Casa Nacional del Niño.
Clínica Extraordinaria de Pediatría.
Prof. Dr. A. Ariztía.

LA CONSTITUCION EN SUS RELACIONES CON EL PROCESO TUBERCULOSO

Por el Dr. FEDERICO EGGERS.

Tarea difícil, por no decir vana pretensión, encierra el título de la presente exposición que he tenido que ceder a las insistencias de nuestro distinguido Presidente, al traer esta colaboración un tanto vaga todavía y confusa por la dificultad y normas estadísticas rigurosas.

Ha pasado con la Tuberculosis, lo que no ha pasado con enfermedades que comprometen el metabolismo, en las cuales se estudiaba el organismo en su totalidad. La Tbc., como enfermedad infecciosa y su variabilidad individual, se explicaba por la frecuencia y masividad de la infección, virulencia bacilar, medio ambiente, clima, que eran responsables en último término y los que justificaban a su vez, su polícroma modalidad individual. Ha pasado, y todavía se mantiene en nuestras mentes dicha creencia, creencia unilateral pero explicable en medicina en sus esfuerzos de perfección. En pediatría predominó en los trastornos nutritivos o enfermedades nutritivas, ese criterio. Basta recordar la sucinta historia que de ellos realiza el Prof. Czerny al hablar de la pediatría de su tiempo, quien no recuerda la era bacteriológica de las infecciones gastrointestinales, el microbio, el intestino, la importancia monosintomática, sin considerar el conjunto, el terreno, en el cual se desarrollan y desenvuelven. Vienen después las estadísticas; con ellas las dudas, y se plantea el problema: ¿Por qué en presencia de un contagio general, sólo un pequeño tanto por ciento enferma de tuberculosis? ¿A dónde radica la resistencia, por ejemplo, de la juventud escolar, con una mortalidad de $1,9 \times 10.000$, contra el 9×10.000 del adulto? ¿Por qué en el niño la ptisis

pulmonar es sólo un 3 % de la Tbc. pulmonar? ¿Por qué en ellos es más frecuente otras formas de Tbc.? Todo esto condujo a pensar en sus fuerzas internas, en su constitución, que, sin duda, interviene en la evolución de la tuberculosis.

Ahora bien, para comprender las relaciones individuales de una contextura, frente al proceso tuberculoso, necesitamos exponer el concepto constitucional y sus modalidades más importantes. La contextura individual diversa, abarca desde luego, a todo el ser, desde su aspecto externo, el hábito, a su comportamiento fisiológico y funcional (reacción al estímulo); a su actitud o comportamiento psíquico, etc., etc.: su reaccionabilidad representada por su fenotipo, es decir, la apariencia o aspecto en conjunto de un ser humano, desde el momento que nos comenzamos a preocupar de él. El ser humano se compone de dos factores: 1.º, la masa heredada (constitución heredada) y 2.º, las influencias que el medio ambiente pueda ejercer sobre ella. En ello el Genó es lo más importante, determinante y constante, lo inmutable; pero por influencias externas o medio, comportarse diferentemente en su fenotipo. Se comprende que esta influencia peristática de la constitución, es leve, y sólo lo que autoriza individualmente su Genó. Pero alcanza a ser lo suficientemente grande para lograr terapéuticamente una justificación en cierto sentido de transformar o influenciar la constitución (disminuir, por ejemplo, una alteración patológica exagerada de los tejidos a estímulos externos).

En los comienzos, se atribuyó gran importancia a los caracteres externos de la estructura orgánica, su morfología, se pensó que las formas externas, el hábito, sería lo primordial como expresión de la constitución (Hábitos de Sigaud) hoy reducidos a tres tipos: 1.º Muscular; 2.º Digestivo o pícnico; 3.º Leptosómico, que resume al Asténico, Respiratorio y Cerebral; hubo necesidad de extender los estudios hacia el comportamiento reaccional y psíquico dados por su patrimonio herencial o caracteres dados por la raza, por dicho motivo, lo principal dentro del marco de la constitución, es la respuesta a un estímulo o reacción funcional, sin dejar de tomar debida consideración a los otros factores de la constitución. Y es así cómo el modo de reaccionar de un ser humano, es la llave de su comportamiento corporal durante un período, sea de enfermedad o de salud, y para la comprensión médica, representa el factor más importante de la constitución.

Pues bien, la diferencia constitucional en la reacción a los estímulos, se manifiesta en la vida diaria: resistencia, cansancio, sensibilidad al dolor, a los cambios atmosféricos, tolerancia por

el frío o calor, acción del sol, etc. De ahí nace, además, una de sus peculiaridades: "su variabilidad", para su comprensión, es requisito abarcarla en su conjunto, para poder juzgar las variaciones que puedan tener de lo conceptuado como normal. Por eso la Constitución no se deja ni se puede enseñar como una alteración patológica determinada como pasa con el sarampión, la neumonía o el tifus; requiere de los fundamentos científicos asociada a una *sensibilidad médica adquirida* con la experiencia. Sólo así se puede compenetrar o percibir la estructura funcional de un ser humano, su *reaccionabilidad*, su comportamiento frente a un estímulo, relegando a segundo plano, las mediciones y cifras ponderales que sólo abarcan lo morfológico.

El organismo puede variar en su modo de ser orgánico, basta recordar las perturbaciones funcionales de la Tiroides, Hipófisis, Suprarrenal, etc., que conducen en último término, a estados patológicos manifiestos. Menos conocidos y de mayor importancia para la práctica diaria, son las alteraciones o desviaciones que a los estímulos experimenta el sistema mesenquimático. Según su grado o intensidad, se describen los Hiper. Normo o Hipomesenquimáticos. El primero comprende la constitución excitable que encierra al exudativo, al diatéxico neuropático, el neurolinfatismo, la espasmofilia, la vagotonía, la diatesis alérgica. Al hipomesenquimático lo forman la astenia universal congénita. No se trata de estados corporales precisos o bien determinados, sino su diferencia radica en una mayor o menos *excitabilidad* o *irritabilidad* en el sentido de una *hipo* o *hiperfunción* de sus tejidos.

La constitución irritable, con su exquisita sensibilidad de piel y mucosas, sus órganos linfáticos, etc. comprende los individuos predispuestos a adquirir infecciones banales, perturbaciones en el sueño, decaimiento matutino, tendencia a las alzas febriles indeterminadas, perturbaciones vasomotoras, asma, urticaria, neurodermitis, etc.. El aspecto externo de estos niños exudativo-linfáticos, permite una diferenciación: el flaco y el pastoso cuya descripción no detallamos por la brevedad del trabajo y porque basta consultar los textos respectivos.

Funcionalmente diferente a la anterior, está la Astenia, que no representa un estado orgánico, sino una función corporal, es decir, debilidad funcional de la musculatura y tejido conjuntivo, de los sistemas que dan ese cuadro caracterizado por tórax paralítico, costillas verticales, ángulo epigástrico agudo, escápulas caídas, descenso diafragmático, corazón en gota, ptosis visceral, mala formación de anticuerpos y neoformación de tejidos. Por no desempeñar un rol determinado en la infancia,

no nos preocupará por ahora. Aparece después de los 10 años y alcanza su máximo entre los 15 y 30 años.

Si el concepto de la constitución es importante en el individuo sano, mayor es en el organismo enfermo. Su naturaleza influencia el curso y evolución de una tuberculosis. La infección Tbc. con su contagio tan general, que sólo en un pequeño tanto por ciento conduce a la enfermedad o a la muerte. Sin embargo, la evolución y multiplicidad de sus cuadros clínicos, da margen a pensar en la individualidad de cada caso, no obstante el hecho de observarse grupos uniformes. La primoinfección en el lactante y niño pequeño o en edad más tardía, puede evolucionar en forma inaparente. La positividad de la reacción a la tuberculina, indica la infección. Junto a estas formas se observan Tbc. ganglionares de los hilios, infiltrados primarios y neumonía caseosa. Mientras más joven es el enfermo, mayor posibilidad de que se llegue a la enfermedad tuberculosa. La neumonía caseosa concomitante a la primoinfección, pertenece casi exclusivamente al lactante. En el pre-escolar, además de las formas descritas, aparecen manifestaciones secundarias, Tbc. quirúrgicas. Esas formas vuelven a encontrarse en la edad del escolar aumentando el porcentaje de las Tbc. de diseminación, o al iniciarse el desarrollo, el infiltrado precoz con otras ptisis de la pubertad propiamente dichas. En el adulto, desaparecen las Tbc. extrapulmonares, predominando la ptisis pulmonar.

¿Cómo explicar ese polimorfismo del proceso Tbc.? ¿A qué se debe la escasa mortalidad y enfermedad en el niño pequeño y escolar? La inmunidad específica dada por la primoinfección, no basta para explicarla. Sin duda la reacción individual dada por la constitución, parece oponerse o favorecer la evolución del proceso; pero aún la esquematización de los cuadros como lo realizó Ranke, no puede contestar el por qué tal niño padece de una infiltración o cual fallece de una meningitis Tbc.. ¿Por qué la niña X padece de una ptisis galopante y mortal y la Y una Tbc. que rápidamente alcanza su curación, o por qué algunos no llegan a enfermar de Tbc.? Tal vez el conocimiento de una contextura orgánica expresada en la respuesta que pueda dar a diferentes estímulos, pueda ser la senda que nos conduzca a un más allá en la evolución del proceso mismo.

La constitución de un hombre es algo absoluto; se revela en forma de una reacción precisa, bien determinada a estímulos exógenos o endógenos. La *Disposición* es algo relativo; es la predisposición o facultad que posee un individuo a contraer

tal o cual enfermedad. La disposición depende de la constitución. Investigaciones practicadas en los gemelos, ha podido demostrar como hecho probado, de que existe una disposición a la Tbc. Además, es o no la disposición a la tuberculosis, una predisposición constitucional independiente o dependiente de otras anomalías constitucionales conocidas y ser ellas su causa en último término? Este problema es el que ocupa mayor interés en la actualidad. Se pensó primero que el hábito podría expresar una contextura orgánica; sin embargo, los resultados obtenidos con el compás y la huincha, no dejaron traslucir la constitución Tbc., a pesar de que los leptosómicos son frecuentes entre los ptísicos. Hoy se rechaza para el adulto, la existencia de estigmas constitucionales externos que puedan predisponer a la Tbc. Igual pasa en los niños. Pero las relaciones son diferentes al considerar o analizar la manera de reaccionar del organismo, frente al proceso Tbc., y éste es el problema básico que nos ocupa.

La Astenia, es decir, la alteración constitucional con una menor reacción a los estímulos, puede actuar desfavorablemente en la evolución de un proceso tuberculoso. Es sostenida y mantenida por muchos autores. Se debería en último término, a su modo de ser, es decir, a una disminuía capacidad de reacción en general y en especial, a una ausencia de proliferación reaccional conjuntival o insuficiencia de producción de anticuerpos. Algunos autores encuentran una disminución de las lipasas sanguíneas.

El problema constitucional en la tuberculosis, adquiere su verdadera importancia desde el momento en que se inicia la lucha Asistencial Antituberculosa en que se remiten a los asilos y policlínicas a niños predispuestos con pseudoadenopatías, a los rotulados como inferiores constitucionales, a niños débiles, es decir, a exudativo-linfáticos. Se vió precisamente que éstos niños no padecían de la enfermedad. La importancia del linfatismo en la Tbc., encuentra su aprobación en la literatura. Pfaundler lo considera junto con Czerny, como un factor de pronóstico favorable en el curso de una Tbc. Müller habla de una resistencia que le es conferida por ella. Kleinschmidt encuentra un alto tanto por ciento de linfáticos, en las formas quirúrgicas de curso benigno. Schultz habla de una mayor resistencia frente al bacilo de Koch. Borchardt habla de mayor resistencia y mejor pronóstico en los linfáticos con Tbc. pulmonar comparada con el asténico y normalmente constituido debido a la mayor facultad de reacción de sus tejidos linfáticos. Schlack habla de la benignidad de los infil-

trados pulmonares e insiste en que la mayor parte de los pacientes, corresponde a los que ofrecen estigmas de constitución exudativo-linfática y hoy se llega hablar en ellas, de una escrofulosis del pulmón.

Según Brandt, las escasas cifras de mortalidad de la Tbc. en la infancia, entre 2 y 15 años, se debería en último término, a la hiperplasia linfática. Además, los elementos constitutivos del pulmón infantil, no hacen más que ofrecer circunstancias óptimas de defensa: buen desarrollo bronquiolo alveolar, tejido conjuntivo blando y suelto, elasticidad y ganglios linfáticos bien desarrollados, relaciones que faltan muchas veces en el adulto por procesos de involución o atrofia (además precoz en el asténico, comparado con el pícnico).

Son frecuentes y numéricamente superiores los niños con manifestaciones exudativo-linfáticas, en algunos puede predominar la componente exudativa, en otros la linfática.

Todo esto no quiere decir de que existan excepciones, que linfáticos puedan sucumbir, como sucumben, de Tbc. o, a la inversa. Pero al analizar un problema en su conjunto, no deben cegarse ante las excepciones. Pero la observación cuidadosa, prolongada y bien estudiada, por lo menos indica la rareza de la ptisis en el linfático. La Tbc. abierta es menos frecuente en el linfático, es más favorable comparada con el que no lo es.

Todo esto conduce a un resultado práctico: Considerar cada caso en su conjunto y no autoriza arriesgar o a practicar una terapéutica o actos quirúrgicos, sin pensar previamente que existe un factor en pro o en contra, es decir, la constitución.

Se abre una era, la era de la reacción individual frente a un agente infeccioso, sea específico o banal. También abre una brecha de incalculables proyecciones en el terreno de la Patología del Lactante. La clínica debe ser la clínica reaccional, funcional, propia en cada caso. Recuerdo las palabras pronunciadas por uno de los maestros de nuestra especialidad que al dirigirse a las futuras generaciones pediátricas, decía: El médico que para las anorexias sólo conoce los eupépticos o el cirujano que después de practicar una elegante incisión en un absceso o antrax, dan, junto con exprimir la última gota de pus o su firma ante una magna receta, como terminada su misión, muy lejos están de la verdadera posición que les corresponde adoptar. Pensar en una perturbación funcional de causa múltiple, en uno, o de una mala inmunidad en otro, causas dignas de investigar en cada caso.

Para terminar, ruego excusas y agradezco la paciencia que han tenido en escuchar esta modesta y desordenada presentación que indica por lo menos, el gran interés que nos debe merecer el problema de la constitución en la evolución del proceso tuberculoso.

A continuación una reseña de los casos clínicos que ilustran la disertación.

1.—OBSERVACION 7164.—J. B. Nacido el 10 de agosto de 1936. Ingresó de 5 meses de edad el día 7 de enero de 1937. Diátesis exudativo-linfática. Hijo de madre Tbc. Fué alimentado y convivió con ella tres meses. Ingresó con un peso de 5 kilogramos. Hermano mayor de 4 años, tuberculoso. Presenta rino-faringitis a repetición, abscesos, piodermias y procesos supurativos disecantes que forman un verdadero manto que cubre todo el dorso. Tuberculinas (—). A los nueve meses se hacen positivas. Radioscopias y radiografías sucesivas, sólo indican una sombra de infiltración periganglionar inferior derecha. Examen de desgarró positivo en dos ocasiones. Inoculación positiva. Presenta además varias fistulas isquio-rectales rebeldes, con abundante supuración que se catalogan como tuberculosas. Llega al año de edad en precarias condiciones nutritivas, catalogado como una descomposición con 3.500 grs. de peso. Tratado con transfusiones sanguíneas y LH, mejora su estado general. Desaparecen sus lesiones cutáneas y supurativas de los ganglios submaxilares, no así las isquio-rectales. Mejora su estado general, y al año y medio pesa 6.500 grs. Pirquet positivo. Radiografía pulmonar positiva. Ulceraciones escrofulosas de la córnea. Tubercúlides. Alcanza los 2 años de edad, y pesa 9 kgs. A los 2 años 8 meses, pesa 12 kgs. Presenta una conjuntivitis flictenular bilateral. Radiografía pulmonar (—). Tuberculinas positivas. Persisten afecciones catarrales bronquiales y lesiones ganglionares múltiples supurativas. Hoy está en colocación familiar. Hizo también un sarampión del cual convalece sin acusar mayores alteraciones.

Comentario.—Niño tuberculoso con características y hábito exudativo-linfático que alcanza la descomposición y que mejora y resiste la evolución de su proceso tuberculoso.

2.—OBS. 8494.—H. G. Hijo de madre con Tbc. exudativo bilateral cavitaria con varias hemoptisis. Tuvo 6 embarazos: 5 partos de término y 1 aborto, 3 hijos vivos, 2 fallecidos, 1 de meningitis Tbc. Los hermanos mayores con tuberculinas positivas y examen pulmonar (—). Estuvo siempre en contacto con su madre enferma, alimentado exclusivamente por ella hasta los 4 meses, fecha en que ingresa a la C. N. del N. con un peso de 6.100 grs. Diagnóstico: Diátesis exudativa. Hábito pastoso. Alimentado artificialmente, progresa en buena forma. Tuberculinas hasta concentración 1 x 1000 (—). A los 7 y medio meses pesa 9 kgs. Coriza, Queratoconjuntivitis flictenular. Pirquet (—). No así Mantoux que fué positivo al 1 x 1000. Pirquet

a los 9 meses positivo (3 cruces). Radiografía: Pequeña sombra perihiliar inferior derecha. Sedimentación: 26 mm. Régimen sin leche. Lo tolera bien. Al mes, sedimentación 16 mm. y con dicho régimen llega al año de edad con un peso de 11,400 grs., sedimentación 13 mm. En esa fecha se instala anorexia, palidez, fiebre, irritabilidad, somnolencia, recidiva de su conjuntivitis flictenular, tuberculides numerosas y bien apreciables en ponáses sucesivas. Sedimentación 45 mm. Todo evoluciona en 6 semanas, recupera su apetito y buen humor. Sale de alta con Pirquet débilmente positivo. Sedimentación 15 mm. Radiografía pulmonar sólo una secuela con tendencia a la calcificación. Peso: 13 kgs. Sale a los 17 meses al servicio de colocación familiar. Actualmente está en Apoquindo y su cuidadora lo trae periódicamente al Servicio.

Comentario.—Exudativo linfático. Tuberculoso. Diseminaciones a repetición y evolución favorable de su Tbc.

3.—OBS. 8174.—M. G. Ingres a por orden judicial en agosto de 1937, más o menos a los 2 meses de edad. Diátesis neuropática. Irritabilidad. Vomitador y regurgitador habitual. Caprichoso para comer. Anorexias nerviosas. Afecciones cutáneas intertriginosas. Después de los 6 meses, bronquitis asmática a repetición. Corizas. Sale de alta a los 9 meses con 8 kgs. de peso y tuberculinas y radiografías (—). Reingresa al año, es decir, a los 3 meses de estadía fuera del Asilo con 6,900 grs. de peso. Distrofia avanzada. Pirquet positivo (3 cruces). Radiografía pulmonar da: Sombra de infiltración extensa en la base izquierda con síntomas clínicos de condensación. No tiene alzas térmicas. Larga evolución sin repercusión en su estado general. Aparece eczema de toda la cara, mejilla y frente con impetiginización secundaria. El estado pulmonar persiste sin variación hasta los 17 meses, fecha en que contrae una escarlatina complicada de adenitis supurada febril. A los 18 meses cultivo del lavado gástrico por concentración e inoculación experimental positivos. Sedimentación 12 mm. Sombra de condensación persiste igual. Coqueluche sin modificar su proceso Tbc. Alcanza a los 2 años de edad con un peso de 12,500 grs. Su proceso pulmonar desaparece dejando como secuela un foco calcificado. Su lesión eczematosa, rebelde hasta entonces, cede con un régimen sin leche, mejora su carácter en forma visible.

Comentario. — Lactante con diátesis neuro-exudativa. Tuberculoso que evoluciona favorablemente a pesar de presentar dos enfermedades graves intercurrentes.

4.—F. G. Ingres a de un año de edad. Diátesis exudativo-linfática. Hábito pastoso (escrofuloso). Había estado hospitalizado en el Hospital Arrarán donde se diagnosticó un complejo primario izquierdo con infiltración perifocal extensa que regresa casi en su totalidad. Fístulas perianales tuberculosas. Tuberculinas intensamente positivas (con 3 cruces). Inoculación experimental

positiva. Su estado general se conserva en buenas condiciones hasta 1 año 11 meses de edad. Lesiones pulmonares en regresión casi completa. Sedimentación 70 mm. por hora. Contrae una coqueluche complicada. Febril. Sedimentación 77 mm. Conjuntivitis flictenular. Tuberculides. En el curso de su coqueluche, sarampión complicado de bronconeumonía doble, sarampión grave. El Pirquet se hace (—) y a los 15 días de iniciado su sarampión se hace positivo. Se observa una agravación manifiesta, se instala una diseminación pulmonar. Sin embargo, el estado general mejora, se normaliza su temperatura. Sedimentación 74 mm. Posteriormente nueva bronconeumonía que evoluciona en tres semanas sin repercutir sobre su proceso Tbc. Hoy día está en buenas condiciones de salud, en franca convalecencia.

Comentario. — Diátesis exudativa-linfática. Tuberculosis. Diseminación y mejoría a pesar de presentar varias enfermedades graves intercurrentes.

5.—G. B. C. Ingres a los 11 meses de edad. Su comportamiento es de una niña neuropática. Constitución excitable. Labilidad nerviosa. Madre Tbc. convive con ella durante 7 meses. Pirquet intensamente positivo (3 cruces). Radiografía pulmonar: Sombra de infiltración homogénea que ocupa todo el tercio superior del campo pulmonar derecho. Adenopatía bilateral. Es víctima de rinofaringitis, gripe, pénfigo, abscesos múltiples de la piel a repetición sucesiva de afecciones grippales. A pesar de todo, sus lesiones específicas tienden a revelar una franca regresión, calcificación aún intrapulmonares. A los 2 años de edad pesa 10 kgs., franca regresión de su proceso pulmonar. Se me olvidaba decir que la inoculación experimental fué positiva. A los 2 años 7 meses de edad, escarlatina grave complicada; reaparición de su infiltración en el pulmón derecho. Después coqueluche y sarampión atenuados (hemoterapia preventiva), sin repercusión alguna sobre su proceso tuberculoso. Hoy tiene 3 años 5 meses de edad. Pesa 12,750 grs. Examen pulmonar (—). Una prueba de tuberculina persiste positiva por espacio de 22 días. Sedimentación 9 mm. Fístula de su adenitis supurada del cuello en regresión.

Comentario. — Diátesis neuropática. Constitución excitable. Labilidad neurovegetativa. Tuberculosis. Enfermedades intercurrentes graves. Evolución de su Tbc. hacia la mejoría.

6.—OBS. 7837. J. M. C. Ingres a de 14 meses de edad con un peso de 7.800 grs. Hijo de madre tuberculosa cavitaria y bacilífera, alimentado por ella hasta los 10 meses de edad. La madre fallece un mes después de su ingreso. Pirquet y Montoux (—). Lesiones de la piel eczematizadas. Sarna. Coriza. Hábito pastoso. Diátesis exudativa. Situs inversus. Sale a colocación familiar. Dermatitis seborreica en los pliegues y cuero cabelludo impetiginizada secundariamente.

dariamente, rebelde y prurigo que lo hacen reingresar. Eczema de la cara. En el servicio, glomerulonefritis. Afecciones cutáneas recidivantes que obligan a un régimen sin leche. Se administra por la rebeldía de su afección del cuero cabelludo, acetato de talio. Tuberculinas y exámenes radiológicos (—). A los 2 años 10 meses pesa 13 kgs.

Comentario. — No contrae infección Tbc. a pesar de estar expuesto a un posible contagio. Habrá herencia disposicional desfavorable a la infección Tbc.?

7.—OBS. 6286. J. B. A. Hijo de madre Tbc. que acude en seguida al Hospital San José con una Tbc. bilateral exudativa y tuberculosis laríngea grave. Afónica y abundantes B. K. en su desgarró. Fallece a los pocos días de hospitalizada. Alimentado exclusivamente por ella durante un mes y mixto hasta su ingreso a los 7 meses con 7,150 kgs. Eutrófico. Hábito linfático. Presentó en el servicio bronquitis asmática a repetición y rebeldes a todo tratamiento. Tuberculinas hasta concentraciones de 1×10 (—) a repetición y periódicas. Examen de rayos (—). Fallece a raíz de una coqueluche complicada de bronconeumonía a los 18 meses de edad. Autopsia: Realizada minuciosamente por el Dr. Guzmán, dice: No se constatan lesiones tuberculosas de ninguna especie.

Comentario. — No contrae ni padece de la afección tuberculosa. Existe una constitución refractaria a la tuberculosis?

8.—OBS. 9062.—J. C. Niño de 3 años 2 meses. Pesa 15 kgs. Padre fallecido de Tbc. Examen pulmonar (—). Pirquet positivo (3 cruces). Mo'de en cera del Pirquet positivo practicado a los 10 días. Escrofulosis. Queratoconjuntivitis flictenular. Residuos y secuelas de sus características constitucionales en la piel. Bronquitis recidivantes y coriza crónico.

Comentario.—Será la escrofulosis la expresión máxima de la constitución exudativo linfática y su gran alergia la expresión de su máxima defensa?

9.—S. C. Hábito exudativo-linfático. Tuberculinas (—). Características de su reaccionabilidad extraordinaria a enfermedades catarrales de las vías respiratorias y atributos propios de su constitución.

Comentario.—Se tratará de modificar o ensayar en él alguna acción peristática de la constitución, es decir, su fenotipo, dentro de las variaciones que permita su genotipo?

10.—E. E. Nacida el 3 de agosto de 1936. Ingresa a los pocos días a la C. N. N. Prematuro, sin antecedentes de Tbc. Dermatitis seborreica. Coriza.

Comportamiento reaccional como una diatésico exudativo discreto. Tuberculinas (—). En febrero del 39, queratitis ulcerosa ojo izquierdo. El 14 de diciembre de 1937, examen radiológico y tuberculinas (—). Febrero del 39. Pirquet positivo, razón que obliga a hospitalizarse en el Arriarán. Radiografía en aquel entonces: Complejo primario que evoluciona sin complicación y es dado de alta en buenas condiciones. Sólo persiste su queratitis. Vuelve a la C. N. N. Su queratitis es rebelde. Su examen pulmonar es (—).

Comentario.—Niño exudativo-linfático exento de tuberculosis que contrae su afección tuberculosa. Adquiere por su reaccionabilidad constitucional, los atributos de un escrofuloso, la expresión máxima de una diátesis exudativa.

11.—E. L. Fué alimentada al seno materno hasta un año de edad. La madre fallece de una Tbc. exudativa bilateral. Ingres a los 3 años y meses de edad con Pirquet positivo (2 cruces) y sombra de infiltración pulmonar perihiliar derecha (infiltración periganglionar).

Comentario. — Neuropatía constitucional. Irritable. Emotividad. Terrores nocturnos. Reaccionabilidad del terreno a la infección?