

Las fiebres de origen digestivo en los niños pequeños

Por el Dr. León **Tixier**, Médico
del Hospital de la **Charité**, de

En la práctica diaria no le faltarán al médico ocasiones para tropezar con **dificultades** al querer hacer un diagnóstico cuando sea llamado cerca de un niño pequeño que desde algunos días, independientemente de toda afección determinada, presenta una temperatura elevada, o, por el contrario, una temperatura moderada, pero que lleva varias semanas de duración. Cuando rememora lo que ha leído en los tratados de patología infantil, encuentra muy bien descritas las enfermedades perfectamente caracterizadas, como las colitis, la fiebre tifoidea, la tuberculosis intestinal, las disenterías, etc., pero poca cosa o nada encuentra cuando se trata de los síndromes que vamos a esbozar y la conducta que debe observar en estos casos. Es esta laguna la que nos proponemos llenar, ateniéndonos a los hechos que hemos podido observar de unos diez años a esta parte. Diremos ya desde ahora que este asunto está rodeado de muchas obscuridades y exige investigaciones pacientes y minuciosas, sobre todo por lo que se refiere a la patogenia de dichos síndromes.

ESTUDIO CLINICO

La edad más propicia para la aparición de las fiebres de origen digestivo es, sin duda alguna, la

época del destete, entre diez y ocho meses y dos años y medio. Trátase casi siempre de niños que durante los primeros meses de su vida no siempre han tolerado bien la leche. En algunos casos, el destete ha sido precoz, a causa de una afección maternal, y los accidentes comenzaron del quinto al sexto mes.

A) Los *casos tipos* los observamos en niños sometidos a un régimen que nada deja que desear, que son atentamente vigilados y que no presentan ningún trastorno gastrointestinal objetivo, es decir, ni **vómitos** ni diarrea.

Con una cierta regularidad, cada cuatro o seis semanas, están de menos buen humor; durante cuarenta y ocho horas, el apetito disminuye sensiblemente; las deposiciones dejan de ser regulares; óyense en su veinte ruidos musicales frecuentes; la orina es escasa subida de color y poco después el termómetro sube hasta 40 grados, manteniéndose entre 39 y 40 durante tres o cuatro días (figs. 1 y 2); las noches son malas, muy agitadas por lo que el niño es sometido a un régimen de caldo de legumbres, leche aguada y tisanas azucaradas; después la temperatura desciende en lisis, volviendo a la normal del sexto al octavo día. Aparte la fiebre, ningún otro síntoma **llama** verdaderamente la atención. El

niño sale de la crisis bastante fatigado, flaco, muy anemiado, necesitando unos diez días de alimentación sensiblemente normal para **recobrar** el apetito y colores. Si estas manifestaciones se presentan por primera vez durante el **invierno, lo primero en que se piensa es en la gripe**, aun tratándose de médicos expertos y especializa dos. La reaparición, algunas semanas **después**, de accidentes completamente análogos, periódicos, podríamos hasta decir, en un cierto número de casos, echa por el suelo esta hipótesis, demostrándonos que el diagnóstico que hiciéramos a raíz del primer accidente era erróneo. Si el niño no es sometido inmediatamente al régimen antes indicado y se le ha continuado **administrando** la alimentación **adecuada** a su edad, es frecuente ver presentarle vómitos o también diarrea. Los tegumentos son unas veces asiento de manifestaciones máculopapulosas pruriginosas; o-tras, de manifestaciones que recuerdan el prurigo estrofulus, y a ; también brotes urticáricos **que** se presentan ya en la cara ya en otras diferentes partes del tronco. Estos datos son interesantes, porque cuando se presentan permiten atribuir la fiebre a las perturbaciones que tienen lugar en el tubo digestivo.

B), Junto a los casos típicos en los que el aspecto objetivo de las deposiciones no presenta **ninguna** anomalía notable, obsérvanse niños que en el intervalo de las crisis y durante los períodos febriles

su *asimilación intestinal es defectuosa*. E-i estas condiciones, las deposiciones, blandas y abundantes, non más frecuentes que el **estreñimiento; a veces están** descoloridas; la travesía digestiva es bastante más corta, y por esta razón, en el microscopio vense fragmentos de legumbres no digeridas. En estos casos acostumbro pedir a mi colaborador y amigo el doctor Bidot, jefe de laboratorio del **Hospital des Enfants-Malades**, un examen químico de los excrementos, siendo muy raro, sobre todo en esta segunda **categoría** de casos que la contestación del laboratorio no indique-aisladas o asociadas las siguientes anomalías: digestión incompleta o nula de los **almidones; fermentaciones exa-geradas; fibras musculares** poco alteradas; desdoblamiento imperfecto de las grasas, que son insuficientemente transformadas en ácidos grasos y jabones:

En estas condiciones, lo general es observar **temperaturas** poco elevadas, pero **más** persistentes. Recientemente he tenido ocasión de observar un niño cuyos dedos anormal persistió durante dos meses y medio. En este lapso de tiempo' el termómetro acusaba temperaturas mínimas de 37'9°, 37'4° y máximas de 38°, a veces **38'2°**, y con menor frecuencia, 38'5° o **38'8°** Inútil decir que el peso se **estaciona** en los niños que nunca han sido muy gruesos; disminuye bastante en los muy desarrollados; la anemia no tarda en presentarle;

el color de la cara es pálido y las ojeras muy pronunciadas. Lo más notable es la *evolución* de este síndrome digestivo; cualquiera que sea el cuidado que se tenga en el régimen de estos niños, en la selección de los alimentos, en los intervalos entre las comidas, en la supresión completa de los pasteles o de los bombones entre las comidas, los periodos de fiebre, precedidos y acompañados de los signos que acabamos de indicar, vuelven periódicamente cada cuatro o seis semanas. Parecen no obstante atenuarse con la edad. Después de seis a ocho de estos periodos febriles, lo general es observar tan sólo equivalentes de crisis que no duran más allá de dos o tres días y se traducen por la asociación de los signos siguientes: estreñimientos, orina coloreada, anorexia, cri-

sis de urticaria entonces la temperatura no llega a 38°.

Diagnóstico.—En vista de la repetición de los accesos térmicos importantes o de larga **duración** de las temperaturas poco elevadas oscilando alrededor de 23°, compréndese la intranquilidad de los padres. La primera idea que se presenta al práctico es la de la *tuberculosis*, sabiendo todos cuán difícil es diagnosticar la tuberculosis en los lactantes. A dicha edad *es* al nivel del mediastino donde los síntomas son más manifiestos; el examen clínico los revelará (submatidez infraclavicular derecha e interescápulo vertebral derecha), así como también los exámenes radiológicos, en los que veremos ante todo, valiéndonos de la iluminación oblicua un espacio retrocardíaco que no es completa-

mente claro en toda su extensión; debemos recordar, no obstante, que a esa edad, un examen negativo no permite eliminar con toda seguridad la tuberculosis. Los ganglios no están calcificados durante los dos primeros años de la vida, tienen un color de castaña cruda y pueden ser permeables a los rayos X. Es por esto que las pruebas con la tuberculina tienen quizás más valor cuando son positivas: **intradermo** ocutirreacción. Por lo demás, en la clientela privada es excepcional ver la tuberculosis presentarse cuando los padres están sanos, cuando la leche ha sido hervida con regularidad desde el nacimiento, cuando las nodrizas o la servidumbre no presentan manifestación alguna de tuberculosis abierta.

En la actualidad, la cuestión es más delicada y más difícil *aún* de resolver cuando el recién nacido ha tomado desde el nacimiento la B. C. G.- Si nos atenemos a lo que dicen los promotores del método, los niños vacunados son **mis** desarrollados que los no vacunados; la mortalidad es en ellos mucho menor; resisten mejor que los otros las enfermedades intercurrentes Pero todo ello no son más que afirmaciones gratuitas destinadas a no entorpecer la propaganda hecha para conseguir vacunaciones en gran número. Para nada tienen en cuenta las observaciones que demuestran lo contrario y, de un modo especial, **las** publicaciones de mi excelente **colega** y amigo el profesor Nobé-

court(1). En realidad, si muchos niños sanos toleran perfectamente la B. C. G., hay otros, en cambio cuyo desarrollo está retardado, es algo más difícil que los hermanos mayores que no fueron vacunados tienen muchas veces una temperatura superior a la normal, que a veces llega hasta 38°. Finalmente, algunos presentan adenopatía tráqueobronquial, y hasta, bien que excepcionalmente, supuración de los ganglios del cuello, con pus amicrobiano oconteniendo bacilos ácidosresistentes que no tuberculizan el cobayo (caracteres del B. C. G.). Vemos, pues, por lo que acabamos de decir, que la vacunación con B. C. O. ha complicado el problema, ya de por sí arduo, del diagnóstico diferencial de las manifestaciones que hemos descrito. Y como ya hemos dicho que las reacciones tuberculínicas eran el medio más fiel para afirmar la tuberculosis en los lactantes, de aquí que podamos contar con esta exploración para solventar la dificultad, puesto que el 50 por 100 aproximadamente de los niños vacunados con B. C. G. reaccionan de un modo más o menos claro con la tuberculina.

Así se explica toda la angustia de los padres cuando su hijo tiene una fiebre prolongada y le es imposible al médico afirmar si la causa es la tuberculosis o bien la B. C. G. En los no vacunados, el diagnóstico es relativamente fácil

(1) P. NOBECOURT, *Sor. de Pédiatrie París*, 20 de marzo de 1928.

en los medios sanos; pero, en camino, es prácticamente imposible en los vacunados con B. C. G. De aquí que, dicho sea de paso, desaconsejemos formalmente la vacunación con B.C. en los medios sanos, dados los accidentes que hemos observado (2), vista la vacunación natural que se efectúa **espontáneamente** y de un modo eficaz en la gran mayoría de casos. Es también una causa de zozobra de menos cuando la fiebre de origen digestivo se presenta en una familia.

En los lactantes, una *supuración profunda* puede evolucionar con suma lentitud sin producir durante mucho tiempo síntomas objetivos. Hace algunos años fui testigo de un caso parecido. Tratabase de una familia en la que el estafilococo había atacado un cierto número de individuos: panadizo en una criada, furúnculos en otra, absceso de la mama en la **madre**. Durante los meses, un niño de dicha familia, de catorce meses, tuvo una fiebre moderada,

(2) LEÓN TIXIER, Soc.de
Pediatre de Paris, 20 de noviembre
de 1928.

en un todo parecida a la que se observa en la forma crónica de las fiebres de origen intestinal. El examen más minucioso **practicado** en colaboración con otros colegas pediatras, con un radiólogo, pariente del niño, no nos permitió orientar el diagnóstico en ningún sentido. Dos meses después del comienzo de la fiebre vimos que el muslo izquierdo tomaba una posición especial, manteniéndolo el niño constantemente flexionado sobre la pelvis. Transcurridos quince días manifestase claramente en la región del psoas una colección profunda. La intervención confirmó el diagnóstico, y la **curación** fue bastante rápida. En estas condiciones, un examen de sangre, demostrando una leucocitosis abundante, puede permitirnos atribuir la fiebre a su verdadera causa, aun antes de que se exteriorice la supuración.

Hay en nuestros climas una **afección** bastante mal conocida, susceptible de no ser diagnosticada y que puede ser atribuida a una fiebre de origen intestinal; me refiero al paludismo del lac-

tante. Ya insistiré sobre este importante asunto en un trabajo que verá próximamente la luz en *Les Archives de Medicine En-fants*. **Bástenos** decir aquí que **niños hijos de padres paludicos, recientes o antiguos (padre o madre o bien padre y madre; presentan a veces, durante el segundo año de la vida, una fiebre bas-tante irregular, un estado general defectuoso, trastornos digestivos, un ligero aumento de volumen del bazo. Este estado persiste durante semanas después de haber sido considerado equivocadamente como la consecuencia de vegetaciones adenoides inflamadas, de una apendicitis crónica, o a.m.-bien de ganglios tuberculosos, hasta el día en que, recordando el paludismo de los padres, el tratamiento de prueba con las inyecciones intramusculares de formak.o. de quinina pone rápidamente normal la temperatura. El examen de la sangre no siempre da un resultado positivo, por exigir ésti¹ una gran práctica en los exámenes de laboratorio (1).**

Otro de los procesos que en los niños **pequeños** se manifiesta por accesos febriles intermitentes y de larga duración es la **infección de las vías urinarias** por el **colibacilo**. Precisa reconocer que el **cuadro** clínico descrito por los

autores holandeses (2), que consideran esta afección como frecuente en los lactantes, se parece bastante al que hemos esbozado, «Pero la orina de estos niños, dice **GORTER**, es turbia, pareciendo un cultivo de bacilos típicos de veinticuatro horas de fecha, y además de turbia se ven en ella casi siempre unas ondas sedosas: con el microscopio obsérvase que el enturbiamiento es debido a un **gran número de leucocitos** ya la presencia de muchos microbios. Durante los primeros días vence casi siempre algunos cilindros y algunos glóbulos rojos; pero después del tercer día, los signos de una ligera irritación renal casi han desaparecido.»

Entre los pediatras franceses acostumbrase considerar la *pielocistitis infantil* como muy poco frecuente. Desde hace cuatro **años** he examinado con mucha **atención** los casos de esta clase, sin haber encontrado ninguno completamente auténtico. A **pesar de ello**, impónese el examen sistemático de la orina cuando hay accesos febriles **pasajeros** o de larga duración, cuya **causa** objetiva nos escapa. Pero no **debemos** ocultar que el **examen bacteriológico** en los lactantes *no es* muy fácil de practicar si queremos operar en **condiciones** de asepsia tan rigurosas como> en los

(1) LEÓN TIXIER, Como interpretar un análisis de sangre *Le Monde Médical*, 15 de mayo de 1929.

(2) E. GORTER, Las pielocistitis **infantiles** (*Bull. de la Soc. de Pédiatri de Paris*, 27 de septiembre de 1929).

niños ya **mus** crecidos o en el **adulto**.

Los diagnósticos anteriormente citados deben ser tenidos en **cuenta**, sobre todo cuando la temperatura es poco elevada, pero continúa. **Cuando la** fiebre se presenta bruscamente, e] origen **digestiva casi** siempre pasa desapercibido, sobre todo durante el primer acceso.

En 1027, mi hijo menor tuvo en pleno invierno una temperatura elevada, que **doro** siete **días** supliqué a uno de mis **collegas** pediatras lo examinara; no **encontrando** loca libación alguna en ningún órgano, y siendo completamente normal las deposiciones, no **titubeó** en **afirmar** que se trataba de un caso de **gripe**, diciendo que en su clientela **tenía** casos exactamente iguales. Sin **dificultad** **hubiera** aceptado su parecer si los meses siguientes no se **hubieran reproducido** los accidentes con la misma **regularidad**.

No debemos olvidar que **la** palabra gripe oculta muchas veces nuestra ignorancia por lo que al **diagnóstico** exacto se refiere, y

que tan sólo puede admitirse en tiempo de pequeñas o **grandes** epidemias, cuando varios miembros de una misma familia están **afectados** sin **Alteneamente**.

La adenoiditis aguda presta también fácilmente a **confusión**, sobre **todo** en su **primera invasión**, con las fiebres de origen digestivo. El diagnóstico es tanto más difícil cuanto que la amígdala faríngea no es perceptible a simple vista, y, que no siempre ocurre, durante el examen, que baja del *cuvum* mucosidad purulenta.

Los *accidentes de la dentición* no deben ser confundidos con los accidentes descritos, porque la exploración de la cavidad bucal por un médico conocedor permite ver las encías tumefactas, bastando rasgar con la uña cuidadosamente aseptizada la encía para poner al descubierto la extremidad del diente, y así hacer desaparecer las molestias y la fiebre.

Finalmente citaremos como recuerdo tan sólo la *apendicitis*, que es muy poco frecuente en los niños pequeños. Pero aun sí, no estará de más someter al enfermito

a una exploración minuciosa, **por cuanto, en** esta edad, el diagnóstico presenta **muchas** mas dificultades que en el adulto. En presencia de una temperatura difícil de explicar, deberemos explorar el abdomen, la faringe, **las serosas** y **las grandes vísceras.**

Patogenia. —**En el lactante, durante el primer año de vida,** la expresión **más** típica de la fiebre de **origen** digestivo está constituida por lo que se denomina lo fiebre de **leche seca;** estado bien conocido desde **hace** tiempo y del que numerosos **pediatras han** aportado observaciones a la Sociedad de Pediatría. Por mi **parte** creo que este nombre de fiebre de leche seca es demasiado exclusivo y restrictivo. Mi colega y amigo, el doctor **RIVET,** en su tesis publicada en 1906, llamaba la atención sobre la fiebre de realimentación, cuando se administraba babeurre: a los convalecientes de enteritis grave. Durante el año último observé dos niños de ocho y diez meses, respectivamente, que **tomaban,** uno, leche esterilizada, y el otro, leche condensada, y que ambos tenían temperaturas superiores a 39o. Basto suprimir la leche para que los accidentes desaparecieran. **Tatito** si se trata **de leche** seca comí de cualquier otra variedad de leche, la **fiebre** es realmente de origen digestivo, puesto que la dieta **hídrica** o la supresión de la leche bastan para que la temperatura vuelva a la normal. **En los niños más crecidos,** entre

el primero y el tercer año, la alimentación es más variada, siendo entonces muy difícil afirmar si tal o **cual** alimento es el culpable del ascenso térmico. En el niño cuyo gráfico figura aquí la madre suprimió la leche durante dos meses, los huevos y la carne **d urente** cuatro meses; pero ni aun así la temperatura se puso normal. No obstante, lo que permite afirmar el origen digestivo de la fiebre en este caso es, en primer lugar que los alimentos no eran completamente digeridos y, sobre todo, el hecho que la **dieta hídrica** total a que fue sometido el niño por dos veces durante cuarenta y ocho horas fue seguida de la **regularización** de la temperatura. En cuanto se permitió de nuevo la alimentación ordinaria, aun tan solo con sopas de caldo de legumbres, pastas alimenticias y frutas cocidas, la fiebre subió de nuevo como antes.

En estas condiciones, parece muy difícil hablar de amifilaxia. de sensibilización para **tal** o **cual** alimento.

De la propia manera no hay que contar mucho con las **insuficiencias digestivas** debidas al **funcionalismo defectuoso del** intestino o de las glándulas anexas, tales como el **hígado** y el páncreas. En efecto, **muchos** niños **presentan** un **estado general deficiente,** trastornos intestinales en relación evidente con una defectuosa asimilación, y, no obstante, el termómetro *no* acusa casi nunca elevación anormal de la temperatura.

¿Debemos, acaso, recriminar un aumento de los **gérmenes del** intestino? **Es ello** muy **posible**, pero **estas investigaciones** son **sumamente** difíciles, para tener probabilidades de llegar a resultados **interesantes**, puesto que el colibacilo y muchos otros gérmenes son **huéspedes** habituales del intestino. Por lo demás, cada vez que hemos tratado de modificar la flora intestinal por **medio** de diferentes fermentos lácticos (comprimidos o preparados líquidos), no hemos observado modificación bien marcada en la evolución de los síntomas. Pero, a pesar de todo, la orientación lógica de las investigaciones que deben practicarse es lo que nos permitirá instituir un tratamiento patogénico.

El tratamiento reclama, por parte del médico, un cuidado mayor que la **prescripción** de un arsenal terapéutico complicado. Hay un cierto número de escollos que deben evitarse y, además, debemos reglamentar con sumo cuidado el régimen alimenticio y procurar sea asimilada la reacción alimenticia.

a.) *Lo que debe evitarse.—En*

primer lugar, los antitérmicos químicos, aspirina, quinina, que son completamente inútiles, tanto si son administrados por la boca como en forma de supositorios; son **aun** más nocivos **administrados** por la boca, porque más bien contribuyen a perturbar el funcionamiento del tubo digestivo.

Asimismo, en las formas acudas hiperpiréticas, nos guardaremos de recurrir desde los primeros días a los sueros, a las diferentes vacunas destinadas a combatir una bronconeumonía inexistente. COMBY tiene mucha razón cuando protesta con energía contra la práctica tan **corriente** hoy de las **vacunaciones** sistemáticas al principio de las enfermedades agudas de los lactantes. Es un tratamiento casi siempre ciego, **mes** susceptible de fatigar el organismo que de estimular las reacciones de defensa.

Si en las formas hiperpiréticas es conveniente administrar al niño tan sólo **agua** azucarada, caldo de **legumbres** o leche **mezclada** con **agua**, debemos evitar, en cambio, en la; formas algo lentas, someter

al niño a un régimen de hambre con el pretexto que la leche, los huevos, el pan, la carne, las **pastas** o las harinas pueden serle nocivas. En un caso recientemente observado habíase ido suprimiendo sucesivamente toda una serie de alimentos, y, a pesar de ello, e] resultado fue nulo. Es un hecho de observación frecuente ver niños a los que se les han privado las grasas, los hidratos de carbono, las albúminas animales, y que a pesar de ello van depauperándose, no digiriendo sino con grandes dificultades la pequeña cantidad de comida que se les da, no siendo raro que después de años de un régimen tan lamentable, presenten signos de tuberculosis generalizada o de meningitis tuberculosa.

b) *Lo que debe hacerse.*—El mejor antitérmico para el lactante, el más barato, el más eficaz, es, sin duda alguna, la envoltura húmeda y templada del tórax (35 a 37), aplicada con varios dobles de gasa, recubiertos de tela impermeable y repetidos cada tres horas, día y noche, dejándolos tan sólo tres horas cada veinticuatro, envueltos en algodón seco para que la piel tenga tiempo de descansar. Hace unos veinte años que empleo este excelente método, que aprendí de mi venerado maestro el profesor HUTINEL y que no puedo sino alabar. Estas envolturas serán continuadas en tanto la temperatura pase de 38'59. Ninguna medicación es superior a la envoltura húmeda para tranquilizar y

producir una sensación de bienestar al lactante febricitante.

En **las** formas duraderas y en el intervalo de los grandes accesos de hipertermia, reglamentaremos minuciosamente el *régimen alimenticio*: alimentos de primera calidad bien cocidos, con el suficiente intervalo entre cada comida. Considero un abuso suprimir durante años tal o cual alimento a un niño con el pretexto que en un momento determinado pareció no **digerir** dicho **alimento**. Debemos, en cambio, esforzarnos en repetir de vez en cuando el experimento comen/ando por dosis **homeopáticas** y aumentando progresivamente la dosis. Procediendo en esta forma veremos desvanecerse la leyenda de muchos casos de intolerancia por la leche, por los huevos por la carne, y el pan, tal o cual clase de legumbres.

Pero hay una variedad de carne **que** las madres dañan a los niños con una gran predilección. Me refiero al seso. El valor nutritivo de este alimento no puede **compararse** con las variedades de carne que aconsejo una vez tiene el niño dos años (chuleta, pollo, **jamón** magro): además, su conservación es **limitada**. En un caso **recientemente** observado, no me cabe la menor duda que el seso fue la causa del retorno de la fiebre después de dos días de apirexia obtenida con la dieta líquida. De aquí que proscriba siempre **esta** clase **de** alimentación cárnea en los lactantes sanos, y con mucho mayor motivo en los afectos de fiebre digestiva.

Inútil decir que deben evitarse las raciones demasiado copiosas; de un modo especial debemos limitar las cantidades en cuanto el tubo digestivo manifieste signos de fatiga: hipo, meteorismo, manifestaciones cutáneas.

El ideal es saber arreglar comidas variadas, conteniendo en **proporción** normal grasas, hidratos de carbono, albúminas animales, asegurándonos por medio de] examen de los excrementos que la asimilación se verifica normalmente, y caso de ser defectuosa, corregida, favoreciendo la asimilación por medio de fermentos digestivos (digestión de los almidones, desdoblamiento de las grasas, disminución de las fermentaciones, digestión de las fibras musculares).

Para regularizar el funcionalismo del hígado cuya secreción biliar es a veces insuficiente y que se traduce por la expulsión de excrementos blancos, la administración de pequeñas dosis de calomelanos (1 a 2 cgr. por la mañana en ayunas, dos o tres días consecutivos), dará buenos resultados. Combatiremos el estreñimiento prescribiendo mañana y noche media copa de Jerez de la solución siguiente del tipo solución de Bourget:

Sulfato de sosa.....	7 gramos
Fosfato de sosa.....	6 »
Bicarbonato de sosa.	3 »
Agua destilada.....	500 ■

Que se Suspenderá una ve/, obteniendo el resultado deseado.

Finalmente, en algunos niños, las deposiciones son frecuentes y blandas; en estas condiciones es conveniente abreviar la travesía digestiva; consigúese ello fácilmente administrando dos o tres días consecutivos una cucharadita de café antes del desayuno y antes de la comida, diluida en una pequeña cantidad de agua; de una pasta a base de carbón-bismuto, que es una variante de la excelente fórmula de Ravaut:

Carbón pulverizado.....	12 gramos
Subnitrito de bismuto.	8 »
Glicerina	aa 10 »
Jarabe simple.....	

En resumen, las fiebres de origen digestivo constituyen en los niños manifestaciones desagradables, porque son tenaces y recidivantes. El pronóstico no es grave a **condición** de no someter a los niños a un régimen demasiado limitado, vigilando atentamente su alimentación, asegurando el funcionalismo lo más perfecto posible del tubo digestivo y una buena asimilación de los alimentos ingeridos.

LEÓN TIXIER.

Jamás servirse del nitrato de plata **en** el tratamiento de la cistitis tuberculosa.-Cathelin.

La vuelta a una movilidad fisiológica del estómago debe ser el fin principal del **tratamiento** de las dispepsias.—Félix Ramond.