

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

EL PREMATURO Y ALGUNAS CARACTERISTICAS ESPECIALES DE SU PATOLOGIA

Por el Dr. FEDERICO EGGERS P.

Observado el prematuro en sus diferentes aspectos y manera de reaccionar frente a la Patología, medio ambiente o bajo cualquier prisma que se le desee contemplar, es y sigue siendo dentro del territorio de la Pediatría un objetivo del mayor interés y siempre de palpitante actualidad. Sin embargo, debe anotarse un hecho paradójico como es el que no ha merecido, por lo menos entre nosotros, la preocupación o el interés, ya que nuestro país, con sus cifras elevadas de mortalidad infantil, con el patrimonio obligado y forzoso que de hecho a él le corresponde, cual heredero predilecto como causa de mortalidad precoz infantil, que en otros países un poco mejor organizados que el nuestro alcanza a un 50 a 75 %.

Es un grave y trascendente problema social y creo que como tantos otros Congresos o Torneos Pediátricos celebrados ya, no se exageraría al pensarse que bien merece por sí solo la celebración de uno más. Aun más, puede justificarse su abandono si se considera la organización social materno-infantil no integral ni menos planificada como la responsable directa y explicativa. Ausencia de norma y plan de estudio, escasa colaboración asistencial mutua entre instituciones y colegas que se dedican al niño, no hacen más que carenciar la luz en este capítulo un tanto oscuro y confuso de nuestra pediatría.

Pues bien, ¿qué dicen las estadísticas, qué dice la experiencia obtenida, cómo lograr su correcta crianza, cuáles son sus cuidados elementales, cuál es su dietética particular, y por último, qué nos enseña su clínica, y en último término, cuál es su destino o futuro del niño prematuro entre nos-

otros? ¿Compensan o no los desvelos que en su mantención y crianza se gastan, vale la pena organizar una efectiva y real prevención social, ya que su profilaxia propiamente dicha, no es nada menos que imposible?

Todo esto por formar parte de un cuerpo médico que obligadamente les cobija como la Casa Nacional del Niño que frente a instituciones hospitalarias debe de poseer y poseer algo de experiencia al respecto, ha guiado a nuestro Presidente, Profesor Aníbal Ariztía, a debatir en la Sociedad Chilena de Pediatría el gran problema del pequeño prematuro.

La presente exposición si algún mérito pueda tener, es por lo menos iniciar a otros que llegarán a plantearse más a fondo y detalle y hoy sólo deseo colocarme frente a la tarima contemplándolo exclusivamente bajo aspectos generales y en especial del terreno frente a la Patología general.

I PARTE

Generalidades

El material especialísimo experimenta una selección al saber que la interrupción del embarazo entre el 7.º y 9.º mes de la vida intrauterina, en algunos por razones que se ignoran, alcanzan un cierto grado de "vitalidad" compatible con la vida y en otros falta o no existe. Así por ejemplo, prematuros con un peso de 800 grs. a 1 kg. fallecen el 90%. Entre cuyos pesos oscilan de 1 kg. a 1,5 kg. fallecen un 60 a 80%. Superiores a dicho peso eliminando el daño del parto (trauma obstétrico, hemorragias intracraneanas o enfermedad fetal) mejoran las posibilidades quad-vitam.

Desde luego, la falta de desarrollo de la regulación calórica debe ser compensada en forma apropiada y no requiere instalaciones especiales y costosas dentro de una clínica. Debe ser precoz, por cuanto la exposición a un enfriamiento que se prolongue por algunas horas en niños cuyo peso es inferior a 1,5 kg. produce un daño irreparable. Este solo hecho bien contemplado ha contribuido solo de por sí a rebajar un % no despreciable en las cifras o causas de muerte en las tablas del prematuro. Algo semejante acontece con la sobrecalefacción que por razones obvias daña igualmente al ser prematuro.

Según los estudios de Schadow se sabe que los prematuros ofrecen un metabolismo más bajo comparados con el de lactantes normales. La producción calórica sólo alcanza a un 50% de lo aceptado por Rubner por m² de superficie.

Todavía más, a consecuencia de la actividad mínima de su sistema muscular, ausencia del panículo adiposo, a la acción más baja específico dinámica de la leche humana, que sólo alcanza a un 5% comparada al 8,5 a 9% observadas en el lactante a término privan el empleo preconcebido del concepto a priori de que, a menor volumen y mayor superficie exista un mayor metabolismo. Por otra parte, la regulación térmica requiere un aumento del metabolismo por las razones expuestas y junto a ello no se olvidará de que el prematuro debe compensar una diferencia de peso comparada con el lactante a término, lo que significa de hecho aceptar lisa y llanamente dos conclusiones de enorme trascendencia:

1) Cuidados sôlícitos sólo llevaderos en instituciones apropiadas, con personal experto, abnegado, con experiencia en la materia.

2) Dietética especial a que deben ser sometidos por cuanto la leche humana por sí sola y exclusiva, a largo plazo conduce al fracaso.

Sólo este capítulo es un vasto campo de estudio. Pues bien, ¿qué es lo que se recomienda agregar? Ese es el problema, señores colegas, la piedra angular y la manzana de la discordia o simpatía en la que se confabulan criterios un tanto equidistantes los unos de los otros. Sin duda en la dietética del prematuro es donde radica el espejo en que se refleja toda la dietética infantil con múltiples y polícromas facetas: pobre en grasa o rica en ella, rica o pobre en albúmina; escasos o abundantes hidratos de carbono, con aminoácidos (gelatina), etc., etc. Es así cómo desfila con el favor de algunos el Babeurre, con o sin fritura de mantequilla o aceite, leche condensada concentrada, leche de huevo de Stolke, etc. Hoy día constituyen más bien un error los regímenes pobres en grasa, por cuanto al 7.º mes del embarazo, el organismo posee 2,5 a 5 grs. de grasa por cada 100 gramos de sustancia corporal, el lactante a término 10 a 17 grs., es decir acumula gran cantidad de ella en los 2 últimos meses del embarazo. En general, se puede afirmar que el requerimiento en el prematuro es 3 1/2 veces superior al requerimiento del niño de término, favorece su inmunidad y su estabilidad (leche humana es rica en ella). Se puede afirmar hoy día de que goza del favor y tal vez de la moda, la leche total al 6% de hidratos de carbono, cítrica; o la leche acidificada en polvo cítrica o láctica (Pelargón Nestlé). Tiene bastante albúmina, suficiente cantidad de grasa y sustancia mineral, acidez, complejo vitamínico B. No entraré en su técnica a la cual se le dedicará un estudio especial en otra oportunidad.

Ahora bien, el requerimiento calórico fluctúa en el prematuro entre 70 a 175 y aun 260 calorías por kg. Se puede resumir en general de que la tendencia hoy imperante es concluir con las reglas matemáticas que pasan a segundo término, dominando más bien un criterio individualista de adaptación al estado nutritivo y apreciación somera de vitalidad variable de uno a otro prematuro. Esto explica la variedad de procedimientos y con ellos defensores o detractores del régimen a, b o c. Ningún colega dudará por ejemplo, de los beneficios de la leche condensada cítrica, albuminosa Mead-Johnson, Babeurre en polvo, Pelargón como complemento a un régimen base con leche humana. En ello va la experiencia individual en cada caso, que arma al médico de una sensibilidad clínica para su indicación oportuna en cada caso particular. Debe insistirse con un sí categórico en que debe ser enriquecido en vitamina C, aun con la leche humana, por cuanto ella no la posee en cantidad suficiente. Interviene en su inmunidad y en especial a reforzar la fragilidad vascular del sistema vascular del niño prematuro.

En resumen, la alimentación del prematuro forma un problema de por sí apasionante y de trascendencia por su delicadeza y responsabilidad que envuelve para el médico, razón que habla por sí sola para practicar un ensayo o experiencia en mayor escala para deducir una conclusión y una norma para los colegas del futuro.

Sin embargo, la mortalidad del niño prematuro después de haber entregado su elevada cuota a la mortalidad precoz (por daño obstétrico, debilidad congénita o enfermedad fetal, etc.), no sólo es elevada en el 1.er año de la vida, ella se mantiene hasta el 3.er año de la vida comparada con la de los lactantes a término.

Respecto a la diferencia corporal ella se recupera dentro del primer año en un elevado %.

En cuanto a su desarrollo mental varían las opiniones respecto a su futuro desenvolvimiento entre cifras que oscilan entre un 30 a 50%, pero se recordará de que en los prematuros con déficit mental ellos provienen en gran parte de familias a su vez taradas sin considerar además al factor trauma obstétrico, cuyo rol por él desempeñado aun no está lo suficientemente esclarecido en sus significados etiológicos como causa de atraso mental. Los que sobreviven el 3.er año quedan incorporados en su mayor parte a las actividades y destino de su generación.

II PARTE

Algunas modalidades patológicas observadas en algunos prematuros

Todo lo dicho hace comprender de sobra que el terreno del prematuro se diferencia fundamentalmente en su reaccionabilidad del lactante a término debido a condiciones biológicas distintas sobre las cuales no deseo extenderme y que hacen comprensibles un matiz clínico propio que muchas veces paralogiza al clínico en forma tal que por sus características realizan una modalidad propia y diferente a lo que comúnmente se observa a diario en nuestra especialidad. Sobre algunas, trataré brevemente basado en un material reciente que he tenido la suerte de observar en nuestro Servicio en la Casa Nacional del Niño.

OBS. N.º 1.—Ficha 8707. Teresa F. PATOTBRMIA PRECOZ.—IDIOCIA.

Nace el 2-X-1938. Hija de madre tbc. Parto prematuro de 8 meses. Peso 2.200 kg. Long. 46 cms. Separada al nacer. Anteced. hereditarios: Padres sin Wassermann. 2 hijos vivos, 2 fallecidos de bronconeumonía. Ingresa de 3 días con un peso de 2 kg. Sometido a un régimen mixto (Babeurre y leche humana) progresa bien hasta el 1.er mes, época en que contrae una rino-faringitis, otitis media bilateral con oscilaciones térmicas variables que no ceden a 10 transfusiones. Curva ponderal lenta, persistencia febril que se mantiene moderadamente entre 37,5º y 38,5º sin variación hasta los 8 meses de edad. Si bien es cierto que faltó repetición de sus afecciones rino-faríngeas y otitis, piuria no existió en sus intervalos alteraciones que explicaran una causa justificable. A los 8 meses contrae coqueluche que exacerba su estado febril y evoluciona sin mayores complicaciones. Persiste sin embargo su estado febril que no abandona al enfermo hasta comienzo de junio del presente año, es decir, hasta los 17 meses. Proteínoterapia, terapéutica de Schok, leche aséptica 5 cc. Hemoterapias 10 cc., XX, día por medio, permanencia al aire libre, fracasan una después de la otra. Hoy día tiene 19 meses de edad. Pesa 7 kg. Long. 73. Su desarrollo mental considerado normal hasta el año cronológico, posteriormente se instalan francas manifestaciones de un retardo mental, apatía, indiferencia, ausencia de alegría, tristeza, mirada vaga, estrabismo ascendente, movimientos estereotipados, muecas y actitudes injustificadas; hipotonía generalizada e hipertonia accidental a los movimientos pasivos con marcada incoordinación en sus movimientos pasivos, funciones estáticas nulas, guarda sólo quietud en decúbito. Al ejecutar movimientos asociados (flexión del tronco sobre los muslos, aparecen mioclonías y fenómenos oculares (nistagmus) es decir, estamos frente a una idiocia.

Comentario.—Se trata de un prematuro hijo de madre tbc. que por sus manifestaciones clínicas y terreno particular propio de una calidad constitucional inferior, que por su patotermia precoz y rebelde nos indujo a pensar y corroborar después un daño de su sistema nervioso central que sólo comienza a manifestarse al año de edad.

OBS. N.º 2.—Rodolfo O.—PSEUDOHIDROCEFALIA SECUNDARIA

A UNA ENCEFALITIS GRIPPAL O PRIMITIVA: COMO HALLAZGO PROPIO DEL PREMATURO.

Nacido en la Maternidad de San Vicente; parto prematuro normal, 2.500 kg. 45 cms. longitud, hijo de madre tbc., exudativa cavitaria y laríngea, bacilífera de 16 años de edad, sífilítica tratada durante 7 meses de su embarazo, fallece post partum, niño separado al nacer llevado a los 12 días a su hogar donde había residido su madre, es alimentado en forma mercenaria 3 veces al día y mamaderas de agua de apio. Ingres a la Casa Nacional del Niño a los 45 días de edad, con un peso de 2.300 kg. 48 cms. longitud, con un cuadro febril y muy mal estado nutritivo. Sometido a una alimentación propia de la atrofia y transfusiones sanguíneas presenta una pielonefritis. Sepsis y encefalitis a los 2 meses de edad. Régimen dietético sin variación progresa hasta el 3.er mes de edad, época en que se observa una mejoría de sus manifestaciones cerebrales con empeoramiento de su estado general, sin que desaparezca su pielonefritis y siempre febril, baja de 3.200 kg. a 2.600 kg., ofreciéndonos el cuadro típico de una descomposición grave que a su vez se trata rigurosamente con una dieta hidratante (Suero Ringer, crema de arroz al 1/2 con 5%), dextromaltoza, después suero de Babeurre, etc., etc., sólo a los 8 días agregados de leche humana descremada, reinicia la reparación lentamente alcanzando el 7.º mes de su vida a 3.700 kg. Persiste su cuadro febril hasta el día de hoy; piuria rebelde, tuberculinas a repetición (—). Wassermann en sangre y líquido céfalo-raquídeo (—). A medida que mejora su estado nutritivo aparece una hipertensión de la fontanela, separación de todas las suturas del cráneo que obligan a practicar punciones semanales; la circunferencia craneana aumenta de 36 c.c. a 41 c.c. Frotaciones mercuriales en serie de 10 días con 8 días de descanso para influenciar la permeabilidad de sus meninges. Líquido siempre a gran presión, claro. Alb.: 0.25 o/oo grs. Pandy y Norme-Appelt (—). Cloruros: 7 gr. o/oo. Glucosa 0.70%. Ex. citológico: 1 linfocito por mm². R. de Wassermann, Kahn, Hecht (—). Ex. fondo de ojo (—). Junto con aumentar sus manifestaciones hidrocefálicas se hace notorio la aparición de extensas zonas craneanas (occipital) de reblandecimiento óseo y su fosfemia acusa una baja a 2,3 mgr. % y calcemia de 9 mgr. o/oo. Sin poder afirmar otra posibilidad de que se trata de un raquitismo craneano evolutivo propio del prematuro. No se intentó practicar en sus comienzos el golpe vitamínico profiláctico o curativo por interpretarse hasta esa fecha dicho hallazgo como

un estado pseudohidrocefálico o megacéfalo de Ylppo, debido a una disociación del crecimiento del cráneo y contenido intracraneano, es decir a una hipertrofia cerebral relativa por el mayor aumento de volumen del contenido en relación al continente (cápsula craneana). Posteriormente se practica un golpe anti-raquitico curativo con resultados sorprendentes, que mejora rápidamente su estado hidrocefálico y hoy día ha progresado en perfectas condiciones, pero con los atributos propios de un hipoplástico. Ha mejorado su estado psíquico, habla y deja la impresión de un desarrollo mental todavía deficiente, pero con franca tendencia a la normalización. El niño tiene actualmente 10 meses de edad, pesa 4.600 kg., long. 58 cms. Su estado nutritivo ha mejorado notoriamente y la evolución posterior aclarará las dudas no resueltas todavía.

Comentario.—Sólo merece haberse considerado oportunamente su estado pseudohidrocefálico secundario como propio de la evolución de un raquitismo agudo en un prematuro. La evolución no hizo más que diferenciarla de un estado secundario a su encefalitis grippal.

OBS. N.º 3.—Luzmira del C. A.—PERITONITIS NEUMOCOCCICA EN PREMATURO.

Prematuro. 3.er embarazo, nacida en el Hospital de San José, donde estaba hospitalizada la madre por una tbc. pulmonar cavitaria bilateral y laríngea, que fallece al mes después del parto. Separada al nacer, 2 hermanos vivos. Ingresa a la Casa Nacional del Niño a los 3 días de edad, con 2.200 grs. de peso y una talla de 46 cms. Ictericia neonatorum discreta. Leche humana fraccionada y 7 transfusiones: alcanza el 3.er mes de su vida doblando el peso de nacimiento 4.400 kg. Después alimentación mixta con Babeurre al 5% con fritura de mantequilla, harina y azúcar al 1/2 y desde el 4.º mes alimentación artificial. Raquitismo leve a los 5 meses que obliga a practicar un golpe anti-raquitico (40 c.c. Vigantol). Rinofaringitis en esa época, otitis aguda bilateral de la cual mejora, persiste un estado subfebril discreto, que desaparece totalmente. Amanece con fiebre, 38.2 y síntomas de un abdomen agudo que hace pensar en una invaginación u obstrucción intestinal. Enviado ese mismo día al Hospital M. Arriarán donde es operado de urgencia. Se constata sólo una peritonitis purulenta generalizada (Neumococo tipo VII). Fallece después de la operación, sin haber existido a la autopsia ninguna otra lesión que pueda haber explicado dicho abdomen agudo.

Comentario.—Podrán en el prematuro subsistir condiciones especiales propias de su constitución en el sentido de una permeabilidad anormal de sus vasos y membranas?

OBS. N.º 4.—M. G.—HIPERTONIA GENERALIZADA POR DAÑO METABOLICO EN UN PREMATURO.

2 embarazos. Hijo de madre tbc. Peso nacimiento 2 kg. Long. 56 cms. Separado al 7.º día. Madre fallece al mes después del partu. Presentó edemas generalizados al nacer, que persisten por 8 días. Progreso satisfactorio hasta los 3 meses, época en que se inicia un raquitismo con alteraciones en su osificación craneana. Fosfemia 2 mgr. ‰. Ca. 13 mgr. ‰. Electrocardiograma: normal. Se practica un golpe anti-raquítico con 15 mgr. Vitamina D2 cristalizada. Al 4.º día P. 3.3% y Ca. 11 mgr. y en circunstancias de ser llevado a un control radiológico presenta un enfriamiento y alza térmica con franco empeoramiento de su estado general, anorexia, deshidratación discreta, pérdida del turgor y elasticidad de la piel. Aparece una hipertonia generalizada al tronco y extremidades, trismus, rigidez de la nuca y extremidades, cara sin expresión (aspecto cadavérico), perturbación en el ritmo respiratorio, respiración superficial, ausencia de llanto, bastaba apoyar la mano en el occipital y se lograba estacionamiento vertical; opistotonus discreto, ausencia de flexión en las extremidades, que aparecen con una rigidez en posición de extensión. Los movimientos pasivos se dejaban practicar con resistencia a los movimientos de flexión; la musculatura se palpaba dura y contracturada general, se diseñaban hasta los detalles de sus inserciones; ligero trastorno a la deglución. Punción lumbar (—), y presión gota a gota. No se constató alteración en los reflejos (difícil de apreciar) sin estar exagerados. Excitabilidad eléctrica normal. Cloro globular 1.6 y plasmático 3.9. Índice clorémico 0.41. Este estado persistió durante 8 días para ceder más o menos rápidamente. Posteriormente inicia una franca reparación. Sometido a un nuevo golpe anti-raquítico por cuanto el primero quedó sin resultado clínico, cura su raquitismo que había avanzado y es dado de alta a los 15 meses de edad, siendo enviado al Servicio de Colocación Familiar, donde ha continuado en perfectas condiciones de salud.

Comentario.—Prematuro que a raíz de un trastorno metabólico repercute sobre su sistema muscular, en especial sobre el músculo mismo; considerado como una alteración del metabolismo salino-acuoso. Eliminadas todas las posibilidades se concluye de que se trata de un estado "hipertónico" favorecido por una constitución especial la "constitución hipertónica". Se sabe que el prematuro presenta de por sí una hiperexcitabilidad de su sistema nervioso independiente de toda acción de un trauma obstétrico.

OBS. N.º 5.—Luis M. M.—CASO DE HIPOTONIA MUSCULAR EN UN PREMATURO.

Prematuro. Hijo de padres sanos. 2.º embarazo. Madre fallece de infección post partum. Ingres a de 1 mes de edad con un peso de 2.200 kg. y talla de 46 cms. Circunferencia craneana 33 1/2 cms. Presenta en su evolución las características de un estado reaccional exudativo, dermatitis seborreica de la que

mejora con régimen mixto leche humana y Babeurre. Posteriormente bronquitis espástica (asmática), a los 4 meses de edad, que persiste sin variación junto con un gran abdomen globuloso y timpánico con franca atonía y diastasis de los músculos abdominales. Coqueluche a los 6 meses de edad, que hace desaparecer su estado asmático y empeora su hipotonía general y especial del abdomen. No presenta signo alguno clínico ni hematológico de un raquitismo. Sólo acentuada tendencia a estados catarrales y rino-faríngeos. Sometido a gimnasia y sesiones prolongadas de masajes, luz ultravioleta, bacalao fosforado y tonofosfán mejora lentamente su estado de hipotonía y hoy, a los 16 meses de edad, pesa 10.500 kg. Talla 78 cms.

Comentario.—Se sabe de que el desarrollo y crecimiento muscular a igual que el sistema óseo no es continuo. Lo mismo acontece con el sistema hematopoyético en ciertos períodos del crecimiento extraordinario propio del 1.º semestre de la vida. En el músculo se observan además por causas aun desconocidas sercolisis durante su desarrollo fetal o poco después del nacimiento. Además el músculo y todo el sistema muscular general ya está diferenciado en su totalidad en el recién nacido. El aumento aposicional mioblástico es escaso y sólo a veces posible. El desarrollo muscular se debe esencialmente al aumento de volumen y no al número de las fibras y es así por ejemplo, de que en el Sartorio, Mac-Callum lo aprecia escasamente en un 10% en contraposición a su segmento trasversal que desde el nacimiento hasta la vida adulta aumenta en un 800%. Además, por razones que se desconocen pueden sobrevenir retardos en su desarrollo o no seguir transitoriamente en una época del crecimiento su ritmo integral, quedar por así decir, atrasado, dando margen a determinadas y a veces poco conocidos cuadros clínicos, como el presente caso. Esto es posible por cuanto con otros sistemas acontece algo semejante (óseo, hematopoyético, etc.). Se deduce una conclusión práctica: no toda hipotonía reconoce como causa a las más comunmente observadas en la práctica diaria (Raquitismo).

OBS. N.º 6.—Matías R.—SÍFILIS CONGENITA ATÍPICA EN UN PREMATURO.

Prematuro de 8 meses. Madre fallece por infección post partum. Reacción de Wassermann (—) en 1939. Nace Hospital San Borja. Peso 2.450 kg. long. 47 cms. Ingresa a los 25 días de edad. R. Wassermann y Kahn (—) a su ingreso. Progresa en buenas condiciones y nos ofrece un estado reaccional exudativo, dermatitis seborrética y alcanza el 3.º mes de su vida con 4.300 kg. Por recidivas de sus afecciones a la piel se trata con régimen mixto albuminoideo

(leche albuminosa concentrada al 20% agregado a su régimen base de leche humana, además se le practican hemoterapias. A los 4 meses coriza diftérica con examen + al frote de las membranas y cultivos. Epistaxis a repetición. Recuento plaquetas: 100.000 x mm³. Otitis izquierda aguda. Se trata su coriza con instilaciones de sacarosa al 50% alternada con Neo glicerinado y mantiene buen estado general, ausencia de síntomas tóxicos. Reacción de Wassermann (—) a los 3 meses de edad. Presenta reagudizaciones de su proceso otítico y rinofaríngeo y su coriza sólo mejora a los 7 meses de edad con instilaciones de Dagenán al 1% (5 gotas 3 veces al día). A los 10 meses de edad pesa 6.700 kg. Por presentar un P. de 3,8 mgr. % y Ca. 10 mgr. % se solicita examen radiológico obteniendo en forma sorpresiva e inesperada una sífilis osteoperióstica florida, lesiones típicamente sífilíticas casi con carácter de un terciarismo. Huesos fusiformes, extensas osteítis y reacción perióstica extraordinaria. No acusa dolor ni síntoma clínico alguno. Sometido al tratamiento de rigor, mejora después de una cura antisifilítica a base de Neo alternado con Calomel; persiste si la intensidad de una R. de Wassermann +++ y espléndido estado general.

Comentario.—La negatividad de un examen clínico no excluye la posibilidad de una sífilis congénita.

OBS. N.º 7.—Jaime R.—PREMATURO Y BRONCONEUMONIA CONFLUENTE SEUDO LOBAR.

Antecedentes hereditarios sin importancia. 1.er embarazo gemelar de 8 meses. Peso 1.850 kg. Parto normal. Progresó lentamente y posteriormente en perfectas condiciones con régimen mixto con papilla de leche albuminosa Mead-Johnson. A los 2 1/2 meses coriza que persiste hasta el 4.º mes de la vida, época en que padece de un cuadro agudo febril, constatándose clínica y radiológica, una bronconeumonía pseudo-lobar de todo el vértice derecho. Sometido a tratamiento con Dagenán cede con rapidez para renovarse cada vez que se suspende el medicamento al 3.er día de apirexia, con reaparición del cuadro clínico por 4 veces consecutivas. Sólo al 6.º mes de edad se logra hacerlo desaparecer en forma definitiva con tratamiento combinado de Dagenán 6 transfusiones sanguíneas asociadas con Cebión fuerte (amp. 5 cms.). Actualmente, a los 10 1/2 meses, pesa 10.500 kg. y ofrece todos los atributos propios de un lactante normal a esa edad.

Comentario.—Cuadro común a veces desconocido y característico para los prematuros en su primer o segundo trimestre, caracterizado por bronconeumonías confluentes subagudas, que a veces comprometen de preferencia ambos vértices (lóbulos) o comprometen a todo el parenquima pulmonar con enfisema intersticial y hemorragias subpleurales con exudado linfocitario y plasmazellen que a su vez mejoran alimentándolos con leche humana enriquecida con vitamina C que parece tener acción evidente en su patogenia (fragilidad vascular, disminución de su inmunidad). El tratamiento así orientado acusó en el presente caso un feliz resultado.

Para terminar sólo deseo agradecer a los colegas que han tenido la paciencia de escuchar el presente relato, abrigando esperanzas de que en un futuro no lejano nuestra Sociedad de Pediatría se vea más interesada en debatir los problemas que afectan al prematuro, problemas que son de un gran interés para todo aquel que se dedica a la Pediatría.