Año 1909 N.º 1950

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Enfermedad de Barlow

(ESCORBUTO INFANTIL)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

AGUSTIN S. POGGI

Ex-practicante menor externo por servicios, y menor y mayor interno
por concurso de exámen, del Hospital de Niños
(Años 1905—1906—1907—1908—1909)

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1909

ENFERMEDAD DE BARLOW

(ESCORBUTO INFANTIL)

Año 1909 N.º 1950

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Enfermedad de Barlow

(ESCORBUTO INFANTIL)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

AGUSTIN S. POGGI

Ex-practicante menor externo por servicios, y menor y mayor interno
por concurso de exámen, del Hospital de Niños
(Años 1905—1906—1907—1908—1909)

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1909

La Facultad no se hace solidaria de la opiniones vertidas en las tesis.

Articulo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Académicos

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÈ M. RAMOS MEJÍA

Secretario Académico

DR. D. JACOB DE TEZANOS PINTO

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA
» » EUFEMIO UBALLES
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUAN R. FERNANDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE » ALOIS BACHMANN
Hıgiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON » RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSÈ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE » DAVID SPERONI
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » ARTURO ENRIQUEZ » ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS » MAMERTO ACUÑA » GENARO SISTO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MÚJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posología razonadas	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» UBALDO FERNANDEZ
	» J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología. Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	DR. LEON PEREYRA » N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

Doctor ANTONIO ARRAGÁ

DIRECTOR DEL HOSPITAL DE NIÑOS

A MIS PADRES

Á MIS HERMANOS

A LA MEMORIA DE MI ABUELA

A LA MEMORIA

DEL Dr. CARLOS A. PERAZZO

Senores Consejeros:

Señores Profesores:

La observación de cuatro casos de enfermedad de Barlow durante mi internado del Hospital de Niños, donde he formado mi pequeño caudal científico, me ha sugerido el tema de este trabajo para optar al título de Doctor en Medicina.

No abrigo otra idea sino la de vulgarizar los conocimientos que tenemos sobre esta afección, que hasta hace poco desconocida entre nosotros, vá tomando incremento, dado el abuso que se está cometiendo en el empleo de los alimentos conservados como única alimentación del *nourrisson*, cuando por cualesquier causa ha sido destetado.

Conocida la acción benéfica é inmediata de un tratamiento precoz, como las funestas consecuencias de un error de diagnóstico ó del desconocimiento de esta enfermedad, rara aún entre noso-

tros, se desprende la importancia de este trabajo tratando de vulgarizarla.

Antes de abordar su estudio, séame permitido expresar mi agradecimiento hácia el doctor Antonio Arraga, por quien tengo el honor de ser apadrinado.

CAPITULO I

DEFINICIÓN

Se conoce bajo el nombre de enfermedad de Barlow ó escorbuto infantil, una atección esporádica que ataca por lo general niños entre cinco y diez y ocho meses de edad, caracterizada por una profunda anemia, fuertes dolores relacionados á los huesos, seudo parálisis de los miembros y equímosis cutáneas y gingivales.

Esto por lo que respecta bajo el punto de vista clínico, ahora bien, anatómicamente es esencialmente caracterizada por la presencia de derrames sanguíneos subperiósticos, localizándose con preferencia alrededor de los huesos de los miembros inferiores. Después de la erupción de los dientes, se encuentra lo mismo que en el escorbuto de los adultos, equímosis gingivales.

Bajo el punto de vista terapéutico, se distingue

por la detención inmediata de los síntomas y su curación rápida, bajo la influencia de la leche fresca y del jugo de legumbres y de frutas frescas. Este carácter, nos permite distinguir el escorbuto infantil de las demás anemias.

CAPITULO II

HISTORIA

La primer descripción que tenemos de la enfermedad de que nos vamos á ocupar, data del año 1859 en que Möller de Königsberg (Alemania), publicó en la Königsberger Medicin. Jahr. bajo el nombre de raquitismo agudo, la afección que hoy dia conocemos con el nombre de enfermedad de Barlow ó escorbuto infantil. Bajo el mismo rubro Bohn y Förster en 1868 publican nuevos casos, adoptando las ideas del clínico alemán.

Ya en 1871 Ingerslew, médico danés, describe uno de sus casos como escorbuto infantil. Se trataba de un niño de 15 meses perteneciente á una familia acomodada, que presentaba artralgia, fungosidades de las encías exhalando un olor fétido, y cuya enfermedad que databa de seis meses, curó completamente en la primavera, después de haber

comido abundante berro fresco. El autor danés, no establece ninguna relación entre la aparición de los accidentes y la alimentación del niño.

Jalland médico inglés, describe en 1873 la observación de un niño de 10 meses con una sintomatología más completa, estableciendo una relación estrecha entre los accidentes escorbúticos y la alimentación del niño. Este fué curado mediante un tratamiento constituído por leche fresca, jugo de limón y tónicos. Jalland no dice nada del estado intestinal de su enfermo, ni del punto de vista del raquitismo.

Hirschsprung y Steiner publican en 1872 una observación cada uno, adhiriéndose á las ideas de Möller.

En 1875 Smith presenta á la Sociedad de Patología de Londres, bajo el nombre de periostitis hemorrágica, huesos de un niño que desde la edad de tres semanas no tomaba leche y había tenido anemia, seudoparálisis dolorosa de los miembros inferiores y edema. En la autopsia de dichos huesos, constató la presencia de numerosas hemorragias sub-periósticas y separación de las epífisis superior é inferior de los fémures.

Pero es Cheadle en Inglaterra, quién con sus trabajos ha contribuído á vulgarizar cada vez más el conocimiento de esta enfermedad, trazando las primeras líneas de su verdadera interpretación.

En 1878 describe tres casos pertenecientes á la clase pudiente, con estado fungoso de las encías y síntomas obscuros del lado de los miembros inferiores. Fundándose en la clínica hizo diagnóstico de escorbuto infantil, no pudiendo explicar por falta de datos patológicos, la verdadera causa de las lesiones de los miembros inferiores.

En 1879 y más tarde en 1882, Cheadle publica nuevas observaciones, adelantando que esta enfermedad podía presentarse en niños atacados de raquitismo. Describe entonces la presencia de hematomas sub-periósticos, que enseña se producen generalmente en la vecindad de las articulaciones, pudiendo extenderse más ó menos sobre la diáfisis y hasta ocupar la diáfisis entera.

Por otra parte Gee en 1881 describe cinco casos bajo el nombre de caquexia osteica ó perióstica, sosteniendo que los síntomas obscuros atribuídos á los huesos y á la caquexia, no podían explicarse ni por el raquitismo ni por la sífilis.

Fürst publica una observación en 1882, adhiriéndose á la opinión de Möller.

En 1883 Tomás Barlow basado sobre la observación de 31 casos, de los cuales 11 eran personales, hizo un estudio detallado de la sintomatología, lesiones anátomo-patológicas y del verdadero tratamiento de esta enfermedad. Es un trabajo magistral cuyas conclusiones se han hecho clásicas,

quedando definida la entidad mórbida del escorbuto infantil, razón por la cual y como acto de justicia, se ligó íntimamente el nombre del médico inglés á la afección objeto de nuestro estudio, quedando casi universalmente aceptada la denominación de *enfermedad de Barlow.*

Sintetizando ese interesante trabajo, Barlow termina diciendo, que los síntomas característicos de la enfermedad llamada raquitismo agudo, es decir la afección especial de los miembros y la caquexia con ó sin estado fungoso de las encías en niños de 5 á 18 meses de edad, no son debidos al raquitismo, sino que son todos fenómenos verdaderamente escorbúticos. Para él, la base anatómica de la afección de los miembros, es una hemorragia subperióstica que contribuiría á producir la anemia. Aunque la enfermedad sobrevenga en niños raquíticos, ella ataca también á niños que no lo son. Que la causa de la enfermedad reside en el uso exclusivo de alimentos conservados y lo que la caracteriza, es el mejoramiento rápido que se obtiene bajo la acción de un tratamiento antiescorbútico precoz, y propone se denomine á esta enfermedad, *escorbuto infantil.*

Es pués Möller quien primero llamó la atención de esta afección y Barlow quien la definió como entidad mórbida, razón por la cual los médicos alemanes la llaman enfermedad de *Möller-Barlow,*

pero el concepto del clínico alemán es muy distinto del que le fijó el distinguido médico inglés, y que es hoy casi universalmente aceptado. Otros teniendo en cuenta la importancia de los trabajos de Cheadle, la denominan *Cheadle-Barlow.* Algunos pediatras sobre todo alemanes, sosteniendo que esta enfermedad es una forma hemorrágica del raquitismo, la denominan también *raquitismo hemorrágico.*

Después de la publicación de Barlow, el conocimiento de esta enfermedad se vulgariza y los casos observados se multiplican, descubriéndose más fácilmente las formas frustras. Dickinson en 1885 publica cinco casos en que la enfermedad se manifiesta solo por hematurias. Gee en 1889 publica casos análogos, lo mismo que Thompson en 1892. Northrup publica en 1889 el primer caso en América.

Parece que esta enfermedad fuese más común en Inglaterra y en Norte-América, sobre todo en estos últimos veinte años, atribuído á un mayor abuso en el empleo de alimentos artificiales en los niños. Es así como habiéndose observado el primer caso en Estados-Unidos el año 1889 por Northrup, cinco años más tarde, es decir en Febrero de 1894, Starr, Holt y Rotch, presentaban á la Academia de Medicina de New-York la relación de 106 casos y en 1898 Griffith, Jennings y Morse, pudieron

reunir 379 observaciones. De esa investigación concienzuda cuyos resultados publicaron ese mismo año, arriban á las siguientes conclusiones: que el escorbuto infantil es idéntico al del adulto, que el raquitismo falta en más de la mitad de los casos, y que es necesario considerar como causa etiológica, al empleo de alimentos conservados.

Stiebel, Senator y Steinel, en sus tratados de patología sostienen la teoría raquítica de la enfermedad de Barlow y en ese sentido son acompañados por la mayoría de los médicos alemanes. Se apoyan para sostener dicha teoría, entre otros argumentos, en la inconstancia del estado fungoso de las encías, pero no tienen en cuenta la relación íntima que existe entre ese síntoma y la erupción dentaria.

En cambio Heubner, Baginsky, Reinert y otros, basados en el estudio de sus observaciones, se adhieren á la opinión de Barlow, sosteniendo la teoría escorbútica de esta enfermedad.

En 1894 Barlow relata 33 observaciones nuevas, las que particularmente se señalan por un solo síntoma.

Mientras el número de casos observados en Inglaterra y Norte-América aumenta todos los años, los trabajos hechos en Francia hasta esta época, son poco numerosos, dada la rareza de dicha enfermedad. Recién en 1892 Hutinel observa un caso

de escorbuto infantil que no fué publicado, encontrándose relatado en la tesis de Thiercelin.

Es Marfan en Enero de 1895 el primero que llamó la atención sobre esta enfermedad, con motivo de un niño de año y medio atacado de gastro-enteritis crónica y con pronunciadas deformaciones raquíticas. Este caso sirvió de tesis al año siguiente á uno de sus discípulos Vernhes. En 1897 Moizard publica otro caso.

Pero es sobre todo á partir del año 1898 que se suceden las observaciones en Francia, siendo objeto de detenidos estudios por parte de pediatras distinguidos como Netter, Marfan, Variot, Hutinel, Comby, Moizard, Ausset y Thiercelin, entre los que se destaca Netter encabezando la falange de los que sostienen que la enfermedad de Barlow no es de naturaleza raquítica y Ausset sosteniendo lo contrario.

En 1902 Netter publica un laborioso estudio, atribuyendo á la disminución del ácido cítrico en la leche esterilizada la pérdida de su poder antiescorbútico y dos años después el profesor Ausset de Lille, presenta un importante trabajo al 4.º Congreso de Ginecología, Obstetricia y Pediatría reunido en Rouen, en el que sostiene la naturaleza raquítica del escorbuto infantil, aportando nuevas ideas sobre la etiología de dicha afección.

Desde esa época hasta nuestros días, las obser-

vaciones se suceden, siendo objeto de interesantes estudios y discusiones, no habiéndose podido aún uniformar las ideas.

En Italia esta enfermedad es muy rara, pues no existen más publicaciones que las de Cima, Jemma, Guidi, Pagliari, Cattaneo, Muratori y las comunicaciones hechas por Benati, Fedele y Orefice al 6.º Congreso Pediátrico Italiano reunido en Padua en Octubre de 1907,

En Suiza también es muy poco frecuente. Naef en 1896 y Nœgeli en 1897, publican un caso cada uno. En 1907 Bourdillon publica el resultado de la investigación que se hizo en ese país para estudiar el desarrollo de la enfermedad de Barlow. Interrogados 204 médicos, sólo contestan 71, con un conjunto de 10 observaciones.

Bruin en 1901 publica 54 observaciones en Holanda, Medin en Suecia publica 15 casos y Zuppinger relata dos observaciones en Austria.

En Australia hay casos publicados por Money y en las Indias Orientales se conoce la relación de Nichols.

En la República Argentina si nos atenemos á los casos publicados, podemos afirmar que esta enfermedad es rara. En el transcurso de ocho años después de su primer observación, no se publicaron más que nueve casos, todos ellos observados en Buenos Aires, que añadidos á los cuatro que son

objeto de nuestra tesis, constituyen trece observaciones.

Fué el doctor Antonio Arraga Director del Hospital de Niños, quien llamó la atención sobre esta enfermedad, diagnosticando el año 1900 el primer caso de escorbuto infantil cuya relación se encuentra en la Revista del mismo hospital. (2.º semestre de 1900).

Al año siguiente el doctor Araoz Alfaro, jefe del servicio de niños del Hospital San Roque, publica la observación de dos casos, uno de ellos en colaboración con el doctor Dellepiane, que fueron motivo de una interesante conferencia en el Círculo Médico Argentino en cuyos Anales vió la publicación en Julio y Agosto de 1901. En dicha conferencia hace una síntesis general de los conocimientos que se tenían hasta la época, sosteniendo la naturaleza escorbútica de la enfermedad de Barlow.

El doctor Eliseo Ortiz médico del Hospital de Niños, tuvo ocasión de observar dos casos más, uno en 1902 publicado en la Revista del mismo hospital al año siguiente, y otro en 1903 cuya relación se encuentra en la tesis del doctor Lindolfo Belloc. Estos dos casos unidos al del doctor Arraga, fueron objeto de un laborioso estudio por parte del doctor Belloc en su tesis presentada el año 1904, adhiriéndose á las ideas de Barlow.

En Setiembre de 1905 se presentan á la Sociedad Médica Argentina dos nuevas observaciones, una hecha por el doctor Araoz Alfaro y otra de forma frustra que tuvo ocasión de ver el doctor Belloc en su consultorio del Hospital de Niños, cuya única manifestación era una hematuria.

En los Archivos Latino-Americanos de Pediatría de Mayo de 1908, encontramos relatados dos casos observados por el doctor Manuel A. Santas jefe del servicio de niños del Hospital San Roque, uno de los cuales muy interesante por tratarse de un Barlow á repetición en una niña de dos años. Termina sosteniendo la naturaleza escorbútica de la enfermedad de Barlow.

Los doctores Pedro Franza y Rogelio C. Fumasoli tienen ocasión de observar el mismo año un caso estallado en la sala II del Hospital de Niños, que hemos tenido oportunidad de seguir, siendo publicado en la Revista del hospital (año 1909) y cuya reproducción se encontrará al final de nuestro trabajo

En la misma época el doctor Gareiso en su consultorio del Hospital de Niños observa dos casos más, uno de ellos de forma frustra, cuyo único síntoma era una seudoparálisis dolorosa de los miembros inferiores. Estos dos casos inéditos que hemos tenido oportunidad de seguir en su evolución, verán la publicación al final de esta tesis, consti-

tuyendo nuestra segunda y tercera observación.

Estando por terminar este trabajo, tenemos ocasión de observar con el doctor Arraga un nuevo caso de forma frustra, cuya única lesión era una gingivitis, que cedió rápidamente al tratamiento antiescorbútico. Este caso que también publicaremos, constituirá nuestra cuarta observación.

Conocemos también la existencia de varios casos que no han sido publicados, de lo que se desprende que las observaciones van aumentando, debido probablemente á un mejor conocimienfo de la enfermedad y á un mayor consumo de las preparaciones comerciales.

El distinguido pediatra de Montevideo doctor L. Morquio, publica en la Revista Médica del Uruguay (Noviembre de 1899) la relación de dos casos que tuvo ocasión de observar. Más tarde en 1905 vuelve á observar otros tres casos, dos de los cuales publicados en los Archivos Latino-Americanos de Pediatría (Febrero de 1906), interesantes bajo el punto de vista etiológico, por cuanto se trata de dos niños alimentados á pecho.

El doctor J. Dueñas, de Cuba, presentó al primer Congreso Médico Nacional Cubano, la relación de siete casos, de los cuales uno lleno de interés por tratarse de un niño de 50 días que al mes de edad manifestó los primeros sítomas de Barlow, siendo alimentado exclusivamente con el seno materno.

El doctor Dueñas sostiene que la enfermedad de Barlow no es de naturaleza raquítica.

Del Brasil conocemos la relación de un caso observado últimamente por el doctor Moncorvo (hijo), publicado en los Archivos Latino-Americanos de Pediatría en Febrero de 1908.

CAPITULO III

SINTOMATOLOGIA

El escorbuto infantil es una enfermedad que aparece de una manera brusca en niños alimentados con leches esterilizadas ó maternizadas, ó con algunas de las muchas leches y harinas comerciales destinadas á suplir el alimento materno. Ataca por lo tanto, á niños que por una ú otra causa han sido despechados y sometidos durante un tiempo variable á una alimentación artificial. Puede ser precedido de disturbios digestivos, apareciendo también en niños cuyo estado de salud aparente es bueno y con abundante tejido adiposo. Estos enfermos presentan á menudo estigmas de raquitismo.

El principio como hemos dicho, es bastante brusco, el niño toma un tinte pálido terroso, pierde su habitual apetito, llora sin cesar y rehusa sostenerse de pié. Dada la edad de los pequeños pacientes co-

rrespondiendo con la erupción dentaria, estos trastornos son tomados como fenómenos de dentición, hasta que aparecen síntomas más alarmantes que preocupan á los padres y á los médicos que no están avezados con esta enfermedad.

El niño enflaquece rápidamente con marcado decaimiento, sus carnecitas se ponen fofas, su fisonomía expresa ansiedad y sufrimiento, observándose en el enfermito una sensibilidad exagerada de sus miembros inferiores, manifestando signos de dolor al menor movimiento espontáneo ó al pretender examinarlo.

En este período aparece, ya sea en la vecindad de la rodilla ó próximo á la articulación del cuello del pié, una tumefacción bastante pronunciada, dura, dolorosa y como haciendo cuerpo con el hueso. Acompañando al dolor aparece á menudo un edema en el dorso del pié, extendiéndose sobre la pierna y á veces sobre el muslo. Es un edema duro que no deja el *godet* característico á la presión. La tumefacción está en la proximidad de la articulación, en la unión de la diáfisis con la epífisis, sin tomar la articulación misma. Ella es simétrica, pero en el sentido de que toma ambos miembros inferiores, pues puede estar localizada en un miembro en la epífisis superior de la tibia por ejemplo y en el otro en la epífisis inferior de la misma; igual cosa puede suceder en los muslos.

El aumento de volumen de los miembros es debido á la producción de un derrame subperióstico, y esta tumefacción se caracteriza por no presentar ni cambio en la coloración de la piel, ni aumento de su temperatura local. Los derrames se desarrollan con rapidez. La lesión puede tomar uno solo de los miembros ó varios á la vez, apareciendo á veces manchas purpúricas y hemorragias subcutáneas.

El niño se niega á caminar y á estar de pié, prefiere el reposo en la cama, evitando toda clase de movimientos y toma una expresión de ansiedad al notar la presencia de cualquier persona, prorrumpiendo en llanto por temor de que se le toque ó mueva, y si esto se hace emite gritos dolorosos. Adopta el decúbito dorsal con las piernas flexionadas sobre los muslos y éstos sobre la pelvis, posición llamada de defensa. Hay impotencia funcional marcada, simulando una parálisis, debido al dolor y á la debilidad muscular.

Los miembros superiores son algunas veces atacados, presentando el mismo cuadro sintomático, tumefacción, dolor y seudoparálisis. Y no sólo pueden ser afectados, sino que pueden serlo aunque raramente, antes que los miembros inferiores. Los dolores pueden tomar también la cabeza y aún todo el cuerpo.

Pero los síntomas más constantes de la enferme

dad de Barlow, son la anemia y una sensibilidad é irritabilidad excesiva de los miembros inferiores. El hematoma subperióstico doloroso causando la seudoparálisis del miembro atacado, puede constituir conjuntamente con la anemia, el cuadro sintomático del escorbuto infantil.

Si la evolución de la enfermedad continúa, las epífisis de los huesos planos pueden ser asiento de lesiones análogas á la de los miembros, observándose en ciertos casos un espesamiento profundo en las regiones supra é infraespinosa de uno ó de ambos homóplatos. El hueso ilíaco puede presentar también su espesamiento más ó menos considerable cerca de la cresta ilíaca.

Pero la deformación más característica en los casos más avanzados se observa en el torax, y es el hundimiento en bloc del esternón y sus cartílagos costales, que se encuentran en un plano posterior al que ocupan normalmente. Como veremos después, esta deformación es debida á una série de fracturas de la extremidad anterior de las costillas (Barlow).

Si no se instituye una intervención terapéutica apropiada, la enfermedad de Barlow continúa su evolución progresiva, las lesiones óseas se agravan y se complican de fracturas espontáneas, por lo menos en apariencia. En realidad estas fracturas son raras, pues en la investigación colectiva americana se han visto solo 9 veces sobre 351 casos. Cuando

existen estas fracturas son en general simétricas, localizándose sobre todo en las extremidades superior é inferior de la tibia, dando lugar á una crepitación epifisiaria característica. Raramente las fracturas se localizan en el cuerpo de los huesos largos como el fémur y el húmero. Estas fracturas siendo subperiósticas, se acompañan de un desplazamiento mínimo y dan una crepitación imperceptible. Son por lo tanto de un diagnóstico difícil, pues se hallan además recubiertas por el hematoma subperióstico.

Actualmente el diagnóstico se ha facilitado mucho mediante el empleo de los rayos X. La radioscopia y la radiografía son las que nos iluminan en las dudas que puedan asaltarnos á este respecto, como asimismo en la interpretación de los derrames subperiósticos cuando nos hacen pensar en otras afecciones. En estos derrames de origen escorbútico, el *manchon* de espesamiento se deja atravesar fácilmente en las radiografías por los rayos Roentgen y no nos dá lesión ósea alguna, excepto en los casos graves complicados de fracturas.

En los casos avanzados el niño está constantemente en decúbito dorsal, hay una debilidad extrema de los músculos del dorso y se puede á veces constatar un espesamiento profundo en el surco que limitan de cada lado, las apófisis espinosas dorsales y lumbares.

Suele observarse una sensibilidad muy grande en

las partes laterales del cráneo y al nivel de ciertos huesos de la cara. Esta sensibilidad exagerada vá acompañada de una tumefacción más ó menos grande, debida á derrames subperiósticos. En la observación del Dr. Arraga el primer síntoma manifestado por el enfermito fué una exoftalmía doble, seguido de una tumefacción en el cráneo, apareciendo después otros síntomas en ambos miembros inferiores.

De parte de las órbitas no es raro encontrar un síntoma que llama la atención. Bruscamente sin causa apreciable, se produce una exoftalmía moderada de uno ó de ambos ojos, con desviación hácia abajo del globo ocular. A medida que vá produciéndose la exoftalmía que es debida á un derrame subperióstico de la cavidad orbitaria, aparece una equímosis acompañada de espesamiento del párpado superior. La sangre llega á veces hasta debajo de la conjuntiva, dando lugar á una equímosis subconjuntival. Aunque la lesión es dolorosa, no hay signo inflamatorio alguno. La tensión intraocular es normal, no hay hemorragia en las partes profundas del ojo, la visión es también normal, la lesión es pues extraocular. Por lo general ambas órbitas son atacadas, pero sucesivamente y de una manera desigual.

Fiel.—Suelen observarse en el curso de esta enfermedad hemorragias cutáneas y subcutáneas, que

son producidas espontáneamente ó á consecuencia de ligeras presiones.

Encías.—Las encías presentan también sus lesiones y de una manera general puede establecerse que, *la gingivitis escorbútica solo se observa en niños que tienen dientes y que ella es más marcada, cuanto más avanzada está la dentición.* Es lógico pensar que esto no es absoluto y que pueden observarse niños con dientes y sin gingivitis, 16 casos sobre 329 enfermos de la investigacion americana, como se han publicado observaciones de niños sin dientes y con gingivitis. Al nivel de ellos, al mismo tiempo que aparecen las lesiones de los miembros, ó poco después, se produce una tumefacción de la encía con producción de pequeñas granulaciones hemorrágicas, que los envuelven como un anillo. El resto de la encía queda normal, pero algunas veces se observa en el lugar donde está por aparecer un diente, una coloración rojo violácea y aún pequeñas equímosis.

Estas lesiones se observan en los casos de mediana intensidad, pero si la enfermedad sigue su marcha progresiva, sin una intervención terapéutica adecuada, las granulaciones se hacen eflorescentes y pueden llegar á salir fuera de la cavidad bucal. Sangran con facilidad y desprenden un olor fétido, comprometiendo seriamente la alimentación del niño. La falta de lesiones gingivales en niños que

no han sufrido aún el proceso de la dentición, dificulta al principio el diagnóstico. El velo del paladar presenta á veces una coloración rojo-violácea.

Aparato digestivo.—No hay disturbios digestivos verdaderamente sintómaticos de esta enfermedad. Sólo se observan algunos vómitos y dificultad para nutrir al niño, cuando hay lesiones avanzadas de las encías. Se ha observado también algunas veces melena.

Aparato respiratorio.—En los casos medianos el único disturbio respiratorio se observa cuando la caja toráxica sufre la deformación anteriormente descrita, en que las respiraciones se hacen más frecuentes. En los casos graves las complicaciones de este aparato pueden terminar con la vida del enfermito por congestión, bronconeumonía ó derrames hemorrágicos en el pulmón ó pleura.

Aparato circulatorio.—Las lesiones de este aparato son las que acompañan una anemia profunda.

Sangre.—La sangre presenta según el informe de la comisión americana de 1898, una disminución en número y tamaño de los glóbulos rojos, una reducción de la cifra de hemoglobina á 35 ó 40 °/₀, leucocitosis y algunas veces poikilocitosis. Por lo que respecta á los glóbulos blancos, se ha constatado una variación en su fórmula leucocitaria, hallándose un aumento de los mononucleares y disminución de los polinucleares.

En los exámenes de sangre efectuados últimamente por Lenoble en Barlowianos, ha observado una reacción mieloide de la sangre, retracción del coágulo y una alteración específica de los hematoblastos, fórmula hematológica idéntica á la del púrpura mieloide, por lo que este autor piensa que se trata de una forma de esta enfermedad, con su característica particular.

Orina.—La orina es generalmente clara, normal, pero es frecuente ver una pequeña cantidad de sangre y por consiguiente una cantidad de albúmina proporcional á ella. Es evidente que hay un poco de apoplegía renal, pero no hay nefritis, puesto que el examen microscópico no nos deja ver más que algunos glóbulos rojos y aunque raramente algunos cilindros sanguíneos. En algunos casos se encuentra un exceso de ácido úrico.

Temperatura.—Es generalmente normal, no siendo raro ver una fiebre ligera que puede aumentar uno ó dos días, en el momento que aparecen las lesiones, sin pasar los 38° y llegando raramente á 39°.

Sistema nervioso.—El sistema nervioso no está directamente atacado en la enfermedad de Barlow. La seudoparálisis de los miembros inferiores que se observa en esta afección, es debida al dolor que despiertan los movimientos, que según Candrall sería causado por el tironeamiento de los músculos en sus inserciones periósticas. Nada hay que indi-

que una lesión de la médula ó de los nervios periféricos, aunque la seudoparálisis de los miembros inferiores haya ocasionado diagnósticos erróneos de paraplegia.

Barlow ha observado convulsiones y estados semi-comatosos que sobrevienen en el estado extremo de debilitamiento y anemia, pero que no son necesariamente fatales. Si el niño es raquítico, la laringitis estridulosa se acentúa á menudo. La tetania puede hacer su aparición en el curso de esta enfermedad.

FORMAS FRUSTRAS

La enfermedad de Barlow no se presenta siempre con una sintomatología completa, hay también casos frustros, en donde el cuadro sintomático es mucho más restringido, limitado algunas veces á una simple hematuria ó á la seudoparaplegia dolorosa, tan á menudo confundida con el reumatismo.

Dickinson en 1885 publicó cinco casos en los que la enfermedad se manifestaba simplemente por hematurias, expresándose con respecto á esta forma de la enfermedad, en los siguientes términos. «Los niños á quienes no se les dá leche ó que la reciben de una manera insuficiente, están expuestos en el momento de la dentición á hematurias que califico de escorbúticas, aún cuando estos niños no tengan ni equímosis, ni ninguna otra hemorragia». Más tarde Gee, Thompson, Northrup, etc., publican casos

análogos y Hutinel en 1902 comunica la observación de tres casos, cuyo único síntoma era una seudoparálisis dolorosa de los miembros inferiores.

Las observaciones de esta forma se han ido después multiplicando, debido quizás á un mejor conocimiento de la enfermedad.

Los dolores violentos y las alteraciones de la motilidad, son los síntomas que tienen más importancia, dada su mayor frecuencia en el diagnóstico de los casos frustros y es con justa razón que Hutinel en la Sociedad de Pediatria de París, ha insistido mucho sobre esta seudoparálisis.

Luego siempre que nos sea presentado un niño con una paraplegia dolorosa, dice Hutinel, se deberá inmediatamente pensar en la enfermedad de Barlow, no debiendo esperar que hayan síntomas evidentes de escorbuto, por cuanto ellos pueden tardar en aparecer.

La hematuria es otro de los síntomas con que puede presentarse la forma frustra, registrándose en la literatura de esta enfermedad, muchos casos que se presentaban con ese único síntoma. Morse en Norte América después de haber observado que la mayor parte de las hematurias en niños de corta edad, habían cedido al tratamiento antiescorbútico, se inclina á creer que la enfermedad de Barlow es su causa más frecuente.

Como única lesión tenemos á veces una exoftal-

mía como sucedió entre nosotros en el caso del Dr. Arraga, producida por una hemorragia orbitaria, pudiendo hacernos pensar erróneamente en un tumor de la órbita. Holmes Spicer admite que estas hemorragias pueden ser el único síntoma de escorbuto infantil.

Hay también publicaciones de casos que no presentaban más que petequias, y otros solamente gingivitis como pasa en nuestra cuarta observación.

En los casos dudosos, es investigando el régimen alimenticio seguido por el enfermito que podrá iluminar nuestro espíritu y el resultado inmediato de un tratamiento antiescorbútico instituído á tiempo, nos sacará de la duda sobre la naturaleza de la enfermedad, pues obtenida la curación, ésta será la mejor confirmación del diagnóstico.

Entre nosotros el Dr. Belloc publica en 1905 la primer observación de forma frustra, cuya única manifestación fué una hematuria que se repitió varias veces, acompañada de un poco de dolor en los miembros inferiores, sin otras alteraciones aparentes. Tratada infructuosamente por varios médicos, el Dr. Belloc la sometió al tratamiento antiescorbútico, curando el niño rápidamente.

La segunda publicación la constituyen nuestra tercera y cuarta observación, cuyo único síntoma fué una seudoparálisis dolorosa de los miembros

inferiores en un caso y en el otro una gingivitis escorbútica, que cedieron inmediatamente bajo la acción de un tratamiento racional, curando completamente en una semana.

CAPITULO IV

ETIOLOGÍA

La enfermedad de Barlow de frecuente observación en Inglaterra, Estados Unidos y Alemania, es relativamente rara en Francia y de más difícil observación aún en Suiza, Italia, Rusia y demás naciones europeas. En la América del Sud es muy poco común, pues aparte de los casos publicados en Buenos Aires cuya estadística hemos levantado figurando en un cuadro que adjuntamos, no tenemos conocimiento sino de los casos publicados en Montevideo y Brasil.

Antes de entrar de lleno al estudio de su etiología, conviene examinar algunas de las condiciones que presiden la aparición de esta enfermedad.

Por lo que respecta á la edad de los niños atacados, podemos afirmar que es rara por debajo de los cinco meses, alcanzando su máximun de frecuencia

entre los seis y diez y ocho meses de edad. Sin embargo, la literatura contiene observaciones de niños de seis, siete, nueve años y más, pero estos son hechos excepcionales. La investigación norteamericana dá su mayor frecuencia á los diez meses, con un porcentaje de 14.20 °/₀. He aquí el resultado de la estadística que hemos levantado de los casos publicados en nuestro país:

EDAD	CASOS	PORCENTAJE
8 meses	4 casos	30.76 °/₀
10 »	2 incluso el de Arraga	15.38 »
11 »	2 casos	15.38 »
14 »	1 »	7.69 »
17 »	1 »	7.69 »
18 »	2 »	15.38 »
24 »	1 Barlow á repetición	7.69 »

En cuanto al sexo, aunque Barlow no le dá mayor importancia, las estadísticas parece que acusaran un mayor número de casos en los varones. La investigación americana dá 51 °/₀ de varones contra 49 °/₀ de mujeres, Rochón señala 66 °/₀ de varones y 34 °/₀ de mujeres y nosotros, sobre un total de 13 observaciones, tenemos 7 varones ó sea 54 °/₀ y 6 mujeres ó sea 46 °/₀.

Por lo que respecta á la estación parece que no tiene gran influencia.

Es un hecho comprobado de que esta enferme-

dad es un privilegio de las familias acomodadas, de ahí que sea más fácil ver estos enfermitos en la clientela particular que en los hospitales, como lo prueba elocuentemente la investigación norte-americana que dá un 83°/o de enfermos entre las familias pudientes. Y este menor tributo de los pobres, se explica por la imposibilidad en que se encuentran de facilitar á sus hijos las harinas comerciales ó las leches modificadas, que por su precio elevado no están á su alcance, recurriendo entonces á una alimentación mixta, es decir, á una alimentación antiescorbútica. La clase acomodada cuya facilidad para adquirir esa clase de alimentos es mayor, no trepida en alimentar á sus hijos con ellos, proporcionándoles un alimento muerto, sin propiedades antiescorbúticas, y de ahí el mayor contingente para esta enfermedad.

El raquitismo coexiste amenudo con esta afección, encontrándose en el 50 °/o de los casos de la investigación americana y nosotros en un total de 12 casos, tenemos uno con lesiones evidentes, tres con estigmas ligeros y ocho sin traza alguna (66 °/o).

Entre los antecedentes de estos enfermos, se encuentran á menudo alteraciones digestivas, y aunque no queremos ser tan categóricos como Ausset que sostiene que éstas preceden siempre al escorbuto infantil, por cuanto vemos frecuentemente niños con un estado de salud aparente bueno y

funciones digestivas normales, sin embargo creemos que las lesiones gastro-intestinales predominan en la mayoría de los casos. Es que muchos observadores no mencionan el estado de las vias digestivas y muchos que las consideran como normales, ateniéndose á los datos suministrados por la madre, sería necesario observarlas de cerca, porque esos niños despechados como dice Ausset, son generalmente sobrealimentados, en nna palabra dispépticos, cuyas lesiones pasan amenudo desapercibidas.

La causa principal del escorbuto infantil reside en el empleo de las sustancias comerciales, es decir alimentos artificiales, como sustitutos del seno materno. No hay más que pasar en revista la historia de los casos que registra la literatura de esta enfermedad, para convencernos de que en esta alimentación defectuosa del niño, reside su etiología.

Consultando la estadística norte-americana, vemos que un 60 °/o de Barlowianos reciben alimentos artificiales del comercio, en Inglaterra un 85 °/o y en nuestro país un 92 °/o. Los casos publicados entre nosotros, tenemos que estaban alimentados de la manera siguiente:

Con harinas comerciales. . . .	6
Con leche maternizada.	5
Con leche maternizada y harinas.	1
Con leche de vaca muy hervida.	1

Prueba de ello también y como argumento de peso, consignamos el hecho de que con la sola sustitución de los alimentos conservados por alimentos frescos, se obtiene una mejoría inmediata y la curación rápida de la enfermedad.

Está fuera de duda dice Bouchot, que la afección es provocada en la gran mayoría de los casos por el uso de leches artificiales y alimentos de conserva, esto explica que el primer caso francés no data sino del año 1892, época en que ántes de ella, ese modo de alimentación era poco ó nada empleado; y que la enfermedad sea mucho más extendida en Inglaterra y Norte-America, donde el amamantamiento materno es más raro, las nodrizas mercenarias poco empleadas. Es en estos países donde se hace el mayor consumo de leches esterilizadas, de leches condensadas y de preparaciones más complejas, preparadas en los milk's laboratorios.

El hecho es como dice Martínez Vargaz, que estos alimentos, unos porque son demasiado manipulados, otros porque no son frescos, todos porque contienen demasiado principios que no pueden ser digeridos, ni transformados por el aparato digestivo del niño, producen una sobrecarga digestiva que es propicia á las fermentaciones, á las putrefacciones, á la intoxicación, en una palabra, á la producción del escorbuto. Este consiste entonces, en una intoxicación producida por una alimentación in-

correcta, que altera la sangre y los órganos hematopoiéticos, sobre todo la médula ósea, que desarrolla sufusiones sanguíneas subperiósticas diversas, sobre todo en las extremidades inferiores y en las encías cuando han aparecido los dientes.

Por lo que respecta á la influencia que tiene la leche esterilizada sobre esta enfermedad, es un punto muy debatido, pues mientras unos como Heubner, Netter, Guinon y Thiercelin, la acusan como productora del escorbuto infantil, otros como Marfan y Variot protestan contra esta opinión, haciendo notar que apesar de la frecuencia de esta alimentación en Francia, sin embargo los casos son excepcionales. Agregan otros que la leche simplemente esterilizada siendo más digerible que la leche cruda y estando exenta de microbios á rol nefasto, rinde diariamente tales servicios, que aún admitiendo que pueda excepcionalmente producir el escorbuto infantil, debe quedar en el lugar que ocupa en la alimentación y tratamiento dietético del *nourrison*. Esta es también la opinión de Gillet, quién en trece años dice haber observado un solo caso de oscorbuto infantil, sobre 11.385 niños enfermos y sobre 93.933 botellas de leche esterilizada distribuídas en nueve años.

Es un hecho ya establecido por la experiencia, que la leche fresca está dotada de propiedades antiescorbúticas y que la esterilización prolongada

y la esterilización á altas temperaturas, disminuyen sensiblemente esas propiedades. Netter al incriminar á la leche esterilizada como causante del escorbuto, sostiene que ello se debe á una disminución del ácido cítrico que existe normalmente en la leche fresca al estado de citrato tribásico amorfo, que bajo la influencia de la ebullición prolongada se transforma en citrato cristalino mucho menos soluble, que se precipita en gran parte para no redisolverse sino parcialmente en la leche enfriada. Es este un factor de importancia que tiene su influencia en la disminución de las propiedades antiescorbúticas de la leche esterilizada, lo mismo que en las leches muy hervidas ó sometidas á varias ebulliciones.

Por otra parte Ausset, dice que es necesario tener en cuenta otro elemento y es la alimentación de las vacas que suministran la leche, por el hábito que han tomado los agricultores de un cierto tiempo á esta parte, de alimentarlas con pulpa de remolacha, restos de cebada y resíduos de las destilerías y refinerías, que dan un rendimiento mayor de leche pero de una calidad que muchos de los niños no pueden soportar. Considera pues, que las vacas así alimentadas pueden dar una leche muy tóxica, susceptible de producir el sindroma que nos ocupa, más por su toxicidad propia, que por la manera como sea preparada antes de ser administrada al niño.

Creemos nosotros que ambos factores pueden tener su participación más ó menos grande en la etiología de la enfermedad de Barlow, pero nunca de una manera exclusiva. Que la leche esterilizada puede producir el escorbuto infantil, está fuera de duda, como puede comprobarse consultando las estadísticas.

La investigación norte-americana señala un 19 °/₀ de los casos, alimentados con ella. Por lo que respecta al verdadero proceso íntimo, por el cual se produce esta enfermedad, es un punto que está aún por dilucidarse.

Es necesario tener también en cuenta otro factor, y es el individual, la resistencia ó la defensa orgánica, en una palabra la predisposición individual. No todos los niños sometidos á una alimentación artificial son atacados de escorbuto, los organismos vigorosos sin taras hereditarias, serán menos atacados que aquellos que por una ú otra causa heredan un organismo debilitado, de resistencia mínima, que se hallarán por lo tanto en condiciones desventajosas de lucha, frente á los alimentos escorbutígenos.

Con respecto á la producción del escorbuto infantil en niños nutridos exclusivamente al seno materno, es este un hecho excepcional, conociéndose solo 10 casos de la investigación norteamericana, que representa un 2.8 °/₀ y algunos casos aislados.

Weis sobre 722 casos de enfermedad de Barlow recojidos en la literatura médica, encontró 13 casos concernientes á niños criados á pecho. No es posible deducir de esto que el alimento materno sea capaz de producir esta enfermedad, porque es necesario tener en cuenta las condiciones en que estos se han producido, así vemos que en el caso de Love la madre estaba sometida al tratamiento mercurial, el de Southgate se trataba de una tuberculosa, en el de Matter la nodriza hacía un uso excesivo del té, desapareciendo la enfermedad con la abolición de éste. El caso de Northrup la nodriza era normal, pero criaba dos niños, y es probable que su hijo disfrutara del máximum de su leche y el de Candrall el padre tenía reumatismo crónico y nefritis, y la madre una afección cardíaca y un grado de anemia muy marcado. En la epidemia de Moring los niños tomaban el seno de madres escorbúticas. El caso que describe Dueñas de Cuba, descendía de padres débiles y con antecedentes artríticos; en el examen de la leche de la madre que lo criaba, se encontró al principio vestigios de ácido cítrico, sometida á una alimentación con naranjas, éste aumentó, al mismo tiempo que el niño mejoraba rápidamente. Un caso de Morquio se trata de una madre que ha sufrido mucho física y moralmente, continuando siempre la lactancia. Sabemos que estas taras hereditarias, estados

nerviosos, emociones y fatigas, tienen su influencia sobre la secreción láctea, tanto en su calidad como en su cantidad, pero las modificaciones que puede sufrir en estos casos, no han sido aún determinadas con precisión. Es permitido, dice Netter, pensar que la leche de mujer pueda en determinadas condiciones, ser desprovista de sustancias que se oponen á la producción del escorbuto.

Una nueva idea ha sido recientemente emitida sobre la etiología de la enfermedad de Barlow, nos referimos á la teoría microbriana á la que se ha adherido Auset en su último trabajo, haciendo suponer que sea una manifestación de la *pasteurolosis*, microbios en forma de bastoncitos ovoídeos que producen en los animales todo un grupo de afecciones hemorragiparas, que viven al estado saprofítico en el tubo intestinal, cuyos transtornos digestivos serían condiciones favorecedoras de su exaltación. Fué Lewine de San Petersburgo, quién estudió la analogía de éste con otro bacterio también en forma de bastoncito con extremidades ovoideas, que ha constatado en los órganos de sujetos atacados de escorbuto y á quién denomina *Bacillus hoemosepticus hominis*. Observó también la existencia de colonias de estafilococos y estreptococos que acompañan á éste, quienes según los sostenedores de esta teoría, deben jugar un rol importante en el cuadro clínico tan variado del escor-

buto. Auset basado sobre este estudio y en la semejanza de la fórmula hemato-sanguínea que Lenoble parece haber demostrado que existe entre la enfermedad de Barlow y el púrpura mieloide, en grado suficiente para ser considerada como una reacción específica de infección y por lo tanto de defensa, llega á la conclusión de que el escorbuto infantil es una infección generalizada hemorragípara cuya puerta de entrada del agente microbiano sería el tubo intestinal.

Por lo que respecta á esta nueva manera de ver las cosas, es actualmente imposible emitir un juicio definitivo, mientras no se generalicen los estudios esbozados en ese sentido y hasta que una mayor experimentación y observación clínica compruebe la verdad de estos hechos.

CAPITULO V

PATOGENIA

Desde que se hizo la primer publicación de la enfermedad de Barlow bajo el rubro de raquitismo agudo, la patogenia de esta enfermedad ha sido muy discutida, no habiéndose aún hoy día uniformado las opiniones á este respecto.

Mientras unos como Bohn, Förster, Hirschprung, Furst, Senator, Steiner, Variot, Ausset y la mayoría de los médicos alemanes, sostienen la idea de Möller aceptando la naturaleza raquítica de esta enfermedad, otros como Cheadle, Ingerslew, Barlow, Northrup, Marfan, Heubner, Baginsky, Netter, Hutinel, Comby y casi la totalidad de los médicos franceses é ingleses, consideran esta enfermedad como una forma infantil del escorbuto.

Desde luego podemos adelantar que aceptamos la opinión de estos últimos, pues encontramos tan

gran analogía entre el escorbuto de los adultos y la enfermedad de Barlow, tanto en su sintomatología y lesiones patológicas, como en su tratamiento y etiología, que no podemos creer en la existencia de dos afecciones distintas.

La enfermed de Barlow á semejanza del escorbuto de los adultos, se desarrolla en niños que en la gran mayoría de los casos son alimentados artificialmente, con leches esterilizadas, leches modificadas ó alimentos de conserva, es decir alimentos muertos, privados de principios frescos. Por eso es que esta enfermedad es muy frecuente en Inglaterra y en Norte América, donde los alimentos de conserva juegan un rol muy grande en la alimentación de los niños; y en Francia lo mismo que en nuestro país, ha sido observada después que han entrado en voga dichos alimentos.

Ya Cheadle había observado un hecho que diferencia el raquitismo de la enfermedad de Barlow, y es que ésta aparece sobre todo en niños de la clase pudiente, mientras que es poco común entre los niños pobres; y el raquitismo por el contrario es frecuente entre éstos y raro entre los ricos. Entre los pobres el niño es por lo general prematuramente privado del alimento lácteo, siendo nutrido raramente con leches industriales por su precio oneroso, y come por lo tanto á la mesa con los padres, recibiendo solamente sopitas de pan y vege-

tales hervidos. Esta alimentación defectuosa causa de accidentes gastro-intestinales, constituye una causa importante del raquitismo. Sin embargo como dice Netter, estos niños no tienen escorbuto y es porque reciben alimentos antiescorbúticos, notablemente bajo forma de puré de papas. Parece entonces que las causas que favorecen el desarrollo del escorbuto, difieren de las que producen el raquitismo. Es la cantidad de alimento la que produce éste y la calidad la que determina el escorbuto infantil.

Si la enfermedad de Barlow fuese una forma de raquitismo, ambas afecciones debían de ser frecuentes en las mismas regiones, sin embargo parece que sucede á la inversa, pués siendo el escorbuto infantil relativamente frecuente en Norte América, el raquitismo es ahí raro; y siendo éste común en Austria y Noruega, el escorbuto es ahí de difícil observación. También en Italia es raro observar el escorbuto infantil, mientras que los raquíticos se cuentan por legiones.

La anemia es un síntoma común á ambas enfermedades, pero mientras que la del escorbútico curará rápidamente en pocos días con un tratamiento apropiado, el raquítico no tomará nunca su coloración con el mejor tratamiento antiescorbútico. Un escorbútico con estigmas raquíticos, cura con el tratamiento específico, pero el raquitismo

continúa su evolución. Adəmás, ésta es una enfermedad que evoluciona lentamente, el enfermo no se muere por ser raquítico, es más bien una complicación que concluirá con su vida, pero por el contrario se muere por el solo hecho de la anemia escorbútica.

El escorbuto aparece á menudo fuera de toda traza de raquitismo, habiéndose observado también en niños alimentados exclusivamente con el seno materno, lo que no sucede con este último. En las autopsias de raquíticos no se encuentran nunca lesiones de escorbuto, ni nada que nos haga pensar en él.

Por lo que respecta á las lesiones anátomo-patológicas, veremos también la afinidad que hay entre esta afección y el escorbuto de los adultos. Barlow cita para esto la observación de Poupart, quién disecando en 1699 cuerpos de escorbúticos en el Hospital Saint-Louis de París, encontró en algunos de ellos el desprendimiento epifisiario de que ya hemos hablado para la enfermedad de Barlow, y en sujetos jóvenes de menos de 18 años de edad, halló el hundimiento del esternón con sus cartílagos costales, tal cual lo hemos observado en la misma enfermedad. Idéntica cosa sucede con los hematomas, pues Lixd y Budd han descrito también derrames de sangre subperiósticos, sobre todo alrededor de los huesos de los miembros inferiores,

observados en casos de escorbuto marítimo examinados por ellos, como se ha observado también en el último sitio de París en sujetos jóvenes muertos de escorbuto.

Los derrames intra-óseos y la atrofia consecutiva predisponiendo á las fracturas, lesiones descritas en el escorbuto, son exactamente parecidas á las que tenemos en la enfermedad de Barlow; lo mismo que en ésta, en los adultos se observa cierta predilección para los miembros inferiores. En cuanto á las hemorragias y exudaciones serosas en las masas musculares, lo mismo que las lesiones hemorrágicas internas ya mencionadas, son de observación en ambas afecciones.

Arguyen los que sostienen la naturaleza raquítica de la enfermedad de Barlow, la inconstancia del estado fungoso de las encías, pero sabemos que este estado está subordinado á la presencia de los dientes y en relación directa con su número. Si hay dientes, tendremos las equímosis y fungosidades gingivales que si el caso se agrava, se harán eflorescentes, sañosas, fétidas, haciendo saliencia al exterior, como pasa con el escorbuto de los adultos. Es verdad que algunos niños no tienen ulceraciones bucales á pesar de tener dientes, pero éstos son la inmensa minoría como lo comprueban las estadísticas. Cuando no hay dientes no hay fungosidades, aunque á veces pueden existir pequeñas

equímosis. Por otra parte, la gingivitis puede faltar en el escorbuto del adulto en sujetos desdentados, y en los casos benignos se ha observado que las fungosidades están constantemente limitadas en la vecindad de los dientes existentes y que en los intervalos donde faltan, no hay fungosidades (Barlow).

Tenemos por último las observaciones de escorbuto en niños de la segunda infancia, hechos por Hutinel, Thiercelin y Barlow en niños de seis, siete y diez años, que sirven como medio de unión entre el escorbuto infantil y el de los adultos. En estos niños las lesiones gingivales eran generalmente más pronunciadas que las que se observan en los de la primera infancia, las lesiones de los miembros existían también parecidas á las de éstos, aunque menos pronunciadas.

En ambas enfermedades encontramos la anemia, los dolores de los miembros y su impotencia funcional, las equimosis de la piel y el edema más ó menos extendido. Por fin el tratamiento parece identificar más aún las dos afecciones, pues todos los casos de enfermedad de Barlow tratados por el régimen especial antiescorbútico, han visto detener inmediatamente sus síntomas y curar rápidamente sus lesiones.

CAPITULO VI

ANATOMÍA PATOLÓGICA

La anatomía patológica del escorbuto infantil ha sido muy bien estudiada por Barlow.

El carácter principal de esta enfermedad nos lo dán las hemorragias subperiósticas que son las que originan las tumefacciones ya descritas en el exámen clínico. Ellas se producen por lo general al nivel de los huesos de los miembros inferiores, con predilección sobre la tibia y el fémur. El peroné rara vez es atacado y entre los huesos pelvianos, es el hueso ilíaco en la proximidad de su cresta, el que está más alterado.

El punto de partida de estos derrames está situado generalmente en la unión de la epífisis con la diáfisis, pudiendo quedar limitados en ese punto; pero á menudo levantan el periostio y se extienden más ó menos sobre el cuerpo del hueso, formándole

un verdadero *manchon,* dejando la articulación indenne. La radiografía que presentamos en nuestra observación II, es la mejor comprobación de lo que dejamos expuesto.

Incindida la vaina perióstica levantada por la hemorragia, se vé que ésta proviene de la superficie interna de esa membrana que está sumamente vascularizada. Presenta además finos depósitos de tejido óseo granuloso de nueva formación, pruebas evidentes de su función osteogénica, que por su extensión y reunión, formarán más tarde al hueso una vaina ósea. Una vez despojado del coágulo, el cuerpo del hueso aparece denudado pero sin signos de inflamación.

Cuando el escorbuto es grave, una incisión longitudinal del cuerpo del hueso permite constatar una vasta hemorragia intra-ósea, observándose al mismo tiempo una disminución de espesor de su pared. Extrayendo la médula y el coágulo, ella queda reducida á una lámina delgada.

El exámen microscópico revela una gran vascularización del periostio, con hemorragias, sin infiltración celular; y por lo que respecta al hueso, se observa una reabsorción considerable de la sustancia trabecular. Ciertos autores consideran con Ziegler, que esta reabsorción es causada por la transformación fibrosa de la médula ósea, siendo causa también de las hemorragias y de la anemia.

Esta manera de ver es combatida por Looser, quien dice que la transformación fibrosa de la médula es el resultado de las hemorragias intramedulares: la atrofia ósea que existe al nivel de estos focos, es debida á las hemorragias subperiósticas, como á las que se producen en la médula ósea.

Dicha atrofia no existe más que al nivel de los focos de hemorragia intramedular, y Looser piensa que estas hemorragias destruyen directamente una parte de los osteoblastos, perturbando la nutrición de los otros, cuyo trabajo de aposición ósea se hace entonces insuficiente.

La transformación de la médula ósea y la atrofia del tejido óseo, son entonces consecuencia de las hemorragias, de una diátesis hemorrágica análoga á la que existe en el escorbuto y que es debida á una alimentación defectuosa.

La intensidad de las hemorragias se debe á la enorme actividad de las funciones del periostio en esta edad. Cuando el niño es raquítico, se encuentran modificaciones propias del raquitismo en la zona de osificación.

Las epífisis suelen desprenderse, pero estos desprendimientos pocas veces van acompañados de desplazamiento; sin embargo, sacando el periostio pueden separarse ambos fragmentos. En este estado no hay trazas de callo óseo. Rara vez se fractura el cuerpo del hueso transversalmente. Las

articulaciones son por la general sanas, muy rara vez son atacadas.

Hay también abundantes hemorragias en las capas profundas de los músculos, las que están en contacto con el periostio congestionado. Las capas superficiales son á menudo adelgazadas, de una coloración más pálida, por efecto de la infiltración serosa.

Las costillas pueden ser más ó menos denudadas por los hematomas. La depresión del plastrón condro-esternal descrito clínicamente, es debido á la fractura y al desplazamiento de la extremidad anterior de las costillas, por un proceso igual al que pasa en los miembros inferiores. De igual manera tenemos acá rarefacción del hueso y hemorragias intra-óseas.

Cuando existen lesiones en los miembros superiores, son análogas á las descritas para los inferiores, pero menos acentuadas. El homóplato puede ser también asiento de hemorragias subperiósticas en las fosas sub-escapular y supra é infra-espinosa. Los hematomas de estas últimas, pueden determinar un relieve notable bien evidente en la región escapular.

En los huesos del cráneo también pueden producirse hemorragias subperiósticas, sobre todo en su cara externa, pero ellas pueden producirse también en su cara interna, como lo demuestran algunos

casos de paquimeningitis hemorrágica y un caso de Möller citado por Barlow, en el cual la hemorragia se había hecho en la superficie interna del frontal, la que avanzando y desprendiendo el periostio de las paredes orbitarias, determinó la oftalmía que ya hemos descrito.

Se han encontrado también derrames sanguíneos en la pleura y en el pulmón, con ó sin neumonía, lo mismo que en los riñones, bazo, en los ganglios linfáticos y mesentéricos, en los folículos cerrados del intestino y en las placas de Peyer. Cheadle y Sutherland relatan dos casos en los que había equímosis gingivales y hemorragias viscerales, donde contrariando la regla general, los músculos y los huesos estaban indennes. Hemorragias de la cavidad aracnoidea, han sido observadas por Ord, Sutherland y Barlow.

CAPITULO VII

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la entermedad de Barlow es relativamente fácil para el médico que la haya visto alguna vez ó que tenga noción de ella, cuando se presenta con su sintomatología más ó menos completa. La constatación de los hematomas subperiósticos acompañados de la seudoparálisis dolorosa, las hemorragias gingivales que no faltan casi nunca cuando el niño tiene dientes, y el conocimiento del régimen alimenticio seguido por el mismo, nos bastarán para hacer un diagnóstico seguro. Pero no sucede lo mismo con los casos frustros, donde la enfermedad se revela por un solo síntoma, siendo entonces más difícil de reconecerla.

Cuando se presenta en esta forma, no dudamos que pase frecuentemente desapercibida, teniendo en cuenta que médicos distinguidos han desfilado

ante Barlowianos sin conocerlos, siendo fácil tomar la impotencia dolorosa por dolores reumáticos ú osteomielíticos y hasta por coxalgias. La aparición en estos casos de equímosis ó hemorragias gingivales, será suficiente para hacer diagnóstico y el éxito inmediato del tratamiento antiescorbútico, será su mejor confirmación.

Es indudable que desconociendo al principio la enfermedad, sin la intervención de un tratamiento eficaz, el cuadro sintomático irá acentuándose hasta convertirse en un caso típico, facilitando entonces el diagnóstico. Pero siendo conocida la acción benéfica é inmediata de un tratamiento instituído á tiempo, como los perjuicios que acarrea un tratamiento impropio ó el abandono de la enfermedad á si misma, que irá á la caquexia y á un desenlace fatal después, se desprende la necesidad de hacer un diagnóstico verdadero y precoz.

Tratándose de una enfermedad de carácter benigno, cuya benignidad es tanto mayor cuanto más precoz es el tratamiento, se comprende también la necesidad que hay de hacer un diagnóstico exacto, pues de lo contrario nos llevará por caminos diversos, que podrían ser de funestas consecuencias para el enfermito. Bástenos recordar en apoyo de esto, el caso de Heubner en el cual habiéndose hecho diagnóstico de osteosarcoma del fémur, se propuso la amputación del muslo. En la

literatura de esta enfermedad se encuentran descritos casos que tomados por osteomielitis fueron operados, encontrándose el cirujano con el hematema subperióstico. Justifica entonces la insistencia sobre este punto, por los beneficios que reporta á los pequeños pacientes, librándonos de los fracasos á que nos conduce un diagnóstico erróneo.

Investigando en los casos de duda el régimen alimenticio seguido por el niño y recurriendo al tratamiento antiescorbútico verdadera piedra de toque, es como se llegará á un diagnóstico exacto, con todas sus ventajas para el enfermo; pues aún suponiendo el caso de que no se tratara de la enfermedad de Barlow, no se habrá hecho ningún daño al niño con dicho tratamiento.

Vamos á hacer un diagnóstico diferencial con aquellas enfermedades que más fácilmente pueden confundirnos en el diagnóstico, por su semejanza clínica.

La impotencia dolorosa de los miembros puede hacernos pensar en la seudo-parálisis sifilítica ó enfermedad de Parrot, pero nos será fácil diferenciar estas dos afecciones, si tenemos en cuenta que la enfermedad de Parrot sobreviene en los tres primeros meses de la vida, siendo excepcional que el escorbuto sobrevenga antes de los seis. Además la enfermedad de Parrot es menos dolorosa y ataca en especial los miembros snperiores, mientras que

el escorbuto por lo general ataca los inferíores. En la primera no se constata la existencia del *manchon* característico, debiendo tomar en cuenta los antecedentes hereditarios y otras manifestaciones de la heredo-sífilis, y por último, los resultados de la medicación específica tendrán una importancia decisiva.

Los dolores con la impotencia funcional nos traen también á la idea el reumatismo articular, sin embargo debemos tener presente que éste es excepcional antes de los dos años, época en que es más frecuente el escorbuto. Además el reumatismo es una enfermedad febril, mientras que éste es apirético y cuando existe fiebre, es irregular y poco elevada. La articulación en el escorbuto está libre y si se palpa la tumefacción dolorosa, se notará que no tiene temperatura local y que está localizada sobre la diáfisis del hueso, pasando todo lo contrario en el reumatismo. El fracaso de la medicación salicilada y sus succedáneos, nos hará rechazar la idea de éste.

Las hemorragias espontáneas ó producidas por el menor traumatismo pueden hacer tomar el escorbuto por una hemofilia. Esta tiene también sus dolores en los miembros, pero son articulares, lo mismo que los hematomas que se producen. Además la hemofilia es hereditaria cosa que no sucede con el escorbuto, que sólo es debido á un régimen alimenticio deficiente.

Aunque el púrpura infeccioso leve (enfermedad de Werlhoff) produzca hemorragias gingivales ó viscerales, se distinguirá del escorbuto infantil por sus causas que son distintas, por su marcha más aguda y por su evolución que se hace en ocho ó diez días. Además en esta afección no hay tumefacción en los miembros inferiores, las hemorragias de la piel son el síntoma saliente. Cuando existen dolores son muy poco intensos, el estado general no está mayormente atacado. El sistema óseo y muscular queda indenne en la enfermedad de Werlhoff.

Del púrpura infeccioso grave, se distinguirá porque éste vá acompañado desde el principio de una fiebre más ó menos elevada y su cuadro general es el de una toxi-infección seria.

La parálisis infantil tiene también su impotencia de los miembros inferiores, pero ésta no es dolorosa, ni se acompaña de tumefacción también dolorosa y es una verdadera parálisis, con sus modificaciones de los reflejos tendinosos y de la excitabilidad eléctrica de los músculos que le son característicos; mientras que en la enfermedad de Barlow la impotencia no es por parálisis, sino por el dolor que ocasionan los movimientos, se trata entonces de una seudoparálisis. En cuanto al comienzo de ambas enfermedades también es diverso.

Con más frecuencia es confundido con la osteo-

mielitis aguda, pero esta es también rara en esta edad, viéndose por lo general después del segundo año de la vida y es casi siempre secundaria á otras enfermedades ó á un traumatismo. Se manifiesta de una manera más ruidosa, con temperatura elevada, dolor intensísimo, rubicundez y calor local, indicio de un proceso inflamatorio agudo, acompañado de fenómenos generales graves. Llega rápidamente á la supuración con producción de secuestro.

La presencia de la exoftalmía en el escorbuto infantil, debe alejarnos la idea de un tumor de la órbita por la rapidez brusca con que se produce, atacando por lo general ambas órbitas sucesivamente. La evolución de las tumefacciones, su multiplicidad, la rapidez del desarrollo, hará descartar también la sospecha de un osteosarcoma.

Se han descrito también muchos casos en que tomada la enfermedad por un mal de Pott ó una coxalgia, le fueron colocados á los enfermitos aparatos inmovilizadores sin resultado alguno. Sin embargo estas dos afecciones tienen caracteres clínicos muy diferentes de los del escorbuto infantil. En el mal de Pott los dolores y la dificultad de los movimientos del raquis, la gibosidad, los dolores en cintura y las perturbaciones de la sensibilidad, eliminan la idea del escorbuto; sucediendo igual cosa en la coxalgia con sus movimientos articula-

res limitados y el dolor ocupando puntos de elección bien conocidos. En ambas enfermedades suele haber producción de abscesos y de otras lesiones tuberculosas de la piel ó vísceras.

Ha sido también confundida con la polineuritis y otras afecciones nerviosas que no se acompañan de tumefacción, ni de dolor óseo, y que ofrecen perturbaciones de la sensibilidad y de los reflejos, siguiendo una marcha muy distinta.

CAPITULO VIII

MARCHA.—DURACIÓN.—PRONÓSTICO

La enfermedad de Barlow presenta un cierto número de grados en lo que se refiere á su intensidad, variando en consecuencia su duración. De una manera general puede decirse, que todos ellos bajo la influencia del tratamiento antiescorbútico, modifican rápidamente sus síntomas y curan generalmente en un tiempo que varía de quince días á un mes ó mes y medio. Hay casos graves que pueden durar hasta seis ó siete meses.

Esta enfermedad puede sufrir recrudescencias y recidivas, dejando de administrar una alimentación conveniente. Fox cita el caso de un niño que murió después de haber presentado varios ataques sucesivos de Barlow. Estas recidivas descritas por Thiercelin, Thomson, etc., tuvo ocasión de observarlas entre nosotros el Dr. Santas. Tratábase de

una niña de dos años en que curada de su primer ataque de Barlow, la madre insistió en los alimentos conservados exclusivamente, (Allenbury's/ y la niñita vuelve á tener ocho meses después, otro ataque del cual vuelve á curar mediante un tratamiento adecuado.

Abandonados á sí mismos estos enfermitos sin sufrir su alimentación modificación alguna, esta afección sigue una marcha progresiva; la anemia se hace más profunda, el niño pierde su peso y sus fuerzas, las hemorragias se multiplican, los hematomas se producen sobre gran número de huesos, aparecen las fracturas ya descritas y el enfermito sucumbe por fin en caquexia escorbútica, cuando no se han añadido complicaciones como la neumonía, diarrea ó fiebres eruptivas. Sin embargo no es siempre la muerte la terminación de esta enfermedad, puesto que algunos niños han podido curar, fuera de todo tratamiento anti-escorbútico.

Por lo general bajo la influencia del tratamiento, es decir con la ingestión de alimentos vivos, los síntomas desaparecen rápidamente. Los dolores son los primeros en desaparecer, cesan en tres ó cuatro días, el niño deja de llorar y cae en un sueño reparador. Recupera su habitual alegría, aumenta su apetito, su piel se colorea, desaparecen las lesiones gingivales y el niño mueve fácilmente sus piernitas. En una palabra, recobra su salud sin dejar vestigios de su enfermedad.

Los síntomas que más tardan en desaparecer son el edema y los derrames subperiósticos, estos últimos sobre todo se reabsorben difícilmente. Las fracturas y los desprendimientos epifisiarios, curan más rápidamente de lo que á primera vista podría creerse y la consolidación se hace dejando poco ó ningún desplazamiento, gracias á su producción subperióstica. Las lesiones orbitarias no dejan trazas.

De una manera general puede decirse que el pronóstico es benigno, tanto más, cuanto más á tiempo interviene un tratamiento racional.

No hay otra enfermedad de las que atacan á los niños de esta edad, que responda más fácilmente á la acción de un tratamienío adecuado, que la que es objeto de nuestro estudio. Su acción bienhechora se deja sentir á veces á las pocas horas.

CAPITULO IX

TRATAMIENTO

El tratamiento de la enfermedad de Barlow, es de los más simples y de los más eficaces; será casi exclusivamente higiénico y dietético, y consistirá en modificar la alimentación del niño. Sabemos que el principal factor que determina esta enfermedad son los alimentos conservados, harinas comerciales, leches modificadas, etc., (alimentos muertos); por lo tanto estos alimentos escorbutígenos habrá que suprimirlos inmediatamente, y reemplazarlos por alimentos frescos de buena calidad (alimentos vivos); entre los que mencionaremos en primera línea la leche, ya sea de mujer, de burra, de vaca ó de otro animal, con tal que sea cruda y recién ordeñada, siempre que se tengan garantías sobre la salud del animal y se pueda ordeñar con cierta asepsia, de lo contrario es preferible someterla á

una cortísima ebullición, efectuada en seguida de ordeñada.

Es bueno también añadir como coadyuvantes, substancias reputadas como antiescorbúticas, como el jugo de limón, de naranja, de uvas ó de otras frutas, ó el jugo de carne cruda, puré de papas ú otras legumbres frescas,según la edad del enfermito.

El niño que hasta entonces tenía una marcada anorexia, toma estos alimentos con verdadera avidez, pero más tarde es necesario vigilar la digestión especialmente bajo el punto de vista del pañal, porque una vez saciada lo que podría llamarse necesidad escorbútica, el niño es incapaz á menudo de digerir una cantidad de leche fresca y legumbres, tan considerable como al principio del tratamiento. (Barlow).

Los lavajes del intestino y el calomel á dosis refractas, serán de gran utilidad actuando sobre el estado hepático.

El tratamiento es muy activo y de un efecto inmediato, como lo demuestran las siguientes cifras que nos dá Rochon para las observaciones francesas:

2	mejorías	al cabo de	24	horas
3	»	»	48	»
4	»	»	3	días
1	»	»	5	»
3	»	»	8	»
1	»	»	10	»

La investigación americana nos señala también esta rapidez, notando una mejoria al día siguiente de instituido el tratamiento 19 veces, 58 al segundo día y 46 al tercero. Sobre 331 enfermos, 237 han presentado una mejoría antes de la primer semana y 10 solamente después del primer mes.

Los dolores son los primeros en disminuir, las encías mejoran, los movimientos se facilitan, siendo los hematomas los últimos en desaparecer.

Al nivel de las hemorragias gingivales, es prudente hacer un tratamiento varias veces por día con toques de agua boricada ó con jugo de limón diluido, á fin de evitar las fermentaciones bucales.

Por lo que respecta á los hematomas no hay absolutamente nada que hacer sino que sea inmovilizar los miembros si se quiere, aunque no es necesario, para evitar los movimientos y prevenir á la familia como lo indica Barlow, la posibilidad que hay de que se produzcan fracturas espontáneas, procurando por lo tanto no moverlos, ni explorarlos, porque siendo los huesos muy frágiles, se fracturan fácilmente. La práctica de incindir los hematomas, no es recomendable.

Se beneficiará mucho al enfermo exponiéndolo á la luz del sol y al aire puro, si es posible llevarlo al campo. Una vez pasado el período doloroso, será conveniente hacerle todos los días fricciones aromáticas sobre todo el cuerpo, que tendrán por ob-

jeto el mejor funcionamiento de la piel y activar sus cambios nutritivos. Durante la convalecencia se le puede dar aceite de hígado de bacalao.

Una vez curado el enfermito no se debe insistir en los alimentos artificiales, por temor de una recidiva.

CAPITULO X

PROFILAXIA

El estudio de la enfermedad de Barlow nos muestra una vez más la utilidad de suprimir ó por lo menos disminuir en la medida de lo posible, la alimentación artificial. La mejor alimentación para el niño es el seno materno. Es deber del médico hacer conocer sobre todo á las madres poco escrupulosas que se sustraen sin motivo serio á este deber complementario de la maternidad, los peligros á que exponen la salud de sus hijos. Pero hay casos en que razones poderosas se oponen á este género de alimentación y en los que la alimentación artificial es inevitable. En estas circunstancias no se debe aconsejar nunca las harinas conservadas ó las leches condensadas, maternizadas, etc., como alimento exclusivo, cuyas propiedades escorbutígenas nos son ahora conocidas.

La leche fresca imposible de obtener en los grandes centros de población, sirviendo además de vehículo de transmisión de ciertas enfermedades infecciosas, debe sufrir para su uso un cierto grado de esterilización. Pero está demostrado por la experiencia que la esterilización prolongada y la esterilización á altas temperaturas, disminuyen sensiblemente sus propiedades antiescorbúticas, transformándola en un alimento muerto. Debemos entonces tratar de practicar la esterilización á temperaturas tan bajas como sea posible, y durante un corto espacio de tiempo compatible con la destrucción de organismos patógenos.

Esto es lo que constituye la leche pasteurizada, que está fuera de duda es el mejor alimento en estos casos, sobre todo con la pasteurización hecha al abrigo del aire que nos dá una leche prácticamente estéril, porque los microbios patógenos no resisten á 75° seguido de un enfriamiento brusco. Por otra parte la leche ha sufrido modificaciones menos profundas, la caseina no ha sufrido más que una ligera transtormación, y la cantidad de sales solubles queda casi intacta. La leche pasteurizada en esta forma nos parece el método de elección, pues tenemos una leche privada de gérmenes nocivos, conservando sus propiedades anti-escorbúticas.

En la imposibilidad de tener esta clase de ali-

mento, es recomendable procurarse leche recién ordeñada y someterla durante cinco minutos á una temperatura de 80°, tiempo suficiente para destruir sus gérmenes nocivos, conservando sus propiedades anti-escorbúticas, pués las leches que se expenden en los grandes centros de población, son por lo general adulteradas sufriendo manipulaciones fraudulentas diversas.

Pero hay casos en que la leche está formalmente contraindicada y en tales circunstancias nos atenemos á los consejos del Dr. Arraga quién dice, «nosotros, en nuestra práctica, cuando nos vemos precisados á emplear harinas conservadas en ciertas formas de gastro enteritis crónicas, principalmente en las complicadas con dilataciones gástricas é intestinales, consecutivas á despechos prematuros, las cuales dejan tras sí estados dispépticos rebeldísimos, que no permiten la leche bajo ninguna forma, ni aún caldos, pués se producen fermentaciones y autointoxicaciones terribles, nosotros decimos, empleamos con las harinas conservadas pequeñas dósis de jugo de limón, para neutralizar los efectos escorbutígenos de esas alimentaciones y esto con resultados satisfactorios.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Barlow en la República Argentina

La enfermedad de Barlow frecuente en ciertos países extranjeros, es rara en la República Argentina. Su aparición parece coincidir con el empleo de las leches comerciales y harinas de conserva.

Aunque el número de casos publicados no ascienda más que á trece, nos consta que hay observaciones inéditas que hacen elevar esta cifra á veinte y quizás aún más.

Ya sea por un mejor conocimiento de la enfermedad ó por el abuso en el empleo de los alimentos de conserva, podemos afirmar que los casos van aumentando, como lo demuestra el hecho de que desde 1900 á 1907 tengamos 8 observaciones representando 1 por año, y solamente en 1908 hayan 4 casos publicados.

En lo que atañe á la alimentación tenemos que un 92 °/₀ de los casos recibían alimentos artificiales del comercio. No tenemos un solo caso de

escorbuto infantil en niños alimentados exclusivamente al seno.

Debe instruirse á las madres de los efectos nocivos de la alimentación artificial y recomendarles el seno materno como el mejor alimento de los niños.

El 66 °/₀ de los casos habidos no tenían trazas de raquitismo, el 46 °/₀ iban acompañados de lesiones digestivas bien evidentes y solo el 38 °/₀ de los niños no tenían perturbaciones gastro-intestinales.

La afección se presentó en un 23 °/₀ de los casos bajo una forma frustra. En un caso teníamos como único síntoma la gingivitís escorbútica clásica, que desapareció con el solo cambio de régimen alimenticio. Estas formas frustras exponen á frecuentes errores de diagnóstico, es pués necesario pensar en la enfermedad de Barlow en niños de 6 meses á 2 años nutridos artificialmente, cuando estamos en presencia de síntomas obscuros que nos desconciertan.

El tratamiento de acción inmediata y eficaz ha dejado sentir sus efectos:

en	2	casos	á las	24 horas.
»	4	»	» 48	»
»	1	»	al 3.er	día
»	1	»	» 4.°	»
»	1	»	» 5.°	»

Se ha observado un Barlow á repetición por haber insistido en las harinas comerciales después de curado su primer ataque.

RESUMEN

DE LOS CASOS PUBLICADOS

EN LA

REPÚBLICA ARGENTINA

CUADRO SINÓPTICO DE LOS CASOS PUBLICADOS

Número de orden	AUTOR	Año	Signos de raquitismo	Disturbios digestivos	RÉGIMEN ALIMENTICIO
I	Arraga	1900	sí	no	Desde su nacimiento primero leche condensada, y en los cuatro últimos meses leche maternizada.
II	Araoz Alfaro	1901	ligeros	no	Desde los cuatro meses toma exclusivamente leche maternizada de Backhaus.
III	Araoz Alfaro Dellepiane	1901	ligeros	sí	Alimentado desde hace varios meses con leche maternizada exclusivamente.
IV	Ortiz E.	1902	no	Deposiciones algo acólicas	Desde su nacimiento cuatro meses con leche de Backhaus y desde entonces leche de Gärtner.
V	Ortiz E.	1903	no, refiere	sí	Sobrealimentado primero y después Babeurre con Kufeke.
VI	Araoz Alfaro	1905	no	no	Varios meses leche de Backhaus y él último mes ésta con fosfatina y harina lacteada.
VII	Belloc L.	1905	no	no	Desde su nacimiento leche maternizada de Backhaus exclusivamente.
VIII	Santas M.	1907	no	no	Desde su nacimiento leche malteada hasta los seis meses y medio, después Kufeke.
IX	Santas M.	1908	ligeros	constipación	Curada de un primer ataque de Barlow, vuelven á darle durante ocho meses Allenbury's exclusivamente.
	Franza Fumasoli	1908	no	sí	Seno materno hasta los nueve meses, después Kufeke y Fosfatina con leche muy hervida.
XI	Gareiso A.	1908	no	sí	Seno materno tres meses, después leche de vaca muy hervida y algunas sopitas.
XII	Gareiso A.	1908	no	sí	Desde su nacimiento dos meses leche de vaca hervida, después tres meses harina malteada y luego harina lacteada con agua.
XIII	Arraga	1909	no	sí	Seno hasta los seis meses, después harina malteada con agua exclusivamente.

EN BUENOS AIRES (REPÚBLICA ARGENTINA)

Edad	Sexo	SIGNOS DE ESCORBUTO	Efecto del tratamiento	Epoca en que aparecieron los síntomas
8 á 10 meses	Varón	Anemia, exoftalmia, gingivitis, hematomas en la cabeza y en las tibias.	Reconocida tarde la enfermedad el niño falleció.	No refiere
14 meses	Varón	Seudoparálisis de los miembros inferiores, hematoma en ambos muslos y cuello del pié izquierdo.	Falleció sin haber hecho diagnóstico.	Setiembre
11 meses	Varón	Anemia, impotencia dolorosa de ambos miembros inferiores, gingivitis.	A los dos días.	No refiere
8 meses	Varón	Anemia, seudoparálisis dolorosa de los cuatro miembros, gingivitis.	Al día siguiente.	Julio
18 meses	Mujer	Gingivitis, impotencia dolorosa de los miembros inferiores.	Muy rápido.	Diciembre
10 meses	Varón	Anemia, hematomas en los muslos y en las piernas, impotencia dolorosa, secreción conjuntival sanguinolenta.	A los dos días.	Agosto
8 meses	Mujer	FORMA FRUSTRA.—Hematuria y un poco de dolor en los miembros inferiores.	Al tercer dia	Julio
8 meses	Mujer	Anemia, impotencia dolorosa de los cuatro miembros, hematoma del muslo izquierdo.	Rápido	Noviembre
2 años	Mujer	BARLOW Á REPETICIÓN.—Anemia, seudoparálisis dolorosa de los miembros inferiores, gingivitis.	A los dos días	Abril
17 meses	Varón	Anemia, dolor de los miembros inferiores, hematomas de ambos muslos, gingivitis.	A los cinco días	Agosto
18 meses	Varón	Anemia, seudoparálisis dolorosa de los miembros inferiores, hematomas y equimosis de los muslos, gingivitis.	A los cuatro días, pero fallece por bronconeumonía.	Junio
8 meses	Mujer	FORMA FRUSTRA.—Anemia y seudoparálisis de los miembros inferiores.	Al día siguiente	Julio
11 meses	Mujer	FORMA FRUSTRA.—Anemia y gingivitis escorbútica.	A los dos días	Febrero

OBSERVACIONES

Observación I

SALA II DEL HOSPITAL DE NIÑOS.-SERVICIO DEL DR. L. RIVAS MIGUEZ

Observación de los Dres. Pedro Franza y Rogelio C. Fumasoli.

Manuel G., argentino, de un año de edad. Entró á la sala el 25 de Febrero de 1908.

Antecedentes hereditarios.—Madre 29 años, sana. El padre murió de una afección cardíaca, no precisa cual.

Antecedentes personales.—Criado á pecho hasta los nueve meses, pero seguramente de una manera defectuosa pues ha padecido de varias gastro-enteritis, hace cuatro meses que padece de la afección actual.

Estado actual.—Estado de nutrición pésimo, piel pálida, seca, rugosa, lengua saburral, fiebre elevada, deposiciones mucosas, fétidas, con grumos de leche, varias por día. No hay estigmas de raquitismo. Sometido á tratamiento mejora, hasta que el 18 de Mayo contrajo sarampión por lo cual se le pasa á la sala de infecciosas donde permanece hasta Mayo 5, en cuya época vuelve á la sala.

El estado del enfermo al ingresar de nuevo al servicio es el siguiente. Peso 6 kilos 620 grs., deposiciones mucosas, fétidas, frecuentes, estado general de nutrición malo. Se le somete á régimen con

Fosfatina, se le ordena el primer día calomel, luego poción West. En los días siguientes se nota mejoría. sus pañales son menos mucosos, más ligados y menos frecuentes, su peso disminuye, se le ordena Fosfatina con leche.

Mayo 20.—Peso 5 kilos 680 gramos. Pañales conservando todavía pequeñas cantidades de mucus, algunos fétidos, alimentación Kufeke y Fosfatina con leche.

Desde la techa hasta el día 8 de Agosto en que aparecen los primeros síntomas de la enfermedad de Barlow, el niño ha ido mejorando con pequeñas alternativas de empeoramiento, su alimentación siempre ha sido Kufeke ó Fosfatina con leche, la cantidad de leche era de 200 gramos por vez, hervida y cada tres horas, su peso llega hoy 8 de Agosto á 7 kilos 040 gramos.

En este día tiene un recrudecimiento su enfermedad, tiene una *poussé* de entero-colitis aguda intensa, sus deposiciones son frecuentes, fétidas, y con gran cantidad de mucus, no se notan grumos de leche. Fiebre elevada. Piel muy pálida, caimiento general muy acentuado, está inmóvil, cuando se le mueve para cambiarle los pañales llora, sobre todo cuando se le mueven los miembros inferiores. Encías tumefactas, rojizas, con pequeñas equímosis, muy dolorosas al tacto.

Al nivel de la parte inferior del muslo de ambas

piernas se nota una ligera tumefacción que parece íntimamente unida al fémur, es dolorosa.

Tratamiento.—Se le ordena un purgante, jugo de naranja y leche cruda. Al día siguiente la fórmula:

Rp.

Aceite de ricino. .	5 gramos.
Goma en polvo . .	C. S.
Agua.	60 gramos.
Jarabe simple. . .	10 gramos.
Creosota.	II gotas.

(Bebida).

En los cinco días subsiguientes apesar del tratamiento, los signos de la enfermedad de Barlow se acentúan, las encías se hacen más equimóticas, la tumefacción de los muslos se acentúa, solamente el vientre comienza á mejorar. El análisis de sangre en esa época dá:

Glóbulos rojos.	3.640.000
Glóbulos blancos. . . .	9.000
Hemoglobina.	38 °/₀
Relación globular . . .	1 × 404

retículo escaso.

Fórmula leucocitaria.

Polinucleares.	32 °/₀
Linfocitos.	62 °/₀
Mononucleares	6 °/₀
Eosinófilos.	0 °/₀

Cutireacción negativa.—Análisis de orina nada de anormal.

Desde el día 13 de Agosto empieza la mejoría, en ese día las encías se hacen menos hemorrágicas, disminuye la tumefacción, los derrames del muslo mejoran pero siempre grandes, el vientre casi sano (poco mucus). Desde ese día hasta el 20 de Agosto los síntomas van disminuyendo, hasta que en esta fecha han desaparecido totalmente sus síntomas de enfermedad de Barlow y curado su vientre. Durante toda su enfermedad ha tomado leche cruda, jugo de naranja y poción West con creosota.

Nota. La hermana de la sala encargada de dar los alimentos á los enfermos, para mayor precaución volvía á someter de nuevo á la ebullición la leche.

Observación II

CONSULTORIO DE LOS DRES. J. A. ESTEVEZ Y A. GAREISO

HOSPITAL DE NIÑOS

Carlos M., argentino, de 18 meses de edad. Lo vemos por primera vez el 18 de Agosto de 1908. Viene del campo.

Antecedentes hereditarios.—Padre 35 años, madre 24, ambos sanos. Hay un aborto anterior á este enfermo. Dos hijos sanos.

Antecedentes personales.—Tomó seno materno durante tres meses, después leche de vaca muy hervida y algunas sopitas. Tuvo frecuentes desarreglos gastro-intestinales.

Refiere la madre que su enfermedad data de tres meses. El niño en buen estado de salud aparente comenzó por hacerse fastidioso, llorón, rehusando las comidas. Fué adquiriendo un tinte pálido y perdiendo paulatinamente de peso. Empezó después por manitestar signos de dolor en los miembros inferiores al moverlo para vestirlo, rehusándose á caminar y á estar de pié. Las encías fueron tomando un tinte violáceo y se le hincharon.

Como al mes de enfermedad la madre notó cerca de la rodilla derecha una tumefacción que fué aumentando progresivamente y con cierta rapidez, sucediendo idéntica cosa poco tiempo después

aunque en menor grado en el muslo izquierdo. El niño dejó absolutamente de caminar, llorando continuamente y quejándose dolorosamente al menor movimiento de sus miembros.

Visto por los médicos de la localidad, creyeron unos que se trataba de reumatismo articular, pensaron en osteomielitis otros y por último teniendo en cuenta quizás el estado caquectico del niño y la tumefacción dura del muslo, fué enviado al Hospital de Niños con diagnóstico de osteosarcoma del fémur, donde lo vimos en el consultorio de los Dres. Estevez y Gareiso con el siguiente:

Estado actual.—Agosto 18, Niño sumamente enflaquecido con una intensa anemia. No hay estigmas de raquitismo, ni de sífilis. Es fastidioso y llora continuamente. Este enfermito que ya caminaba, actualmente le es imposible hacerlo y al pretenderlo prorrumpe en llanto.

Presenta en el muslo derecho próximo á la rodilla, una tumefacción dolorosa que se extiende hácia arriba y que hace cuerpo con el hueso, dura, compacta, con equímosis diseminadas. La articulación está libre. Al tocarlo para su examen ó al menor movimiento, el niño grita dolorosamente. No hay cambio de coloración de la piel, ni aumento de su temperatura local.

Le hicimos una punción en la región externa del muslo y nos dió sangre exclusivamente. Se toman

las dimensiones del mismo y nos dá en su tercio superior 23 centímetros de circunferencia, en su tercio medio 27 y en su tercio inferior 25.

El miembro inferior izquierdo está algo edematoso y ligeramente equimótico. Su dimensión en el tercio medio es de 18 centímetros.

Cada diente especialmente los dos primeros molares superiores de cada lado, estan envueltos en un rodete formado por la encía tumefacta, violácea. Las orinas son claras, normales. Temperatura 37°7.

Diagnóstico.—Visto en estas condiciones el Dr. Gareiso hace diagnóstico de enfermedad de Barlow, aconsejando su internación en el hospital en el servicio del Dr. Arraga, el cual confirma el diagnóstico y lo seguimos después con el Dr. Belloc.

Se le saca una radiografía y tenemos la suerte de obtener una espléndida placa por la nitidez con que se obtuvo el hematoma y por sus límites bien netos, lo que no es frecuente observar pues el derrame se deja atravesar por los rayos X.

Como puede comprobarse en la radiografía, el hematoma derecho voluminoso comienza en la región dia-epifisiaria inferior del fémur, se extiende sobre la diáfisis, formándole un verdadero *manchon*. El hueso está sano, el hematoma es sub-perióstico. En el fémur izquierdo tenemos el mismo proceso en menor grado, se vé el derrame en su comienzo, avanzando sobre la diáfisis.

El examen de la sangre nos dió el siguiente resultado:

Glóbulos rojos	3.100.000
Glóbulos blancos	6.500
Hemoglobina	28 °/₀
Relación globular	1 × 476

retículo escaso.

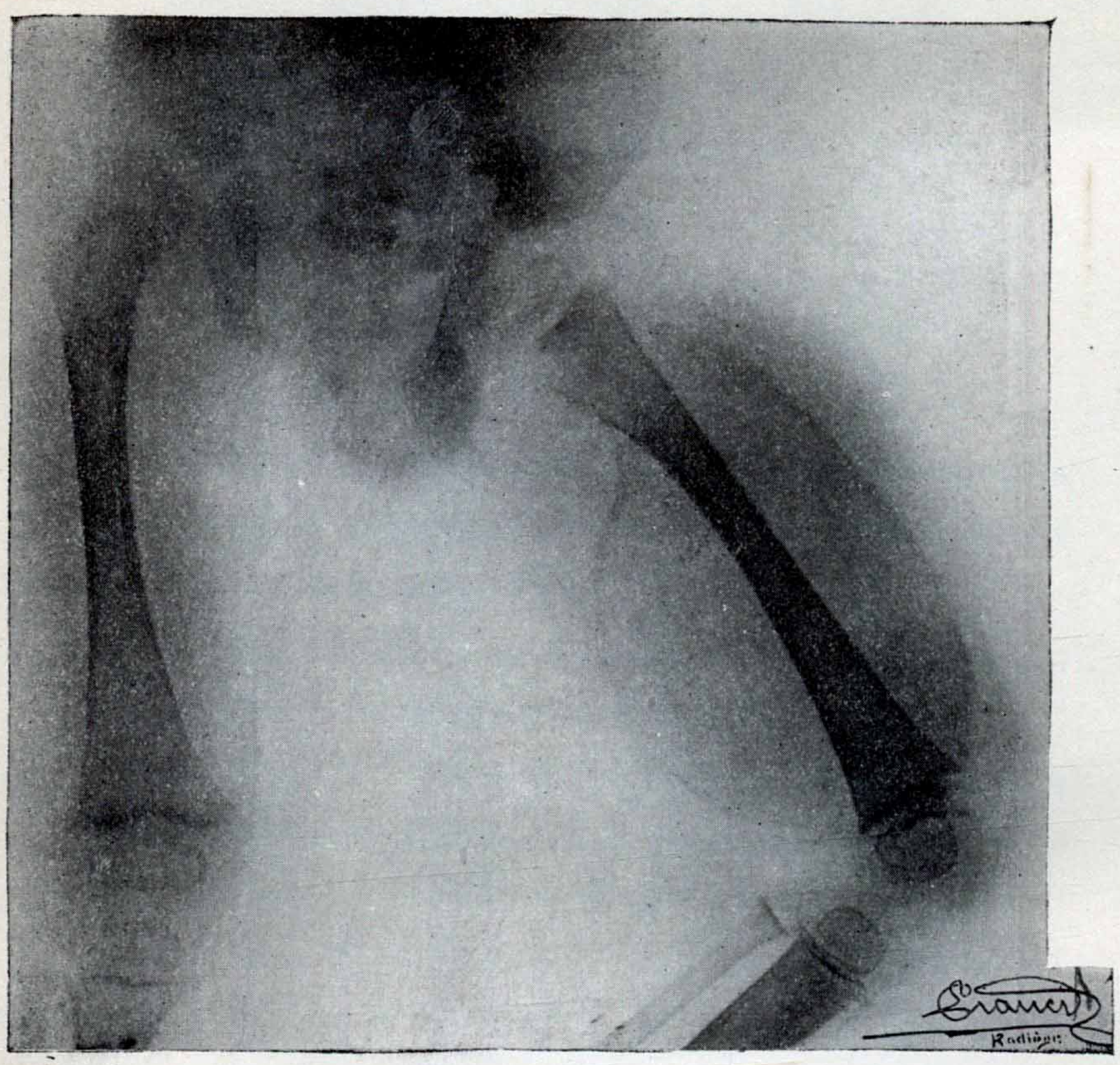
Fórmula leucocitaria

Polinucleares	30 °/₀
Linfocitos	58 °/₀
Mononucleares	12 °/₀
Eosinófilos	0 °/₀

Tratamiento.—Se instituye tratamiento, dándole como alimentación leche de burra y jugo de naranjas.

A los 4 días la facies del enfermito ha mejorado notablemente, su pañal es bueno. Ha cesado su llanto y mueve sus piernitas con más facilidad. Las encías han disminuido de la mitad.

Agosto 25.—El espesamiento de los muslos vá disminuyendo como lo comprueban las dimensiones. El muslo derecho tiene en su tercio superior 22 centímetros de circunferencia, en su tercio medio 24 y en el tercio inferior 24. El izquierdo tiene en su tercio medio 16 y $^1/_2$ centímetros. La temperatura ha oscilado sin llegar á 38°. El examen de la sangre nos dá el siguiente resultado:



RADIOGRAFÍA DE LOS MIEMBROS INFERIORES

Gran hematoma subperióstico del fémur derecho y pequeño del izquierdo

Glóbulos rojos	3.760.000
Glóbulos blancos	16.500
Hemoglobina	39 °/₀
Relación globular	1 × 227
reticulo regular	

Fórmula leucocitaria

Polinucleares	70 °/₀
Linfocitos	26 °/₀
Mononucleares	3 °/₀
Eosinófilos	1 °/₀

Como puede verse el examen de la sangre ha mejorado, aumentando el número de glóbulos rojos y la cifra de la hemoglobina.

En esta época el enfermito sufre un ataque de bronquitis y la temperatura se eleva á 39°.

Setiembre 1.—El niño sigue con su bronquitis y temperatura elevada. Las dimensiones del muslo derecho siguen disminuyendo, teniendo en su tercio superior 21 centímetros, en su tercio medio 22 y en su tercio inferior 22.

Evolución de la tumefacción de los muslos avaluada en centímetros.

	Muslo derecho			*Muslo izquierdo*
	Tercio superior	medio	inferior	Tercio medio
Agosto 18	23	27	25	18
» 25	22	24	24	16 ½
Setiemb. 1	21	22	22	

Como el niño continuara con su bronquitis y temperatura elevada, la familia lo retira del hospital y lo lleva nuevamente al campo. Más tarde supimos que el enfermito había sucumbido á consecuencias de una bronco-neumonía.

El tratamiento antiescorbútico como es general, había dejado sentir en este caso sus efectos benéficos é inmediatos, mejorando el niño sus deposiciones, cesando el llanto, reabsorbiéndose progresivamente los hematomas y disminuyendo la tumefacción de las encías.

El proceso curativo se hacía lentamente es cierto, pero debemos considerar que se trataba de un caso con tres meses de enfermedad, sumido en profunda caquexia, cuando vino una afeccion intercurrente como fué la bronquitis á terminar con la vida del pequeño paciente por bronco-neumonía, como generalmente sucede en estos casos. Si este mismo enfermo nos hubiese sido traído un tiempo antes, sin dejar progresar tanto la caquexia, estamos seguros que el tratamiento antiescorbútico hubiera dominado la enfermedad.

Observación III

CONSULTORIO DE LOS DRES. J. A. ESTEVEZ Y A. GAREISO

HOSPITAL DE NIÑOS

Laura B., argentina, de 8 meses de edad. La vemos por primera vez el 23 de Agosto de 1908.

Antecedentes hereditarios.--Padre 28 años, madre 25, ambos sanos. No hay sífilis, ni alcoholismo.

Antecedentes personales.—Niña nacida á término, parto normal, peso 3 kilos 800 gramos. Al día siguiente de su nacimiento le comenzaron á supurar ambos oídos. Al tercer día fué despechada por haberse enfermado la madre de fiebre puerperal, alimentándola desde entonces con leche de vaca hervida, cada dos horas.

Como la niña no aumentara de peso y tuviese frecuentes diarreas, suspendieron la leche de vaca para darle harina malteada con agua de cebada.

Este género de alimentación fué seguido hasta los cinco meses de edad. El primer mes la niña aumentó de peso llegando á 4 kilos 800 gramos, para estacionarse después nuevamente. Parece que no toleraba bien la harina malteada, pues dice la madre que tenía deposiciones diarreicas, ácidas, con *mucus*, que le produjeron un eritema del periné y región glútea.

Cambiáronle entonces la alimentación por la ha-

rina lacteada con agua de cebada, la que normalizó al principio el vientre, para descomponerse después nuevamente.

A los seis meses tuvo un ataque de bronquitis catarral, con fiebre y tos. Los oídos continúan supurando, tratándolos con lavajes bóricos y glicerina fenicada.

A los siete meses de edad refiere la madre haber notado que su hija no tomaba los alimentos con el apetito de antes, haciéndose fastidiosa y llorando casi continuamente. Observó que al moverle los miembros interiores para vestirla, prorrumpía en llanto y que los mantenía continuamente encojidos, las piernas flexionadas sobre los muslos y éstos sobre la pelvis, siéndole imposible mantenerse de pié como lo había hecho hasta el presente. Fué adquiriendo un tinte pálido, comenzó á disminuir de peso y por último dejó de mover completamente sus piernitas, y esta impotencia funcional que preocupaba á la madre, hizo que recurriera á un médico, el que le instituyó un tratamiento sin resultado alguno.

A los ocho meses de edad y al mes de haber aparecido los primeros síntomas de su enfermedad, la madre se decidió llevarla al Hospital de Niños para curarla de las piernas, donde la vimos en el consultorio de los Dres. Estevez y Gareiso con el siguiente:

Estado actual.—Agosto 23. Niña muy enflaquecida, con marcado decaimiento, sus carnecitas son fofas, llamando la atención la anemia intensa que le dá un tinte pálido terroso. Tiene enteritis catarral, llora continuamente. Anorexia completa. No ha dentado aún. Supuración de ambos oídos. No hay estigmas de raquitismo ni de sífilis. Temperatura 37°5.

Tiene sus miembros inferiores flexionados, en la actitud que Netter llama de defensa. Al querer estirárselos para vestirla ó para cargarla en los brazos, grita dolorosamente. No se sostiene de pié, ni hace con ellos el menor movimiento.

Diagnóstico.—Vimos esta enfermita con el Dr. Gareiso, quién hizo diagnóstico de enfermedad de Barlow, el que fué más tarde confirmado por el Dr. Arraga.

Tratamiento.—Se le prescribe leche de burra, una cucharadita de café de jugo de naranja antes de cada comida y poción West. Refiere la madre que al día siguiente notó ya una sensible mejoría, que la niña sufría menos pues no lloraba tanto y si se le tocaban las piernitas no gritaba como lo hacía anteriormente. Tomaba sus alimentos con avidez. Al segundo día cesó de llorar por completo.

Agosto 30.—A la semana de tratamiento los síntomas de enfermedad de Barlow desaparecieron

completamente, su estado general ha mejorado notablemente, su vientre se ha normalizado, come con apetito y ha recuperado su habitual alegría. Se sostiene nuevamente de pié moviendo sus piernitas con toda facilidad.

Setiembre 19.—Continúa con el mismo tratamiento. La enfermita sigue bien, caminando perfectamente. Ha curado de la supuración de los oídos. Vientre en buenas condiciones, deposiciones normales.

Tenemos ocasión de verla de nuevo al año de edad en perfectas condiciones de salud, pesando 10 kilos. Le han aparecido dos dientes, los dos incisivos medianos inferiores. Tiene sus fontanelas cerradas, solo conserva un tinte pálido.

—·—

Estamos como se vé en presencia de una forma frustra de enfermedad de Barlow, cuya única manifestación fué una seudoparálisis dolorosa de los miembros inferiores. Su etiologia y el resultado inmediato del tratamiento, fué la mejor confirmación del diagnóstico.

Como se vé la causa reside en el uso exclu ivo y prolongado durante seis meses de alimentos conservados, harina malteada primero, sustituida después por harina lacteada.

Observación IV

Observación del Dr. Antonio Arraga

Jorgelina V., argentina, de 11 meses de edad. La vimos por primera vez el 12 de Marzo de 1909.

Antecedentes hereditarios.—Padre 38 años, madre 33, ambos sanos. No hay sífilis, ni alcoholismo. Tiene siete hermanos.

Antecedentes personales.—Niña nacida á término, parto normal. Amamantada por la madre durante un mes, después por diversas amas hasta los seis meses. A esta edad le sustituyen el seno por la harina malteada con agua, alimentación que fué seguida hasta la época en que aparecen los primeros síntomas de la enfermedad. Tuvo varios ataques de gastro-enteritis. Refiere la madre que hace algún tiempo notó que su niña no adelantaba, que adquiría un tinte pálido al mismo tiempo que se hizo fastidiosa y llorona, y que no tomaba los alimentos con el apetito de antes. Hace unos veinte días notó también que la encía superior estaba tumefacta, violácea, dolorosa.

Estado actual.—Marzo 12. Niña algo enflaquecida. Peso 7 kilos 300 gramos. Carnecitas fofas con un tinte pálido. Anorexia. Tiene cuatro dientes los dos incisivos medianos superiores é inferiores y le están apareciendo los dos incisivos laterales superio-

res. No hay estigmas de raquitismo, ni de sífilis. Llora mucho, es inquieta y fastidiosa. No camina, ni se sostiene de pié. La gran fontanela está casi osificada. Tiene la encía superior tumefacta, violácea, dolorosa, alrededor de los dientes; sucediendo igual cosa donde están por aparecer los dos incisivos laterales. El resto de la encía normal, lo mismo que la inferior. Tiene diarrea verde, fétida, con mucus. No hay temperatura.

Diagnóstico.—En estas condiciones la vemos con el Dr. Arraga, quién diagnostica forma frustra de enfermedad de Barlow.

Tratamiento.—Se le prescribe Infantina con leche de burra, cinco gotas de jugo de limón antes de cada comida y media pastilla de citro-sodina Grémy disuelta en agua. Refiere la madre que á los dos días notó una sensible mejoría, pues la niña se hizo menos fastidiosa, tomando sus alimentos con mucho apetito.

Marzo 18.—La enfermita continúa bien, su piel se ha coloreado. La tumefacción violácea de la encía ha desaparecido, el llanto ha disminuído. Sigue alimentándose ávidamente, habiendo mejorado notablemente su vientre.

———

Nuevamente tenemos ocasión de observar una forma frustra de enfermedad de Barlow, cuyo único síntoma fué una gingivitis que cedió rápidamen-

te al tratamiento antiescorbútico, confirmando el diagnóstico, teniendo también el antecedente de la alimentación que fué exclusivamente harina malteada con agua durante cinco meses. Si este caso no hubiese sido diagnosticado tan precozmente como lo fué, hubieran aparecido después los demás síntomas hasta convertirlo en un caso típico, facilitándose entonces el diagnóstico.

Buenos Aires 19 de Marzo de 1909.

AGUSTIN S. POGGI.

Buenos Aires, Marzo 20 de 1909

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. Gregorio Araoz Alfaro, al Profesor titular Dr. Ignacio Allende y al Profesor suplente Dr. Mamerto Acuña, para que, constituidos en comision revisora, dictaminen respecto de la presente tesis de acuerdo con el Art. IV de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. Cantón

R. S. Gómez

Secretario

Buenos Aires, Abril 3 de 1909

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis según consta en el acta n.º 1950 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón

R. S. Gómez

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El tratamiento antiescorbútico es una verdadera piedra de toque en los casos de diagnóstico dudoso de enfermedad de Barlow.

II

Dada la frecuencia de actuación de la causa (aparente), llama la atención la rareza relativa de la enfermedad de Barlow.

III

Los casos de enfermedad de Barlow estudiados en la Argentina, confirman como etiología, el empleo de las leches comerciales y de las harinas de conserva.

BIBLIOGRAFIA

Acuña.—El escorbuto infantil y la leche esterilizada. («Argentina Médica». Año 1903, pág. 157).

Araoz Alfaro.—Sobre la enfermedad de Barlow y especialmente sobre su existencia en Buenos Aires. («Anales del Círculo Médico Argentino». Año 1901, pág. 324).

Araoz Alfaro.—Un nuevo caso de enfermedad de Barlow. («Archivos Latino-Americanos de Pediatría». Año 1905, pág. 317).

Arraga.—Un caso de escorbuto infantil (enfermedad de Barlow). («Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires». Año 1900, segundo semestre).

Arraga.—La alimentación infantil en sus relaciones con el raquitismo y la enfermedad de Barlow. («Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires». Año 1904, pág. 667.

Ausset.—La maladie de Barlow. Rapport fait an IVe Congrès de ginecologie, d'obstétrique et de pediatrie. Rouen 1904.

Bardin M.e — Contribution á l'étude clinique et etiologique du Scorbut infantile.—La fièvre dans la maladie de Barlow. Thèse París 1903.

Barlow.—Art. «Scorbut infantile». Traité de Medecine de l'enfance de Grancher et Comby.

Belloc L.—La enfermedad de Barlow (Escorbuto infantil). Tesis presentada á la Facultad de Buenos Aires en 1904.

Belloc L.—Escorbuto infantil (forma frustra). «Revista de la Sociedad Médica Argentina». Año 1905, página 303.

Benati.—Di un caso di morbo di Barlow. («La Pediatría», de Nápoles. Año 1907, pág. 740.

Bouchot.—Contribution a l'étude du syndrome scorbutiforme des jeunes enfants. (Maladie de Barlow). Thèse París 1906.

Cattaneo.—A propósito di un caso de morbo di Barlow. (Revista «La Pediatría» de Nápoles. Año 1906, pág. 776).

Comby.—Sept cas de scorbut infantile. (Archives de médecine des enfants. Año 1904, pág. 592).

Comby.—Trois nouveaux cas de scorbut infantile.(Archives de médecine des enfants. Año 1906, pág 673).

Crozer-Griffith.—El escorbuto infantil. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Año 1903, pág. 289).

Dueñas J.—La enfermedad de Barlow en la isla de Cuba. (Archivos Latino-Americanos de Pediatría. Diciembre de 1905.

Fedele.—Intorno a due casi di «morbo di Barlow». («La Pediatría» de Nápoles. Año 1907, pág. 747).

Franza-Fumasoli.—Observaciones clínicas. Enfermedad de Barlow. (Revista del Hospital de Niños. Año 1908).

Hutinel.—Les formes frustes de la maladie de Barlow. (La Presse Médicale. Año 1904, pág. 742).

Martinez Vargaz.—Le scorbut infantil dans ses relations avec la stérilisation du lait. (Congreso Internacional de las Gotas de leche. París, Octubre de 1905).

Moncorvo (hijo),—Un caso de molestia de Barlow. (Escorbuto infantil). Archivo. Latino-Americano de Pediatría. Febrero de 1908).

Morquio L.—Dos casos de enfermedad de Barlow en niños alimentados á pecho. (Archivos Latino-Americanos de Pediatría. Febrero de 1906).

Muratori.—Malattia di Barlow. (Gazzeta degli Ospedali e delle Cliniche. Año 1906, pág. 976).

Netter.—Le scorbut infantile. (Semaine Medicale. Año 1899, pág. 57).

Netter.—Scorbut infantile et lait stérilisé. Influence de la stérilisation sur la disparition du pouvoir antiscorbutique du lait. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Año 1902, pág. 543).

Orefice.—Contribuzione alla casuistica del morbo di Barlow. («La Pediatría» de Nápoles. Año 1907, pág. 754).

Ortiz E.—Un caso de escorbuto infantil. (Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires. Primer semestre de 1903).

Pagliari.—Intorno ad un caso di morbo di Bartow. (Rivista di Clinica Pediatrica. Maggio 1905).

Rochon.—Le scorbut infantile en France. (Thèse Paris 1903).

Romme.—Les difficultés diagnostiques de la maladie de Barlow. (La Presse Médieale. Año 1904, pág. 54).

Santas M.—Dos casos de enfermedad de Barlow. (Escorbuto infantil). (Archivos Latino-Americanos de Pediatría. Mayo de 1908).

Tollemer.—Art. «Scorbut infantile». Traité de Medecine de Bouchard et Brissaud.