

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



ALGO MAS SOBRE LOS SINDROMAS EDEMATOSOS EN EL LACTANTE

Por J. SCHWARZENBERG L.

Jefe de Servicio.

y SAMUEL COSTA

Ayudante.

En Enero de 1938, el Prof. Ariztía presentaba a las Jornadas Pediátricas de Montevideo un trabajo sobre "Los Síndromas Edematosos con Hipoproteinemia en el Niño Menor". La afección se presentaba en forma aguda, sin lesiones renales apreciables para el laboratorio y la clínica y cuya característica fundamental era la disminución de las proteínas sanguíneas, principalmente de las serinas. En el comentario de estos cuadros, Ariztía hace referencia especial al papel que puede desempeñar el hígado alterado en estos casos e insiste especialmente en el hígado que entraña para ellos un tratamiento hecho bajo el concepto errado de un compromiso renal.

En Septiembre del mismo año, uno de nosotros, en compañía del Dr. Cousiño, hace una presentación de "Dos Casos de Edemas Generalizados con Hipoproteinemia", en la que, a su vez, se enfoca el problema desde el punto de vista de la alteración del metabolismo de las proteínas y de los trastornos hepáticos. Se hace nada más que este análisis parcial del problema, con el objeto de llamar la atención sobre los factores que estimamos como los de mayor importancia entre todos los que pueden intervenir en el mecanismo de este grupo de edemas del lactante.

En las Jornadas Pediátricas Chilenas de comienzos de este año, el Prof. Scroggie, presenta un trabajo de alto interés científico y práctico, en el que se hace un acabado estudio de todo el problema que se refiere a los "Síndromas Carenciales". Estudia y analiza, en especial, la sintomatología, la evolución, el tratamiento de estos cuadros y su patogenia.

Y si a pesar de esto, volvemos hoy a ocuparnos del mismo tema, enfocando nuevamente con interés especial y desglosando del conjunto general de los estados carenciales del lactante, el síndrome del edema, lo hacemos porque consideramos de gran utilidad práctica el poder contribuir con nuestra casuística a ampliar los fundamentos de lo ya hecho y a mantener vivo el interés por el estudio de un problema de tanta complejidad.

Desde que entran en nuestras consideraciones patogénicas las vitaminas y desde que se comprueba y reconoce cada vez con mayor seguridad el rol que ellas desempeñan en un sinnúmero de fenómenos vitales del organismo sano y enfermo, muchos de los síndromas —entre ellos también algunos estados edematosos del niño—, que se consideraban como simplemente producidos por una carencia, por un exceso o por una falta de correlación de los elementos nutritivos reconocidos hasta entonces, salen del margen estrecho de ese concepto y nos plantean una serie de problemas patogénicos, terapéuticos e higiénicos más amplios. Se van desgregando progresivamente del conjunto clásico de trastornos nutritivos agudos o crónicos, puros o para-enterales, nuevos síndromas con características especiales y en los cuales influyen con predominio apreciable una deficiencia o un mayor requerimiento de vitaminas o defectos funcionales de órganos o de sistemas, cuya importancia solamente se está comenzando a tomar en cuenta. Y el panorama esbozado se complica aun más si se agregan los conocimientos que se tienen en la actualidad sobre la intervención que les corresponde a las infecciones en la génesis de tales alteraciones y el valor inmenso que tiene para su interpretación el concepto constitucional y diatésico.

Frente a ese problema tan amplio y complejo, nos hemos circunscrito al estudio de ciertos aspectos del síndrome del edema en el lactante, a base de los casos que hemos podido estudiar en nuestro Servicio de la Casa Nacional del Niño, limitándonos al análisis de la sintomatología, de la

evolución, de la terapéutica y de algunas consideraciones patogénicas generales.

Desde luego, hemos podido observar que en un grupo de estos niños, los antecedentes son claros y precisos en cuanto a los regímenes carenciados cuali y cuantitativamente a que han estado sometidos por largo tiempo. Como causas pueden establecerse condiciones económicas misérrimas, incultura, abandono o vicios de los padres o guardadores. El edema aparece en estos casos generalmente en forma paulatina. Pero tanto en este tipo de enfermos, como en cierto grupo de ellos que, habiendo sido alimentados en forma relativamente normal, se presentan los edemas después de un período más o menos largo en que han padecido de procesos infecciosos a repetición, acompañados de cuadros par-enterales diarreicos, dispépticos, etc., por los cuales se les ha sometido a regímenes carenciados repetidos y prolongados. En otra serie de niños, el síndrome edematoso se instala en forma brusca de un día para el otro, sin que hayamos podido comprobar la existencia de una alimentación carenciada, ni de procesos infecciosos, como causa del trastorno. Sin embargo, tenemos que reconocer que aún en estos casos los niños pertenecen a un ambiente, cuyas condiciones de cultura y cuya situación económica no están al nivel que pueda garantizar la estabilidad permanente de una alimentación normal y suficiente. Las fallas más frecuentes se encuentran en un régimen farináceo unilateral con exceso relativo de sal, una insuficiencia alimenticia general, falta de grasas, albúminas, verduras y frutas crudas.

Nos ha llamado especialmente la atención en los niños que recién ingresan al Servicio que, independientemente de la repercusión que puede atribuirse en este sentido a las infecciones de que padece la mayoría de ellos, el estado psíquico de estos enfermitos presenta ciertas características dignas de una mención especial. Al lado de algunos, que son alegres, que se interesan por el medio ambiente, que juegan, comen bien, etc., hay otros en los que predomina la indiferencia por el medio que los rodea; son apáticos, están decaídos, muestran una cara sin expresión y sin mímica y se alimentan con desgano. Los mayorcitos de entre ellos parece que no entendieran lo que se les dice, desechan los juguetes, pasan semi-sentados, quietos y realizan sus movimientos como bajo una somnolencia o pesadez especial. Esta situación llega a tal extremo, a veces, que ha hecho pensar en la existencia de secuelas encefálicas, como sucedió en uno

de nuestros casos, que se nos envió bajo esa sospecha. Al lado de este grupo hemos observado otro del tipo irascible, inquieto, llorón, que grita y se exaspera cuando alguien se acerca o les dirige la palabra; la cara de éstos es expresiva y la mirada viva y temerosa. Estos niños pasan en continuo movimiento, cambian permanentemente de posición y rechazan generalmente toda alimentación, aunque se trate de dejarlos comer solos, cuando son ya más grandes.

Lo primero que salta a la vista en estos lactantes es la palidez alba o terrosa, a veces con un ligero tinte café, que presenta la piel de ellos y la sequedad, como apergamina-da y una aspereza especial que da al tacto. Suele encontrarse un ligero halo cianótico alrededor de la boca y rara vez en las extremidades. Pigmentaciones de color café sucio hemos visto en las mejillas, cara externa de las extremidades, cara posterior de ellas, sobre todo en el tercio distal y más frecuentes en el antebrazo y a veces en el tronco. Se observan también en el dorso de las manos y de los pies. Suelen presentarse manchas de despigmentación. El vestibulo nasal ostenta una excematización psoriasisiforme, que suele extenderse a todo el labio superior; una dermatitis de ese tipo se observa también a menudo en las comisuras de los labios y en el pliegue retro-auricular. En algunos enfermos hemos comprobado la presencia de manchas purpúricas en la piel, región peri-umbilical sobre todo.

El edema es blando, distribuido de preferencia en las extremidades —edema en bota— y se presenta también, pero más raramente, en la cara (párpados) y en la parte inferior del tronco. Suele ser muy acentuado; pero es generalmente discreto. Lo hemos observado, a veces, más localizado en un lado que en el otro y más en una extremidad que en las demás. Tenemos la impresión que hay enfermos que pertenecen al grupo de esta alteración y en los cuales no se aprecia el edema.

Cuando el sistema muscular no mantiene un funcionamiento cercano a lo normal, como es frecuente, existe una hipotonía muy intensa. Los más pequeños apenas mantienen la cabeza y las extremidades presentan una flacidez acentuada. Los mayorcitos no son capaces de mantenerse en pie, ni aun afirmados, y esa misma hipotonía les impide deambular, a pesar de haberlo hecho anteriormente. En ninguno de nuestros enfermitos hemos observado hasta la fecha síntomas de una hipertonía o alteraciones apreciables

en los reflejos, excepto una ligera disminución de ellos en las extremidades inferiores.

La mucosa de la boca se presenta generalmente seca y de un color rojo intenso; la algorra no es rara. Los labios tienen un aspecto pálido y seco especial, como si el límite de la piel hubiera avanzado hacia el interior de la boca; están agrietados muchas veces y cubiertos de costras. La lengua está tapada muy a menudo de una saburra espesa; las papilas se ven muy prominentes unas veces, y otras, desaparecen por completo. Estos aspectos cambian muy a menudo durante la evolución de la afección.

En muchos de estos enfermos, la pared posterior de la faringe se presenta granulosa y de una coloración roja intensa. En casi todos los casos se comprueba una secreción retro-nasal sero o muco-purulenta abundante. La otitis supurada es muy frecuente y va acompañada casi siempre de una maceración del conducto y de gran parte del pabellón. Las piodermias injertadas en la piel macerada no son muy raras.

En los pulmones se encuentra por regla general, cuando no se presentan focos francos de neumonía o bronconeumonía, un cuadro catarral difuso de medianas o gruesas burbujas. Los tonos cardíacos están muy a menudo apagados y de vez en cuando hemos observado arritmias y extrasístoles.

Es frecuente encontrar un abdomen hipotónico, flácido, meteorizado, a veces abombado, otras francamente hundido. El hígado se palpa casi siempre aumentado de volumen y de consistencia dura. En algunos casos aumenta con la desaparición del edema. El bazo se palpa frecuentemente.

Las extremidades están frías y la piel de ellas seca; suele encontrarse una ligera cianosis. El pelo es seco, duro y cae en abundancia. En muchos enfermos se observa una descoloración por manchas, a veces casi total, que persiste por mucho tiempo y muy a menudo aparece con la mejoría del estado general. Irritación y tumefacción de las conjuntivas, excematización de los párpados y caída de las pestañas, son casi la regla. Generalmente se presenta escasez de lágrimas.

Las presiones arteriales son generalmente normales, en algunos casos bajas y sólo excepcionalmente altas (un caso de los nuestros). Las proteinemias son siempre bajas, principalmente a expensas de las serinas. La colesterina también está disminuida en la sangre. Cuando no se ha comprobado

la existencia de un raquitismo, el fósforo y el calcio en la sangre oscilan alrededor de cifras normales, salvo en uno de los casos fatales, que presenta Po98 y Ca10. En los casos más intensos, las radiografías de los huesos demuestran una descalcificación acentuada y toman, a veces, un aspecto cristalino con una gran disminución del tejido compacto. Los exámenes de sangre revelan para la mayoría de estos enfermos, una anemia verdadera. Su cuadro leucocitario varía según el grado y el tiempo de duración de las infecciones y suele ser un índice pronóstico útil para apreciar el estado de las defensas del niño.

La orina nos da con gran frecuencia, pequeñas albuminurias, acompañadas de piurias acentuadas y que mejoran paralelamente al estado general; pero nunca alteraciones que comprueben lesiones renales del tipo de una nefritis o de una nefrosis, con excepción del caso publicado en nuestro trabajo anterior. No nos ha sido posible comprobar en ninguno de estos enfermos un aumento de volumen del riñón.

Todos nuestros enfermos han presentado diarreas más o menos rebeldes. Son del tipo de las que se observan en una colitis, entero-colitis o simplemente en una enteritis. No hemos visto deposiciones con caracteres de Sprue o de infantilismo intestinal. Vómitos seguidos y persistentes suelen observarse; pero estos casos han sido excepcionales.

Adenopatías mesentéricas no hemos podido comprobar clínicamente, ni siquiera en los casos que llegaron a la autopsia por una tuberculosis. La razón está para nosotros en la pequeñez de la adenitis, que pudo establecerse en la disección.

X. S.—OBSERVACION N.º 10054.

Antecedentes hereditarios. — Padres aparentemente sanos con R. W. (—). No hay antecedentes de tuberculosis, ni de alcoholismo. 3 hijos vivos, 0 fallecido, un aborto de 4 meses, espontáneo.

Antecedentes personales. — Nació con un peso de 2 kilos 800 grs., alimentado al pecho materno exclusivo hasta los 7 meses, después sopas y purés. La alimentación estuvo controlada en una Gota de Leche hasta el año tres meses. Se ausentó dos meses de ella, tiempo que estuvo sometida a un régimen carenciado a base de sopa, fideos y té puro. El ambiente en que vivía era muy pobre, menesteroso. Concorre después de esta ausencia a la Gota de Leche, en donde se hace el diagnóstico de edema por carencia y cuyo cuadro

pasó. Consultó al Policlínico de la Casa Nacional del Niño al año 6 meses, por presentar desde hacía cinco días edemas de las extremidades inferiores y de las manos. Padece desde hace 7 días de diarreas y vómitos. Diez días de tratamiento en el Policlínico y cómo el cuadro empeoraba, se hospitalizó. Antes de su ingreso, recibió ahí como tratamiento un régimen pobre en líquidos y jugos de frutas.

En el Policlínico se comprueba:

PRESIONES:

7.º día: Máxima 10.

al día siguiente:

máx.: 11.

min.: $8\frac{1}{2}$.

EX. ORINA:

Piuria.

Ingresa al Servicio con 7 kilos 650 grs., apática, decaída, sin interés por el medio ambiente, parece no entender lo que se le habla, cara inexpressiva. Piel pálida, seca, pigmentación de las extremidades superiores e inferiores y también de la cara. Edema intenso, blando, de los pies y manos, gran hipotonía muscular. Edema palpebral. Rinitis y erosión del vestíbulo nasal. Tonos cardíacos normales. Pulmones despejados. Abdomen globuloso, hígado a $2\frac{1}{2}$ cms. Se le instituye como alimentación 5 x 120 bab. al 5%, aumentando rápidamente su cantidad y la concentración de hidratos de carbono. A los pocos días se le agrega plátanos, sopas, budín de arroz y al cabo de 20 días, régimen normal. Se le indican transfusiones sanguíneas de 80 cc., al principio, día por medio, posteriormente más distanciadas, recibiendo un total de 7 transfusiones. En una semana, desciende $\frac{1}{2}$ kilo de peso, al término de la cual desaparecen completamente los edemas e inicia una curva ascendente de peso. Cambia el psiquis en forma notable: habla, se interesa por el medio ambiente, juega, etc.

Las manifestaciones cutáneas mejoran: pigmentación de la piel y la sequedad van desapareciendo.

PROTEINEMIAS:

	I	II
A su ingreso, antes de las transfusiones:		A los 19 días:
Método refractométrico	54.7 grs. o/oo	76.3 o/oo
Proteínas totales	52.68 "	78.00 "
Serinas	24.68 "	50.93 "
Globulinas	28.00 "	28.07 "
Índice	0.88 "	1.8 "

PRESIONES:

Al 2º. día: 1 2/5.

HEMOGRAMAS:

A su ingreso:				A los 9 días:			
gl. rojos	1.970,000	gl. rojos	4.300,000				
gl. blancos	15.500	gl. blancos	11,000				
Hb.	45 %	Hb.	90 %				
B	E	M	I	B	S	L	M
0	0	1	0	17	29	51	2
B	E	M	I	B	S	L	M
1	0	0		13	29	53	4

ORINA:

I	II	III
Alb. indicios.	Alb. indicios.	Alb. indicios.
Gl. pus escasos	Gl. pus abundantes.	Leucocitos escasos.
Uremia:		

0.40 gr. o/oo a su ingreso. 0.15 gr. o/oo. 20 días después.

P y Ca normal. Radiografías óseas: descalcificación uniforme, sin síntomas raquíticos. Tuberculinas (—).

Se da de alta al mes, habiendo progresado 1 kilo 120 grs.

R. T.—OBSERVACION N.º 7903.

Antecedentes hereditarios. — Madre soltera, fallece de escarlatina puerperal. primer embarazo.

Antecedentes personales. — Nació de tiempo, parto normal, pesó 3 kilos 100 grs., alimentada al pecho. Ingresa a los 14 días de edad. Al primer mes, operado de hernia al ovario derecho; a los 2 meses, una otitis supurada bilateral; a los 3 meses, adeno-flegmón, submaxilar; a los 5 meses, rino-faringitis, con un proceso de condensación pulmonar derecho de corta duración; a los 10 meses, abscesos cutáneos. Poco después bronconeumonía izquierda, pseudo-lobar. Tuberculinas negativas. Sale a Colocación Familiar al año 1 mes, con 7 kilos 890 grs. y régimen normal.

Reingresa de Colocación Familiar a los 2 años 11 meses, por presentar edemas generalizados que se instalan en forma brusca, acompañados de oliguria. Vista por el médico de Colocación Familiar, se le deja a régimen de hambre y sed, que se prescribe 24 horas antes de su ingreso al Servicio. Llega

con un peso de 9 kilos 550 grs., con un sensorio despejado (se interesa por el medio ambiente, se ríe, habla y juega). Piel pálida, elementos de sarna, pigmentaciones y lesiones costrosas en el dorso, cara externa de los brazos y ante-brazos. El edema es blando y deja la impresión del dedo. Hipotonía muscular. Cabeza nada especial. Boca: lengua saburral, roja en la punta y en los bordes, con papilas prominentes. Pulmón y corazón negativo; abdomen globuloso; hígado a nivel del ombligo; bazo no se palpa; genitales sanos.

I.ª PROTEINEMIA:

Proteínas totales	35	grs. o/oo
Met. Kyeldahl	36.5	"
Serinas	20	"
Globulinas	16.5	"
Cuociente	1.2	"

Examen orina negativo. Se le instituye régimen: 200 grs. de jugo de frutas y 300 grs. de frutas crudas, agregándose al día siguiente 2 x 220 leche albuminosa al 10%; al sexto día se agrega budín de arroz, ayudado con transfusiones sanguíneas de 100 c.c. c/u. En el transcurso de 10 días deshace sus edemas, alcanzando a disminuir 2 kilos de peso. Se le coloca Ascorbil, un centímetro diario, durante 12 días. Su sarna se trata con baños y fricciones. A los 10 días, o sea, cuando se obtiene el descenso máximo de peso, se observa una rínofaringitis purulenta.

II.ª PROTEINEMIA:

Proteínas totales	61.2	grs. o/oo
Met. Kyeldahl	63	"
Serinas	26	"
Globulinas	37	"
Cuociente	0.7	"

A las 2 semanas se pasa al régimen siguiente: 2 x 250 leche total al 10%; 2 x 180 sopas; 1 x 50 puré verdura; + 50 budín de Epstein; 200 grs. de jugo de frutas.

Buen estado general, buena curva de peso. Desaparición de sus edemas.

III.ª PROTEINEMIA (a los 20 días):

Proteínas totales	72.5	grs. o/oo
Globulinas	36.44	"
Serinas	36.66	"
Cuociente	1.06	"

y su hemograma:

Glóbulos rojos	3.000,000
Glóbulos blancos	16,000
Hb.	68 %

B	E	M	I	B	S	L	M
0	3	0	6	7	43	34	7

Su examen de orina nos revela una piuria. Al mes y medio de hospitalización, presenta un estado febril con temperaturas altas, provocadas por una tonsilitis aguda bilateral. Mejora a los pocos días y poco después, desaparece la piuria. Radioscopias pulmonares y tuberculinas repetidas a concentraciones crecientes, negativas. Se da de alta nuevamente a Colocación Familiar después de 2 meses de permanencia en el Servicio. Su hígado se había reducido al nivel del reborde costal, las pigmentaciones de la piel desaparecieron, descamándose en esas regiones en grandes láminas. Sale con un peso de 10 kilos 550 grs. y régimen normal.

E. C.—OBSERVACION N.º 10121.

Antecedentes hereditarios. — Padre, 45 años, R. W. (—) en 1937. Madre, 38 años, R. W. (—) en 1925. Once embarazos, tres hijos fallecidos (meningitis a los 9 años y 2 toxicosis a los 2 años); los vivos son sanos. No hay antecedentes tuberculosos.

Antecedentes personales. — Nació de 8 meses, con 2 kilos; el mismo peso a los 15 días. Alimentado a pecho cada 3 horas durante 2 semanas; luego alimentación mixta con Leche Marina, controlada por Gota de Leche, sopas y jugos de frutas desde los 6 meses. A los 8 meses se hospitaliza en el Hospital Roberto del Río por una encefalitis (hospitalización duró 40 días). Enfermedad actual: se inicia hace dos meses con vómitos y diarreas, siendo tratada con remedios caseros, después con leche albuminosa que no tolera, parándola entonces a sopas y líquidos azucarados. 4 días antes de su ingreso, edemas de las extremidades y cara. Se le instituye en Policlínico 1 x 160 grs. sopas, 20 grs. hígado, una yema de huevo, 3 x 60 budin de arroz, 1 x 100 purés de fruta y se envía al Servicio, en donde ingresa con un peso de 8 kilos 230 grs. a los 2 años 4 meses de edad. Febricitante, odioso, quejumbroso, desaxosgado, inquietud permanente, grita a veces. Piel pálida; pigmentación, principalmente en la cara dorsal de las manos y pies, edema intenso de los mismos. Panículo muy disminuido, elementos de impétigo en el cuero cabelludo; boca: enrojecimiento de las encías, saburra grisácea de la lengua, punta y bordes rojos con papilas prominentes. Rino-faringitis y otitis, ganglios submaxilares. Tórax raquitico. Pulmones: estertores húmedos gruesos de grandes burbujas. Corazón: tonos

algo apagados, pulso pequeño y blando. Abdomen globuloso, hígado a nivel del ombligo, duro. Hernia inguinal derecha.

Como exámenes se piden en Policlínico:

Proteinemia	39.4	grs. o/oo
Serinas	18.24	"
Globulinas	21.16	"
Índice	0.26	"

Uremia: 0.26 gr. o/oo.

EXAMEN ORINA:

albúmina indicios.
células epiteliales alargadas.
Glóbulos pus regular cantidad.

HEMOGRAMA:

Glóbulos rojos	5.000.000
Glóbulos blancos	12.200
Hb.	100 %

B	E	M	I	B	S	L	M
0	0	0	0	5	31	39	5

Se instituye al segundo día de ingreso, por rechazo del régimen del Policlínico, 7 x 130 Bab. 10 % y 100 grs. de jugo de frutas, régimen que tolera en buenas condiciones. Deshace rápidamente sus edemas, obteniéndose al cuarto día el máximo de descenso en el peso, que llega a 7 kilos 430 grs., de haciendo completamente sus edemas a los 6 días. Desde el ingreso, transfusiones sanguíneas de 100 c.c. c/u., al principio día por medio y después más distanciadas, recibiendo en total 5. Cuatro días después de su llegada, es visto por el especialista de oídos, el que comprueba otitis izquierda (paracentesis), después derecha (paracentesis). La temperatura disminuye, se alimenta bien, desaparece la intranquilidad, sube de peso, el que nuevamente desciende a los 11 días, a raíz de una rino-faringitis y otomatitis, de 13 días de duración. Al sexto día se agrega al Babeurre, budín de arroz; al 9.º, leche con sémola y plátanos; a los 18 días, régimen normal para su edad, observándose buen progreso ponderal y desapareciendo las pigmentaciones de la piel, con descamación en grandes láminas, afebril y con notable cambio en su psiquis (juega, se ríe, entiende lo que se le dice, pronuncia monosílabos) y corrección marcada de su hipotonía. Hace una semana, nueva rino-faringitis, además una bronquitis; pero sin repercusión sobre el estado general. Las radiografías óseas nos demuestran secuelas raquílicas y rarefacción de sus huesos. Tuberculinas negativas, fósforo y calcio normal.

PROTEINEMIA:

	II. ^a	III. ^a
	Al 9. ^o día:	A los 21 días:
Proteínas totales	61.2 grs. o/oo	82.2 grs. o/oo
Setinas	38.6 "	50.1 "
Globulinas	22.6 "	33.1 "
Índice	1.7 "	1.5 "

HEMOGRAMA:

A los 22 días:

Glóbulos rojos	5.000.000
Glóbulos blancos	13.000
Hb.	105 %

B E M I B S L M

0 0 0 1 8 48 32 11

COLESTERINEMIA:

A su ingreso: 0.60 mgr. o/oo 7.^o día: 1.9 mgr. o/oo

EXAMEN ORINA:

Al 3.er día:	A los 10 días:
Albumina, indicios marcados.	Albumina, 0.10.
Leucocitos escasos.	Glóbulos pus reg. cantidad.

PRESION ARTERIAL:

Al 4. ^o día:	Al mes 5 días:
9/5½.	10/7.

L. H. P.—OBSERVACION N.^o 9209.

Antecedentes hereditarios. — Padre aparentemente sano, alcohólico, R. W. (—) 1938. Madre aparentemente sana, sin R. W., sin antecedentes tuberculosos; 2 embrazos; partos normales y de término. Un hijo fallecido a los 3 meses de toxicosis.

Antecedentes personales. — Nació de tiempo, parto normal, alimentado al pecho materno exclusivo hasta el mes; después mamaderas de leche con-

densada cada 5 horas, sopas, purés, jugos de frutas a los 6 meses. Poco antes de su ingreso, sarampión y bronconeumonía.

Se hospitaliza en nuestros Servicios al año 6 meses, por presentar desde hace 5 días edema de los pies, que posteriormente se generalizan. Llega con un peso de 10,040 grs., muy decaído, pálido, cara inexpresiva, no se interesa por el medio ambiente. Piel con cicatrices pigmentadas, repartidas principalmente en los antebrazos y brazos, manos y pies. Hipotonía muscular intensa, supuración del oído izquierdo, encías muy rojas, grietas labiales, lengua roja y seca; faringe roja y granulosa en su pared posterior. Ganglios submaxilares infartados. Pulmones: estertores de grandes burbujas en ambos campos, con bronco-fonía en el tercio medio izquierdo. Abdomen flácido, hígado por debajo del ombligo; cianosis discreta de las manos y de los pies. Temperaturas subfebriles.

Se le alimenta el primer día con 300 grs. de plátanos y 330 grs. de puré de manzana. Al día siguiente, 4 x 100 puré de frutas y 2 x 100 Budín de Epstein. Se hacen transfusiones sanguíneas de 100 cc. c/u.

PROTEINEMIAS:

I.º		II.º	
A su ingreso:		Al 6.º día:	
Proteínas	46 grs. o/oo	46 grs. o/oo	
Met. Kyeldahl	41.13 "	No se determinó el resto.	
Serinas	21.87 "		
Globulinas	19.26 "		
Índice	1.1 "		

HEMOGRAMA:

Al 2.º día:					Al 5.º día:										
Glóbulos rojos	4.000,000				5.000,000										
Glóbulos blancos	8,000				18,000										
Hb.	65 %				92 %										
B	E	M	I	B	S	L	M	B	E	M	I	B	S	L	M
0	0	0	0	14	47	24	5	0	0	.3	8	.28	24	.35	2

PRESION ARTERIAL:

Al 2.º día: 100 Hg.

Desde el comienzo baja muy acentuada de peso, alcanzando en 60 días de permanencia en el Servicio, un descenso aproximado de 1,500 grs., con emporamiento del estado general, gran decaimiento, palidez intensa; al 5.º día

habían desaparecido los edemas. Al 7.º día, los tonos cardíacos se apagan, aparece diánea y fallece con temperatura hasta 40º.

Autopsia. — Tuberculosis generalizada. Complejo primario en evolución. Diteminación hematogena. Degeneración grasosa del hígado. Otitis. Degeneración de los parénquimas.

M. G.—OBSERVACION N.º 9077.

Antecedentes hereditarios. — Padre aparentemente sano; se ignora R. W. Madre con R. W. (—). Siete embarazos, 2 hijos vivos, 3 fallecidos, 1 de 2 años, otro de 2½ años, por intoxicaciones y uno de 4 meses, de meningitis. Dos abortos espontáneos, de 2 y de 4 meses.

Antecedentes personales. — Nació de tiempo, parto normal. Alimentación natural hasta los 5 meses, después fosfatina con leche y sopas hasta el año. Deambuló al año. Bronconeumonía al año 5 meses.

Enfermedad actual. — Hace tres meses tiene un cuadro diarréico con deposiciones líquidas, 4 a 5 veces durante un mes, alimentándose entonces solamente con mamadera de sémola en agua. Desde hace un mes aparecen edemas de las extremidades y cara, por lo que lo alimentan con leche humana y leche de burra, en cantidades insuficientes. En este estado se le colocan 6 transfusiones sanguíneas de 60 cc. c/u.; Cantán, ½ tableta, 3 veces al día (dos tubos); Adergol, 5 gotas, 3 veces al día (1½ frasco). Los edemas desaparecen con el tratamiento, para reaparecer 2 días antes de su ingreso.

Ingresa al Servicio a los 2 años 2 meses, con 6.500 grs., caquéctico muy decaído, no se interesa por el medio ambiente, no se ríe, cara de máscara. Piel: palidez intensa, deshidratación, pigmentación de las mejillas y de la cara externa de los antebrazos y brazos, erosiones de los labios, manchas purpúricas en la piel, eczema supra- labial. Edema de las extremidades superiores e inferiores, más acentuado en estas últimas.

Faringe roja, con secreción retrorinal. Pulmones (—), abdomen flácido, pared muy delgada. Hígado a 3 cms. Bazo negativo.

Se le instituye como alimentación los primeros 5 días: leche humana ordeñada en dosis progresivas y jugo de frutas. Al 5.º día se agrega Budín de Anoz y Budín de Epstein. Dos días después, plátano y a los 15 días, régimen normal para su edad; edemas, se instituyen transfusiones sanguíneas. Su curva ponderal demuestra ligero ascenso de peso al comienzo, ascenso posterior regular y muy buen estado general. Presentó posteriormente una rino-faringitis sin repercusión sobre su estado general. Deshizo completamente sus edemas a los 15 días, sus pigmentaciones desaparecieron poco después, descamándose la piel en grandes láminas y dejando manchas hipocrómicas en ese sitio.

PROTEINEMIAS:

	I. ^o	II. ^o	III. ^o
	2 días después del ingreso:	A los 15 días:	Al 1½ mes.
Índice	1.34237	1.34275	1.34910
Proteínas totales	37.2 o/oo	35.4 o/oo	75.00 o/oo
Sero-albúmina	12.2 "	11.37 "	47.00 "
Globulinas	25.00 "	24.25 "	28.00 "
Cuociente	2.05 "	2.1 "	1.7 "
N. no proteico	0.15 "		

HEMOGRAMAS:

	I. ^o	II. ^o
	A los 8 días:	A los 15 días:
Glóbulos rojos	5.000.000	4.850.000
Glóbulos blancos	9.000	13.000
Hb.	75 %	71 %

B	E	M	I	Bac	S	L	M	B	E	M	I	B	S	L	M
1	0	0	0	1	50	47	1	0	0	0	0	6	30	52	12

Plaquetas: 250.000 x mm.³.

Anisocitosis discreta.

Cromemia normal.

Examen orina: (—). Tuberculinas: (—).

El niño sale a su casa después de 1½ mes de hospitalización, habiendo subido 1 kilo de peso.

D. I.—OBSERVACION N.º 10057.

Antecedentes hereditarios. — Padre aparentemente sano con R. W. (—) en 1940. Madre sana, sin R. W. Tres hijos vivos. No hay fallecidos ni abortos. Sin antecedentes tuberculosos.

Antecedentes hereditarios. — Nació de tiempo, parto eutócico. Alimentado al pecho exclusivo hasta los 6 meses. Después leche condensada (2 cucharaditas en ½ taza de agua), tres veces y dos veces pecho. Desde los 6 meses sopas. No ha tomado nunca jugos de fruta.

Enfermedad actual. — Desde hace dos meses presenta vómitos y diarreas que se repiten en forma periódica, que hacen tratarla exclusivamente con régi-

men farináceo. Desde hace un mes, edemas de las extremidades y persistencia de su cuadro diarreico.

Ingres a al año 3 meses con 5 kilos 750 grs. en estado de extrema gravedad. Ditrófico muy avanzado, quejumbroso, con aleteo nasal, disneico, palidez acentuada. Edema principalmente de la parte distal de sus extremidades. Panículo adiposo desaparecido. Pulmones: crépitos y broncofonía en el tercio medio del lado izquierdo, estertores húmedos gruesos abundantes, en ambos campos. Corazón: tonos cardíacos muy apagados. Petequias abdominales. Se le instituye como alimentación 6 x 50 leche humana, jugo de fruta, cardiazol 5 gotas, 4 veces, y transfusiones sanguíneas de 80 cc.

PROTEINEMIA:

Proteínas totales	42.8	o/oo
Serinas	22.93	"
Globulinas	22.27	"
Índice	1.02	"

HEMOGRAMA:

Glóbulos rojos	3.200.000
Glóbulos blancos	61.800
Hb.	50 %
Acido ascórbico: 1.02 mmgr. %.	

El cuadro general se agrava, y fallece al segundo día, bajo la sintomatología de una bronconeumonía izquierda y un cuadro séptico.

Autopsia. — Otitis media supurada derecha. Edema pierna izquierda y ante-brazo derecho. Bronconeumonía izquierda global. Edema e hiperemia del cerebro, con hidrocefalia aguda externa. Absceso cortical del tamaño de un poroto en el polo inferior riñón izquierdo. Hiperplasia blanda del bazo. Intensa anemia del hígado, riñones, huesos largos y de las mucosas en general.

Causa de muerte. — Marasmo. Séptico-piohemia.

E. M.—OBSERVACION N.º 7496.

Antecedentes hereditarios. — Padre alcohólico sin reacción Wass. Madre tuberculosa, con reacción Wass. (—). 10 embarazos, 4 hijos vivos. Los fallecidos son: de tuberculosis al año y medio y otro de 7 años; uno de trastornos nutritivos; otro de afección renal; otro de bronconeumonía y dos abortos.

Antecedentes personales. — Nació de tiempo, parto normal. Alimentado al pecho hasta los 3 meses, edad en que ingresa. Desde ahí alimentación artificial, buen progreso ponderal, buena inmunidad. Tuberculinas negativas. Sale

a la Colocación Familiar al año 4 meses, con 10 kilos. Reingresa a los 2 años 2 meses por un cuadro edematoso desde hace 4 días. Alimentación al parecer buena.

En el Servicio nos encontramos con un niño pálido. Con un peso de 11 kilos 30 grs. Piquis despejado, piel elástica. Edema pálido de los párpados y de las extremidades (partes distales). Lengua saburral. Faringe granulosa con secreción purulenta. Pulmones y corazón nada especial. Abdomen depresible. Hígado y bazo (—).

A su entrada se indica crema arroz 10 %, que se cambia al 2.º día en nuestro Servicio por leche 2/3 al 8 %, sopas y purés que tolera en buena forma. Baja de peso y deshace sus edemas en el transcurso de 7 días, alcanzando un peso de 10.700 grs. Su hemograma revela:

Glóbulos rojos	4.600.000
Glóbulos blancos	6.500
Hb.	84 %

B	E	M	I	Bac	S	L	M
0	1	0	3	3	36	55	2

Examen orina: (—). Tuberculinas: (—).

A los 11 días, ya con buen estado general, se le instituye régimen normal para su edad, progresando en muy buenas condiciones. Sale a Colocación Familiar con 11 kilos 730 grs., después de 45 días de permanencia en el Servicio y habiendo presentado una buena inmunidad.

E. F.—OBSERVACION N.º 9478.

Antecedentes hereditarios. — Padres aparentemente sanos con Wass. (—) en 1939. Dos partos normales de término, niños vivos; no acusa abortos. Sin antecedentes tuberculosos.

Antecedentes personales. — Nació de término, parto normal, alimentado al pecho hasta los 8 meses. Hace 1 mes que sólo se alimenta de sopa de sémola, fideos y té.

Ingresó al año 1 mes con 6.400 grs. Decaído, odioso. Muy pálido. Edema de las extremidades inferiores. Febricitante. Boca con mucosa muy roja y elementos de estomatitis máculo-fibrinosa, encías muy rojas, dentadura 4/4. Labios agrietados, eczema de las comisuras. Faringe roja. Tórax con rosario costal. Pulmones (—). Abdomen depresible, hígado a 4 cms., bazo (—). Rodete epifisiario de las extremidades.

Se le instituye régimen con 3 x 120 budín de arroz y 2 x 150 plátanos, agregándosele al día siguiente 2 x 120 budín de Epstein y se ayuda con transfusiones sanguíneas de 80 cc. al principio y después de 100 cc. El peso sube, aumentan los edemas y al sexto día, en forma brusca, decae, pierde 700 grs. de peso, deshace sus edemas, se torna inapetente y las temperaturas subfebriles del principio aumentan; lo que obliga a pasarlo a un régimen de leche humana, fraccionada. Los días posteriores el niño se está alimentando mejor, mejora su

estado general, disminuye su temperatura que correspondía a una rinofaringitis; pero el hígado aumenta más de volumen y adquiere consistencia dura. En estas condiciones se le deja Campoferron, una cucharadita 2 veces, durante 9 días. Al mes ya el cambio en su estado general es evidente, eso sí que seguía alimentado con leche humana y con agregado de 5 grs. de leche albuminosa en polvo, por cada mamadera. En esa época se pasa a Babeurre al 5 %, después al 10 % y ya al año 3 meses, se pasa a régimen normal. Se da de alta en muy buenas condiciones al año 4 meses, con un peso de 7 kilos 760 grs.

Exámenes de orina repetidos revelaron una pequeña piuria, que desaparece con la mejoría del estado general.

HEMOGRAMAS:

A los 3 días:				Al mes:			
Glóbulos rojos	.....	.....	4.500.000	.....	.....	.....	5.200.000
Glóbulos blancos	.....	.....	19.500	.....	.....	.....	13.200
Hb.	.....	.....	80 %	.....	.....	.....	120 %
B E M I E S L M				B E M I Bac L M			
0 0 0 1 2 46 43 8				0 3 0 1 5 50 7			
Al mes 10 días:				A los 2 meses:			
Glóbulos rojos	.....	.....	5.000.000	.....	.....	.....	4.500.000
Glóbulos blancos	.....	.....	14.800	.....	.....	.....	21.000
Hb.	.....	.....	105 %	.....	.....	.....	100 %
B E I B S L M				B E M I Bac S L M			
0 3 4 3 52 34 4				0 1 0 0 11 9 74 5			

Radiografías óseas: Descalcificación uniforme y signos raquíticos leves que se reparan.

P. C.—OBSERVACION N.º 8653.

Niño abandonado que ingresa alrededor de los 6 meses con 3.800 grs.

Distrofia: Intertrigo. Blefaritis y Peñirigo. Alimentado artificialmente desde el comienzo. Por ser un distrófico tan avanzado se le instituyeron transfusiones sanguíneas (5). Como enfermedad intercurrente, una rinofaringitis. Sale a Colocación Familiar a los 9 meses con 7.125 grs. Tuberculinas negativas. Wass. y Kahn negativas.

Reingresa enviado desde Colocación Familiar, por presentar una dispepsia grave, rinofaringitis y edemas generalizados.

Niño de 1 año 11 meses, con 7.750 grs. Decaído, pálido. Panículo y turgor disminuído. Piel seca, deshidratado, edema de la cara y de la parte distal de las extremidades. Mucosa bucal seca. Lengua roja con papilas promi-

mentes. Faringe y pilares rojos sin secreción. Nada pulmonar ni cardíaco. Abdomen flácido. Hígado en el reborde. Bazo negativo.

Se instituye D. H. y se le realimenta con Bab. en dosis progresiva en cuanto a cantidad y concentración en H. de C. al 5.º día, leche 2/3 al 8 % y al 9.º día, régimen normal. Desciende de peso durante 5 días, al término de los cuales desaparecen los edemas y asciende su curva ponderal. Alrededor de los 20 días, estaciona su peso, desmejora su estado general, aparece temperatura y se observa una rinofaringitis y una piuria, que por su persistencia, se trató con Gombardol, dos curas, la primera de 11 días, en que tomó 14.50 grs., y la segunda, durante 14 días, 15.20 grs. y transfusiones sanguíneas (6 de 100 c.c.).

Con este tratamiento mejoró su infección, recuperó su buen estado general y mejoraron sus defensas. Sale adoptado a los 2 años 2 meses, con 10.000 grs.

PROTEINEMIA:

A los 13 días:

Proteínas totales	66.68 grs. o/oo
Serinas	38.16 "
Globulinas	30.62 "
Cuociente	1.3 "

Orina: Piuria persistente.

HEMOGRAMAS:

A los 10 días:

A los 15 días:

Globulos rojos	3.300.000
Globulos blancos	11.500
Hb.	70 %

4.800.000
14.600
100 %

B	E	M	I	B	S	L	M	B	E	M	I	Bac	S	L	M
0	1	0	2	15	41	31	4	1	3	0	1	4	17	64	10

A. M.—OBSERVACION N.º 10132.

Ingresó al año 7 meses del Policlínico.

Antecedentes hereditarios. — No hay antecedentes de tuberculosis, ni de sífilis.

Antecedentes personales. — Alimentación pecho exclusivo hasta los 7 meses después leche de vaca (500 grs. diarios), sopas y purés. Nunca tomó jugo de fruta. Enfermedades anteriores: raquitismo a los 8 meses, tratado con 2 frascos de Ostelin en un día (golpe vitamínico); coqueche al año de edad.

Enfermedad actual. — Se inicia hace 4 meses a raíz de una dispepsia, que fué tratada con leche humana y transfusiones sanguíneas. Desde esa época aparecen periódicamente deposiciones líquidas y frecuentes, vómitos, inapetencia.

Hace 15 días presenta edemas generalizados, pigmentaciones de coloración violácea oscura en los antebrazos, manos y extremidades inferiores, más acentuada en la cara de extensión. Hace 7 días se agregan a estos síntomas una dermatitis con pérdida de la epidermis en el hemi-abdomen inferior, región genital y parte alta de la cara interna de ambos muslos. Junto a estas alteraciones, un pésimo estado nutritivo e irritabilidad del carácter del niño.

El examen revela, fuera de los síntomas anotados, un peso de 6.650 grs. y un gran aumento de volumen del hígado.

Los exámenes de laboratorio demuestran lo siguiente: piuria, anemia y leucocitosis con desviación a la izquierda, hipoproteinemia con índice normal, coles-terinemia y uremia baja.

Se instituye alimentación con Bibeurre al 10 %; jugo de fresas y transfusiones sanguíneas (100 c.c.). El estado general mejora, los edemas desaparecen a los 10 días, las lesiones de la piel mejoran paulatinamente, continuando la descomación, dejando la piel de aspecto normal en algunas regiones ligeramente hipocrómica. Carácter menos irritable.

Se agrega a su alimentación grasa y budín de arroz, pasando luego a leche de vaca diluida al 2/3, después total y reemplazo del budín de arroz por sopa de sémola. Presenta una curva ponderal satisfactoria y continúan en franca mejoría las alteraciones de la piel.

Presenta una estomatitis catarral que se trata con solución de borato de sodio al 2 %, mejorando rápidamente.

Reacciones serológicas (Wassermann y Kahn) y tuberculínicas negativas.

La radiografía ósea revela una intensa descalcificación con hipofosfemia (2.8 milgrs.); en un control posterior se observa mayor calcificación y normalización del fósforo sanguíneo.

Los exámenes de orina repetidos demuestran la existencia permanente de glóbulos de pus aun con la mejoría del estado nutritivo.

La anemia se corrige, igualmente los demás valores del hemograma.

La proteinemia persiste baja en el segundo control y existe, además, una inversión del índice, aun cuando han desaparecido los edemas; en el tercer control la proteinemia total es normal y el índice se ha aproximado a la normal. Véase el detalle a continuación:

	I. ^o	II. ^o	III. ^o
	Al ingreso:	A los 23 días:	Al mes:
Proteínas	42.153 o/oo	41.31 o/oo	75.43 o/oo
Sero-albúmina	29.192 "	17.43 "	40.12 "
Globulinas	12.931 "	23.88 "	35.37 "
Índice	2.2 "	0.7 "	1.14 "

La coles-terinemia ascendió de 0.40 a 1.50 gr. %.

En resumen, se trata de una distrofia grave con edemas y alteraciones de la piel, en la que con tratamiento alimenticio y transfusiones sanguíneas se ha obtenido una franca mejoría del estado nutritivo general y de la afección cutánea. Llamamos la atención los valores dados por la proteinemia en relación con la evolución del cuadro clínico.

E. F.—OBSERVACION N.º 10164.

Antecedentes hereditarios. — Padre de 21 años, aparentemente sano, sin reacción Wassermann. Madre de 21 años, aparentemente sana, R. W. (—) en 1939. Dos embarazos. No hay antecedentes de tuberculosis ni alcoholismo.

Antecedentes personales. — Nació de tiempo en parto normal, alimentado al pecho exclusivo hasta los 9 meses, edad en que le agregan sopa y jugo de fruta, de vez en cuando.

Consulta Policlínico en Enero de 1941 por una dispepsia y nuevamente en Marzo por otra dispepsia. En el mes de Abril lo traen por un cuadro edematoso, que se había iniciado una semana antes y por diarrea que llevaban 15 días de duración. Su alimentación se hizo con leche condensada, tres mamaderas (tres cucharaditas en agua de arroz) y dos sopas. En Policlínico se trata con una corta dieta hídrica y realimentación con leche albuminosa durante dos días. El estado general, de por sí malo, se agrava, lo que decide su hospitalización. Ingresa al Servicio el año 6 meses con 6,700 grs., en pésimas condiciones generales, disneico, intranquilo, cara de sufrimiento, psiquis semi-embotado.

Piel pálida. Edema de las extremidades superiores e inferiores. Hipotonía muscular. Cara pálida, ojeroso, labios agrietados, secos y con fuliginosidades. Lengua seca, papilas prominentes. Faringe intensamente roja con pared posterior granulosa. Dentadura 4/2. Pulmones, estertores crepitantes y húmedos medianos en la base izquierda. Corazón, tonos normales, ritmo regular. Abdomen flácido, pared delgada. Hígado 5 cms., de borde duro. Bazo palpable. Fiebricitante.

Se instituye como tratamiento dietético 6 x 100 beburre al 10 %, al segundo día se agrega jugo de fruta y al tercero, medio plátano molido, dos veces al día. Se le indican transfusiones sanguíneas de 100 c.c., día por medio. Al segundo día baja 200 grs. de peso, subiendo en el tercero y habiendo desaparecido sus edemas. A partir de esa fecha, el estado general, que en los 3 primeros días parecía haber mejorado, se empeora: aumenta la temperatura, que alcanza a 39½ y 40º, inapetencia invencible. Hace una otitis aguda bilateral, aparece tos y se observan por parte del pulmón signos claros de bronconeumonía. Los tonos cardíacos se apagan, por lo que se le da cardiazol, 8 gotas cada 6 horas y se intenta como un último recurso, tratamiento con inmunidón, del que sólo alcanza a tomar 2½ grs. en dos días y fallece después de 8 días de hospitalización.

PROTEINEMIA:

A su ingreso:

Proteínas totales	...	...	44.31	grs. o/oo
Sero-globulina	...	...	12.87	"
Sero-albúmina	...	...	31.43	"
Índice	...	...	2.4	"

HEMOGRAMA:

A su ingreso:

Glóbulos rojos	...	...	4.000.000
Glóbulos blancos	...	...	41.700
Hb.	...	...	87 %

B	E	M	I	Bac	S	L	M
0	0	0	5	18	49	25	5

Al 2.º día:

UREMIA: 0.12.

COLESTERINEMIA: 0.75 gr. o/oo.

Ca: 10.

P: 0.98.

EXAMEN ORINA: Píuria.

Una radiografía pulmonar tomada 24 horas antes de su fallecimiento (re-tarde debido a la gravedad del enfermo), llega a nuestras manos en el momento de la autopsia y nos revela signos de diseminación tuberculosa, con una imagen sospechosa de caverna en el tercio inferior izquierdo.

Autopsia. — Proceso tuberculoso predominantemente exudativo, caseificado, que ocupa la mitad dorsal del lóbulo inferior del lado derecho. Tuberculosis caseosa de los ganglios peribronquiales e intertráqueobronquiales de ambos lados. Los ganglios intertráqueo-bronquiales están adheridos al esófago y lo sollevant; escasos nódulos de diseminación en el resto de ambos pulmones. Lengüeta atelectásica del extremo antero-inferior del lóbulo superior izquierdo. Bronconeumonía en focos diseminados en el lóbulo inferior izquierdo. Tuberculosis caseosa de los ganglios mediastínicos posteriores periesofágicos, de la curvadura menor del estómago y muy discreta, a nivel de los ganglios mesentéricos. Tuberculosis de los ganglios de las vías biliares. Hígado pesó 490 grs. Tumefacción turbia y tuberculosis miliar del hígado y de ambos riñones. Tuberculosis diseminada del bazo, que pesa 30 grs. Pequeña úlcera tuberculosa

vecina a la válvula ileo-cecal. Corazón contraído, presenta tumefacción turbia del miocardio.

J. S.—OBSERVACION N.º 10171.

Antecedentes hereditarios. — Padré aparentemente sano con R. W. negativa hace dos meses. Madre colecistectomizada hace 5 años. R. W. negativa en 1940. Dos hijos vivos. No acusa abortos. Sin antecedentes de tuberculosis ni de alcoholismo.

Antecedentes personales. — Nació de tiempo, parto normal. Alimentado $1\frac{1}{2}$ mes al pecho y después con leche de vaca (5 cucharadas de agua y 2 de leche), dos mamiaderas, alimentación que sigue hasta los 8 meses; hasta los 10 meses, leche al medio. Desde los 10 meses, babeurre (1 cucharadita en $\frac{1}{2}$ taza de agua) tres veces y una sopa en caldo de posta. No ha tomado jugo de fruta.

Ingresa por presentar edemas y diarrea desde hace algún tiempo. Niño de 1 año y 1 mes, con 4,800 grs. Mirada viva, psiquis despejado, febricitante. Piel muy pálida, seca, con pigmentación de las extremidades inferiores y eritema perianal. Edema de las extremidades inferiores, panículo adiposo casi desaparecido. Rinitis aguda. Boca, labios secos y agrietados, lengua seca y saburral, con papilas prominentes. Otitis supurada bilateral. Tórax raquítico. Pulmones, estertores catarrales diseminados en ambos campos. Corazón, tonos normales, ritmo regular. Abdomen hipotónico, deprimible, de pared muy delgada. Hígado a $2\frac{1}{2}$ cms. duro. Bazo negativo. Se instituye a su ingreso babeurre al 5 % y 2 por 40 jugo de limón y transfusiones sanguíneas de 80 cc. día por medio al principio; posteriormente más distanciadas, alcanzando un total de 6.

Sus edemas se deshacen rápidamente, habiendo desaparecido totalmente al cuarto día y con un descenso de 200 grs. de peso. Al segundo día se sube la cantidad y concentración de babeurre y al cuarto día se le deja con 8 x 80 leche de vaca al $\frac{2}{3}$ con 8 % de hidratos de carbono, alimentación que tolera en buena forma, progresando de peso, mejorando su estado general; pero siempre con sus manifestaciones de pigmentaciones de la piel.

HEMOGRAMA:

A su ingreso:

Glóbulos rojos	5,800,000
Glóbulos blancos	16,600
Hb.	115 %

B E M I Bac S L M
0 0 0 7 22 54 15 2

COLESTERINEMIA (a su ingreso): 0.84.

ORINA: Albúmina indicios marcados.

PRESION (al 4.º día): 8 máx.

A la semana había recuperado su peso inicial y sin observarse edema. A partir de esa fecha estaciona su peso. Asimismo su estado general, se torna inapetente, aparecen signos de condensación en el tercio superior del pulmón derecho, que obligan a hacerle un tratamiento con Soranil, alcanzando a tomar en tres días 4½ grs. En estas condiciones hace una dispepsia grave que se trata con una dieta hídrica corta y se le realimenta con pequeñas cantidades de biberón, sin observarse una mejoría de su péjimo estado general. Es reclamado por su madre, quien lo retira después de 10 días de hospitalización.

HEMOGRAMA:

Al 9.º día:

Glóbulos rojos	6,500,000
Glóbulos blancos	17,000
Hb.	130 %
B E M I Bac S L M	
0 0 0 0 3 49 33 15	

S. A.—OBSERVACION N.º 10108.

Antecedentes hereditarios. — Padre, 22 años, aparentemente sano. Madre soltera con R. W. positiva (+ +) en Abril de 1940, sin tratamiento.

Antecedentes personales. — Nació de tiempo, parto normal, alimentado al pecho hasta ahora, sopas desde los 10 meses, jugo de fruta en forma ocasional.

Enfermedad actual. — Hace 5 meses presentó un cuadro dispéptico de más o menos 15 días de duración, del que mejoró transitotamente, porque estos cuadros los repite en forma periódica. Desde hace 15 días que comienza a hacer edemas generalizados. En el Policlínico se le pide proteinemia, hemograma, ascorbinemia y examen de orina.

PROTEINEMIA:

Proteínas totales	46.00 grs. o/oo
Serinas	19.40 "
Globulinas	26.60 "
Índice	0.7 "

EXAMEN ORINA:

Albúmina indicios marcados.

Glóbulos rojos escasos.

ASCORBINEMIA: 0.55 mgr. %.

Se le deja como alimentación, pecho cada 4 horas, con relleno de 100 grs. de leche albuminosa y una transfusión de 60 cc.

Ingresa en estas condiciones al Servicio a los 11 meses de edad, con 5,500 grs. de peso, Pésimo estado general, quejumbroso, diarreico, decaído. Piel: pálida, edema de los párpados, del dorso, de las extremidades inferiores y superiores. Lengua seca y áspera. faringe roja. Oralgia bilateral. Tórax ensanchado en la base. Pulmones, estertores bronquiales en ambos campos. Corazón: tonos apagados. Abdomen globuloso, deprimible. Hígado a 4 cms. Bazo negativo. Hipotonía muscular.

Se le instituye en el Servicio como alimentación 10 x 60 leche humana y 2 x 40 jugo de limón. Transfusiones sanguíneas de 80 cc. día por medio al comienzo y después más espaciadas.

Cardizol, 8 gotas cada 8 horas. Se observa al comienzo ligero ascenso de peso y baja brusca después, llegando al 5.º día a 5,180 grs., habiendo desaparecido en esa fecha completamente sus edemas. Se aumenta la cantidad de leche humana y se le deja tratamiento con vitamina C una ampollita diaria (15 días). De ahí para adelante se da alimentación mixta con babeurre, después babeurre al 10 % con una curva ponderal que continuaba en descenso, iniciando en esta época una colitis (20 días). Alrededor de los 17 días ya inicia una reparación, como lo demuestra su curva ponderal ascendente, la mejoría de su estado general y la reacción favorable a la alimentación. Por haber aparecido una escara en la región glútea, se instituye tratamiento con pasta de aseptyl. Se da de alta a los 14 meses de edad, en buenas condiciones generales, reclamada por su madre.

I HEMOGRAMA:

Al mes:

Glóbulos rojos	5,800,000					
Glóbulos blancos	10,500					
Hb.	110 %					
B	E	I	Bac	S	L	M
0	0	1	12	33	41	13

II PROTEINEMIA:

Proteínas totales	67.7 grs. o/oo
Sero-albúmina	46.9 "
Seroglobulinas	20.8 "
Índice	2.2 "

Del estudio de nuestras 13 observaciones se desprende que en la evolución del síndrome edematoso en estos lactantes, pueden diferenciarse claramente tres grupos, ateniéndonos a la duración de la enfermedad, a saber:

a) Desaparición rápida de los edemas, reparación de la distrofia a breve plazo y desarrollo posterior de los niños con buena inmunidad;

b) Desaparición tan rápida de los edemas como en el grupo anterior, a veces algo más retardada, y reparación de la distrofia muy arrastrada, por la mantención de una disergia que facilita la repetición constante de las infecciones o la mantención de ellas, y

c) Desaparición lenta o mantención de los edemas, estado distrófico que no se corrige, sino que, por el contrario, progresa bajo la acción de infecciones tan graves, que terminan con la muerte de los enfermos, como sucedió en los tres casos de los nuestros que llegaron a la autopsia, que pudo comprobar una tuberculosis generalizada en dos de ellos y una sepsis en el otro.

El primer grupo se caracteriza por una reparación progresiva, total y rápida, tan es así que más o menos en 1-1½ meses de tratamiento, estos niños han podido catalogarse como sanos. El estado infeccioso, cuando ha existido, desaparece a breve plazo y las pocas veces que ha vuelto a manifestarse en ellos, no ha repercutido en forma apreciable sobre el estado general y no ha revelado la persistencia de una hidrolabilidad en estos enfermitos. El edema, las alteraciones de la piel y de las mucosas, la piuria y los trastornos diarreicos desaparecen en este grupo con tanta rapidez como los síntomas psíquicos. Devueltos a su ambiente, no han rehecho el síndrome que determinó su hospitalización.

En cambio, en el segundo grupo, la realimentación se hace con suma dificultad y aunque los edemas desaparecen con relativa rapidez, el resto de las alteraciones se corrige con mucha dificultad y una serie de retrocesos, provocados por la agravación de los procesos infecciosos o por infecciones nuevas. La hidrolabilidad persistente de estos enfermos y que se manifiesta con cada una de estas incidencias, constituye la prueba mejor de que el funcionalismo orgánico está aún muy lejos de su recuperación integral. Las deposiciones alteradas y frecuentes se mantienen, la normalidad de la piel demora en establecerse, la piuria perdura y el estado psíquico se presenta lleno de alternativas. Algunos de estos enfermos hacen en las postrimerías de la reparación una dermatitis del tipo seborroide con caracteres neurodermíticos, que mejora con la normalización total del estado general. En la mayoría de ellos, la hepato y esplenomegalia se mantiene hasta muy avan-

zado el proceso de la reparación y nos hace la impresión que su mayor o menor intensidad depende más de las infecciones concomitantes que de la alteración metabólica. Nos inclinamos hacia esta interpretación, porque en muchos distróficos, sobre todo prematuros, que no han presentado edemas, la disergia mantenida va acompañada con gran frecuencia de un aumento de volumen muy semejante del hígado y del bazo.

El último grupo, en que junto al edema existe una tuberculosis o una sepsis, se caracteriza por una progresión lenta o más rápida de la alteración, hasta terminar en un estado de marasmo o de caquexia. El compromiso hepático y esplénico es en estos casos mayor y siempre progresivo, sin las alternativas de aumentos y disminuciones, que pueden observarse a menudo en los enfermos del grupo anterior. Una evolución semejante presentó el caso de nuestra publicación anterior sobre este mismo tema y en el cual la autopsia comprobó una glomerulitis. En estos enfermos, y sobre todo en la etapa final de la afección, son más frecuentes las hemorragias cutáneas y subcutáneas.

El edema desaparece siempre en forma relativamente rápida, entre los 5 y los 12 días más o menos y en algunos niños, con grandes descensos de peso, en otros con mantenimiento de la curva ponderal y en un número reducido de ellos, después de un aumento inicial del peso y del edema mismo. Las dos últimas categorías de estos niños demuestran a nuestra manera de ver, que más que de una retención anormal y excesiva del agua, se trata en estos casos de una mala distribución de ella, ante todo en el tejido intersticial de ciertas y determinadas regiones del cuerpo y que son de preferencia las que están más expuestas a los cambios de temperatura del medio ambiente. La mayor intensidad señalada para algunos enfermos en un lado o en algunas extremidades, prueba, además, que pueden intervenir en la génesis de estos edemas algunos factores mecánicos. La desaparición del edema va seguida, en muchos de estos niños, de una descamación intensa y a grandes laminillas de la piel, de una pigmentación irregular y que alterna a veces con manchas de despigmentación y signos de un grataje intenso, manifestación del prurito que tan a menudo acompaña esa afección. Hay sin embargo, algunos de estos enfermos que no presentan ninguno de estos signos.

La hiperqueratosis, los signos de una simple para-queratosis y la sequedad de la piel sin otra alteración, subsisten

por algún tiempo después de la desaparición de los edemas. Poco a poco la piel va recuperando su funcionalismo y su aspecto normal, dando lugar en los casos de mayor intensidad del trastorno, a un cutis delgado, sedoso o aterciopelado, en el que se dibujan con claridad las vénulas y arterias.

Las alteraciones vasomotoras, cianosis y enfriamiento de las extremidades, desaparecen con relativa rapidez y casi siempre conjuntamente con los edemas. Sudoración de manos y pies hemos observado sólo excepcionalmente.

La piuria y la albuminuria, que se comprueban en la casi totalidad de estos enfermos, persisten durante casi todo el período de reparación, y si han desaparecido antes, reaparecen con cualquiera de los estados infecciosos intercurrentes que pueden presentarse. Mejoran y desaparecen paralelamente a la normalización del trastorno general. Faringitis, rinitis y otitis siguen un curso muy semejante, con excepción de la última que con frecuencia impone la paracentesis. Los síntomas descritos para la mucosa lingual y bucal evolucionan de manera muy parecida; pero sufren oscilaciones en su intensidad que dependen esencialmente de las interferencias infecciosas.

La diarrea es frecuentemente rebelde y suele mantenerse hasta el final de la reparación, sin que esta persistencia influya de modo apreciable en el progreso de la mejoría.

En los casos en que hemos podido seguir las proteinemias, se observa que el contenido de proteínas en la sangre y su distribución (serinas y globulinas), se normaliza con bastante rapidez. Las cifras normales se obtienen entre los 10 y los 30 días después de iniciado el tratamiento. Algo muy semejante sucede con la colesterinemia: de 0.40-0.60 gr. o/oo, la colesteroína puede subir a 1,5-1,9 gr. o/oo, respectivamente.

Los hemogramas que, en la mayoría de nuestros casos dan una anemia y una cifra leucocitaria alta, se normalizan tal como los demás síntomas, a breve plazo, presentando en la fórmula leucocitaria oscilaciones que guardan relación con la sintomatología infecciosa.

Aunque todavía en estudio, la calcificación y osificación del esqueleto, ya nos demuestra a más de las secuelas raquíticas que hemos podido comprobar en algunos casos, esas rarefacciones de que hablamos más arriba y que hacen que el hueso tome un aspecto cristalino. Hasta la fecha podemos decir que la normalización de la estructura del esqueleto se hace paralelamente a la reparación: pero en una forma mucho más

arrastrada y más lenta. Sin embargo, hay casos en los cuales no es posible comprobar ninguna alteración radiológica. En nuestros enfermos, la aparición de un raquitismo florido después de la reparación, constituye una excepción.

La sintomatología psíquica de estos niños exige una atención especial. La irascibilidad, la apatía y la anorexia, se vencen únicamente a través del esmero y de la solicitud de la enfermera en el cuidado del niño: pero se corrigen en estas condiciones con relativa facilidad y rapidez. Hay que ayudarse a veces con luminal, y cuando la reparación ya ha avanzado bastante, hemos recurrido a los masajes y a la gimnasia, con espléndidos resultados, sobre todo en lo que se refiere a la hipotonía muscular. La restauración psíquica y motora se acelera en esta forma notablemente.

De sumo interés nos parece establecer que todos los niños pertenecientes al grupo que presentamos, se encuentran en una edad que fluctúa entre fines del primero y los 2½ años y que se acumulan en nuestro Servicio desde el mes de Febrero hasta mediados de Mayo, época en la que el Policlínico u otros Servicios comprueban la aparición del síndrome y proceden a su hospitalización. Es de importancia recalcar este hecho, porque esta acumulación de casos corresponde al final de aquel período del año en que se presentan con mayor frecuencia, persistiendo o recidivando, los trastornos nutritivos, las afecciones gastro-intestinales y las infecciones enterales y también, porque se trata de los meses, en que al calor permanente del verano, suceden fluctuaciones intensas de la temperatura ambiente y aparecen los primeros fríos. Tendríamos así que al régimen carenciado, al que muchos de estos niños están sometidos por incultura, ignorancia o falta de medios económicos de los padres o guardadores, se agregan regímenes defectuosos impuestos con intenciones terapéuticas y mantenidos o repetidos en forma inadecuada y demasiado prolongada. La alteración metabólica establecida así durante los meses de calor y tolerada hasta ahí en condiciones más o menos buenas, rompe entonces el equilibrio inestable en que se encuentra, bajo la influencia de las infecciones para-enterales (infecciones de las vías respiratorias, etc.), que a esa altura irrumpen en gran número en la patología infantil. El frío y los cambios bruscos de la temperatura tienen que contribuir, además, por sí solos a la baja de la tolerancia de esos organismos profundamente dañados. Sin embargo, se observan enfermos de esta clase tam-

bién en pleno verano; pero nunca en esta forma de una aparición verdaderamente epidémica del mal.

Todos nuestros enfermos han sido tratados desde su ingreso con transfusiones sanguíneas (10-20 ccm. por kgr. de peso) en número de —7-12, hechas día por medio en un comienzo y más distanciadas después. Nuestra experiencia nos indica que tenemos en ellas el medio terapéutico más eficaz y de más rápida acción. Excepcionalmente hemos tenido que recurrir a la quimioterapia con sulfanil-amida o piridina (piurias, piodermias, etc.) con resultados satisfactorios. Una que otra vez nos ha ayudado el luminal, el calcibronat u otro sedante para vencer la irritabilidad, los caprichos y la inapetencia pertinaz de nuestros enfermitos. Los preparados vitamínicos no se han usado más que en situaciones muy calificadas y los tónicos cardíacos, en uno que otro paciente.

Nuestro régimen dietético ha estado subordinado a las condiciones y a las circunstancias especiales que presentaba cada enfermo; pero ha tenido en vista en todos los casos la normalización más rápida posible de la alimentación, finalidad que hemos conseguido en la mayoría de ellos, alrededor de los 12-20 días, con excepción de uno, en que se obtuvo a los dos meses, más o menos. Nos hemos visto obligados a instituir un régimen de leche humana ordeñada y fraccionado al ingreso, solamente en aquellos casos, en que la distrofia era de apariencia tan grave, que nos hacía temer una descomposición, y en el transcurso de la reparación, únicamente en un caso, en el que un incidente infeccioso había desencadenado un trastorno nutritivo, agudo de carácter grave. Comprobada la buena tolerancia del enfermo, la vuelta al régimen normal pudo hacerse siempre con suma rapidez y sin provocar el menor retroceso, en todo caso, con mayor facilidad y seguridad que en los trastornos nutritivos corrientes. En la mayoría de los casos restantes, iniciamos nuestra dietética con babeurre o leche albuminosa en dosis fraccionadas y a concentraciones rápidamente crecientes de hidratos de carbono, régimen del cual, al cabo de 2-3 semanas pasábamos a la alimentación normal. En la transición nos ha prestado útiles servicios en muchas ocasiones el budín de Epstein y el de Moll, preparaciones alimenticias que en uno u otro de los casos nos sirvieron también en la iniciación del régimen, junto al rallado de manzanas o al puré de pláta-

nos: Hubo que recurrir a la dieta hídrica o hiperazucarada sólo muy excepcionalmente. El jugo de frutas lo hemos usado siempre desde un comienzo y sin preocuparnos de la diarrea que presentan casi todos estos enfermitos. Y por último, diremos que en algunas ocasiones hemos tenido que ceder ante el capricho de alguno de nuestros pacientes, instituyendo el régimen que él exigía, sin haber observado que la reparación se hubiera perturbado o retardado en estas circunstancias.

La exposición amplia y fundamentada hecha por los Profesores Ariztía y Scroggie sobre la patogenia de estos síndromas, nos releva de la obligación de considerarlas una vez más. Nos limitamos a lo expuesto y esperamos que esta casuística, aunque reducida en número, pueda contribuir a esclarecer ciertos aspectos del vasto problema de los trastornos carenciales en un grupo de síndromas que tiene sus características especiales, como se desprende de las 13 observaciones presentadas. Recalcamos tan solo, que el edema, la hipo-proteíemia, la hipocolesterinemia, la anemia y la disergia, constituyen la sintomatología común y casi invariable de estos enfermos y que las manifestaciones, que podríamos catalogar como pelagroides o pre-escorbúticas, son inconstantes. Otro tanto puede decirse de la sintomatología reveladora de una carencia de vitamina A. Compromiso renal hemos podido comprobar tan solo en un caso, en el cual el factor infeccioso, séptico, predominaba en forma aplastante sobre el trastorno metabólico.