

Hospital Manuel Artiarán.
Cátedra Extraordinaria de Pediatría,
Profesor E. Cienfuegos.

SINDROME NEFROSICO EN LA INFANCIA

Por el Dr. EMILIO ZARZAR MIQUEL

Tiene interés recordar este síndrome con el objeto de dar a conocer los conceptos últimos emitidos hasta ahora. Los conceptos de Müller el año 1905 y posteriormente de Volhard y Fahr el año 1914, de que las nefrosis son puramente procesos degenerativos de los túbulos renales, actualmente no son aceptados por la generalidad de los autores que se han preocupado del problema. La observación de glomérulo-nefritis con gran participación nefrósica; la aparición de este síndrome en nefríticos, tiempo después de su curación total; y los estudios anátomo-patológicos que revelan lesiones glomerulares en pacientes que tenían clínicamente una nefrosis, llevaron a los autores a rechazar en forma absoluta las nefrosis genuinas. Los doctores José Bauzá y Raúl Hernández publicaron hace poco, en los Archivos del Hospital de Niños Roberto del Río, un estudio completísimo sobre la evolución de estos conceptos. Ya el año 1918, Löhlein negaba las nefrosis puras; posteriormente Ellwin y Bell apoyan estos conceptos. Jiménez Díaz considera que todas las nefrosis son, en realidad, simplemente nefritis y cita, entre otros autores, a Stemberg, quien declara no haber observado un solo caso de manifestaciones tubulares sin lesiones glomerulares.

Bannik, de la "Clínica Mayo", revisando este síndrome, dice haber encontrado en todos los casos lesiones glomerulares.

Hermann Schwartz, el año 1943 llega a las mismas conclusiones.

Entre nosotros, el Profesor Baeza Goñi, junto con los doctores E. Peña y S. Oyarzún, presentan el año 1930 un caso de nefrosis lipoídea, en cuya necropsia encuentran la coexistencia de lesiones francas de glomérulo nefritis inadvertidas en vida. El Profesor E. Cienfuegos, en reunión clínica del Hospital de Niños Manuel Arriarán, el 18 de abril de 1933, manifiesta haber observado casos de nefrosis que en su evolución posterior se muestran como glomérulo-nefritis.

Los doctores Bauzá y Hernández, haciendo una revisión de 27 casos, afirman haber encontrado en todos participación glomerular.

A continuación expongo los casos estudiados:

OBSERVACION CLINICA N° 19565. — Nombre: W. F. V. — Edad: 4 años. — Mayo de 1940.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia. Sarampión a los 3 meses de edad.

Su enfermedad actual se inicia 8 meses antes, con edema de las extremidades inferiores y oliguria.

Al examen físico de ingreso, niño en anasarca; pálido; estado general deficiente; posición activa; cardio pulmonar (—); abdomen globuloso. Se hace el diagnóstico de glomerulo nefritis crónica y se instituye régimen de hambre y sed por 24 horas, y después régimen hidrocarbonado, que progresivamente se fué aumentando y completándolo hasta llegar a un régimen completo sin sal e hiperalbuminoideo, a los 30 días de hospitalizado, por un gran compromiso nefrótico. La presión, a su ingreso, fué de 122/66 y posteriormente osciló entre 90 y 110 mm. para la presión máxima. Su peso de 22,200 grs. alcanza rápidamente en 8 días a 15,800 grs. y posteriormente empieza lentamente una curva de peso ascendente, hasta alcanzar a 18,400 grs., días antes del fallecimiento. Afebril en casi toda su estadía, presentó ligeras alzas térmicas a su ingreso, durante 4 días y en los días finales de su hospitalización con motivo de un cuadro infeccioso que se interpretó de escarlatina. La diuresis fué variable, igualmente la concentración de la orina, que alcanzó los últimos días una densidad sobre 1,030. Los exámenes de orina revelaron casi todos albuminuria, oscilando la cantidad entre 0.50 gr. y 9.5 grs. El sedimento de uno de los primeros exámenes reveló regular cantidad de glóbulos rojos y cilindros hemáticos y hialinos en regular cantidad; posteriormente sólo se encontró uno que otro glóbulo rojo y sólo en uno de los últimos cilindros granulados. Cristales birrefringentes aparecen antes del fallecimiento. La uremia fué persistentemente alta, entré 0.25 y 0.43 gr. %.

Kahn modificado: (—).

Hemograma: 4.540.000 glóbulos rojos.

Leucocitos: 10.800.

Hb.: 85 %.

Índice Proteico: 1.08.

Serinas: 41.6.

Globulinas: 38.6.

Albúmina total: 80.2.

Colesterinemia: 4.72 y 5.98 grs. o/oo.

Pirquet y Mantoux 1 x 1.000: (—).

Sedimentación elevada, alrededor de 100 mm. en la primera hora.

Fuera del régimen alimenticio se trató con extracto tiroideo, haciéndose 2 curas, de 11 y 21 días (0.30 gr. diarios), alternados por un período de descanso de una semana. Fallece a los 115 días, de un estado infeccioso febril.

La anatomía patológica concluye: lesiones de nefrosis lipóidea con reacción conjuntiva intersticial y que recientemente presentan focos inflamatorios de nefritis intersticial séptica en relación con la septicemia a estreptococo hemolítico, que causó la muerte del enfermito.

OBSERVACION Nº 50714. — Nombre: R. S. C. — Edad: 10 años. — Agosto de 1940.

Antecedentes hereditarios. — Padre de 42 años, sano. Madre fallece de tuberculosis pulmonar. Cuatro niños vivos, sanos, con excepción del enfermo que nos preocupa: un niño fallece al año de edad, de trastorno nutritivo grave. Dos abortos espontáneos.

Antecedentes personales. — Nacido en parto de término. Alimentado a pecho exclusivo hasta el año de edad. La alimentación posterior se redujo a café puro y pan, cazuela y un guiso de legumbres.

Enfermedades anteriores. — Coqueluche al año de edad, complicada de bronconeumonía. Sarampión a los 2 años, complicada de glomérulo nefritis aguda, tratada en el Hospital Roberto del Río durante un mes; adenitis submaxilar crónica, con osteitis maxilar inferior el mismo año, atendido por este motivo en el Servicio de Cirugía del Hospital Atriarán, que se reprodujo en el mes de agosto del año 1939, a los 7 años de edad, dando el cultivo del pus en ese entonces, bacilo de Koch y resultando la reacción de Pirquet intensamente positiva (10 x 10 mm.). Los años 1935 y 1937 fué hospitalizado con el diagnóstico de glomérulo nefritis crónica. El año 1929 vuelve a presentar grandes edemas de las extremidades inferiores, de la cara, ascitis, hidrotórax y edema prepuccial. Se dejó a hambre y sed, y posteriormente, un régimen seco y sin sal.

Este síndrome edematoso, hasta entonces, no fué bien estudiado y sólo en hospitalizaciones posteriores, que resumiré al máximo, pudo llegarse al diagnóstico de nefrosis lipóidea.

En el mes de agosto de 1940 presenta edema blando generalizado, ascitis y orina escasa. Al examen físico se anota: niño de 10 años de edad, fascio vultuosa, edema palpebral acentuado, cicatrices submaxilares; al examen pulmonar se encuentran estertores crepitantes en el hemitórax derecho, y al examen cardíaco suave soplo sistólico en el foco mitral, edema dorso lumbar, genital y de las extremidades inferiores.

Las presiones arteriales desde un comienzo fueron normales, alrededor de 110 mm. para la máxima; la oliguria fué mejorando paulatinamente; y la densidad de la orina muy variable, y en relación con la cantidad eliminada, alcanza a 1,040. Los edemas, con un régimen de hambre y sed los primeros días, y posteriormente con un régimen hiperalbuminoideo, con restricción de líquidos y sales, desaparecen totalmente a los 12 días. Se le administró extracto tiroideo, 20 cgrs. diarios (cura de 10 días), y después, con un intervalo de una semana, nueva cura de 18 días. Desbace sus edemas rápidamente, lo que se refleja en su peso, que de 31 kgrs., a su ingreso, desciende a 23 kgrs., en 20 días, peso que se mantiene posteriormente hasta el día de su alta, con muy pequeñas variaciones. Los exámenes seriados de orina revelan: albuminuria de 14 grs., a su ingreso, y durante su hospitalización osciló alrededor de 18 grs., y exámenes totalmente sin albúmina en los últimos días de su estadía. El examen del sedimento urinario revela cilindros hialinos muy abundantes, cilindros granulados y glóbulos rojos escasos.

Exámenes seriados de uremia dan valores que oscilan entre 22 grs. y 90 cgrs. por mil.

Índice proteico	1.13	1.56	1.68
Serinas	43,8	50,45	51,6
Globulinas	38,1	32,60	31,7
Albúmina total	81,9	83,05	83,3 grs. por mil

Existen cristales birrefringentes en la orina. Reacción de Kahn modificada negativa; reactivado con neo, la reacción nuevamente fué negativa.

Pruebas de suficiencia renal:

Constante de Ambard: 0,09.

K 23 K: 0,048.

Prueba de la dilución: satisfactoria.

Concentración máxima: 1,030.

El hemograma revela ligera anemia (4.060.000 glóbulos rojos y 9.500 glóbulos blancos).

Valor globular: 1.

Hemoglobina: 80 %.

Radioscopia de tórax: sombras jaspeadas tristes en el tercio medio derecho.

Reacción de Mantoux al 1 x 1.000: intensamente positiva.

Permanece en el Servicio 96 días, sin presentar alza térmica, no obstante sufrir un infarto ganglionar sub-maxilar, que se reblandece; la punción del absceso da salida a pus, cuyo cultivo dió estreptococo hemolítico. Debemos recordar que se trata de un niño tuberculoso desde la edad de tres años.

Desde el 23 de noviembre de 1940 hasta el 19 de agosto de 1942 permanece en su casa sin presentar manifestaciones clínicas de su afección. Ingresó nuevamente en esta fecha en anasarca, y al examen clínico de ingreso nos encontramos con un niño de intensa palidez; nada faríngeo; presión: 115/75; nada cardíaco; al examen pulmonar, crépitos en ambas bases; edema intenso generalizado, ascitis y edema pronunciado genital. Del mismo modo que en hospitalizaciones anteriores, se dejó el régimen seco, sin sal e hiperalbuminoideo, con lo que deshace sus edemas, perdiendo 10 kgrs. de peso en 28 días, o sea, de 40 kgrs., a su ingreso, alcanza los 30 kgrs., al ser dado de alta. La oliguria, con alta densidad de la orina, progresivamente aumenta hasta cantidades de 1,000 y más gramos, e igualmente su densidad baja.

Se practicó un índice proteico, cuyo resultado fué 1.30: serinas: 39.7; globulinas: 30.1; albúmina total: 69.8. La colesterinemia, en esta ocasión, fué de 1.71 gr. por mil.

Dada la evolución favorable y rápida, es dado de alta a los 29 días. Pasa en su casa en buenas condiciones 10 días, siendo necesario hospitalizarlo nuevamente, dado la intensidad del cuadro edematoso. Permanece en el Servicio 219 días. Ingresó con un peso de 45 kgrs. y a través de su estadía logra alcanzar un peso de 32 kgrs. Hace en el Servicio un derrame pleural izquierdo y se observa a rayos la persistencia de sombras induradas en el hemitórax derecho. Como tratamiento se instituyó régimen seco, sin sal, con aumento de las albúminas. A los 160 días adicionamos 2 grs. de sal a la alimentación, no observando formación de edema, pero sí un aumento del peso, que de 27 kgrs. sube a 32 kgrs. Como tratamiento medicamentoso se trató con teobromina, diuréticos mercuriales (esidrón) y extracto tiroideo, en dosis de 10, 20 y hasta 30 cgrs. diarios, sin observar molestias en el enfermo, provocados por este último medicamento.

Como en hospitalizaciones anteriores, las presiones arteriales oscilaron alrededor de 110 para la máxima; las cantidades de orina eliminadas diariamente fueron variables, estando su concentración en relación con ella y alcanzando densidades de 1.036, 1.040 y aun 1.042. Los exámenes de orina practicados en forma seriada, revelan todas albúminas, alcanzando cantidades de 25 grs.; el sedimento urinario revela cilindros hialinos y granulosos con cierta frecuencia. Índice proteico: 1.30; serinas: 39.7; globulinas: 30.1; albúminas totales: 69.8. Otros índices proteicos dieron valores de 1.88 (serinas: 45.3; globulinas: 24.2; albúmina total: 69.5) y 1.17 (serinas: 37.3; globulinas: 32.5; albúmina total: 69.8). La colesterinemia, en esta última hospitalización, dieron valores de 1.75 y 1.60 gr. por mil. Uremia: 0.42 gr. por mil. Sedimentación globular con valores oscilantes entre 60 y 150°

mm. para la primera hora. Reacción de Kahn: negativa. Urea Clearance y Constante de Ambard, muy satisfactorias.

En resumen, niño que desde la edad de 3 años ha presentado un síndrome edematoso, interpretado a esta edad por una glomérulo nefritis aguda, pero que más tarde, durante sus múltiples hospitalizaciones, quedó catalogado el cuadro como de una nefrosis. Basamos el diagnóstico: 1º En las características del edema (blando, que desaparece rápidamente con los tratamientos indicados); 2º En las presiones arteriales nunca observadas, sobre 110 mm. para la máxima; 3º Por las características de la orina (altas concentraciones y albuminuria marcadísimas) y la presencia de cilindros granulados y hialinos); 4º Colesterinurias elevadas; 5º Pruebas renales, normales, y 6º La repetición del cuadro edematoso tan pronto como se suspende todo tratamiento.

OBSERVACION Nº 29590. — Nombre: E. H. T. — Edad: 11 años. — Abril de 1941.

Consulta en policlínica por presentar desde hace 8 días decaimiento y edema generalizado. El examen físico revela un estado general deficiente, en posición semi pasiva. Psiquis lúcido. Piel con elementos de sarna. Peso: 22 kgrs. Cara vultuosa. Intensa palidez de los tegumentos. Edema de las extremidades superiores e inferiores. Cardio pulmonar: negativo. Abdomen globuloso. Fístula inguinal derecha. Xifosis a nivel de la séptima y octava vértebra dorsal. Hacemos los diagnósticos probables de Mal de Post, nefrosis y de sarna. En su estadía de 56 días en el hospital confirmamos nuestros diagnósticos: la radiografía de la columna reveló destrucción de las tres primeras vértebras lumbares, y compromiso de las 5 últimas dorsales; presión: 110/80, los exámenes seriados de orina, revelaron todos albuminuria, hasta 9 grs. por mil, no se observaron glóbulos rojos ni cilindros en el sedimento; las concentraciones oscilaban entre 1.010 y 1.020; uremia normal (0,25 gr. por mil). Sedimentación de 125 mm. Los primeros días se instituye un régimen seco y sin sal, observando una pérdida del peso por desaparición de los edemas, y aumento de la diuresis por consiguiente. Al tercer día se pasa a un régimen hiperalbuminoideo, siempre sin sal, y así al octavo día apenas se aprecian edemas de los miembros inferiores, desapareciendo totalmente a los 21 días. Se suministró, además, durante 6 días, 0,20 gr. de extracto tiroideo, con lo que se obtuvo un pequeño descenso del peso sobre el alcanzado con el régimen.

Su peso, antes del alta, fué de 18 kgrs.

OBSERVACION Nº 34557. — Nombre: H. C. S. — Edad: 5 años. — Agosto de 1941.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

A los 5 años de edad, estando convaleciente de varicela, hace edema de la cara, especialmente palpebrales y que más tarde se generalizan a todo el cuerpo;

además, presenta oliguria, orinas oscuras y tiene vómitos. Hospitalizado en el mes de agosto del año 1941 anotan los edemas de la cara y de las extremidades, y un considerable edema genital, que hace alcanzar el escroto el tamaño de una naranja grande. Presión en ese entonces de 110/40; los exámenes de orina revelaron una albuminuria máxima de 2.90 grs., el sedimento no reveló en ningún momento glóbulos rojos ni cilindros; reacción de Wassermann-Kahn: negativas; reacción de Mantoux al 1 x 1.000: negativa. Hace en el Servicio una erisipela de los muslos y una difteria faríngea. A los 11 días de hospitalizado, los edemas habían desaparecido, con la consiguiente pérdida de peso y aumento de la diuresis. De alta, a los 61 días, en buenas condiciones (11-X-1941).

Reingresa dos meses después (17-XII-1941) con la misma sintomatología anterior, y presentando, además, ascitis. En el Servicio, de 17 kgrs., a su ingreso, alcanza a los 5 días de hospitalizado, un peso de 13.5 kgrs., peso que se mantiene con muy pequeñas modificaciones. Las presiones arteriales fueron siempre normales alrededor de 100/50. Los exámenes de orina revelaron albuminuria variable, siendo la cantidad máxima observada de 11 grs., y en el sedimento de uno sólo de ellos, escasos glóbulos rojos; la diuresis osciló entre 500 y 1.000 c.c., con densidades variables, siendo la concentración más alta: 1.025. Uremia: 0.25 gr. por mil. Reacción de Wassermann-Kahn: negativas. Urea-Clearance y Addis: normales, sin encontrarse en absoluto glóbulos rojos. Colesterinemia: 1.65 gr. por mil. Índice proteico: 1.37 (serinas: 40.2; globulinas: 29.6; albúmina total: 69.8).

Hace en el Servicio un proceso neumónico, que mejora rápidamente. De alta a los 46 días en buenas condiciones generales (30-I-1942).

21 días después vuelve a ser hospitalizado. Se le practica en esta ocasión la amigdalectomía y adenotomía. Como en sus hospitalizaciones anteriores, la presión arterial fué normal; los exámenes de orina revelan albuminuria sin hematuria, y la concentración máxima observada esta vez fué de 1.034. Su peso de 19 kgrs. disminuye a 17 kgrs. antes de su alta (20-4-1942).

Retirado del Servicio por la familia, reingresa a los 7 días por presentar vómito, diarrea y gran dolor abdominal. Se pensó en un cuadro abdominal agudo, que más tarde fué descartado. Anotamos esa vez, niño pálido en anasarca; hidrotórax bilateral y ascitis. En su estadía de 6 meses, el síndrome edematoso presentó muy pocas variaciones, y así el peso, al ser dado de alta, fué igual al de su ingreso (17.5 kgrs.). Esta vez se le practicó una punción ascítica, extrayéndose 1.200 c.c. d. líquido claro, que más tarde se reprodujo. El régimen de alimentación seguido fué normal, declorurado e hiperalbuminoideo y se trató con extracto tiroideo y plasmoterapia. La presión arterial fué normal; la diuresis variable, alcanzando la orina concentraciones de 1.040 y 1.045; albuminuria, de 38 grs. por mil; aparecen cilindros hialinos y purulentos, y en exámenes aislados de orina, algunos glóbulos rojos; uremia: 0.30 gr. por mil; y se observaron cristales birrefringentes en la orina.

Índice proteico	1,32	1,33	1,16	1,40	1,47	1,83	
Serinas	39,6	40,2	35,3	41,3	40,4	42,2	
Globulinas	30,2	31,8	30,2	29,4	27,3	23,1	
Albumina total	69,8	72	65,5	70,7	67,7	65,3	grs. o/oo

Colesterinemia: 2,25 — 2,28 — 1,02 — 1,80 — 1,95 grs. o/oo.

Sedimentación globular elevada, oscilando sus cifras entre 50 y 130 mm. para la primera hora, en sus distintas hospitalizaciones.

En resumen, este síndrome edematoso, que se inicia en la convalecencia de una varicela, con presiones arteriales normales; con la falta absoluta de alteraciones cardio-vasculares, comprobados con los exámenes de fondo de ojos y por el telediagrama; las grandes albuminurias y altas concentraciones de la orina; la presencia de cilindros; el ligero aumento del colesterol sanguíneo; el índice proteico muy descendido; y la sedimentación elevada, nos permiten sentar el diagnóstico de nefrosis.

OBSERVACION N° 27405. — Nombre: O. R. — Edad: 7 años. — Septiembre de 1941.

Antecedentes hereditarios. — Padre muerto de diabetes a los 44 años. Madre de 43 años, sana; reacción de Kahn: negativa. No existen antecedentes de contagio tuberculoso.

Antecedentes personales. — Nacido en parto de término. Seno exclusivo durante 8 meses, y complementado con sopas y purés hasta la edad de 1 año 2 meses; posteriormente alimentación completa.

Enfermedades anteriores. — No acusa pasado mórbido.

Enfermedad actual. — Se inicia hace más o menos un año en forma indolosa con edema de la cara. Desde hace dos semanas oliguria y edemas más intensos. Al examen físico anotan: edema generalizado; ascitis; dentadura en mal estado; amígdalas grandes; tonos cardíacos apagados; al examen pulmonar, algunos estertores sibilantes. Se hace el diagnóstico de glomérulo nefritis aguda, y se deja a régimen de hambre y sed. El examen practicado en el Servicio revela un niño con regular estado general; psiquis lúcida; posición activa; presión: 120/70; pulso: 120 blando; palidez acentuada de los tegumentos; gran edema de la cara, especialmente de los párpados; nada cardíaco; al examen pulmonar estertores bronquiales diseminados en ambos campos; abdomen globuloso; ombligo semiborrado por ascitis y edema de la pared; hígado a dos traveses de dedos del reborde costal; bazo negativo; edema marcado de las extremidades inferiores; placas de impétigo en las extremidades superiores.

Después de 24 horas de hambre y sed, se pasa a un régimen hidrocabonado sin sal, y después de 15 días, régimen normal sin sal, en casi toda su estadía, con excepción de los 3 últimos meses, en que se da un régimen normal, seco e hiperalbuminoideo. El cuadro renal se ha mantenido a través de los 394 días hospitalizados, sin variaciones apreciables. Los valores de las presiones arteriales, algo elevadas para la edad, oscilaron entre 120 y 130 mm. para la

presión máxima, y alrededor de 70 y 80 para la presión mínima. La diuresis fué, por término medio, de 600 a 800 grs. diarios, siendo la densidad máxima observada de 1,032. Los exámenes de orina revelan todos albuminuria, alcanzando la cifra de 35 grs. por mil; en casi todos aparecen algunos glóbulos rojos, y en la mayor parte de ellos cilindros hialinos, y en algunos cilindros granulados y purulentos. Wassermann y Kahn: negativos. Pruebas funcionales renales: malas (Addis, Urea-Clearance, Volhard). Uremia, por lo general, elevada, alcanzando a 0,60 gr. por mil.

Índice proteico	1,5	1,39	1,59	1,48
Serinas	45,2	43,1	43,2	40,2
Globulinas	31,1	31,1	27,3	27,2
Albúmina total	76,3	74,2	70,5	67,4 grs. o/oo

Colesterinemia con valores que oscilaron entre 1,51 y 2,99 grs. por mil.

Hemograma: anemia discreta (3.780,000) con 90 % de hemoglobina, y 25.000 glóbulos rojos.

La sedimentación globular alrededor de 50 mm. Mantoux al 1 por mil: negativo a su ingreso, y posteriormente a un sarampión se hace positivo. Pruebas de suficiencia renal alteradas.

Además del régimen, se trató con aseptil los primeros días, dándose en total 18. grs.; se suministró extracto tiroideo en dosis de 0,03 gr. diarios, durante 20 días; una segunda cura, dos semanas después, de 0,06 gr. diarios, durante 7 días; y finalmente, una tercera cura de 0,09 gr., asociada esta vez con extracto hipofisiario en dosis de 0,06 gr. diarios, durante 17 días (por escaso desarrollo general, que contrasta con el desarrollo psíquico del niño (infantilismo renal). Además, se practicó la extirpación de molares cariados y amigdalectomía.

Durante toda su estadía presentó edema y ascitis moderada; su peso de 15,600 grs., a su ingreso, alcanzó a 18.700 grs., antes de ser dado de alta. Como enfermedades intercurrentes presentó una bronconeumonía bilateral y sarampión.

Las presiones arteriales elevadas para la edad del niño; la presencia de glóbulos rojos en el sedimento urinario; el riñón en franca insuficiencia renal (uremia alta y pruebas de suficiencia renal pésimas) hacen catalogar este cuadro en las glomérulo nefritis con gran participación nefrósica.

OBSERVACION Nº 76222. — Nombre: R. B. G. — Edad: 9 años. — Marzo de 1944.

Antecedentes hereditarios. — Padre con reacción Wasserman positiva durante el año 1936, siendo sometido a tratamiento; actualmente reacción de Wassermann negativa. Madre de 46 años, actualmente sana; estuvo internada el año 1924 en el manicomio. Tres hijos vivos; los otros dos son débiles mentales; dos abortos espontáneos de tres meses. No existen antecedentes de contagio tuberculoso.

Antecedentes personales. — Nacido de término, en parto normal. Seno exclusivo 6 meses; después leche de vaca, sopas y purés.

Enfermedades anteriores. — Sarampión, varicela y coqueluche a los dos años de edad. Ascariidosis y amigdalitis. En noviembre del año 1942, una radioscopia pulmonar reveló nódulos finos en la región hilar derecha, e hilio izquierdo reforzado. Sedimentación en ese entonces de 82 mm. El año 1943 ingresa al Hospital Roberto del Río, por presentar desde hacía seis meses edema generalizado, orina escasa, aumento de volumen del vientre, inapetencia, decaimiento y fiebre por las tardes. Tres meses antes consulta en el Hospital Barros Luco, donde se le hizo un examen de orina, que reveló una densidad de 1,019, albuminuria de 4 grs. por mil y regular cantidad de glóbulos rojos. Al examen físico anotan: edema generalizado, abdomen globuloso con ascitis desplazable; hidrotórax bilateral; amígdalas aumentadas, crípticas; corazón normal; presión: 125/80. El examen de orina da una densidad de 1,040; albuminuria de 28 grs. por mil; escasos glóbulos rojos y de pus; hay cuerpos birrefringentes; uremia: 0,38 gr. por mil; una radioscopia de tórax revela una primo-infección tuberculosa en evolución (infiltración pulmonar del tercio medio del hemitórax izquierdo); reacción de Mantoux al 1 x 1,000: positiva; eritro-sedimentación de 77 mm.; el hemograma reveló una leucocitosis de 16,000 elementos blancos, con desviación hacia la izquierda; el otorrinólogo informa amigdalitis crónica supurada; otros exámenes de orina revelan hematuria microscópica, y cilindros granulosos; pruebas funcionales renales, satisfactorias; fondo de ojo, repetido en varias ocasiones: negativo; índice proteico descendido; 1,4; reacciones Wasserman y de Kahn: negativas. Con estos antecedentes hacen el diagnóstico de una nefrosis que evoluciona conjuntamente a una primo-infección tuberculosa, y a una amigdalitis crónica supurada; descartan una glomérulo nefritis sub-crónica por las pruebas funcionales del riñón, no obstante existir una discreta hipertensión.

Dado de alta en buenas condiciones, vuelve a presentar un síndrome edematoso generalizado, con orinas escasas, que lo obliga a recurrir a un servicio hospitalario. Visto en la posta infantil, anotan presión de 140/100; facie vultuosa; amígdalas hipertróficas; abdomen globuloso y ombligo evertido por ascitis; edema escrotal y de las extremidades inferiores. Se instituye régimen seco y sin sal, agregando tres gramos de albúminas por kilogramo de peso, dado el gran compromiso nefrótico. Además, se dió extracto tiroideo y se hizo plasmoterapia. Logramos deshacer los edemas, perdiendo el niño en 20 días 4,5 kgrs.; posteriormente observamos un edema discreto, que a veces desaparecía totalmente, oscilando el peso entre 21 y 22 kgrs. Durante su estadía se practicó la amigdalectomía con muy buenos resultados.

Las presiones arteriales, de 160/120, los primeros días, desciende hasta alcanzar valores de 120/80, antes de su alta. La diuresis osciló entre 300 y 500 grs., con densidades hasta 1,040. Los exámenes de orina revelaron todos albuminuria, siendo la cantidad máxima de 32 grs.; el sedimento mostró cilindros hialinos y granulosos, y algunos glóbulos rojos. Uremia: 0,35 gr. por

mil. Colesterinemia: 1,79 gr. por mil. Fibrinógeno: 5,1 grs. por mil. Hipoproteinemia con relación serinas-globulinas, muy descendido: 1,25 (serinas: 25,3; globulinas: 20,2; albúminas totales: 45,5); 1,20 (serinas: 29,8; globulinas: 25,2; albúminas totales: 55); 1,33 (serinas: 28,2; globulinas: 21,8; albúminas totales: 50); y 1,90 (serinas: 28,2; globulinas: 14,8; albúminas totales: 42). Urea-Clearance: pésima. Constante de Ambard: muy deficiente (0,125). Kaba: negativo, en varias ocasiones. Mantoux al 1 x 1.000; intensamente positivo. Sedimentación: 58 mm. Los rayos revelaron una adenopatía hilar derecha y un hilio izquierdo denso. El tele-diagrama mostró un corazón discretamente aumentado de tamaño en su diámetro transversal; y el electro-cardiograma reveló una probable alteración miocárdica.

De alta, a pedido familiar, con aparente buen estado general, sin edemas y sin molestias subjetivas, a los 165 días de hospitalizado.

Interpretamos este cuadro como una glomérulo nefritis en su segunda fase, con intensa participación nefrótica. No se practicó la descapsulación renal por oponerse a ella la familia.

OBSERVACION N° 53600. — Nombre: N. R. M. — Edad: 12 años. — Octubre de 1942.

Antecedentes hereditarios. — Padre de 60 años, con cáncer de la piel en la región frontal. Reacciones Wassermann-Kahn: negativas, el año 1940. Madre de 55 años de edad, con hemiplegia derecha; 4 hijos vivos y sanos. Un muerto a la edad de un año, de un trastorno intestinal. No existen antecedentes de contagio tuberculoso.

Antecedentes personales. — Nacido en parto normal. Pecho exclusivo durante 2 meses; después complementado con leche de vaca; sopas y purés a los 6 meses. Deambulacion al año de edad.

Enfermedades anteriores. — Lesiones impetiginizadas en varias ocasiones.

Enfermedad actual. — Se inicia un mes antes de su ingreso (20-X-1942), con edema generalizado; orina escasa y sanguinolenta. Además, presenta sarna infectada y un eczema impetiginizado en el pabellón de la oreja derecha. Al examen, niño afebril. Pulso: 89; respiración: 24; presión: 100/85. Psiquis lúcido. Posición activa. Sarna generalizada e infectada. Impétigo del cuero cabelludo. Edema discretísimo de la cara y de las extremidades inferiores. Cardio-pulmonar y abdomen: nada de especial.

Durante su hospitalización las presiones arteriales fueron normales, oscilando entre 100 y 110 para la máxima. Discreta albuminuria al comienzo, de 0,50 a 0,80 gr. por mil; posteriormente hasta 1,40 gr. En algunos, el examen del sedimento reveló escasos glóbulos rojos; y nunca se observaron cilindros. Diuresis satisfactoria con densidad variable de la orina, no pasando la concentración de 1,022. Uremia: normal. Wassermann: negativa. A los 43 días de hospitalización: Urea-Clearance muy buena, y pocos días antes de su alta, Addis normal; prueba de Volhard: satisfactoria.

Hacemos el diagnóstico de glomérulo nefritis, con discreto compromiso nefrótico, e instituímos desde su ingreso un régimen hidrocarbonado. Rápidamen-

te vimos desaparecer sus escasos edemas, bajando un kilogramo de peso, y en seguida, en su estadía de 60 días, observamos una curva ascendente de su peso, sin hacer edema, y con buenas diuresis. Afebril en toda su estadía.

De alta en buenas condiciones, con recomendación de controlarse en polí-clínica, por la albuminuria persistente.

OBSERVACION Nº 85564. — Nombre: J. C. S. — Edad: 5 años. — Noviembre de 1944

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia, salvo haber vivido durante dos meses con un enfermo tuberculoso. Ha presentado episodios asmáticos, con motivo de resfríos; un trastorno nutritivo agudo al año y medio de edad, y una bronquitis purulenta el año 1943, un año antes de su hospitalización actual.

Su enfermedad actual se iniciaría un mes antes de su ingreso (30-11-44), con falta de apetito y posteriormente a su vacunación antivariólica (24-11-44) le notan edema de los párpados, abultamiento del abdomen, acompañado éste de un estado febril, cefalea y oliguria con orinas sin tinte hemático. El aumento de los edemas hace consultar médico, quien diagnostica, después de un examen de orina (densidad: 1.040 y albuminurias de 16 gramos por mil), una nefrosis, y lo deja en reposo y con régimen hiperalbuminoideo. Dos días después es llevado a la posta de urgencia de nuestro hospital, donde anotan: niño con buen estado nutritivo, Posición pasiva. Psiquis lúcido. Bradipsiquia. Palidez de los tegumentos. Edema generalizado de cierta intensidad. Presiones arteriales normales (108/60). Peso: 20,500 grs. Taquicardia discreta. Al examen pulmonar, matidez hídrica en ambas bases con disminución del murmullo vesicular. Nada cardíaco. Abdomen globuloso con borrarimiento de la cicatriz umbilical, por ascitis. Hígado a 6 cms. Bazo negativo.

Se hace la hipótesis diagnóstica de nefrosis, confirmada más tarde con los exámenes de laboratorio, y se instituye un régimen seco, sin sal, hiperalbuminoideo.

La presión arterial en toda su estadía no se modificó. La diuresis fue variable, igualmente la concentración de la orina, cuyas densidades oscilaron entre 1.020 y 1.050. La albuminuria más alta fue de 28 grs. por mil; en ningún momento de su hospitalización se observaron glóbulos rojos en la orina, encontrándose sí en el sedimento cilindros hialinos. Reacción de Kahn: negativo. Constante de Ambard: 0.08. Proteinemias totales: alrededor de 45 grs., en tres ocasiones, con un índice proteico de 1,23 (serinas: 26 grs.; globulinas: 21,5 grs. por mil). Fibrinógenos: 4.9 grs. por mil. Colesterinemia: 3,75 grs. por mil. La sedimentación globular nos da valores entre 40 y 125 mm. para la primera hora.

Permanece en el Servicio 90 días, durante los cuales, no obstante el tratamiento a base de plasma, extracto tiroideo (0.12 gr. diarios, durante 18 días), y diuréticos mercuriales y xánticos (teobromina), persistió el cuadro nefrótico con pequeñas alternativas. Afebril en toda su estadía, con excep-

ción de algunos días, en que presenta temperaturas elevadas, motivadas por la plasmoterapia.

De alta, a pedido familiar, con edema generalizado intenso y abdomen globuloso, con borramiento de la cicatriz umbilical. Su peso, al ser dado de alta, fué de 21,500 grs.

OBSERVACION N° 14957. — Nombre: R. G. V — Edad: 9 años. — Enero de 1945.

Antecedentes hereditarios y personales: Sin importancia. Como enfermedades anteriores vale mencionar una vulva-vaginitis gonocócica el año 1940, tratada con folículina; y un eczema de las piernas, el año 1942.

Su enfermedad actual se inicia seis días antes de su hospitalización (22 de agosto de 1944), con edema de las extremidades inferiores y de la cara. El examen físico de ingreso muestra una niña con edema generalizado. Pálida. Presión: 100/70. Afebril. Faringe congestiva. Cardio-pulmonar y examen abdominal totalmente negativo. En el Servicio observamos oliguria con densidades elevadas, alcanzando concentraciones de 1.053 durante su hospitalización. Todos los exámenes de orina revelan albuminuria, oscilando su cantidad entre 1 y 45 grs. por mil; el sedimento urinario muestra cilindros hialinos y algunos glóbulos rojos. La presión arterial no se modificó, manteniéndose alrededor de 110 mm. para la máxima.

Wassermann y Kahn: negativas. Uremia: 0,40 gr. por mil. Urea-Clearance y Constante de Ambard: normales a su ingreso. Addis: alterada. Concentración máxima: 1.025.

Índice proteico	1,33	1,38	2,40	11,20	2
Serinas	28,2	29,8	29,8	26,7	28,2
Globulinas	21,8	21,7	12,2	21,8	14,8
Albúminas totales	50	51,5	42	48,5	43 grs. o/oo
Colesterinemia:	2,06	— 2,45	— 2,60	— 2,95	grs. o/oo.

Fibrinógeno: 4,9 — 4,3 grs. o/oo.

Eritro-sedimentación: alrededor de 130 mm. en toda su estadía.

Al comienzo de su hospitalización, se dejó a un régimen normal de alimentación, pero más tarde, con motivo de intensificarse los edemas, y aparecer en la región dorso-lumbar, y hacer ascitis, se pasa a un régimen seco y sin sal e hiper-albuminoideo; además, hicimos una terapia con plasma transfusión, día por medio, en cantidad de 100 c.c. durante 18 días, y posteriormente más distanciadas, hasta hacer un total de 19. Con esto, su peso de 34.800 grs. disminuye rápidamente, manteniéndose unos días en 28 kgrs., y alcanzando posteriormente un peso de 39.300 grs.; colocamos entonces un diurético mercurial (Esidrón), observando con ello un aumento de la diuresis, pero no así un descenso manifiesto del peso. El aumento de la ascitis nos obliga a efectuar una punción peritoneal evacuadora, dando salida a seis litros de un líquido

claro: repetida 4 días después, se extraen 4 litros más. Pesando la niña 29,100 grs. iniciamos tratamiento con extracto tiroideo, 0,30 gr. diarios durante 15 días, para bajar la dosis a 0,20 gr. diarios durante 7 días más, observando un franco descenso del peso, que alcanza a 24,300 gr.; y desaparición de los edemas, haciéndose notorios tan sólo en la cara. Suspendido el extracto tiroideo vuelve a hacer edemas.

De alta, a pedido de la familia, a los 153 días de hospitalización (25-I-45).

OBSERVACION Nº 01862. — Nombre: A. S. — Edad: 6 años. — Abril de 1945.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia. No existen antecedentes de lúes ni de tuberculosis. De su pasado mórbido, sólo acusa resfrios frecuentes.

Su enfermedad actual se iniciaría tres semanas antes de su ingreso (22 de febrero de 1945), con edema de la cara, que luego se generaliza. Anotamos al examen físico niña en posición activa. Psiquis lúcido. Piel gana. Falidez de los tegumentos. Afebril. Pulso: 108 al minuto. Presión: 100/70. Edema de la cara, región sacro-lumbar y de los miembros inferiores. Peso: 17,200 grs. Conjuntivas pálidas. Amígdalas hipertróficas. Corazón: nada de especial. Al examen pulmonar, ligera sub-matidez del hemitórax izquierdo, con disminución del murmullo vesicular a este nivel.

La hipótesis diagnóstica de nefrosis quedó confirmada con los exámenes de laboratorio. Se instituye un régimen alimenticio seco, sin sal e hiperalbuminoideo.

Las presiones arteriales se mantuvieron alrededor de 110/70. La diuresis nunca fué superior a 900 grs., oscilando la cifra media en 400 grs. diarios. La concentración máxima de la orina fué de 1.035. La albuminuria alcanzó hasta 48 grs. por mil. El sedimento urinario reveló en los primeros exámenes algunos glóbulos rojos, que posteriormente no fueron observados, y en varias ocasiones, cilindros hialinos. Reacción de Kahn: negativa. Constante de Ambaré y Urea-Clearance: normal. Hipoproteinemia de 50 grs. por mil. Colesterinemia de 3,55 grs. por mil. Sedimentación globular elevada, alcanzando a 150 mm. en la primera hora. El hemograma mostró una anemia discreta de 3,690.000 y 15,500 elementos blancos.

Permanece en el Servicio 51 días. Fué tratada con plasmoterapia, 150 c.c. diarios, durante 8 días, y posteriormente con extracto tiroideo, 0,10 gr. diarios, durante 15 días. No obstante el tratamiento, el síndrome edematoso persistió, y su peso de 17,200 grs., a su ingreso, aumentó a 20,300 gr., peso en que fué dada de alta, a solicitud familiar.

OBSERVACION Nº 81651. — Nombre: E. V. N. — Edad: 11 años. — Agosto de 1945.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia. Neumonía a los 9 meses de edad y litiasis vesical a los 5 años.

Su enfermedad actual comienza 15 días antes de su ingreso (13-8-45), con edema de las extremidades inferiores primero, después de la cara, que aumentan rápidamente de intensidad, hasta llegar al anasarca; además, oliguria con orinas claras. Al examen, niño pálido; psiquis lúcida; posición pasiva; edema generalizado intenso; conjuntivas pálidas; dentadura con caries de cuarto grado; amígdalas grandes; corazón normal; al examen pulmonar: submatidez de ambas bases con disminución del murmullo, y estertores húmedos, gruesos, escasos, diseminados en ambos campos; abdomen en tensión; borbombamiento del ombligo; ascitis; y edema del escroto. La presión elevada, 130/90; el examen de orina reveló albuminuria de 16 grs. por mil y algunos glóbulos rojos. Instituímos inmediatamente un régimen de alimentación hidrocarbonado sin sal, dejando líquidos a voluntad; además, colocamos sulfato de magnesio intramuscular al 25 %, y a tomar al 50 %.

En el Servicio observamos un progresivo aumento de los edemas y, al mismo tiempo la albuminuria alcanza a 85 grs. por mil y aparecen cilindros en la orina, lo que nos hace pensar en la existencia de un gran compromiso nefrótico; se deja entonces plasmoterapia y un régimen albuminoideo, con lo que pierde peso el niño por reducción de edemas y aumenta la diuresis. Afebril en toda su estadía; presentó permanentemente deposiciones líquidas. A causa de un empeoramiento del estado general, se instituye penicilina en dosis de 10,000 unidades cada 3 horas, durante 4 días, pensando en un cuadro bronco-pulmonar agudo o abdominal, sospechoso de peritonitis. El hecho práctico deducido fué que con las primeras dosis de penicilina, el niño se recupera; desaparece la angustia, el meteorismo y el dolor abdominal. A partir del décimo quinto día de hospitalización, el niño pasa más o menos bien, el peso corporal se hace estacionario, alrededor de 30 kgrs., persistiendo en forma discreta los edemas; la albuminuria persistió siempre, revelando el último examen 17 grs. por mil; se observaron cristales birrefringentes en la orina y permanentemente glóbulos rojos.

La presión arterial fué de 110/80 los últimos días; la sedimentación sube de 66 a 105 mm. en la primera hora; reacción de Kahn: negativa; el hemograma muestra una anemia discreta y leucocitosis de 11,000 a 16,000 elementos blancos, sin alteración de la fórmula; constante de Ambard y Urea-Clearance: pésimas a su ingreso.

De alta a los 28 días, a pedido familiar.

OBSERVACION Nº 7771. — Nombre: A. Z. R. — Edad: 3½ años. — Agosto de 1945.

Ingresa al Servicio el día 8 de agosto de 1945, por presentar 15 días antes, un síndrome edematoso.

Al examen se encuentra edema generalizado (anasarca). Febril (38.5°). Quejumbroso. Posición pasiva. Pulso: 144. Respiraciones: 40. Presión: 11/7. Al examen pulmonar: submatidez de ambas bases pulmonares, observándose, a rayos, una sombra difusa de mediana intensidad, en la base iz-

quierda, sombra que desaparece totalmente 10 días después. Nada cardíaco. Abdomen en forma de batraquio. Ombligo evertido. Circulación venosa colateral supraumbilical. Matidez hídrica desplazable. (Ascitis). Edema intenso escrotal y del pene. Extremidades muy edematosas.

Se pensó en un cuadro de glomérulo-nefritis aguda, con gran participación nefrótica y con un proceso neumónico agregado. Se instituye tratamiento con sulfatiazol, régimen hiperalbuminoideo, seco y sin sal. Al día siguiente aparece una extensa placa erisipelatosa en el hipocondrio, flanco y fosa iliaca derecha. Como no se observará acción del sulfatiazol y, al contrario, la placa erisipelatosa alcanzó la región axilar, se inicia tratamiento con penicilina, 10.000 unidades cada 3 horas, colocándose durante una semana. Con este tratamiento, la placa erisipelatosa entra en regresión, para desaparecer totalmente en 5 días; juntamente los edemas comienzan a reabsorberse para desaparecer en 12 días, perdiendo el niño 7,5 kgrs.

Los exámenes practicados fueron los siguientes:

Uremia: 0,20 gr. por mil.

Orina: albúmina 11 grs. por mil.

Al examen microscópico, escasos glóbulos rojos y numerosos cilindros hialinos.

Los exámenes de secreción nasal y faríngeo revelan desarrollo microbiano, sin encontrarse estreptococo hemolítico ni estafilococo.

Proteinemia	28,5 grs./100	(10 de agosto)
	44,5 "	(29 ")
Colesterinemia	3,12 "	(14 ")
	2,95 "	(24 ")

Los hemogramas revelan una anemia intensa, alcanzando a 4.310.000 glóbulos rojos antes de su alta.

Las pruebas funcionales (Urea-Clearance y Constante) resultaron normales.

Sedimentación globular elevada (alrededor de 140 mm.).

En los últimos días de su estadía observamos persistencia de una discreta albuminuria; presiones arteriales de 90/50 y elevación de las proteínas del plasma. En toda su estadía de 26 días no se pudo medir la orina ni tomarse su densidad.

De alta a los 26 días, sin edema y con buen estado general.

Permanece en su casa en buenas condiciones más o menos 1 mes, hasta el día 15 de octubre, fecha en que es traído nuevamente a hospitalizarse, por presentar desde hacía 3 días edema de la cara y que se generaliza rápidamente. Al examen de ingreso nos encontramos con un niño afebril. Presión: 107/70. Edema generalizado, especialmente intenso en la cara y extremidades. Faringe roja y amígdalas aumentadas de tamaño. Nada cardíaco. Al examen pulmonar sólo

estertores bronquiales diseminados en ambos campos. Paredes abdominales edematosas. Abdomen globuloso, ombligo casi borrado. Ascitis. No se palpan vísceras abdominales. Se hace el diagnóstico de glomérulo nefritis y se instituye un régimen hidrocarbonado seco, sin sal y se suministra sulfato de magnesio por vía bucal.

Trasladado al Servicio nos impresiona el cuadro como nefrosis y dejamos al niño un régimen normal, sin sal, hiperalbuminoideo, y pedimos los exámenes correspondientes. Usamos al 6º día, por la persistencia de los edemas, plasmoterapia (80 c.c.), tratamiento que nos vimos obligados a suspender después de dos sesiones, por provocar en el niño convulsiones.

Al 5º día de hospitalizado observamos en el flanco derecho una placa alargada rojiza, que aumenta de tamaño y aparecen, además, al día siguiente, dos nuevas placas: en la pierna izquierda, que se presenta dolorosa, y en los genitales. El escroto alcanza el tamaño de una naranja grande. Pene edematoso y enrojecido. Diagnosticamos una erisipela y la tratamos con asepsil, dando tableta y media cada 3 horas, durante 4 días, tratamiento que suspendemos por presentar el niño un decaimiento intenso y cianosis de los labios y del pabellón de las orejas. Con este tratamiento vimos desaparecer la placa erisipelatosa del flanco y del muslo, no así la del escroto y del pene, que toma un color rojo vinoso y aumenta de tamaño. Suspendido el asepsil, dejamos penicilina, 10,000 U. cada 4 horas, observando ya al día siguiente un mejor estado general, desaparición de la cianosis y reducción apreciable del tamaño del escroto. Al 4º día de tratamiento, los genitales presentan sólo un color violáceo y muy reducido de tamaño; su normalidad total se logró al 6º día, fecha en que se suspendió la penicilina, después de colocar un total de 280,000 U. Con la curación de la erisipela, los edemas del resto del cuerpo, hasta entonces intensos, inician su regresión; aumenta la diuresis y el peso hace una curva descendente. Entonces no se aprecian edemas, abdomen ligeramente globuloso. Discreta ascitis.

De 18,800 grs., a su ingreso, alcanza a 15,600 grs., perdiendo 3,200 grs. La presión arterial no se modificó en toda su estadía (alrededor de 100/70).

El examen de secreción faríngea reveló desarrollo microbiano ++ y neumococo +. Los exámenes de orina, en el período de los intensos edemas, revelaron albuminuria de 10 a 30 grs. o/oo, y albuminuria discreta, estando el niño sin edemas. El sedimento no muestra glóbulos rojos, pero sí abundantes cilindros hialinos al ingreso, y escasos cilindros posteriormente. La densidad de la orina alcanzó a 1,047 los primeros días.

Fibrinógeno: 3,4 grs. o/oo.

Colesterinemia: 4,40 grs. ooo.

Serinas: 27,4

Globulinas: 24,1

Albúmina total: 51,5.

Índice proteico: 1,1.

Sedimentación globular: 130 mm.

Kahn: (—).

El hemograma muestra una anemia de 3.620.000 glóbulos rojos.

Leucocitos: 9.400.

Hb.: 60 %.

Valor globular: 0,83.

Fórmula blanca: sin mayor interés.

En resumen, niño que reingresa con un síndrome nefrótico y que hace en el Servicio una erisipela, que cura con aseptil y penicilina, y que junto con la regresión del cuadro erisipelatoso, el niño empieza a deshacer sus edemas, aumenta la diuresis y baja de peso. Actualmente en el Servicio, casi en idénticas condiciones a su ingreso (en anasarca).

Resumen. — Revisando 12 casos de este síndrome en nuestro Hospital, desde el año 1939, observamos compromiso glomerular leve o intenso en la mayor parte de ellos. De los casos que se presentan, 5 son glomérulo nefritis con intensa participación nefrótica, siendo algunos de ellos, en su última estadía, catalogados de nefrosis. Las 7 observaciones restantes corresponden a nefrosis, sin signos evidentes de alteración glomerular.

Un solo caso llegó a la autopsia, que practicada por la Dra. Peña, reveló lesiones de nefrosis lipoídea, con reacción conjuntiva intersticial y con focos inflamatorios recientes de nefritis intersticial en relación con una septicemia a estreptococo hemolítico, que causó la muerte del enfermito.

Este caso autopsiado hablaría en favor de las nefrosis genuinas, y esto, más las observaciones de niños con síndrome edematoso, que no presentan en vida signos glomerulares claros, nos hacen pensar en la existencia de este cuadro.

No se pretende discutir el problema de las nefrosis genuinas, ya que la escasez de las observaciones no nos permiten sacar conclusiones definitivas.

BIBLIOGRAFÍA

- BAEZA GONI, A.; FENA, E. y OYARZUN, A. — Rev. Chilena de Pediatría. 1930, 134.
- BAUZA, J. y HERNÁNDEZ, R. — Archivos Hospital Roberto del Río. 1945, 23.
- BRENNEMANN, J. — Practice of Pediatrics. 1944.
- CIENFUEGOS, E. — Rev. Chilena de Pediatría. 1933, 396.
- JIMENEZ DIAZ, C. — Lecciones de Patología Médica. Barcelona, 1941.
- BANNICK, E. y SCHWARTZ, H. — Citados por los doctores Bauzá y Hernández.