Hospital Clínico de Niños
Roberto del Río.

TRASTORNOS NUTRITIVOS CRONICOS Y SU ASPECTO MEDICO SOCIAL

Por el Prof. Dr. ARTURO SCROGGIE V.

Este cuadro nosológico es englobado bajo el nombre genérico de distrofia. Otros lo denominan desnutrición o mal nutrición, término este último adaptado por los norteamericanos y aceptado en algunos países centro-americanos.

Comprende este cuadro clínico y funcional una masa considerable de niños menores, cuyas características principales son: desviación o déficit en el desarrollo y crecimiento normales (manifestado por la irregularidad, detención o descenso de la curva de peso, retardo ligero estatural y por determinados caracteres cualitativos que se exteriorizan en la emaciación o enflaquecimiento conjuntamente con alteraciones del carácter, quebrantamiento de la tolerancia alimenticia y estabilidad nutritiva, retardo o anormalidad en la estática dinámica y, en algunas ocasiones, anomalías reaccionales (constitución) y por último debilitamiento de la capacidad vital defensiva (disergia), por ser estos lactantes fácil presa a las infecciones del medio ambiente).

El estudio de estos cuadros clínicos se encuentra en cualquier tratado de Pediatría. Un grupo bien definido y con características peculiares al ambiente chileno ha sido objeto de una publicación del suscrito bajo el título de Distrofias Policarentales. No voy, esta vez, a insistir sobre estos cuadros, sino que me referiré sólo al aspecto médico-social del Trastorno Nutritivo Crónico en la provincia y ciudad de Santia-

go. Daré cuenta de nuestra experiencia y expondré cuáles serían, a nuestro juicio, las medidas conducentes para prevenir, en lo posible, este cuadro de desnutrición prolongada, que está matizado por continuada y grave morbilidad.

Para realizar un estudio más provechoso de la prevención y curación de estos trastornos nutritivos crónicos es útil comparar lo nuestro de hoy con lo que ocurrió en otros países de mayor civilización y cultura, cuando ellos, tiempo atrás, debieron enfrentarse a sus propios problemas derivados de su evolución y progreso. Un somero análisis nos demuestra en forma fehaciente que el medio ambiente en que vive el niño tiene una importancia trascendental para su futuro desenvolvimiento, tanto físico como psíquico. Es natural, en consecuencia, que nosotros, los sudamericanos, nos ilustremos sobre la evolución e historia de la asistencia sanitaria de la niñez en Europa y Estados Unidos y nos compenetrems que en estos países desde tiempo atrás se han debido abordar y solucionar estos mismos problemas del niño desnutrido que hoy a nosotros tanto nos preocupa.

La actividad industrial que atrajo al campesino hacia las ciudades con el objeto de ganar salarios más altos y gozar de los beneficios de los adelantos modernos, hizo que rápidamente se formaran grandes núcleos de aglomeraciones humanas. Las primeras víctimas de estas ciudades super-pobladas fueron los hijos de estas mismas masas obreras. Ellos debieron recibir alimentación artificial precoz y la morbilidad intestinal sufrió en ellos un gran aumento durante los meses de mayor calor. Se hizo presente también, por iguales causas, el raquitismo florido y prosperaron fácilmente las enfermedades catarrales respiratorias, incluso las bronconeumonías, favorecidas por los rigores del invierno europeo.

A estos interesantes fenómenos de traslación de grandes masas obreras hacia los centros industriales, que pudieron observarse durante los siglos XVIII y XIX, principalmente, en la vieja Europa, siguió como consecuencia lógica, el saneamiento de las grandes ciudades, la construcción de viviendas higiénicas y apropiadas al clima, la adaptación de salarios vitales adecuados, la previsión social en grande escala, tal como se instaló en Alemania. Se reglamentó también el abastecimiento de los alimentos esenciales para el niño, se solucionó los problemas de la movilización y se establecieron, para difundir la puericultura e ilustrar al público en la crianza y alimentación de los lactantes, los llamados Consultorios de

lactantes sanos. Esta super-población en los grandes centros, si es cierto que trajo indudables ventajas relacionadas con la disminución de la mortalidad y morbilidad infantiles, aportó también, por otro lado, dificultades y restricciones económicas que se tradujeron en una limitación alarmante de la natalidad.

Esa rica y nutrida experiencia europea fué sabiamente aprovechada por los colonos que, desde Europa emigraron hacia la América del Norte. Ellos se propusieron cimentar esa gran nación bajo una base sólida de confraternidad y de unión de los diferentes Estados. De aquí surgió una raza homogénea, que desde el principio no aceptó mezclas de sangres con el aborigen autóctono, ni con el negro africano. Traduciendo en hechos prácticos la experiencia que aquellos colonos llevaban de su observación en el viejo continente, nacieron las ciudades de la República del Norte, concebidas con una amplia visión al futuro de cada una de ellas. Fueron previamente saneadas, urbanizadas y debidamente planificadas e higienizadas todas sus fuentes de abastecimiento, movilización y vivienda.

Desgraciadamente, la gestación de los países latino-americanos fué diferente a la que venimos describiendo. Desde un principio se individualizaron en este continente diversas naciones que, a través del tiempo, se han mantenido aisladas unas y otras con graves perjuicios, a nuestro entender, para sus propios intercambios y prosperidad económica. Hubo aquí también mezclas raciales caprichosas, que no fueron de una manera homogénea vivificadas con sanas y seleccionadas corrientes inmigratorias procedentes de países de más alta cultura y antigua civilización. Aquellos países o zonas geográficas de este continente que han podido aprovechar bien esas corrientes inmigratorias, hoy disfrutan de un mayor bienestar económico y social.

Pasemos ahora a ocuparnos de las causas ambientales que entre nosotros concurren en la producción del trastorno nutritivo crónico.

No nos incumbe desde esta tribuna dar soluciones integrales para tratar de modificar la arquitectura político-social en la cual vivimos. Esta será una empresa de gran aliento, que obedecerá a imperativos futuros y que estará a cargo, localmente acá, de nuestros estadistas del porvenir. Lo que sí podemos afirmar es que dentro de la actual organización económico-social se hace presente y resalta a los ojos del pe-

diatra el pauperismo que acá puede observarse y que es más notable aún en los grandes centros poblados, tales como Santiago. Para tratar de explicarnos las causas que han conducido y mantenido a nuestra población en este permanente estado de indigencia, será útil dar algunas características sobre la estructuración psicológica del chileno-masa. En general, ellos son apáticos, abúlicos, indiferentes a la propia desgracia y aun hasta al hambre, poco previsores, no les interesa el ahorro. Muchos de ellos son alcohólicos, poco conscientes de sus deberes como hombres de trabajo e irresponsables como jefes de hogar. Les falta, en síntesis, personalidad y el deseo de superarse por medio del propio esfuerzo, sobriedad y perfeccionamiento personal. Sanos inmigrantes extranjeros que llegan a nuestro país y compiten, en igualdad de condiciones, con nuestros compatriotas en la lucha por la vida, se les ve que muy luego ascienden por la escala del esfuerzo, se independizan económicamente y logran al final adquirir fortuna suficiente para asegurarles tranquilidad y bienestar para su familia.

Refiriéndonos específicamente a la ciudad de Santiago, que ha sido por tantos años nuestro principal centro de trabajo y observación, nos cabe la impresión que uno de los más destacados factores que ha contribuido a esta indigencia colectiva, ha sido el rápido aumento de la densidad de esta población.

La ciudad de Santiago tenía los años que se indican, las siguientes cuotas de población:

1885	189,332 habitantes
1895	256,413 "
1907	332,724 "
1920	507,296 "
1930	696,231 "
1940	952,075 "
1947	1.162,075 "

Este aumento tan rápido de la población de la capital se debe, en parte fundamental, al crecimiento vegetativo de la población (30,000 por año), a la migración hacia la gran ciudad y a causa de la centralización administrativa (oficinas públicas fiscales y semi-fiscales) y al establecimiento dentro del radio urbano y sub-urbano de una serie de industrias que han atraído al campesinado hacia estos centros poblados en busca de salarios, aparentemente más altos, y que en

ninguna forma alcanzan a representar las regalías y otras facilidades que ellos habrían podido obtener si hubieran permanecido haciendo vida rural.

Agrava en nuestro ambiente el problema que venimos tratando, si se toma en cuenta que la ciudad se ha extendido considerablemente por la calidad y amplitud de las habitaciones, que podríamos llamar de lujo y que alcanzan ya, durante este año 1947, en todo el país, a dos mil millones de pesos, frente sólo a 300 millones de pesos que se han invertido en habitaciones destinadas a ser ocupadas por asalariados.

Hasta el año 1942 la Caja de la Habitación Popular construyó 6,362 casas para obreros en 6 años, lo que significa 1,060 unidades por año, repartidas en todo el país. Dice el Dr. Eduardo Cruz Coke que, sin exagerar, deberían construirse 8,00 casas por año, y según la Asociación de Arquitectos, este mismo número lo hace de 10 a 12,000. Al momento presente, según los cálculos de la misma Caja de la Habitación, faltan en Chile 400,000 habitaciones.

Debido a este vertiginoso aumento de la densidad de la población en esta ciudad de Santiago y a la falta de viviendas, se empeora de día en día las condiciones higiénicas y se agrava la promiscuidad en que viven miles de nuestros compatriotas. Se ocupan ya para vivir sitios eriazos, se atropella ante esta realidad todo derecho de propiedad y así, ayer no más, la prensa nos ha dado cuenta de lo siguiente: "Un cálculo aproximado permite establecer que el número de ocupantes de terrenos de propiedad fiscal o particular instalados en ellos sin permiso, por no tener otra parte donde vivir, ha llegado durante este año de 1947 a una suma superior a 50 mil personas. Sólo la población Zañartu representa 5 mil personas; los ocupantes de los terrenos colindantes con el Zanjón de la Aguada, 10 mil personas". Este problema de la alta densidad de población y extensión de la capital no sólo ha repercutido, agravándolo, en lo que se refiere a la carestía de la vivienda y malas condiciones sanitarias, sino que también ha contribuido a elevar el costo de la vida y a congestionar nuestros medios de movilización intra y sub-urbana. Principalmente se ha hecho difícil la adquisición de artículos de primera necesidad como consecuencia de las dificultades de abastecimiento que hoy se presentan para los productos alimenticios que deben ser consumidos frescos o frigerizados. Por estos mismos motivos ya enunciados, los

salarios obreros dentro de la capital no han podido seguir, en general, ese ritmo ascendente de los precios de la vivienda y principales artículos de consumo. Las encuestas sociales revelan que los arriendos de viviendas representan, a veces, para el obrero más del 30 % de su salario total. Esta suma está muy por encima de aquélla que a este mismo respecto considera aceptable la Liga de las Naciones y que sólo alcanza al 15 %. Las encuestas sociales revelan también que el hogar obrero carece del más elemental mobiliario y, cuando lo tiene, su estado de conservación es miserable. Se ha podido comprobar, frecuentemente, la presencia en ese sitio de dos o tres camas para ser ocupadas por cinco o siete personas. Falta en el hogar los utensilios más elementales para la preparación de las comidas de lactantes y niños mayores. Ante estas tristes realidades sociales, el médico, las visitadoras sociales y las enfermeras sanitarias, nos encontramos totalmente desarmados para actuar eficientemente sobre la familia obrera. Nuestra labor queda concretada, por el momento, desde el punto de vista social, a suministrar alimentos al lactante por medio de la Caja de Seguro Obrero, Gotas de Leche y otras instituciones de asistencia infantil. Actualmente el salario vital apenas alcanza para sustentar con el mínimo posible de abastecimientos y de comodidades a un grupo familiar de tres personas. En otras ocasiones, aunque las condiciones del salario mejoren, vienen otros factores a agravar la situación económica del grupo familiar. Nos referimos, principalmente, a las dificultades que nacen de la mala organización de la familia y de las pésimas cualidades morales que, por lo general, acusa el jefe del hogar. La familia es una organización social que brota del Derecho natural y es la primera escuela de respeto que el niño y el hombre necesitan conocer para su propio beneficio físico y moral. Estamos de acuerdo con la opinión de un autor destacado que afirma que: "Toda la fuerza represiva que pueda utilizar la autoridad social para contener a los ciudadanos en sus deberes, será siempre ineficaz, si no es contraproducente, cuando fallen las lecciones de respeto que deben darse y recibirse en la familia".

En vista de las afirmaciones anteriores y dado el estado profundo de desorganización en que se encuentra el hogar proletario chileno hay que iniciar una enérgica campaña para producir un estado de conciencia individual y social que nos lleve a la completa reorganización del hogar proletario de la familia chilena.

Al Estado le corresponde velar por la conservación de la sociedad. De ahí se deriva que el Estado tiene deberes para con la familia que, como ya hemos dicho, es una institución natural anterior al Estado.

El germen y fundamento de toda familia es el matrimonio. El matrimonio es la máxima sociedad natural y el comienzo de toda sociedad doméstica, civil y política. El matrimonio deberá, pues, gozar de máxima intangibilidad por parte del Estado y éste, en beneficio común, deberá vigilar por que se respeten las leyes del matrimonio civil, se persigan las uniones ilegítimas, y se resguarden los derechos de los hijos. Al Estado le corresponderá favorecer el aumento de matrimonios, fomentar la moralidad pública, imponer cargas a los solteros, premiar a las familias numerosas, eximir de tributos a los padres de familia bien organizada y de prole numerosa, perseguir implacablemente la propaganda anticoncepcional. En los casos en que los padres cumplan satisfactoriamente sus deberes que les impone la patria potestad, el Estado no tendrá acción sobre los jefes de familia, pero en aquellos casos que los padres se excedan en el ejercicio de la patria potestad o que no cumplan con los deberes que de ella derivan y abandonen a sus hijos a su propia suerte, el Estado podrá privar a los padres de la patria potestad y deberá recluir a los hijos y formarlos a expensas de los mismos padres.

La familia es la verdadera fuente de prosperidad de la salud y del Estado, es el yunque donde se forja el espíritu de raza, donde se temple el alma de los pueblos, de ahí que las legislaciones sociales más modernas debieran inspirarse en una amplia protección a la familia más que al individuo considerado aisladamente. El mal de la familia es el mal de la sociedad. En Chile la familia proletaria está desorganizada y tiende a su pulverización a causa principalmente que el jefe de familia, por lo general, es vicioso, flojo e irresponsable. No podremos mejorar el standard de vida de nuestra población obrera, mientras no se impregne nuestra legislación social del espíritu que alienta a las anteriores afirmaciones. Mientras no le demos a la familia el sitio que le corresponde dentro de la sociedad civil, continuaremos presenciando casos de jefes de familia irresponsables, que abandonan su hogar, de hijos huérfanos que el Estado debe hacerse cargo de su sustento y educación y de esposas cubiertas de miserias y desamparadas de toda verdadera justicia.

Toda esta corriente de ideas en defensa de la familia y de su absoluta integridad se ha traducido en algunas naciones no sólo en la creación de Códigos de Menores o del niño, sino en verdaderos Códigos de Familia, en las cuales cartas de legislación se enfoca con amplitud su protección y amparo.

En Chile, quizás más que en otro país y dadas las condiciones de irresponsabilidad paterna, urge legislar en este sentido, para ir al mayor amparo del niño y del hogar. El abandono, la deserción paterna debe ser considerado de hoy en adelante como un delito específico.

En vista de la exposición anterior nos atrevemos a proponer las siguientes conclusiones:

1) Debe procederse inmediatamente entre nosotros a la revisión de la legislación referente a los menores que están material o moralmente abandonados.

2) Debe formarse por medio de una intensa campaña pública una verdadera conciencia social relacionada con los deberes que el Estado y la Sociedad deben a todo niño.

3) El niño chileno debe tener como un derecho innato a su existencia el no ser abandonado por sus padres y el que pueda vivir desde su nacimiento en un hogar bien constituido, que le suministre un relativo bienestar.

4) El abandono o la deserción paterna debe ser considerada por nuestra legislación como un delito y penado como tal.

5) Debe reformarse nuestra legislación en lo que se refiere a los derechos del niño y legislarse ampliamente, exigiendo la responsabilidad paterna en un vasto Código de la Familia, que contemple toda esta moderna y humana corriente ideológica en defensa de la familia.

6) Transitoriamente, mientras se legisla más extensamente sobre la familia, deben activarse las medidas que tiendan a aumentar el número de matrimonios, con el objeto de suministrar, a lo menos, a la madre una herramienta legal que pueda utilizar en caso de deserción paterna.

7) Los juicios y pensiones sobre alimentos que recaigan sobre un jefe de familia, deberán quedar anotados en la hoja de antecedentes del mismo.

8) Todo patrón o empleador tendrá la obligación de exigir periódicamente a sus empleados la exhibición de tal certificado de antecedentes.

9) El patrón o empleador que por malicia o ignorancia no cumpla, durante el tiempo que tuvo al empleado a su servicio, con las disposiciones judiciales sobre juicio y pensión de alimentos en favor de una madre abandonada, será responsable legal y económicamente de los perjuicios que a esta última pueda haber ocasionado.

Esta responsabilidad se le podrá hacer efectiva hasta un año después que el empleado haya cesado de trabajar a sus órdenes.

10) Será obligatorio para todo empleado u obrero el presentar, al momento de iniciar nuevo trabajo, un carnet u hoja de vida que acredite en grandes rasgos todo su pasado moral.

11) Los Servicios de Identificación del país deben trabajar en mayor unión con los Tribunales de Justicia encargados de fijar las pensiones y juicios de alimentos. No debe volver a presentarse el caso que un individuo fichado en Santiago y sancionado acá por la justicia, pueda establecerse en un nuevo pueblo, encontrar trabajo ahí, cambiarse de nombre y seguir burlando toda acción judicial.

12) De aquí en adelante debiera caer sobre los Servicios de Identificación del país o sobre alguna otra entidad del Estado la responsabilidad legal y económica que pueda alegar en su favor toda madre abandonada, cuyo hogar, constituido en un principio legalmente, se disolvió más tarde por la desertión y el abandono paterno.

13) En los casos que se compruebe un alcoholismo inveterado del jefe del hogar, éste debiera ser considerado un irresponsable y el Estado debe disponer de medios legales que le permitan aprovechar gran parte del salario de ese obrero abúllico en directo beneficio de su familia.

14) Considerando la idiosincrasia actual de nuestro obrero, su manera de vivir, su falta de previsión del presente y futuro, su habitual irresponsabilidad, su tendencia al alcoholismo, su propensión a recaer en los mismos vicios tan luego como ha podido ser reeducado, creemos, que nuestra legislación está totalmente inadaptada para conseguir alguna vez progreso individual y social. Debemos llegar a tratar a ese obrero como un ser psíquicamente alterado, pueril, que necesita ser dirigido por el Estado en su economía y, en su voluntad. Como ejemplos evidentes de esta verdadera dirección de la personalidad, lo tenemos en las Compañías de Churricamata y El Teniente, Potrerillos, Pedro de Valdivia,

María Elena, etc., donde, después de higienizar y sanear previamente los campamentos, se han construido viviendas, se les proporciona a los obreros y a sus familias artículos alimenticios de primera necesidad y se mantiene dentro de sus recintos una escuela permanente y vigilante de educación, obligada sobriedad, moralidad y cultura.

15) Cada Hospital de Niños del país o centro importante de asistencia infantil, deberá encontrarse asesorado por un abogado entendido en esta clase de materias sociales que colabore a la acción de las respectivas Visitadoras Sociales y contribuya al estudio y formación del nuevo Código de la Familia chilena, que pronto debiera quedar dictado.

Se comprende con las condiciones anti-sanitarias y anti-higiénicas de la vivienda y con el hacinamiento y promiscuidad que ya hemos descrito, las enfermedades encuentran campo favorable para su frecuencia, su intercambio, su disseminación y su mayor gravedad.

Las condiciones climáticas y la morbilidad están íntimamente ligadas. Del análisis de un cuadro oficial (véase cuadro N° 1), que contempla las condiciones climatológicas de Santiago en los últimos 60 años, se desprende: primero, grandes oscilaciones diurnas de temperatura que se observan en los meses de verano, primavera y otoño y que van acompañadas de una humedad relativa del aire que fluctúa entre 59 y 68 %; segundo, no se observan, como en otros países de clima templado, exageradas fluctuaciones de temperatura entre invierno y verano. Así, por ejemplo, la temperatura media de los veranos durante este lapso de 60 años ha sido de 20° y de los inviernos ha sido sólo de 8°. El período de lluvias abarca unos 5 meses del año, que corresponde al ciclo invernal. Cuadro estadístico demuestra también que los vientos del Sur-Oeste, que soplan sobre Santiago, son los que hacen descender bruscamente la temperatura de la ciudad a contar desde las 4½ de la tarde para adelante. La morbilidad en relación con los Trastornos Nutritivos Agudos y estos cambios de temperatura ha sido motivo de estudio del suscrito y el Dr. Raúl Ortega en otra oportunidad y no sólo se ha limitado a Santiago, sino que se ha extendido esta investigación a todo nuestro territorio. Estos brotes agudos de infecciones, que tienen directa relación con nuestro clima en Santiago, llevan, en estos medios nosocomiales e hipoalimentados en que vive el niño, en la mayoría de los casos, al trastorno nutritivo crónico. Perjudiciales son también para el niño las

condiciones climáticas de Santiago analizadas desde el punto de vista de la nebulosidad que existe sobre la capital. La nebulosidad natural de acá es intensa durante el invierno y aumenta durante la época de verano la radiación solar, pero ésta está interceptada y atenuada por el polvo atmosférico de la ciudad y el humo y cenizas que se desprenden como productos de la combustión desde las chimeneas de las grandes industrias adyacentes a esta capital. Acompañamos un cuadro que indica la Hora Sol por año de las siguientes ciudades:

New Orleans	2,519
Washington	2,598
New York	2,557
San Francisco	2,878
Chicago	2,632
Toronto	2,048
Londres	1,227
Berlín	1,672
Buenos Aires	2,396
Madrid	2,909
París	1,663
Glasgow	1,086
Santiago	2,708

Del estudio de nuestras condiciones climáticas y de la nebulosidad ambiente, se desprende que dentro de la ciudad de Santiago se reúnen condiciones predisponentes y favorables a la producción del raquitismo. Esta conclusión lleva al interés práctico de aceptar que, en nuestro medio, las dosis de vitamina D que se administran a los lactantes deben ser superadas y complementadas por una buena higiene y alimentación.

Entre los factores infecciosos que predisponen y colaboran en la producción de los Trastornos Nutritivos Crónicos, hasta ayer, la lúes jugaba un rol preponderante. Hoy en día, gracias a la intensa campaña anti-luética, al establecimiento de los Consultorios Maternales del Seguro Obrero que atienden más o menos a 36,000 madres en todo el país (de las cuales 10,500 corresponden a Santiago), podemos estar orgullosos y exhibir cifras alentadoras que representan el esfuerzo médico en esta materia, del decreciente número de luéticos. Del total de las madres atendidas por el Seguro Obrero el año 1941, presentaban las primíparas un 8,9 % de lúes serológica y en el año 1946 este porcentaje descendió al 4,3 %. En las

multíparas atendidas por el Seguro durante el año 1941, se comprobó un 13,6 % de lúes serológica y en este mismo grupo, el año 1946, la lúes serológica descendió al 2,6 %. Respecto a la lúes del lactante se puede afirmar que en el último tiempo ya casi no se observan casos floridos y que en 17,337 niños atendidos por el Seguro hasta diciembre de 1946, sólo se comprobó en 1,5 % lúes serológica. Contrastan los resultados favorables obtenidos, en gran parte, gracias al esfuerzo médico en el campo de la lúes con las cifras ascendentes que señala el índice de la tuberculosis en Santiago y en todo el país.

Como causa patogénica de la distrofia, los estudios realizados en este Hospital por el Dr. Araya y otros, nos reflejan la asintomatología y latencia de ciertas sepsis en el recién nacido, que pueden repercutir, por su cronicidad, en la producción de la distrofia. Además, las sulfas, los nuevos antibióticos, y su éxito en el tratamiento de este grupo de afecciones sépticas, nos demuestra que muchas distrofias y aun atrofas del menor de tres meses, fueron incubadas desde tiempo atrás en el periodo del recién nacido por infecciones inaparentes.

Como resultado de estos trabajos, se sugiere la importancia de las infecciones en Maternidades y domicilios insalubres. Como prueba de las anteriores afirmaciones acompañamos la observación de 100 niños aislados de sus madres tuberculosas en las Maternidades y de otros 100 cogidos al azar y atendidos en sus domicilios.

Cien hijos de madre tuberculosa separados al nacer, nacidos en Maternidad.

Del estudio de sus fichas clínicas se desprenden los siguientes datos:

1º Los niños permanecieron en la Maternidad un periodo que fluctuaba entre tres días y un mes.

La alimentación que recibieron en la Maternidad fué leche humana ordeñada o Eledón.

2º A su ingreso al Servicio de Lactantes se comprobó en 88 de ellos algún signo de infección. Siendo las más frecuentes las siguientes:

a) Algorra en 62 lactantes.

b) Diarrea con o sin carácter enterocólico, siendo la más frecuente la caracterizada por deposiciones mucosas. Treinta lactantes la tuvieron como única manifestación de infección.

c) Infección gripal. Veintinueve lactantes la tuvieron. Onfalitis se encontró en 25 niños.

d) Conjuntivitis la presentaron 21 lactantes.

e) Asociación de alergia, infección gripal y diarrea se encontró en 20 niños.

Del estudio de la curva de peso de estos lactantes se desprenden que en los primeros 15 días de hospitalización ella fué estacionaria, iniciando, a contar desde la tercera semana, el ascenso normal. Esto se explica, pues en los primeros días el niño debía luchar contra el proceso infeccioso contraído en la Maternidad.

Comparando el peso de nacimiento con el peso de ingreso a la Sala, se encontró que 75 niños lo hacían con un peso igual o inferior a él, siendo esto especialmente manifestto en los lactantes de edad superior a 15 días.

Entre las infecciones de menor intensidad anotamos el intérrigo que se encontró en 90 niños.

De 100 lactantes tomados al azar, pertenecientes a la Oficina del Niño del Consultorio N° 2 de la Caja de Seguro Obligatorio, y cuyo parto fué atendido en sus domicilios, se obtuvieron los siguientes resultados:

a) Hasta los 15 días de edad, 82 lactantes no habían presentado infecciones y su estado general, nutritivo e higiénico eran satisfactorios.

b) A 18 niños se les diagnosticó durante su primera consulta: alergia, estado gripal, onfalitis, pénfigo infeccioso, rinofaringitis o intérrigo.

c) Durante los primeros 3 meses, 62 niños no presentaron infecciones.

d) Los 38 restantes tuvieron una o más de las siguientes infecciones:

Algorra	5 niños
Bronconeumonía	2 "
Bronquitis	12 "
Conjuntivitis purulenta	2 "
Coqueluche	1 "
Dispepsia acompañando a una infección	8 "
Estado gripal	14 "
Onfalitis	2 "
Otitis media aguda	1 "
Pénfigo infeccioso	2 "
Piodermitis	4 "
Rinofaringitis	11 "

e) En cuanto a la curva ponderal, no haciendo distinciones sobre la clase de alimentación recibida (natural, mixta o artificial), se obtuvo un ascenso satisfactorio (1,800 grs.) durante los 3 primeros meses en 79 niños.

f) Se diagnosticó distrofia en 21 niños durante el control de 3 meses.

Se deduce como conclusión de todo esto, la frecuencia mayor de infecciones en las Maternidades y el rol que este hecho puede jugar en la producción de futuras distrofias. Debemos también aquí subrayar el éxito que representa la asistencia pre-natal y peri-natal efectuada por el Seguro Obrero. La asistencia domiciliaria del parto ha representado un verdadero éxito al enviar a Maternidades sólo las primíparas y partos distócicos que requieren la intervención del tocólogo. Esta atención pre-natal como la del parto y peri-natal al recién nacido, ha contribuido poderosamente a la disminución de la mortalidad del menor de 1 mes, descenso que alcanza desde el año 1934 al 1946 a un 54,7 %, como en detalle veremos más adelante.

Otro factor constante de contaminación en este país es el que tiene lugar en las salas de espera de los distintos consultorios de lactantes donde acuden, simultáneamente, sanos y enfermos. Para darse cuenta de la gravedad que encierra este problema debe saberse que la población infantil en la ciudad de Santiago, de menores de 2 años, es de 40,821 y de éstos, de 0 a 2 años están bajo el control del Seguro Obrero 17,337, o sea, 42,5 %. Las Gotas de Leche atienden a 3,382 y Sanidad alrededor de 3,000, o sea un total de 23,719 niños que sanos y enfermos se encuentran en las ante-salas de los consultorios y en los consultorios mismos. A esto hay que agregar todavía la atención en las policlínicas de los hospitales y en otros numerosos y pequeños centros de asistencia infantil, repartidos por toda esta capital. Debido a este sistema de atención tan amplio y sui géneris que existe entre nosotros, se difunden con extrema rapidez las oleadas de enfermedades infecto-contagiosas. Según los cálculos anteriores queda todavía un saldo de 17,000 niños, de los cuales, más o menos, un 40 % de este número pertenecen a clases pudientes o semi-pudientes y no representan en sí problema social apremiante, pero hay en Santiago un remanente de 8 a 10,000 niños, hasta de dos años de edad, absolutamente indigentes y totalmente desamparados de toda ayuda económica y que sólo reciben como base de su

alimentación: caldos, aguas azucaradas y, rara vez, pequeñas cantidades de leche. Los límites de la distrofia no pueden fijarse, como algunos erradamente piensan, dentro de las edades que más que todo con fines didácticos se ha clasificado y se acostumbra a dividir la infancia. La distrofia y con ella las cicatrices del hambre prótida, continúan más allá de los 2 primeros años y acompañan al niño a la edad pre-escolar y aun hasta la pubertad misma, dejando, a veces, en él huellas indelebiles de su pasado carencial, que se manifiestan en el crecimiento y desarrollo orgánico.

Si se considera que el número de los pre-escolares llega en Santiago a 87,618 y que de éstos, sólo una mínima parte (no más arriba de 1,000 niños), recibe ayuda alimenticia del Consejo de Defensa del Niño, puede deducirse que hay una inmensa población pre-escolar y escolar (159,357) que se debate en la miseria y que no reciben, especialmente en próticos, grasas y vitaminas, las cuotas más indispensables para su desarrollo. Se agudiza con esta demostración la necesidad de que se establezca el Seguro Familiar, cuyos beneficios alcancen a toda la edad infantil. Debe intensificarse la labor que hoy, ya bien organizada, desarrollan el Seguro Obrero y los Centros de Defensa del Niño, suministrando al pre-escolar y escolar el alimento conveniente. La acción provechosa y efectiva que realizan los hospitales de niños de Santiago sobre lactantes y párvulos, se ve día a día neutralizada y se anula ante la realidad de hambre y miseria donde debe retornar el enfermo dado de alta. No hay ninguna institución que hoy se preocupe de continuar la acción benéfica del Hospital en aquellos niños que no tienen cabida en la clasificación y atención de las actuales organizaciones asistenciales. Hemos expuesto los defectos de organización de la familia, las malas condiciones ambientales, las principales características psicológicas de nuestro pueblo y muchos otros factores que conducen entre nosotros a la producción de las distrofias. Hay que considerar, además, que la disergia distrófica es la que se encarga de aumentar la mortalidad infantil en el mayor de 1 mes. Sin embargo, a pesar de tantas características desfavorables, podemos exhibir con orgullo los índices que acusan disminución de mortalidad del menor de 1 año en la ciudad de Santiago. En el año 1934 la mortalidad en el menor de 1 año por 100 nacidos vivos era de 24,4 y en el año 1946 baja a 11,6. Esto representa un descenso de 52,5 %. Si desglosamos de esta cifra los

menores de 1 mes (que representan el 7,5 % en 1934 y el 3,4 % para 1946, dando un 54,7 % de descenso en la capital), podemos afirmar que este éxito a la vista se debe, sin duda a la atención integral de la embarazada y del niño por los Servicios del Seguro Obrero (12.000) y Beneficencia.

CUADRO N° 2.

Mortalidad infantil en Santiago.

Años	Men. de 1 año % nac. vivos	% de desc.	Men. de 1 mes % nac. vivos	% de desc.	1-12 ms. % nac. vivos	% de desc.
1934	24,4		7,5		16,9	
1946	11,6		3,4		8,2	
	<u>12,8</u>	52,5	<u>4,1</u>	54,7	<u>8,7</u>	51,4

Mortalidad infantil en Chile.

1934	26,2		11,9		14,3	
1946	15,9		6,3		9,6	
	<u>10,3</u>	39,3	<u>5,6</u>	47,1	<u>32,2</u>	

Natalidad en Santiago.

1934	30,9	o/oo hab.	% de descenso
1946	29,0	"	
	<u>1,9</u>		6,1

La mortalidad infantil global en Santiago entre 1 y 12 meses ha bajado desde el año 1934 de 16,9 a 8,2 el año 1946. lo que representa el 51,4 % de descenso. Esta cifra favorable de descenso se explica, además, por la eficiente labor médico-social realizada por los centros asistenciales de esta capital y en especial por el Seguro Obrero. Viene a apoyar esta aserción el hecho que si se considera en globo la mortalidad infantil en Chile, se ve que de 26,2 en 1934 ha bajado a 15,9 en 1946, o sea, sólo ha tenido un descenso de un 39,3 %. En menores de 1 mes ha bajado, en igual tiempo, de 11,9 a 6,3, lo que representa el 47,1 % de descenso en la mortalidad total del país. (Seguro Obrero atiende 30.000 partos en todo el país). Por otro lado, la mortalidad de 1 a 12 meses ha bajado, por la

falta de atención en los medios rurales y en ciudades donde hay dificultades de organización o carencia de médicos, de 14,3 a 9,6, o sea, un 32,8 %, cifra un 20 % menos de la observada en Santiago, a pesar de las deficientes condiciones reinantes.

Todos estos guarismos de mortalidad infantil representan un verdadero aumento del crecimiento vegetativo de la población, por cuanto la natalidad se ha mantenido alta y no ha descendido paralelamente con las cifras anteriores, como pudiera pensarse. La natalidad en Santiago, el año 1934 era de 30,9 por mil habitantes y en 1946 fué de 29,0, es decir, ha habido sólo un 6,1 % de descenso.

Para terminar este capítulo debo recordar las palabras del Profesor H. Finkelstein, el inolvidable Maestro que por más de dos años estuvo junto a nosotros y conoció bien nuestro material humano infantil.

"Estos seres profundamente emaciados, que ingresan al hospital, nos decía habitualmente, me hacen recordar los casos semejantes que pude ver hace 50 años en el Kinder Asylum y en la Charité en Berlín. Mientras no se levanten y mejoren las condiciones sanitarias y económicas del ambiente, no podrán aprovechar estos niños, de manera integral, los notorios adelantos de la Pediatría chilena".

HIPOALIMENTACION

La hipoalimentación es otro factor desencadenante del trastorno nutritivo crónico y al hacerla resaltar nos referimos tanto a la de tipo cuantitativo, como a la cualitativa.

Podría creerse que en un país como el nuestro, donde todavía perviven en el bajo pueblo unas características raciales primitivas, en su doble aspecto antropológico y etnográfico, debería observarse un mantenimiento de la práctica de la alimentación natural como un fenómeno vital defensivo para la prevención de la distrofia del lactante menor de seis meses, cuando en realidad sucede todo lo contrario. La disminución de dicha práctica es un hecho fehaciente a partir de principios de siglo, en un comienzo sólo observable entre las clases acomodadas y generalizado muy luego en los medios populares.

De un estudio practicado por el Dr. Pedro Araya, entre un grupo de 5.000 madres, comprendidas dentro de los seis primeros meses después del puerperio, asistentes en los organismos asistenciales de la C. S. O., recogidas al azar, se despren-

de que, si bien un cien por ciento fueron capaces de amamantar a sus hijos algún día e incluso semanas, pero en todo caso menos de un mes, este valor absoluto comenzó a decrecer en el segundo mes en una proporción de 20 % y al finalizar los 2 meses, sólo quedaban un 45 % de capacitadas para hacerlo. A los cuatro meses sólo restaba un 17 % y apenas un 7 % se mantuvieron más allá de los 5 meses, para no alcanzar ya esta cifra tan reducida al finalizar los 6 meses.

Esta disminución de la práctica de la alimentación natural se basa en razones de orden social y psicológico: Es muy comprensible que una madre que amamanta a su hijo deba recibir una alimentación completa, que la haga apta para tal cometido. Empero, las condiciones de desnutrición de nuestro pueblo, con déficit manifiesto en el aporte de albúminas y grasas, inclina a lo contrario. A ello se debe añadir el alejamiento de la madre durante gran parte del día, al objeto de dedicarse a un trabajo remunerador, por la insuficiencia de los llamados auxilios de lactancia que le ofrece la Caja del Seguro Obrero. Por otra parte, la atención que dan las policlínicas del Seguro, Gotas de Leche, Sanidad, en las que gran parte del éxito de la asistencia a los mismos se debe al sueldo que significa el suministro de alimentos en estado fresco o en conserva, lo que contribuye a fomentar indirectamente la práctica de la alimentación artificial; en unos casos, por que con ella muchos niños demuestran una mayor gordura, razón demás para que la madre la solicite; cuando no es el mismo médico que se presta a ello, en algunas ocasiones un poco a la ligera, dejándose llevar por los ruegos de la madre, instituyendo una alimentación complementaria o suplementaria, que es el preludio rápido del paso a la alimentación artificial.

Para mantener la constancia en la alimentación natural en el lactante de pocos meses, debería organizarse un servicio de asistencia excéntrica, a domicilio, que corriera a cargo de enfermeras sanitarias o de visitadoras sociales, cuya misión sería la de estimular y vigilar la alimentación de aquellos niños, evitando, de esta manera, las infecciones que se contraen por la concurrencia en los consultorios y, a la vez, alcanzar un retraso al máximo hacia la práctica de la alimentación artificial.

CUADRO Nº 3.

Promedios diarios del consumo de leche en Santiago.

Años	1944	1945	1946
Central de Leche	64,911	72,861	110,464
Delicias	28,165	33,694	37,491
Leche condensada	17,211	14,440	18,803
Leche Nido	1,534	4,087	4,851
Nestógeno	130	206	609
Pelargón	162	207	216
Nestalba	200	592	664
Eledón	1,039	1,334	1,399
Totales (en litros) (*) . . .	112,352	127,421	186,497

Una ojeada a este cuadro nos pondrá de manifiesto que el consumo total diario, en promedios, en el año 1944, fué de 112,352 litros, lo que equivalía a un consumo por individuo de unos 100 cc. En el año 1945 la cifra diaria fué de 127,421 litros, o sea, de 111 cc. por habitante y en el año 1946 alcanzó la cifra de 186,497 litros diarios como promedio, con un equivalente de 159 cc. por habitante.

Tal como hacíamos observar, con estas cifras van comprendidas: la leche fresca; las leches en conserva tipo condensada y en polvo; así como también las de recetaje médico, tales como las acidificadas, parcialmente descremadas y las llamadas curativas.

De los rubros contenidos en el cuadro que venimos haciendo referencia, 6 de las 7 avas partes corresponden a la leche de vaca fresca procedente de la Central y de la leche Delicias y una parte corresponde a las leches industrializadas; figurando de entre ellas, en primer lugar, la leche condensada con un consumo que asciende para el año 1946, a un equivalente de 19,000 litros diarios de leche fresca y la leche Nido con un promedio de leche reconstituida equivalente a 5,000 litros de leche fresca.

Cabe tener en cuenta que los organismos asistenciales, tales como la Caja de Seguro Obrero, muy en primer tér-

(*) En estos datos faltan los consumos de leche procedente de los establecimientos particulares.

mino y las Gotas de Leche y las Policlínicas de Sanidad, son los mayores consumidores de leches industrializadas, singularmente de la Leche Condensada Nestlé y de las leches curativas, tipo babeurre (Eledón), leche albuminosa (Nestalba).

Quisiéramos hacer hincapié acerca del problema de la industrialización de la leche en nuestro país, por lo que a su porvenir se refiere.

Si observamos los coeficientes de producción de leche fresca, veremos cómo éstos no son uniformes para todos los meses del año. En invierno acusan una baja que muchas veces alcanza cifras inferiores a un tercio de las máximas observadas en la producción estival.

Por otra parte, las distancias que separan a la capital de los centros productores de leche fresca, donde podría obtenerse a un relativo bajo precio, son tan grandes, que es imposible pensar en la posibilidad de su traslado rápido en tanques acondicionados en los ferrocarriles o en camiones.

El porvenir de la alimentación con leche en nuestra patria, debe basarse en la industrialización de este producto, obtenido en centros de máxima producción y almacenada en forma de leche condensada o pulverizada. Es en esta forma cómo se administran en los organismos asistenciales y ello implica una enorme ventaja sobre las leches pasteurizadas. En primer lugar, porque queda asegurado su mantenimiento para las épocas de mínima producción y también porque ofrecen las máximas garantías de higiene para su distribución, que puede hacerse cada quince días, evitando así a las familias consultantes, el tener que prever en su presupuesto reducido de gastos, aquéllos causados por la movilización diaria en busca del alimento.

También queremos hacer resaltar cómo alrededor de los centros de industrialización de la leche se crean poderosos intereses económicos, que contribuyen a acrecentar la verdadera riqueza en que debe descansar la economía nacional.

No estará de más recordar que gran parte de los problemas derivados del consumo de alimentos que plantean las especiales características del país, deberían ser resueltos con una política como la que acabamos de esbozar para la leche y ello hace referencia a las industrias del pescado, carne, verduras y frutas: disponer de centros de refrigeración, frigorificación, desecación y almacenaje en las épocas de máxima producción, para ser utilizadas en las otras épocas de escasez.

INFECCIONES

Consideraciones previas.

El factor principal desencadenante del trastorno nutritivo crónico es la infección. Ella, al establecerse en un organismo dañado previamente por una hipoalimentación de origen externo o interno, acentúa el estado de desnutrición, e inhibe a dicho organismo en su capacidad vital para reponerse.

En otros términos: para que se produzca distrofia, es necesaria la coincidencia de factores previos, ambientales, alimenticios y carenciales, que dejarían al organismo infantil en condiciones de inferioridad, haciéndolo apto para que las infecciones repetidas lo lleven al trastorno nutritivo crónico.

Anteriormente ya nos hemos referido, al hablar de las condiciones climáticas (temperatura, grado de humedad, vientos, condiciones eléctricas, etc.), cómo ellas presentaban una íntima relación con la morbilidad. A este propósito hacíamos mención que este fenómeno había sido observado en países con condiciones climáticas relativamente uniformes y que con mayor razón tal influencia debería acentuarse mucho más en otros como el nuestro, en el que su desmesurada longitud hace que las condiciones geofísicas sean una constante paradoja.

Al seguir nuestro estudio en la capital vemos cómo la morbilidad ofrece una curva perfectamente delineada y en íntima relación con los periodos de invierno y de verano. Así, es curioso observar cómo la flora microbiana, tanto en el medio ambiente (aire, alimentos, tierra, etc.), como aquella otra que pulula en el medio intestinal, se torna más numerosa y cualitativamente más virulenta apenas se inicia la primavera y ello no en relación directa con el calor reinante, fenómeno que permite vislumbrar que no son sólo aquellos factores ambientales hasta ahora citados, los que desencadenarían tales hechos, sino que habría otros todavía desconocidos que conducirían al mismo fin.

Igual criterio se podría aplicar por lo que hace referencia al llamado "genio epidémico", sujeto también a alternativas diversas relacionadas con los factores telúricos: así vemos cómo las enfermedades gastro-intestinales unos años ofrecen una prevalencia en su etiología de gérmenes del tipo disentericos; en otros asistimos a un pequeño auge de las salmonelosis y en la mayoría son aquellos gérmenes tildados de saprófitos los que exacerban su virulencia. No conviene

dejar de reconocer también el importantísimo papel desempeñado por el llamado virus gripal, sujeto indudablemente, en cuanto a su morbilidad se refiere, a las variantes climáticas y del terreno que tanto influyen en su característico pleomorfismo, tanto de matiz como de color y aun de diversas selectividades.

Fenómenos parecidos se observan en el aparato respiratorio, si bien quedan relegados en verano a un segundo plano, no porque no existan sino porque quedan desdibujados por el cuadro digestivo que prevalece.

No debemos olvidar tampoco las manifestaciones en el aparato urinario (piuria por deshidratación y pielonefritis consecutiva). Tanto los unos como los otros guardan una íntima relación con el metabolismo acuoso, el cual es, a su vez, profundamente modificado por las condiciones ambientales.

De lo expuesto se deduce que el trastorno nutritivo crónico del lactante, es el producto del ambiente, infección e hipoalimentación.

No hemos mencionado hasta ahora el factor constitucional (prematurez, neuropatía, diatesis exudativa), por considerarlo como un factor secundario. Este mismo criterio lo mantenemos a todo lo que hace referencia a malformaciones congénitas y a la heredo lúes, singularmente este último, por cuanto la morbilidad ha disminuido extraordinariamente, a raíz de haberse establecido la lucha antilúética por parte de la Caja de Seguro Obrero y demás establecimientos de higiene preventiva.

En el cuadro adjunto se podrá observar la exactitud de nuestros acertos por lo que a la Caja del Seguro Obligatorio se refiere.

CUADRO A

Frecuencia de sífilis en la embarazada primípara y multipara.

Caja del Seguro Obligatorio.

Año	Primíp.	% descenso	Multip.	% descenso
1941	8,9 %		13,6 %	
1946	4,3 %	51,6	2,6 %	80,8
	4,6 %		11,0 %	

Después de esta breve exposición, pasaremos a exponer nuestra experiencia en las distintas infecciones que se presentan.

en los trastornos nutritivos crónicos de los lactantes ingresados en el Hospital de Niños Roberto del Río.

Para este estudio no hemos tomado un número excesivo de lactantes. De haber seguido esta tónica, nuestra tarea hubiera tenido que ampliarse hacia el consultante de las policlínicas; gotas de leche, consultorios de la Caja del Seguro Obligatorio. Nuestros casos se refieren no al distrófico leve, aparentemente sano, sino al distrófico de hospital, aniquilado por una sucesiva gama de infecciones. Distrófico con reacciones paradójales a la alimentación y con una disergia muy acentuada.

Para dar una idea de conjunto del trastorno nutritivo crónico del niño hospitalizado y su probable etiopatogenia, agrupamos al distrófico por edades: 1º, de 0 a 3 meses; 2º, de 3 a 6 meses; 3º, de 6 meses a 1 año, y 4º, de 1 año a 2 años.

Debemos advertir la falta de lógica al dejar de diagnosticar la distrofia en el niño mayor de 2 años.

El daño del hambre y las infecciones inveteradas, dan lugar a cuadros nutritivos crónicos por encima de aquella edad. Nosotros hemos recogido el punto de nuestras observaciones en un opúsculo titulado: "Las distrofias policarenciales"; creemos que es una enfermedad con cierto sabor nacional, revelándolo así sus descripciones.

Si estos cuadros nosológicos no abundan más en nuestras salas de hospital, es porque no se reciben, dándose preferencia a otras que ofrecen una necesidad más perentoria de internación.

La distrofia en el lactante menor de 3 meses. Causas fundamentales.

El complejo cuadro de las distrofias del lactante ofrece indudablemente caracteres muy diferentes en las diversas etapas de la vida del niño.

Es en el primer trimestre donde se manifiestan muchos trastornos distróficos que acompañarán al niño en el resto de su existencia y es en esta época donde los procesos infecciosos tienen una mayor repercusión sobre el estado nutritivo o mejor aun sobre sus procesos metabólicos. En los primeros meses, 2 son los factores fundamentales de distrofia, a saber: infección y constitución, de menor importancia en cuanto a frecuencia, no así por la intensidad del trastorno nutritivo, son las hipovitaminosis, malformaciones congénitas y el factor alimentación.

Refiriéndonos a esta última, en nuestro país, Araya ha estudiado la alimentación de un grupo de lactante atendidos

en el Seguro Obrero y ha encontrado, entre 5.000, que el 95 % recibían alimentación natural hasta el primer mes, que un 75 % continuaban recibéndola en el segundo mes y disminuía a 65 % en el tercer mes. De ahí que siendo éste un factor muy importante como gestor de trastorno nutritivo crónico; en esta edad no es el de más frecuencia. Surgen las mismas consideraciones al referirnos a las vitaminas: en esta edad se inician los cuadros hipovitaminósicos, sólo con leves manifestaciones clínicas, es probable sean las carencias de algunas de ellas decisivas en la producción de disergia y, por consiguiente, infecciones.

Tratando de investigar en nuestro medio los factores más importantes de distrofia, hemos revisado las fichas clínicas de los niños menores de 3 meses, que ingresaron al Hospital Roberto del Río desde el año 1941 hasta agosto de 1947. Se encuentran 225 lactantes con este diagnóstico y a ellos nos referiremos, principalmente analizando las causas productoras de este trastorno.

Procurando llegar a deducciones concretas, tomamos un primer grupo, en el que se encontraba como principal factor distrofiante los siguientes:

1. Constitución	36 casos
2. Infección	69 "
3. Alimentación	10 "
4. Malformaciones congénitas	13 "

Total 128 casos

Sin embargo, al encarar el problema desde un punto de vista tan unilateral, tropezamos con dificultades fáciles de explicar, casi nunca era una sola la causa de distrofia, podía ser la constitución la causa fundamental, pero, salvo contadas excepciones, inmediatamente el factor infeccioso aparecía favoreciendo el desarrollo de la distrofia, o bien, eran la consecuencia inmediata del estado de baja inmunidad de estos lactantes: de ahí que nos decidiéramos a abordar el tema en forma más amplia y a continuación lo anotamos:

a) Constitución	109 casos
b) Infección	144 "
c) Parasitosis	11 "
d) Alimentación	31 "
e) Hipovitaminosis	23 "
f) Malformaciones congénitas	13 "
g) Otras causas	4 "

Entre ellas tenemos toda una gama de combinaciones; así encontramos:

Constitución — Infección	60	casos
Constitución — Infección — Alimentación	12	"
Infección — Alimentación	14	"
Constitución — Hipovitaminosis	18	"
Constitución — Malformaciones congénitas	7	"

Total de asociaciones 111 casos

Ahora detallaremos los principales factores según nuestra casuística.

Constitución. — El factor que hemos encontrado con más frecuencia es el de prematurez. Sabemos que es el de mayor importancia, pero esto no quiere decir que un niño prematuro forzosamente ha de ser distrófico, llegará a serlo si sus condiciones de inferioridad orgánica son muy notables y su disergia muy manifiesta; desde enero de 1941 hasta agosto de 1947 han ingresado a nuestro Hospital 114 lactantes prematuros y de ellos sólo 66 han sido distróficos, los otros los hemos descartado analizando la curva de peso, los que si bien llegan a los 3 meses con un peso subnormal, éste ha sido siempre uniformemente ascendente. Por el hecho de aumentar de peso más rápido que el niño normal, sus requerimientos alimenticios y vitamínicos son mayores y al proporcionárseles como sucede en el medio hospitalario, difícilmente llegan a ser distróficos por esta causa. El peligro está en las infecciones que tan fácilmente contraen y a ellas nos referiremos más adelante.

En este grupo hemos incluido también las diátesis. Entre los 225 niños hubo 20 con diátesis exudativa franca, descartamos aquéllos que la tenían esbozada o con leves manifestaciones cutáneo-mucosas. Ellos indiscutiblemente llegaron a ser distróficos exclusivamente por la asociación con infecciones ya cutáneas o intestinales y principalmente respiratorias.

No sucedió así en los niños con diátesis neuropática; tuvimos 18, y en ellos la causa del mayor o menor grado de desnutrición y luego distrofia fué el vómito y en un grupo pequeño la diarrea con este carácter. En ellos la distrofia fué verdaderamente intensa, llegando en 6 del total, a tal grado, que a los 3 meses tenían un peso muy inferior al nacimiento.

Condiciones semejantes se encontró en los lactantes ruminadores, que fueron 4; es posible hayan sido más, pues este

cuadro muchas veces pasa desapercibido en el primer trimestre, o bien, se incluyen en el grupo anterior.

Finalmente, aparece como ingresado al Servicio un solo lactante con encefalopatía congénita. El que sea uno sólo es explicable, pues estos niños se hospitalizan sólo cuando hay un grave problema social, o bien, el diagnóstico puede haber quedado enmascarado por algún cuadro infeccioso dominante.

En resumen, tenemos como factor constitucional de distrofia:

1) Prematuros	66 casos
2) Diátesis exudativa	20 "
3) Diátesis neuropática	18 "
4) Ruminación	4 "
5) Encefalopatía congénita	1 "

Infección. — De todo lo expuesto se deduce que la infección constituye el factor más importante de distrofia en esta edad. En el período de recién nacido, en nuestro medio, principalmente en los niños nacidos en Maternidades, es frecuente el cuadro de sepsis; muy bien estudiado en este Hospital por Araya, ya recalcó él su elevada mortalidad, pero en los niños que mejoran, queda como huella imborrable la repercusión sobre sus procesos metabólicos, la distrofia. En 14 lactantes lo hemos podido apreciar muy bien, siguiendo su evolución hasta el año de edad.

Junto al cuadro magno de la sepsis del recién nacido, tenemos las pequeñas infecciones de él, que por el hecho de ser prolongadas, con tendencia a recaer, comprometen casi siempre el estado general e influyen en su desarrollo, nos referimos a las infecciones cutáneas, como abscesos, pénfigo y a la enfermedad de Ritter (13, 14 y 2 casos, respectivamente). (Esta última, que es de mal pronóstico, la hemos colocado aquí con el objeto de esquematizar). Junto a las infecciones de la piel tenemos las respiratorias y óticas. Ambas importante factor de distrofia. Las primeras van desde la faringitis, que se repite con insistencia, bronquitis prolongadas, ambas incluídas mejor en el término de infección gripal (30 casos) y la bronconeumonía con su oscuro pronóstico y sus consecuencias sobre el desarrollo posterior. La otitis en 5 de nuestros lactantes se ubicó como único factor distrofiante, iniciando su aparición en los primeros 15 días.

Con gran frecuencia hemos recibido lactantes nacidos en las diversas Maternidades de Santiago, separados de su

madre, por ser tuberculosa y que ingresan al Roberto del Río para observarlos un tiempo y luego ser llevados a Colocación Familiar. En estos niños, por norma, a su ingreso se les practica hemograma y examen clínico y radioscópico concienzudo. En 45 lactantes ingresados entre enero de 1945 y enero de 1947, con examen clínico de ingreso totalmente negativo y de una edad oscilante entre 10 días a 1 mes, en los que sólo era apreciable el nulo aumento de peso o muy escaso

Gráfico B

Obs. 46/2492

Edad: 18 días

Peso al nacer: 3.340 grs.

Diagnóstico: Hija de tuberculosa separada al nacer.

en relación a su nacimiento, se encontró que ellos, en los primeros días de estada (6 a 15) no aumentaban de peso, tenían anorexia, palidez, con frecuencia deposiciones normales, o bien, formadas o semiformadas con mucus, con examen bacterio y parasitológico de heces negativo, con hemograma que mostraba claros signos de infección, traducidos en leucocitosis y desviación a la izquierda. En estos niños bastó hacer una cura sulfamidada, sea sulfatiazol o sulfadiazina para que inmediatamente iniciaran ascenso normal en el peso, mejorando su apetito y también los posteriores controles hematológicos. (Ver gráfico B).

En este caso se trataba indudablemente de infecciones adquiridas en su estada en la maternidad, las que aparentemente no tenían traducción clínica, salvo el estacionamiento del peso y las alteraciones descritas en el hemograma.

Otro grupo de lactantes ingresó al Servicio con claros signos de un proceso infeccioso intestinal, con deposiciones líquidas mucosas, con examen microscópico de heces que evidenciaba mucus y en ocasiones pus, pero en los que el

coprocultivo fué invariabilmente negativo para el desarrollo de shigellas o salmonelas. Entre enero de 1944. y enero de 1947 ingresaron al Servicio de Lactantes 82 niños separados de su madre por la misma razón que los anteriores. Afortunadamente, el 50 % curó completamente con las medidas dietéticas, sulfas y transfusiones, pero en los demás el cuadro intestinal curó y dejó como secuela una distrofia de mayor o menor intensidad y 8 fallecieron. (Ver gráfico C).

En los niños mayores de 1 mes se encontró la infección intestinal como causa de distrofia en la siguiente proporción:

Shigelosis	3 casos
Salmonelosis	4 "
Toxiinfección	16 "
Enterocolitis	17 "
Dispepsia	35 "
<hr/>	
75 casos	

Estos cuadros infecciosos intestinales, aparecen muchas veces asociados a otro tipo de infección, sea ésta respiratoria o renales.

Considerando sólo estas últimas, se diagnosticó una pielonefritis o simplemente de piuria en 23 lactantes, la mayoría de las veces secundaria al trastorno digestivo, pero que seguía su evolución independiente una vez curado éste, agravando el proceso distrófico iniciado por el primero.

Tuvimos, además, 2 lactantes con tuberculosis, en los cuales hubo un término fatal en atrofia. El que sean tan reducidos se explica, pues esta afección se descarta casi siempre en el paso por la Policlínica y, por consiguiente, no llegan a hospitalizarse.

Entre los 225 niños menores de 3 meses se confirmó el diagnóstico de lúes en 15 y todos eran distróficos, agregándose a que 11 eran prematuros, y en todos ellos posteriormente se agregó otro tipo de infección. Cuatro de ellos fallecieron, pero uno solo por esta afección exclusivamente.

En 7 lactantes se encontró gonococcia vulvar o conjuntival, pero a esta infección sólo pudimos darle valor como factor distrófiante cuando se encontró junto a otra causa, pues la gran mayoría podía darse por curados a 48 horas de tratados, sea con sulfamidatos o penicilina.

Por último, nos referiremos a la parasitosis intestinal. En 11 lactantes se consiguió aislar de las heces un parásito; en 9 lamblías y en 2 triconemas, en estos últimos, desgraciadamente, no se completó el estudio, investigando este parásito en la vagina de su madre y refiriéndonos a la giardiasis el menor de ellos tenía 10 días y le siguió un lactante de 17 días (ver gráfico D), ambos nacidos en Maternidad. Todos ellos sufrían de diarrea sulfaresistente, en los que una vez aclarada la etiología se inició tratamiento con paroxil o estovarsol, 2 de ellos fallecieron, porque se agregó un proceso

Gráfico D

Obs. 45/446. Edad 17 días. ENTEROCOLITIS por LAMBLIASIS.

toxiinfeccioso y en los restantes se pudo apreciar inmediato ascenso en la curva de peso que hasta la fecha había sido estacionaria o con franco descenso.

Resumiendo las causas infecciosas, tenemos:

1)	Digestivas	87 casos
a)	Shigelosis	3
b)	Salmonelosis	4
c)	Toxiinfecciones	16
d)	Enterocolitis	17
e)	Dispepsia	35
f)	Parasitosis	11
2)	Respiratorias y oídos	58 "
a)	Otitis	5
b)	Infección gripal	30
c)	Bronconeumonía	23
3)	Sepsis	14 "
4)	Pielonefritis	23 "
5)	Piel	29 "
a)	Pénfigo	14
b)	Abscesos	13
c)	Ritter	2
6)	Lúes	15 "
7)	Tuberculosis	2 "
8)	Gonococcias	7 "
Total		235 casos

Una vez más recalcamos que excepcionalmente se encontró un solo tipo de infección, por lo general en un lactante existían dos o más simultáneamente, o bien, se desencadenaba una tras otra, lo que agravaba más aún la distrofia.

Alimentación. — De los 225 lactantes, 187 recibían artificial, a base de leche de vaca, eledón, leche albuminosa o leche condensada; 32 de ellos tomaban aún pecho y se les daba como complemento. Los 48 restantes eran alimentados natural, con pecho o leche humana ordeñada.

Sin embargo, estudiando las proporciones en que recibía su dieta, sólo en 31 se encontraron graves errores, distribuidos así:

Hipoalimentación	22 casos
Dieta hidrocarbonada casi exclusiva	2 "
Alimentación láctea exclusiva	3 "
(sin agregar hidratos de carbono).	
Exceso de volumen	4 "
(dilución muy exagerada).	

De esto se desprende que el factor alimentación en la etiopatogenia de la distrofia en el primer trimestre, sólo tiene importancia en lo que se refiere a ser artificial, ya que ella favorecería la intercurencia de procesos infecciosos, pero no como causa fundamental de distrofia como en edades posteriores.

Hipovitaminosis. — En 22 lactantes se diagnosticó en forma evidente, existió en número mayor, pero en forma larvada, la que en edades posteriores seguramente tomaría un carácter florido. Dieciocho eran prematuros y en los 4 restantes se encontraron antecedentes de procesos infecciosos graves, además de recibir alimentación artificial.

En resumen:

Raquitismo	22 casos
------------------	----------

Malformaciones congénitas. — Como fundamental causa de distrofia entre el grupo de lactantes a que nos hemos referido, se encontraron 13 casos:

1) Labio leporino	9 casos
2) Cardíacas	4 "

El que aparezcan sólo 9 labios leporinos, creemos que hay que atribuirlo a que se hospitalizan estos niños después de los 3 meses, con el objeto de ser intervenidos y existe consenso unánime que estos lactantes se desarrollan mejor en su casa que expuestos a las infecciones nosocomiales. De cómo serían factor de distrofia las malformaciones congénitas cardíacas no nos extenderemos, pues, de todos es bien conocido.

Otras causas. — En este grupo hemos colocado a la pilorostenosis hipertrófica, del cual hubo 4 casos y, además, los graves traumatismos obstétricos, principalmente aquéllos con hemorragias intracraneanas, equivalentes a las encefalopatías congénitas, de la que hubo un caso, pero éste está incluido en el grupo de los prematuros con infecciones (sépsis).

A continuación publicamos resumido en un gráfico (E) el esquema de los factores etiológicos de distrofia en lactantes menores de 3 meses.

GRÁFICO E

Factores de distrofia en lactantes de edad comprendida entre 3 y 6 meses y 6 a 12 meses.

De 3 a 6 meses. — De los 100 casos revisados se desprende que el factor constitucional, que tan señalado papel jugó en el período del recién nacido, disminuye en importancia, destacando, en cambio, el factor alimenticio y predominando la infección en casi todos ellos.

Desmenuzando el estudio de estos 100 casos indicados, tenemos que 31 de ellos aparecen con manifestaciones constitucionales, de los cuales 18 son prematuros, 4 rúmbantes y con otros rubros de carácter constitucional 9.

También hay que hacer notar que de los 100 niños observados, todos ellos estaban alimentados artificialmente, presentando fenómenos de hipoalimentación global 70; 4 de ellos a base de una dieta exclusiva de hidratos de carbono. Presentaban fenómenos de hipoavitaminosis (raquitismo) 48; policéncias 22 y escorbuto 2.

Los cuadros infecciosos eran de tipo predominante intestinal: enterocolitis y toxi-infección, 57; parasitosis (especialmente lamblisis), 12; pielonefritis, 18.

De 6 a 12 meses. — De 119 casos estudiados, en 36 persisten todavía manifestaciones constitucionales, que desmenuzadas daban los siguientes datos: prematuro, 18; hijos de

madre tuberculosa, 10; hijos de madre luética, 6; diátesis exudativa, 1 y labio leporino, 1.

Todos estos lactantes afectos de la encuesta fueron alimentados artificialmente y 83 de ellos presentaban una historia franca de hipoalimentación.

De los 119 casos, un total de 109 ofrecieron manifestaciones de carácter infeccioso: (58 con manifestaciones gastrointestinales puras; gastro-intestinales y gripales, 26; gastrointestinales, gripales y manifestaciones cutáneas, 15; gripales e infecciones cutáneas, 3; gripales y otitis, 5; infección cutánea exclusiva, 2).

Presentamos un gráfico (F), que resume las observaciones que acabamos de describir.

GRAFICO F

Causas de distrofia en el niño de más de 1 año y menor de 2.

Damos una nota-resumen acerca de los resultados observados en una encuesta practicada en 100 niños, de edad comprendida entre 1 año y 2 años.

1) Se han estudiado 100 fichas clínicas correspondientes a niños distróficos de 1 a 3 años.

2) Hemos encontrado grandes dificultades para la estimación exacta de las condiciones de alimentación, ya que los datos proporcionados por los padres no son rigurosamente verídicos en la mayoría de los casos. Hay cierta tendencia a ocultar la realidad, a no confesar toda su miseria.

3) Se comprueba, en la mayoría de los casos, una hipopalimentación láctea (86 %) y un déficit marcado en cuanto a albúminas, grasas, minerales y vitaminas (88 %).

4) Prevalece el régimen a base de hidratos de carbono en todos los casos estudiados. En unos pocos —12 %— era casi exclusivo.

5) Se observa gran frecuencia de infecciones agudas, especialmente enterocolitis, afecciones gripales, bronconeumonía (82 casos), pero no es posible precisar exactamente el valor, causal que ellas puedan tener en la producción de la distrofia, pues en gran número son más bien una consecuencia de ella (disergia).

6) Las infecciones crónicas y parasitarias se observan también en elevada proporción (49 %).

7) El papel que juega la constitución es relativamente escaso en esta edad (8 %).

8) El estudio de las condiciones sociales de la familia revela la mala situación económica de ellas en un alto porcentaje.

9) Más del 58 % de los niños no estaban atendidos por ninguna institución de previsión o de asistencia infantil.

Cuadro resumen de los factores de distrofia en niños de 1 a 2 años.

1° Niños examinados: 100.

2° Tipo de distrofia

a) D. policarencial con edemas	46
b) D. simple	54

3° Factores de distrofia

A) Alimentación	
B) Infección	
C) Constitución	
D) Medio ambiente y S. Econ. y Social	

A) Alimentación

a) Hipoláctea	86
b) Farinácea exclusiva	12
c) Hipoglobal	88
d) Preponderantemente hidrocarbonada	100

B) Infección

a) Agudas: 82	1° Enterocolitis	28
	2° Bronconeumonía	25
	3° Otras	29
b) Crónicas: 49	1° Parasitosis intestinal	23
	2° Sarna y piodermitis	10
	3° Piuria crónica	6
	4° Sífilis congénita	2
	5° Otras	8

C) Constitución	{	Diversas: 8	
D) Medio ambiente y S. Económico-Social	{	a) Previsión	{ 1º Con previsión 45 2º Sin previsión 55
	{	b) S. Económica y Social	{ 1º Mala 62 2º Regular 30 3º Buena 8

Estudio particular de los cuadros infecciosos desencadenantes de la distrofia.

Síndrome diarreico.

Con motivo de habernos sido conferido en otra ocasión el encargo del planteamiento del tema del papel que jugaba la enterocolitis con relación a la distrofia, para no repetir consideraciones parecidas, nos limitaremos, en la ponencia actual, a abordar el estudio de los fenómenos derivados de la implantación del cuadro enterocólico en el organismo del distrófico. Estos fenómenos que vamos a estudiar hacen referencia a una gama de manifestaciones recidivantes de naturaleza digestiva, que se deben atribuir a distintas causas: A inclusiones en ciertas zonas de la capa profunda y sub-mucosas del intestino grueso de gérmenes (shigelosis) y también, aunque no formen parte de este grupo de diarreas, a los parásitos enquistados (amebas), los cuales vuelven a activarse y a producir nuevas irritaciones cólicas. En otros casos desórdenes en el régimen o mala correlación alimenticia que provocan dispepsias y cuyos productos de desintegración anormal vuelven a producir irritación en el tractus digestivo. Y, por último, a alteraciones de enfriamiento, que dan lugar a disquinesias intestinales, que denominamos infecciones gripales, que toman su asiento o repercuten con sus virus en el intestino grueso; estas recidivas son tan frecuentes que muchos de los hijos de proletarios pasan permanentemente con estos cuadros diarreicos y obligan a mantenerlos sometidos a una estrecha alimentación a base de alimentos curativos y la mayor parte sólo con farináceos. En uno u otro caso se va a la desnutrición progresiva, por el temor al síntoma diarreico y se llega a una alimentación completamente carencial.

Entre las infecciones a las cuales quiero referirme, insistiendo de nuevo, por ser ella un factor etiopatogénico de importancia en el desencadenamiento de la distrofia en los

menores de 3 meses, son las de infecciones adquiridas por los recién nacidos en las maternidades y de las cuales hicimos mención, deteniéndonos en su estudio, al hablar de las infecciones adquiridas en el primer trimestre de la vida del niño.

Ya se dijo que la morbilidad estaba íntimamente ligada a las condiciones climáticas y que nuestra curva estival sobrepasa en duración y morbilidad a la invernal o período lluvioso. Durante el período de falta de lluvias impera entre nosotros y en especial en el distrófico la diarrea que se mantiene, a veces, por un tiempo indeterminado, que puede presentarse en forma alternante o recidivante y que este síntoma obliga a una reducción de la alimentación. No son tantos los cuadros dispépticos puros sino que la infección del tubo gastro-intestinal la que se presenta con una frecuencia enorme.

El estudio del examen de las enterocolitis específicas en gran número de observaciones, nos dió el cuadro adjunto.

CUADRO 5

Enterocolitis específicas.

Shigellas (35-40 %)	Flexner	70 a 90 %
	Smith	2 a 13 "
	Resto: Sonne-Newcastle-Boyd, etc.	
Salmonellas (4-16 %)	Tiphymurium	26,5 %
	Newport	16,4 "
	Parat. A-B o C	5,7 "
	Bovis morbific.	7,2 "
	Typhi	3,8 "
Morgan (14-18 %)	Otros tipos	40,4 "

Síntomas digestivos.

Se analizan 200 observaciones de lactantes cuya edad fluctúa entre 3 meses y 2 años. Entre ellos había 124 distrofias simples, 67 distrofias carenciales con edema, 6 casos eran distrofias graves y 3 eran atrofas.

El síntoma vómito se presentó en 95 casos en forma más o menos intensa y más o menos prolongada.

Al apreciar si la diarrea era específica o inespecífica, era necesario recurrir al examen de las deposiciones. Debemos

hacer si una salvedad, que casi todos los lactantes observados recibieron una dosis más o menos grande de algún sulfapreparado antes de efectuar el examen coprológico. En algunos se suministró la droga en la casa, en otros en la Policlínica y en otros en el Servicio de Lactantes de la Clínica. De tal manera que entre estos enfermos catalogados con diarreas inespecíficas puede haber uno que otro cuya diarrea reconozca un origen específico. Así planteado el problema, encontramos 174 casos cuya diarrea se puede considerar como inespecífica.

Como diarrea específica o de origen parasitario, tenemos en total 92 casos, que se descomponen así:

Lamblias	43 casos
Tricomonas	18 "
B. Paracoli	11 "
Ascaris	7 "
B. Morgan	6 "
B. fecalis alcalescens	3 "

Chilomastic, B. Flexner, B. Sonne, Escherichia, Freundi, cada uno con un caso.

Diarreas a repetición, sea antes de la hospitalización o durante ella, se observan en 118 casos.

Entre los 200 lactantes observados sólo se encuentran 7 que no presentaron el síntoma diarrea ni en la Clínica ni fuera de ella.

Los 193 restantes tuvieron esta manifestación gastrointestinal, sea fuera del Servicio o durante la estada en el Hospital. Podemos decir entonces que la diarrea es un síntoma casi obligado en los distróficos de la clientela hospitalaria de nuestro pueblo.

La inapetencia se presentó como síntoma evidente en 96 casos, o sea, casi en la mitad de los lactantes en observación. El apetito caprichoso se observó exclusivamente en la distrofia carencial.

La toxicosis se presentó en 50 casos, o sea, en la cuarta parte y de estos 50, sólo 9 enfermitos eran distrofias carenciales, los demás tenían diagnóstico de distrofia simple, grave o atrofia.

En el gráfico adjunto damos un cuadro resumen de los principales síntomas digestivos encontrados en la revisión de 200 niños distróficos, así como también nos referimos a él, al probable agente etiológico encontrado en el examen de deposiciones.

Consideramos inoficioso extendernos en el papel que desempeñan algunos parásitos, tales como amebas-lamblías, triquiuriis, etc., en la producción de diarreas crónicas, y

GRAFICO G

por ende, en favorecer el estado de desnutrición; ya que ellos han sido motivo de otras anteriores comunicaciones de esta Clínica.

Aparato respiratorio.

De 200 niños revisados en el curso de los años 1945-1946, afectos de distrofia, de los cuales junto a ella hubo 93 que presentaron raquitismo, anotamos las siguientes manifestaciones del aparato respiratorio, que agrupamos por su frecuencia, época estacional de aparición, edad y duración del proceso:

BRONQUITIS

Frecuencia: 23 casos. Porcentaje, 11,5 %.

Estación del año:

Otoño	12 casos	52 %
Verano	9 "	39 "
Invierno	2 "	9 "

Edad:

Mayores de 1 año	12 casos	52 %
Menores de 1 año	11 "	48 "

Duración: 4 días a 7 meses.

BRONCONEUMONIA

Frecuencia: 49 casos (24,5 %).

Estación del año:

Otoño	24 casos	49 %
Verano	20 "	40 "
Invierno	3 "	6 "
Primavera	2 "	5 "

Edad:

Menores de 1 año	37 casos	75 %
Mayores de 1 año	12 "	25 "

Síntomas clínicos:

Presentes	42 casos	85 %
Ausentes	7 "	15 "

Duración: 48 horas a 40 días (formas agudas y sub-agudas).

Localización:

Paravertebral basal bilateral	21 casos
Paravertebral inferior derecha	8 "
Paravertebral inferior izquierda	6 "
Paravertebral superior derecha	6 "
Difusa bilateral	4 "
Lobal inferior derecha	1 "
Lobal inferior izquierda	1 "
Lobal inferior bilateral	1 "
Lobal superior bilateral	1 "

Fallecidos: 24 (48 %).

NEUMONIA

Frecuencia: 6 casos (3 %).

Estación del año:

Verano	4 casos
Otoño	2 "

Edad:

Mayores de 1 año	5 casos
Menores de 1 año	1 "

Duración: 3 a 15 días.

Localización:

Parcial del lóbulo superior derecho	2 casos
Parcial del lóbulo inferior izquierdo	2 "
Parcial del lóbulo superior izquierdo	1 "
Parcial del lóbulo inferior derecho	1 "

EMPIEMAS PLEURALES

Frecuencia: 4 casos (2 %).

Estación del año:

Otoño	2 casos
Verano	1 "
Invierno	1 "

Edad:

Mayores de 1 año	4 casos
Menores de 1 año	0 "

Localización:

Derecho	3 casos
Izquierdo	1 "

Germen:

Neumococo	2 casos
Estafilococo amarillo	1 "
No precisado	1 "

Duración: 38 a 132 días.

Fallecidos: 1 (25 %).

ABSCESOS PULMONARES

Frecuencia: 2 casos (1 %).

Edad:

Mayores de 1 año	2 casos
Menores de 1 año	0 "

Estación:

Otoño	1 caso
Invierno	1 "

Localización:

Lóbulo superior derecho ..	1 (múltiple)
Lóbulo superior izquierdo ..	1 (único)

Complicaciones:

Pleuresía serofibrinosa ..	1 (cultivo estéril)
Pneumotórax izquierdo ..	1 (estafilococo amarillo)

Duración: 47 a 66 días.

Curación: 2.

TUBERCULOSIS PULMONAR

Frecuencia: 21 casos (10,5 %).

Edad:

Mayores de 1 año	15 casos
Menores de 1 año	6 "

Formas clínicas:

Adenopatía tráqueobronquica	4 casos
Adenopatía y atelectasia	2 "
Adenopatía tráqueobronq. y neumonía	1 "

Complejo primario	Simple	1 caso
	Con absceso pulmonar	1 "
	Con empiema neumocócico contra- lateral	1 "
	Con pleuresía serofibrinosa	1 "
	Con diseminación y meningitis	2 "
	Con diseminación	2 "
Tisis primaria con diseminación		6 "

Mortalidad: 11 casos (54 %).

Mayores de 1 año	7 casos
Menores de 1 año	4 "

Contagio tuberculoso:

Intrafamiliar	11 casos
Ocasional	1 "
No precisado	10 "

VIAS RESPIRATORIAS ALTAS

Edad: 2 meses a 3 años.

Rinofaringitis: 90 casos (45 %).

En 42 de estos casos se presentó en forma recidivante.
Otitis: 14 casos (7 %).

Edad:

2 meses a 7 meses	24 casos	24,6 %
8 meses a 1 año 4 meses	48 "	48,9 "
1 año 4 meses a 3 años	26 "	26,6 "

Estación:

Verano	39 casos	39,7 %
Otoño	38 "	38,2 "
Primavera	15 "	15,3 "
Invierno	4 "	4,1 "

Condensamos en el gráfico H la síntesis de todo lo anteriormente expuesto:

Piuria.

De 122 lactantes distróficos estudiados, 38 presentaron manifestaciones de piuria, de los cuales 21 eran del sexo femenino y 17 del masculino. 28 eran menores de 1 año y 10 de edad superior a los 12 meses; debiendo hacer constar que todos los casos descritos no se presentaron en forma de una piuria simple, sino que acompañada de otras manifestaciones infecciosas, tales como: enterocolitis, estados gripales, otitis, bronconeumonías y piodermitis, lo que permite colegir que la piuria en el trastorno nutritivo crónico es de carácter secundario.

Ninguno de los casos de piuria estudiados que llegara a la mesa de autopsia presentó manifestaciones de malformación congénita de las vías urinarias. La sola característica anátomo-patológica fué resaltada por riñones de aspecto

GRAFICO H

congestivo, con fenómenos de tumefacción turbia en algunas veces.

El compromiso cardio-vascular en el distrófico.

Se tomaron como objeto de estudio 22 lactantes afectados de trastorno nutritivo crónico, 6 de los cuales, aparte de su deficiente desarrollo pondo estatural, presentaban fenómenos de raquitismo.

La edad de estos lactantes fluctuaba entre los 3 y 19 meses y sus pesos oscilaban entre los 3,500 grs. y los 9 kilos.

El estudio de la presión venosa medida en las venas del pliegue del codo con el aparato de Lerter Cohen, nos dió cifras dentro de lo normal, es decir, que oscilaban alrededor de 6 cms. de agua, que es el término medio para niños menores de 2 años, encontrado por la Dra. Raquel Santiagos como cifra normal del niño sano, en su Tesis hecha en nuestra Clínica.

La determinación del Tiempo de circulación hecha con lobelina, nos dió también cifras normales, que oscilaban alrededor de 3,5 segundos.

Para valorizar estas cifras nos referimos a la Tesis del Dr. Bernardo Moreno, efectuada en nuestra Clínica.

El estudio radiológico del sistema cardiovascular no demostró alteraciones patológicas. La relación cardio-torácica era normal.

La presión arterial y el pulso estaban también dentro de cifras normales.

No dispusimos de número suficiente de enfermos con distrofia grave o con edemas, pero podemos afirmar que cuando la distrofia es de grado avanzado, la presión venosa aumenta, constituyendo un signo más de mal pronóstico. (Tesis R. Santiagos).

En resumen, el estudio cardio-vascular de nuestros 22 lactantes no nos demostró alteraciones cardiovasculares de importancia, a pesar que el retardo del crecimiento acarrea un cambio en el tamaño y relación de los órganos internos. lo mismo que en las dimensiones externas. El distrófico tiene un corazón más chico, un mediastino y una cavidad torácica más estrechos y una cavidad abdominal más grande que los niños bien nutridos de la misma edad (Bakwim).

En el estudio sobre la etiología de la insuficiencia cardiovascular en la infancia hecho en esta Clínica, no se logró demostrar, como afirman algunos autores, alteraciones cardíacas en relación con la avitaminosis C y D.

El estudio anatómo-patológico del corazón de los lactantes afectos de distrofia nos permite llegar a las siguientes deducciones, una vez agrupados en dos grupos los casos incluídos en la encuesta.

El primer grupo formado por niños sin panículo adiposo, atróficos y caquéticos, y el segundo por las distrofias moderadas, en que la infección intercurrente juega un rol fundamental como causante de la muerte. En este segundo

grupo no encontramos otras alteraciones que aquéllas atribuibles a la infección. La mayoría de las veces tumefacción turbia.

En los niños del primer grupo, fuera de las alteraciones de orden infeccioso ocurridas, son de notar la disminución de tamaño global y peso del órgano, adelgazamiento de sus paredes y también una mayor frecuencia de edema del músculo cardíaco. En una sola autopsia hemos encontrado una alteración similar a las descritas en el beriberi.

Estudio radiológico.

El estudio radiológico del esqueleto en el niño distrófico puro, en que no hay una carencia específica como afección fundamental, revela, con relativa frecuencia, diversas alteraciones estructurales óseas, que no son sino una expresión más de la carencia global del organismo. De esta manera, es posible encontrar:

- a) Osteoporosis generalizada, acompañada o no de atrofia ósea, en ocasiones, con formación de grandes vacuolas.
- b) Adelgazamiento de la cortical.
- c) Retardo en la aparición de los núcleos de osificación.
- d) Formación de finos osteofitos periostales, y
- e) Ensanchamiento de las metáfisis y de la línea de calcificación provisoria, la cual, además, puede observarse aumentada de densidad.

El factor hemático en la distrofia.

Nuestras observaciones hechas en el estudio de la revisión de los exámenes de sangre practicados durante la evolución del proceso distrófico (100 casos), nos permiten aseverar el papel jugado por la infección en la implantación y curso de la distrofia.

1) Material analizado. — Se estudiaron 100 enfermos con distrofia, tomados enteramente al azar de los atendidos en el servicio de lactantes.

No fué dable encontrar cuadros puros de distrofias, pues todos estaban invariablemente acompañados de diversos cuadros patológicos, los que han de influir sobre la hematología de la distrofia.

Los cuadros que se encontraron acompañando a la distrofia fueron los siguientes:

Raquitismo	23
Escorbuto	2
Pelagra	1
Bronconeumonía	25
Pleuresía purulenta	2
Absceso pulmonar	1
Rinofaringitis	1
Pleuritis	1
Pleuroneumonía	1
Otitis supurada	4
Amigdalitis	3
Dispepsia	11
Toxiinfección	2
Enterocolitis	18
Descomposición	1
Tifoidea	1
Paratífus C	1
Lamblíasis	19
Ascaridiasis	2
Pénfigo	1
Impétigo	1
Sarna	11
Forunculosis	2
Varicela	2
Abscesos	17
Pielonefritis	21
Gripe	12
Adenitis	1
Tuberculosis pulmonar	2

Las edades de los enfermos estudiados fueron las siguientes:

Menos de 1 mes	1
Un mes	1
Dos meses	1
Tres meses	6
4 a 6 meses	13
7 a 12 meses	29
1 año	37
2 años	9
3 años	3

Del total de niños estudiados fallecieron 6.

2. Caracteres en los hematíes. — Los valores de hematíes encontrados fueron los siguientes:

Con más de 4 millones	64
Con 3 a 3.9 millones	26
Con 2 a 2.9 millones	10

No se encontraron casos con menos de 2 millones.

Reuniendo los grupos con menos de 4 millones de hematíes se encuentra un total de 36 % de las distrofias con anemia, que fué leve en 26 casos y moderada en 10.

Pensando que las transfusiones sanguíneas pudieran alterar estas cifras, clasificamos los enfermos en los que habían recibido o no transfusiones y obtuvimos los siguientes datos:

	Antes de transf.	Después de transf.
Más de 4 millones	20 (60 %)	44 (66 %)
De 3 a 3.9 millones	10 (30 %)	16 (24 %)
De 2 a 2.9 millones	3 (10 %)	7 (16 %)

Puede apreciarse que en líneas generales la proporción de enfermos con anemia fué similar en el grupo que había recibido transfusiones y en el sin ellas.

Con frecuencia se observaron cifras elevadas de leucocitos explicables seguramente por fenómenos de deshidratación o de plétora sanguínea post-transfusional. Estos casos tenían las siguientes cantidades de glóbulos rojos.

Casos con cantidad elevada de hematíes:

	Antes de transf.	Después de transf.
Con 7,6 millones	1	
Con 6 a 6.9 millones	4	9
Con 5 a 5.9 millones	4	7

Las cantidades de hemoglobina guardaron en general relación con el número de hematíes. Un estudio de los valores globulares es el siguiente:

1.2 y más	0
1.1 a 1.19	8
1.0 a 1.09	26
0.9 a 0.99	39
0.8 a 0.89	17
0.7 a 0.79	10

Se puede observar que un 90 % tienen valores globulares dentro de lo normal, o sea, desde 0.8 hasta 1.1 y sólo un 10 % tienen cifras un poco bajas, que nunca han disminuido más de 0.7.

3. Los leucocitos. — El número total de leucocitos ha mostrado una franca tendencia a las cifras elevadas. Pensamos que ello traduce una respuesta a las infecciones y demuestra que el estado distrófico aparentemente no altera la respuesta leucocitaria ante los procesos infecciosos. No consideramos que pueda atribuirse esta elevada cantidad de leucocitos a fenómenos de deshidratación o plétora celular sanguínea.

Las cantidades encontradas fueron las siguientes:

Menos de 5 mil	3
5 a 9 mil	31
10 a 15 mil	35
16 a 20 mil	13
21 a 29 mil	14
30 a 39 mil	3
40 a 50 mil	1
	<hr/>
	100

Los casos con menos de 5 mil tenían, respectivamente, 4,000, 4,700 y 4,800.

Del cuadro anterior se deduce que en un 34 % de los casos los leucocitos han estado dentro de lo normal (4 a 9 mil) y en un 66 % estaban aumentados, frecuentemente, con cifras muy altas, pues se han encontrado hasta más de 40 mil.

En la fórmula leucocitaria se ha encontrado lo siguiente:

Monocitos: En general, dentro de lo normal, un 87 % tenían desde 1 hasta 9 % y un 13 % desde 10 hasta un máximo de 17 %.

Linfocitos: La proporción de linfocitos ha sido bastante variable, como lo demuestra el siguiente cuadro:

De 1 a 19 %	19
De 20 a 39 %	43
De 40 a 59 %	26
De 60 a 79 %	12

Considerando la edad del grupo estudiado, estimamos como normal de un 40 a 59 % y, por lo tanto, han estado aumentados los linfocitos en un 12 %; normales en un 26 % y disminuidos en un 62 %. Seguramente los procesos infecciosos que acompañan estos cuadros de distrofia, determinan aumento de los neutrófilos y disminución de los linfocitos.

Los neutrófilos: Se les encontró en las siguientes proporciones:

10 a 29 %	7 casos
30 a 49 %	34 "
50 a 69 %	37 "
70 a 79 %	13 "
80 a 89 %	9 "

Estimamos que pueden catalogarse así las cifras anteriores:

Neutrófilos disminuidos	7
Neutrófilos normales	34
Neutrófilos aumentados	59

Se aprecia, por lo tanto, una franca tendencia a la neutrofilia.

Los baciliformes: Se les encontró en las siguientes proporciones:

1 a 9 %	25
10 a 19 %	43
20 a 39 %	24
40 a 69 %	8

Como se ve, en una cuarta parte los baciliformes han estado dentro de lo normal, y en el resto, 75 %, aumentados con frecuencia en elevada proporción.

Los eosinófilos se encontraron en las siguientes proporciones:

0 %	48
1 a 4 %	43
5 a 8 %	6
9 a 12 %	2
20 %	1

Puede verse que han estado normales en un 91 % y aumentados en 9 %, pero sólo en uno de una manera intensa. No se encontró una causa que justificara estos casos con aumento de los eosinófilos.

Conclusiones: 1) El material analizado está compuesto por pacientes de menos de 3 años de edad, todos con distrofia y acompañada casi siempre de diversos procesos, carenciales o infecciosos.

2) Anemia se comprobó en 36 % de los casos. El resto tenía cantidad normal o elevada de hematíes. Esta cantidad elevada se debía, seguramente, a procesos de deshidratación o plétora sanguínea. Las anemias tuvieron cantidades de hematíes entre 2 millones y 3.9 millones. No se observó ningún paciente con menos de 2 millones de hematíes. El valor globular fué normal. No se encontraron anemias hipotromas.

3) Las cantidades de leucocitos han sido, en general, elevadas, lo que se atribuye al proceso infeccioso.

4) Los monocitos han estado normales. Los linfocitos se encontraron disminuidos. Los neutrófilos y baciliformes aumentados. Los eosinófilos normales.

Distrofia: Anatomía patológica de la misma. — Como colofón de este trabajo diremos que en las autopsias practicadas en los cadáveres de 243 lactantes afectos de trastorno nutritivo crónico, se pone de manifiesto el papel preponderante jugado por la infección como causa de muerte, especialmente la que afectó al aparato broncopulmonar; siguiendo en orden decreciente aquellas infecciones que asentaron en el tramo gastrointestinal y, además, las manifestaciones de tipo séptico y la tuberculosis.

Profilaxis del trastorno nutritivo crónico.

La profilaxis del trastorno nutritivo crónico en Chile y, en particular, en la ciudad de Santiago, constituye el rubro más importante y más extenso de la protección infantil y a esta conclusión esencial hemos querido llegar a lo largo de este trabajo.

Como de él se deducirá también, que la profilaxis de la distrofia abarca un capítulo tan complejo que se extiende desde las medidas de orden general a otras que enfocan toda la gama de la terapéutica individual.

Medidas de orden general. — Perfeccionamiento de las condiciones sanitarias del país y de la ciudad de Santiago, para los efectos de nuestro trabajo; construcción de viviendas higiénicas; levantar el nivel cultural de nuestro pueblo y preconizar una política de mejoramiento económico y social en favor del mismo. Auspiciar una corriente inmigratoria que aporte, con su fusión con los autóctonos, una savia nueva que mejore la calidad de nuestra rama.

Teniendo en cuenta que sólo en la ciudad de Santiago existe un contingente de cerca de 10,000 menores de 2 años en estado de indigencia total y que este plantel, cada año removido con nuevas promociones, es el que aporta un mayor porcentaje en el cuadro nosológico de las distrofias carenciales. Urge proteger a esta gran masa de seres hambrientos, haciendo extensivos para los mismos, aquellos beneficios que gozan en la Caja del Seguro Obrero los hijos de los asegurados, menores de dos años.

Ampliar en la misma Caja el concepto actual de donación de leche para el niño menor de 2 años, con la entrega de otros alimentos, al objeto de asegurarles una ración completa y equilibrada para las distintas comidas del día.

Estimular la producción de leches industrializadas, que permitan aprovechar los excedentes de leche fresca, que se pierden en el verano, época de máxima producción y generalizar este procedimiento de industrialización, yendo rápidamente a la construcción de plantas frigoríficas y de desecación, así como de conserva, que permitan almacenar los excedentes de producción ganadera, pescado, frutos y verduras tan necesarios para el crecimiento, desarrollo y mantenimiento de los niños y de nuestro pueblo en general.

Renovar el concepto actual de asistencia hospitalaria del lactante menor de 3 meses, convirtiéndola de concéntrica en excéntrica, que de hacerlo nos permite preveer, que, a igual que los excelentes resultados obtenidos en la atención en su hogar de la embarazada, tanto en el parto como en el puerperio, sería de óptimos frutos, alejándolos de los peligros de las infecciones que contraen aquéllos en sus no momentáneas esperas en las policlínicas hospitalarias.

Para llegar a esta resolución sería indispensable disponer de un cuerpo de enfermeras sanitarias y de visitadoras sociales, conscientes de su cometido, que orientaran los cuidados elementales de todo lactante en su hogar.

Tal como se concibe la política actual de asistencia hospitalaria del lactante, la consideramos bastante ineficaz, singularmente por lo que a la prevención y cuidado del trastorno nutritivo crónico se refiere.

Del hospital-palacio al mísero cuarto del conventillo; de la dieta alimenticia razonable a la inapropiada dieta de hambre; de la sala higiénica al sitio inmundo, existe una transición tan cortante, que requiere una prolija revisión, para no tener que llegar a un balance final negativo, como sucede actualmente.

Conviene y urge la creación de un sistema de colocación familiar intermedia del niño afectado de un trastorno nutritivo crónico. Es, también, de suma necesidad la implantación de casas de convalecencia, orientadas en su construcción y funcionamiento con una ostensible sencillez. Con estos medios a nuestro alcance, lograríamos llenar el vacío en que cae el distrófico cuando es dado de alta de nuestros hospitales de niños.

Tratamiento del trastorno nutritivo crónico. — Al instituir el tratamiento de cada caso particular de un trastorno nutritivo crónico, conviene tener presentes dos puntos esenciales: primero, el tratamiento dietético y, en segundo lugar, el tratamiento de la infección desencadenante.

Constituyen los elementos básicos del tratamiento dietético: las leches descremadas y las leches acidificadas. Las primeras, sólo de uso transitorio, mientras dura el proceso de curación del trastorno agudo inicial o reincorporado al trastorno nutritivo crónico y comprenden el suero de mantequilla o el suero de babeurre (suero de Eledón) o el babeurre mismo, generalmente utilizado bajo la forma del producto industrializado Eledón. Recordemos, sólo de visu, que aquellos trastornos van acompañados generalmente de diarreas y muchas veces de fenómenos de inapetencia y vómitos. Recordemos también que después de una corta dieta hídrica, se inicia progresivamente la alimentación, aconsejándose de la tolerancia observada y alcanzando, según el grado de la misma, cifras de 150 a 200 grs. por kilo de peso.

Junto con los productos dietético-curativos soslayados, se harán adiciones, al principio, de azúcar Soxhlet (Maltosa-Dextrina) al 5 % y luego se establecerán concentraciones con diversos hidratos de carbono, en forma de féculas (maicena, sémola, etc.) o de azúcares tales como la Maltosa-Dextrina citada o el azúcar de sacarosa.

En invierno, más que en verano, pueden instaurarse también adiciones de mantequilla o la tan generalizada papilla manteco-farinácea, llegando hasta concentraciones del 3 % del total del alimento dado.

En lactantes mayores de 4 meses procura excelentes resultados la papilla de sémola con leche y mantequilla y también las sopas de malta. Ambas contribuyen a acentuar favorablemente la curva ponderal del distrófico.

Conviene recordar al instituir una alimentación concentrada, máxime si ella se hace con leches en polvo, tipos Nido o Pelargón, que las concentraciones excesivas no deben conti-

nuarse por un tiempo indiscriminado, falla en la que caen muchos pediatras.

La inapetencia, las traspiraciones profusas, las infecciones cutáneas, la fiebre de sed, así como la mayor frecuencia de trastornos dispépticos, matizan el período de recuperación de un distrófico, cuando al ser sometidos a una alimentación concentrada, ella es mantenida largamente. A los síntomas citados cabe añadir la aversión mostrada por el distrófico para tales alimentos, cuando se ha superado el umbral de tolerancia. Es una repugnancia parecida a la que expresa el lactante afecto de distrofia farinácea para con las harinas.

En casos parecidos conviene ir a la sustitución de las leches en polvo por leche fresca, condensada, evaporada y, en algunos casos, por una de tipo desecada, pero no acidificada.

Como complemento de esta dieta de iniciación diremos que no debe dejarse de suministrar al lactante distrófico, cantidades suficientes de jugos de frutas o de vitamina C sintética, a una dosis de 50 miligramos al día; así como también de tratar el raquitismo, si lo hubiere, o de prevenirlo con una dosis mínima diaria de 10.000 unidades, debiendo recordar que en la época estival las vitaminas liposolubles pueden dar lugar a fenómenos de intolerancia, no sólo el aceite de hígado de bacalao, sino que también las concentradas, lo que obliga a mantener en todo servicio hospitalario un buen equipo de rayos ultravioleta.

Nuestros distróficos requieren muchas veces cifras superiores en unidades de vitaminas C y D a las ya enunciadas y si bien el golpe vitamínico aplicado en estos casos cura las manifestaciones de raquitismo demostrables en la placa radiográfica, empero no representa un estímulo acabado como el que se alcanza con la lámpara de luz o se obtenía anteriormente con la vitamina D en bruto. Constituye sí la vitamina D actual, en sus diversas presentaciones, una herramienta terapéutica, pero no se obtienen con la misma aquella completa finalidad alcanzada con una buena higiene y con la luz ultravioleta.

La vitamina D, singularmente la contenida en el extracto de malta, surte excelentes efectos, pero, por desgracia, dicho extracto no puede utilizarse a granel por su inestabilidad y defectuosa calidad actual.

En el niño mayor de 5 meses, el agregado de verduras, cocidas y pasadas, aliñadas con aceite o preparadas con mantequilla, así como el plátano molido constituyen un magnífico complemento de la alimentación; debiendo sí observar que es conveniente la medida en el cálculo del volumen total del

mismo, en relación con el peso del lactante y de la tolerancia consecutiva. Igual criterio debe primar por lo que a los purés de leguminosas se refiere, singularmente al indicarlo en niños con tendencia a los fenómenos diarreicos.

El agregado de albúminas que no fuere de origen lácteo, tal como la clara de huevo cocido y molido, es perfectamente tolerado. Lo mismo sucede cuando la clara se administra en los budines con arroz, sémola o maicena; no debiéndose olvidar que un distrófico requiere unas cantidades de albúmina, de origen animal, superiores a los tres gramos por kilo de peso. Esta cifra constituye una dosis mínima indispensable para la formación tisular.

A partir de los 10 meses de edad las vísceras y la carne son perfectamente toleradas.

Los amino-ácidos, considerados como un complemento de la alimentación curativa, pueden, en determinadas condiciones, propender al aumento del peso, pero debe tenerse en cuenta que por su sabor desagradable es objeto de rechazo por parte del lactante, así como también que si se utilizan dosis superiores a 5 grs. por kilo de peso, pueden sobrevenir cuadros de fiebre albuminóidea (traspiraciones profusas, elevada concentración de la orina, etc.).

La adición de grasas, aparte de la ya citada en la preparación de la papilla manteco-farinácea, es de buenos resultados, siempre que se utilice mantequilla o aceite de buena calidad.

También la yema de huevo, batida con las verduras, sopas o junto con los budines es, en la mayoría de los casos, muy bien tolerada.

El distrófico internado en nuestros hospitales nos prueba, a lo largo de su permanencia en los mismos, que la simplicidad en su tratamiento debe imperar y ser la norma, así como también que muchos fenómenos digestivos que podrían atribuirse a estados de intolerancia, no son más que la expresión de un cuadro infeccioso enmascarado.

Para dilucidar el origen de tales estados conviene tener presente un síntoma que traduce su verdadera naturaleza. Nos referimos al factor apetito, alterado, si se descarta la anorexia de tipo neuropático o psicopático, por una causa alimenticia o infecciosa.

La persistencia del apetito o la falta del mismo será el elemento de criterio que mantendremos para: implantar una dieta hídrica; vigilar un régimen dietético parco o forzar otro concentrado para acelerar los resultados.

La mejoría del estado general; el aumento de la curva pondo-estatural; la estabilidad en la curva térmica; la trofo e hidro estabilidad; así como una mejoría en la tolerancia alimenticia, son los síntomas más característicos para apreciar si asistimos o no a la recuperación del distrófico.

Complemento de todo lo hasta aquí expuesto para el tratamiento dietético del distrófico, lo constituye el hecho de poder disponer de enfermeras adiestradas, verdaderos brazos ejecutores del mismo, mayormente si se trata de enderezar el trastorno nutritivo del niño de edad superior a los 2 años. Dicho trastorno acostumbra ir acompañado de manifestaciones psíquicas, tributarias de toda una metodología pedagógica: recuérdense, entre otros, aquellos casos de niños distróficos policarenciales, los cuales sólo comen alimentos que pueden hacer llegar a la boca valiéndose exclusivamente de los dedos o empuñándolos con la mano.

Entre las múltiples modalidades sintomáticas observadas en el curso de la distrofia que, al presentarse, obligan a modificar el criterio dietético en el tratamiento hasta ahora preconizado para ello, tenemos unos tipos de diarreas denominadas neurógena-fermentativa, que no obedece a ningún origen infeccioso, ni parasitario. Ellas acostumbran a presentarse en niños mayores de 7 meses y mejoran con una alimentación a base de leches acidificadas o adicionadas con lactato de cal y azucaradas o también con sopas de cereales, clara de huevo, carne y jamón molido; así como también con quesillo, jalea, etc.

En algunas ocasiones dicha dieta no es suficiente para mejorar el trastorno, debiendo recurrirse al luminal, o bien, a algunos otros farináceos de tipo astringente que inhiban aquellos fenómenos hiperquinéticos.

En otros casos es la llamada enfermedad de Herter o Infantilismo intestinal, la que nos conduce a instituir la conocida dieta de plátanos, que también tiene su indicación en los cuadros narrados de la misma enfermedad.

Existen, por fin, casos de idiosincrasia especial, de alergia e hipersensibilidad para con determinados alimentos o grupos de alimentos. En ellos juega un gran papel el factor de tolerancia individual ante una dieta determinada (manzanas, castañas, almendras, zanahorias, harina de algarrobo (Arobón), etc.), o al revés, de intolerancia para con el huevo, carne, remolacha (betarraga), frejoles, etc. Tanto en unos como en otros casos, es el médico quien debe modificar su criterio y es-

tablecer el más apropiado para obtener los resultados más apetecibles.

Tratamiento anti-infeccioso. — La distrofia pura no es la causa de la hospitalización del lactante aquejado de ella. Es una de las tantas infecciones sobreañadidas en el curso de la misma la que motiva tal medida.

Por otra parte, en el curso de la hospitalización, las infecciones nosocomiales interfieren cualquiera medida de prevención tomada, alargando las estadías, sin que los preparados que en este último decenio han venido a enriquecer los arsenales terapéuticos, se les puedan atribuir ninguna virtud profiláctica. Sólo la práctica de la transfusión puede ejercer una influencia preventiva del sarampión o actuar como precioso elemento para levantar la inmunidad general tan en déficit en el organismo del distrófico.

Ante la infección establecida, los sulfapreparados en dosis de 10, 15 ó 20 centigramos por kilo de peso, pueden ser prescritos en casos perfectamente indicados; en cambio, en la fiebre de 3 días del lactante menor; en la gripe de 3 días y medio, así como en la angina pultácea, no tiene influencia y aun su efecto puede ser contraproducente por la anorexia y vómito que suelen acarrear; así como por su repercusión sobre el riñón.

En las rinofaringitis secundarias al estado gripal con persistencia de la temperatura y reacción ganglionar, así como en las otitis y rinofaringitis, su prescripción es de lugar. No así en las bronquitis de carácter banal, en cuyo caso sólo deberán utilizarse cuando la afección repercute sobre el estado general y la curva de peso. En las bronconeumonías de los tres primeros meses, los sulfapreparados no tienen una acción tan eficaz como la demostrada en el curso de las bronconeumonías de tipo pseudolobar.

Al comenzar a aplicarse el empleo de las sulfas en el tratamiento de las enterocolitis, los horizontes parecían abrigar la esperanza que una nueva era se iniciaba y permitiría encontrar la solución del problema tan gravísimo en Chile, del tratamiento de dicha plaga. Pero en los últimos años hemos sufrido una decepción al observar cómo su eficacia quedaba reducida a un número limitado de cuadros de enterocolitis: así, su acción es notoria en el curso del tratamiento de la disentería bacilar, variedad de enterocolitis que se ha hecho menos frecuente en nuestro país desde el empleo de tales drogas, viniendo sus rubros a ser sustituidos por otras

✱

variedades provocadas por otros agentes, al parecer inespecíficos, tales como el proteus, morgan, etc.

También la eficacia de los sulfapreparados es notoria en aquellas enterocolitis que atacan al recién nacido de nuestras maternidades, afección que lleva con frecuencia a la distrofia. La mejoría obtenida en las curvas de peso y sobre el estado general, inmediatamente después de su administración, así lo demuestra.

A sólo estas conclusiones provisionales podemos llegar hasta el momento sin sernos posible el poder formular un juicio definitivo para el futuro. Nos falta todavía una mayor experiencia y una aclaración en la especificidad de cada una de las muchas formas de enterocolitis.

En las piurias, el empleo de los sulfaderivados y de la penicilina dan seguridad al médico de una franca mejoría, en la mayoría de las veces.

La penicilina constituye un elemento de primera magnitud para el tratamiento de muchas infecciones del niño distrófico. Su acción, aunada a la de las sulfas, en el tratamiento de las sepsis del recién nacido y lactante menor, constituye no sólo un método curativo de tal enfermedad, sí que también un preventivo del cuadro distrofiante consiguiente.

También su efecto es notorio en las neumopatías y supuraciones en general, quedando justipreciada su acción para el tratamiento de las meningitis, por la disminución observada en la mortalidad. *

Nuevas perspectivas se abren con la aparición en el campo terapéutico de otros preparados, tales como la estreptomina.

Ya indicamos, aunque de visu, la acción preventiva de las transfusiones en la profilaxis del sarampión y como vector de estímulos del poder inmunitario general. Además, al ser utilizadas en el distrófico, constituyen un aporte de albúminas homólogas, grasas e hidratos de carbono, que contribuyen al mejoramiento del estado de inanición interna acompañante.

La técnica transfusional ha mejorado enormemente en estos últimos años, así como su difusión en el tratamiento de la distrofia. Observemos cómo de 5,918 transfusiones practicadas en niños menores de 24 meses en el Hospital Roberto del Río en el curso del año 1947, 5,291 lo fueron en niños distróficos; lo que equivale a un 89,5 % del total de transfusiones practicadas.

La práctica de la plasmoterapia no permite su generalización en el tratamiento del trastorno nutritivo crónico, sino después que su técnica y los medios de obtención y mantenimiento del plasma hayan adquirido un grado óptimo de perfeccionamiento.

Resumen y consideraciones generales.

En este trabajo se hace un estudio detallado de la distrofia, tanto en su aspecto etiopatogénico, como de los múltiples factores desencadenantes.

Con referencia a estos factores, que influyen en la aparición de la distrofia, se considera detenidamente el papel desempeñado por ellos; factor alimenticio que en su déficit es capaz de llevar al trastorno nutritivo crónico, ayudado por la infección, que actúa como causa desencadenante.

Se estudian, además, los factores ambientales que tanto redundan en crear un terreno apropiado. Estos factores no sólo se refieren a los de aspecto higiénico, en su doble perspectiva de higiene social y de higiene individual; si que también a otros factores tan dispares, que abarcan desde unos de naturaleza telúrica, con características propias para nuestro país y en particular para la ciudad de Santiago; hasta otros de carácter moral y ético.

No se omite de hacer resaltar el papel relativamente secundario y sólo de importancia en los primeros meses de la vida del niño; del factor constitucional, como vector hacia la distrofia.

Se analiza con detalle todos aquellos problemas que giran alrededor de la alimentación individual y colectiva, preconizándose soluciones de vasto alcance, que se orientan hacia una política de industrialización de aquellos productos alimenticios que tienen zonas de máxima producción en regiones muy alejadas de los grandes centros urbanos.

Se insiste en la preponderancia del factor infección, al ponerse de manifiesto en la aparición de todo trastorno que afecta a cada uno de los aparatos y sistemas de la economía del niño. A este efecto se desmenuza el papel de la infección en los órganos digestivos, respiratorios urinarios, etc., así como en el sistema hematopoyético. Objeto de especial atención es el estudio de las infecciones del recién nacido, como factores que allanan el camino de implantación de la distrofia.

Se preconizan distintas sugerencias de orden profiláctico, que hacen referencias desde aquéllas que deben primar

como medidas de orden general a otras que se refieren al tratamiento de cada caso en particular.

Entre las primeras se indica el mejoramiento de las condiciones de vida de nuestro medio proletario: habitación, alimentación apropiada, vestuario, salarios compatibles con la vida, educación que convierta al ciudadano en hombre consciente y responsable, política inmigratoria, etc. Así como fortalecer toda política sanitaria que mejore las condiciones ambientales que lo rodean.

Estímulo de una buena política de industrialización de la leche y otros productos alimenticios (condensación, desecación, evaporación, deshidratación y conservaje).

Disponer de un buen plantel de visitadoras, sanitarias y demás personal auxiliar que colaboren en la obra empeñada por los higienistas y pediatras.

Lucha contra la infección, desde la profilaxis prenatal: atención del parto en domicilio; reducción al mínimo de la asistencia del lactante en los centros hospitalarios; etc.

Estímulo de la lactancia materna, por todos los medios conocidos. Proveer de una alimentación complementaria o de sustitución, que aporte todos los elementos necesarios para el buen mantenimiento del trofismo del lactante.