienzo fino, para quitarle fragmentos de majada, pelos y otros productos.

Otra causa de diarreas, es la sobrealimentación. A veces se dá a niños de pocos meses, leche de vaca, sin agua; en otras, las botellas son dadas demasiado frecuentemente y aún por las noches; por fin, la cantidad de leche en cada alimento, es muy superior a la normal.

He visto niños de seis meses de edad, tomar más de un litro de leche, con peso muy superior al común y corriente, pero que tal estado no dura y se presentan diarreas por sobre alimentación que traen como inmediata causa, la pérdida de peso.

Generalmente estas diarreas ceden fácilmente en sus comienzos, siempre que se observe una dieteética adecuada y el médico se muestre severo para con estos niños que por regla general son glotonos y lloran en demasía si no se satisface su capricho mucho comer.

Ante una diarrea ocasionada por alimentación con leche de vaca, es preciso buscar con todo cuidado etiología y patogenesis. Interrogar minuciosamente la madre sobre los siguientes puntos:

Cantidad de leche dada en cada vez. Cantidad de agua mezclada a la leche. Cantidad de azúcar agregada. Si no es agua la que se agrega, que es. Modo de preparación de la leche. Si esta se compra en establo o en expendio o es entregada a domicilio. Si es descremada o no. Si se ha notado si es leche calostrál. Si no es leche de vaca, qué clase de preparación se ha dado al niño. Leche evaporada, leche condensada, leche en polvo etc.

Este interrogatorio será de suma utilidad, pues muchas veces con él únicamente se dá el médico cuenta de la causa probable de la diarrea.

Debemos dar y aún escribir, todos los detalles de la alimentación artificial, en vista de lo que hallamos encontrado.

En la alimentación artificial, he seguido, con bastante buenos resultados, la siguiente secuela. Inmediatamente después de comprada la leche y de que, naturalmente se tenga la certeza de que es "al pié de la vaca", pasarla por un lienzo fino de algodón o lino. En seguida hervirla y dejarla a cubierto de polvos, en un lugar fresco, si posible es, en un refrigerador. Poco antes de que el niño tome su alimento hay que tener hervido el biberón y hervida la botella. La botella marca higieya ó una similar, es la que recomiendo, por su facilidad de esterilización, por ser la mamadera también fácilmente desinfectable y adaptarse a la boca del niño, sin que este frague aire. A la leche que se hirvió, mando le quiten la capa de nata. Hago que se mezcle, la cantidad de leche requerida con agua filtrada y esta mezcla es llevada a la abullición. Generalmente no acostumbro agregar azucar y si a veces el niño se rehusa a tomar su leche sin ella, pronto llega a acostumbrarse.

Después de bastantes pruebas, he formado una lista de la cantidad de leche que debe tomar un niño, en la generalidad de los casos. HeLa aquí:

Primer mes de la vida. Leche en las 24 horas 500 c. c.—En cada vez 60 c. c. de leche y 70 a 90 de agua hervida. Alimento cada dos horas y media. Por la noche dos meses.

Segundo mes de la vida. Leche en las 24 horas... 600 c. c.—En cada vez 70 c. c. de leche y otros tantos de agua hervida. Mismos intervalos.

Tercer mes de la vida. Leche en las 24 horas... 700 c. c.—En cada vez 80 c. c. de leche y 60 de agua. Mismos intervalos.

Cuarto mes de la vida. Leche hervida en el día. 750 a 800 c. c.—Ocho tomas diarias, una nocturna y en cada toma 60 c. c. de agua.

Quinto y sexto meses. Leche 800 c. c. iguales tomas que en el anterior.

Séptimo y octavo meses. 850 de leche. No hay alimento nocturno ya.

Noveno y décimo meses. 900 de leche. No hay alimentos nocturnos ya.

Undécimo y un año. No hay alimentos nocturnos y 900 a 1000 c. c. de leche. En esta época, doy algo de azucar y poca agua ya, generalmente un 20 0 0.

En los casos de diarreas con altas temperaturas, decaimientos, vómitos, etc., se impone desde luego la dieta de agua. Si persiste después de 24 horas alta temperatura, bueno será administra un purgante oleoso a fin de arrastrar del tubo digestivo el mayor número posible de gérmenes.

Lenta, progresivamente creciente, será la alimentación después. Primero leche con agua en diversas proporciones, hasta llegar a darla como antes de presentarse la dolencia.

Si la temperatura se mantiene en la normal o algo baja, y persiste la diarrea, se dará agua de cal mezclada con la leche, subnitrate de bismuto, compuestos de benzonaftol, tanato de gelatina.

En posteriores artículos, me ocuparé de las diarreas secundarias, así como de las llamadas coleriformes o cólera infantil.

Marzo 16 de 1921.

*Santiago Navarrel.*