

Escorbuto infantil

Por el DOCTOR ROIG RAVENTÓS

Consideraciones históricas y etiológicas

Podemos considerar como una rareza clínica en nuestro país la entidad nosológica que nos va a ocupar unos momentos. En los años de práctica profesional que llevo, sólo dos veces he tenido ocasión de observarla. Compañeros de más años de práctica y de labor más intensa que la mía me han confirmado la misma impresión. El doctor Suñer, en su obra, confiesa sólo haber observado dos casos. En las publicaciones médicas y en los congresos, y academias, no recuerdo haber visto nunca que sea el escorbuto infantil un tema que sirva de discusión profesional. Lo contrario ocurre, con harta frecuencia, en las demás naciones. Cabe preguntarnos si es un privilegio de nuestro país y de nuestra raza. En nuestra urbe existe el hacinamiento, las casas sin luz, la humedad se filtra implacable, los alimentos que se da a los niños tienen todas las condiciones apropiadas para producir el escorbuto y, no obstante, podemos calificar como rara la citada enfermedad. ¿Es la luz solar, este caudal de vida que nosotros disfrutamos con todas sus ventajas y excelencias, la que aleja la enfermedad de nuestros lares?

Hojeando la historia podemos afirmar que el escorbuto es una enfermedad que desaparece a medida que los progresos de la civilización van cundiendo por las naciones. La rapidez de los medios de comunicación evitando las travesías interminables de los viajes por mar en barcos de vela, sin motor auxiliar que los libre de pasar días y días presos en horas de calma, eximen a las tripulaciones de la condena agobiante de la comida conservada meses y meses y que debía ser ingerida con todas las malas condiciones de un manjar esencialmente antihigiénico. La frase sinónima de vela y escorbuto, pronto será exclusiva de los tiempos pasados y pasará a ser patrimonio de la historia. Y las narraciones de las terroríficas epidemias de escorbuto, que en las grandes expediciones marítimas azotaron, en los siglos xv y xvi, a las tripulaciones de Vasco de Gama y de Hawkins, nos parecerán hermanas de aquellas pestes que aparecieron antes de Jesucristo. En el siglo xvii se llamaba al escorbuto *peste de mar*. Y a los cabos de Buena Esperanza y de Hornos se les llamaban *cabos del escorbuto*. Las guerras también han dado pábulo a la enfermedad: las Cruzadas, las tropas de Luis, rey de Francia, en el sitio de Damietta y en el Cairo; los 23,000 casos cuando la guerra de Crimea, y el sitio de París, son documentos históricos, que al ser comparados con los de la gran guerra que no ha mucho ha sufrido la humanidad, hablan muy en favor de la higiene. El escorbuto no ha aparecido para ayudar a la muerte bélica de la gran guerra. Es, pues, la enfermedad que nos ocupa, una afección agonizante bajo el yugo del progreso.

El escorbuto, actualmente, sólo se le halla en la zona fría, y ha desaparecido de las zonas cálida y templada. Entre los países clásicos del escorbuto deben citarse la bahía de Hudson, donde causa estragos a los esquimales y a los exploradores de Europa que por allí pasan. Islandia, Finlandia, la parte norte de Suecia y Noruega, así como la parte septentrional de Rusia, siguen siendo países en los cuales el escorbuto es una enfermedad *vigente*. Las últimas epidemias se han observado en los buques de vela de los pescadores de Islandia y Terranova. Nocht ha emitido una teoría, en virtud de la cual considera el beriberi de los barcos de vela como una forma especial del escorbuto. De ser cierto, resultaría que esta afección no está tan extinguida como se creía.

Por uno de estos hechos humillantes de la medicina, sin que asome por ningún punto un rayo de la verdad etiológica, de vez en vez se observan casos de escorbuto que constituyen una curiosidad para nosotros y muchas veces un escollo en el cual se estrella el diagnóstico en detrimento del paciente y de nuestro prestigio profesional. Por este motivo he creído de interés la narración de un caso observado por mí en plena urbe y en una casa donde no falta la mirada vivificante del sol, ni está presidida por la nefasta presencia de la humedad.

Ninguna de las teorías emitidas resulta satisfactoria para saciar nuestro espíritu indagador. La hipótesis de Garrod, apoyada en la ingestión insuficiente de sales potásicas; la teoría que culpa la afección al uso exclusivo de carne fuertemente salada; la creencia de que sea la falta de grasas, el hambre de grasa; la mala calidad del agua ingerida, el hacinamiento, la fatiga, la miseria, la nostalgia, el frío; nada puede darnos la clave de los casos esporádicos que, como confiesa ingenuamente Laache, *no tienen explicación posible*. Los experimentos realizados estos últimos tiempos en los enfermos de beriberi, alimentándolos con cereales privados de la cutícula y la feliz concepción de las

vitaminas, han encauzado los hechos hacia el terreno de la verisimilitud y en ellos hemos de cobijarnos ínterin no se aclare el misterio de los escorbutos que de vez en cuando se presentan en la infancia esporádicamente.

Eykmann descubrió que en los enfermos de beriberi, afección paralizante que ataca a los hombres alimentados con arroz desprovisto de su cutícula, podía evitarse la afección con sólo procurar que fuese ingerida la citada corteza vegetal. Este hecho singular fué reproducido en aves de experimentación. Weil y Mouriquand han observado lo propio con granos de vegetales y legumbres decorticados. Más tarde, Gryns y Froelich llegan a la conclusión de que puede provocarse el escorbuto con legumbres sometidas a una temperatura de 120°. Por último, Funk, de Londres, da la explicación científica. La causa de los accidentes escorbúticos es debida a la falta de una substancia esencial de que carecen los alimentos y que él llama *vitamina*. Este autor, después de operaciones químicas complicadas, obtiene una substancia de la cutícula vegetal, que llama *vitamina*. De 50 kilos de materia sólo llega a obtener 4 decigramos de producto. Es una base cristalizada que funde a 223°. Los palomos afectos experimentalmente de escorbuto mejoran con la administración de esta substancia. Con sólo unos miligramos, desaparecen rápidamente los síntomas de la enfermedad.

Parece ser que la leche contiene una gran cantidad de vitaminas y que éstas están contenidas en la grasa. La serie de modificaciones que la industria moderna somete a las leches para humanizarlas, produce la destrucción de las vitaminas, y de aquí los casos de escorbuto infantil en los niños sometidos a lactancias artificiales. Variot insiste en hacer constar que los niños que toman leche esterilizada a 100° y 108° grados no enferman por la razón de que las vitaminas se destruyen a 120° grados. Ya en el congreso de Bruselas, el año 1907, hizo hincapié acerca del escorbuto provocado por la leche homogenizada, en la cual la emulsión de los glóbulos butíricos es la causa de la destrucción de las vitaminas de la leche.

La leche Backaus ha sido también considerada como escorbútigena. He de confesar que en los niños que he tenido ocasión de ver alimentados por la citada leche no he notado ningún síntoma de enfermedad de Barlow.

Es preciso distinguir entre leche esterilizada, pura, en la cual entran todos los elementos de la leche, y las leches modificadas. En éstas, la mano del hombre ha profanado la obra de la naturaleza, y el fracaso sigue a su administración. Mejor que leches *modificadas*, debiera llamárseles leches *profanadas*.

La mano del hombre, al querer rectificar el alimento completo, sabía obra de la naturaleza, destruye la armonía biológica, que aun es para la mente humana un misterio de perfección.

Por esto no nos ha de sorprender que Variot afirme que en 28 años de administrar leche sometida a altas temperaturas, habiendo empleado más de un millón de litros en más de 10,000 infantes, no haya observado ningún caso de enfermedad de Barlow. Puericultores tan autorizados como Budin y Escherich están de acuerdo en rehusar la idea de que la leche muy hervida sea escorbútigena. El precepto propuesto por nosotros, en forma de aforismo, parece que es el que ofrece más garantías, «la leche debe ser ordeñada, hervida y tomada». Señalaremos, para dejar este punto, que hay vitaminas de distinta naturaleza. Las del grupo A, solubles en las grasas, que cuando faltan producen el raquitismo; las del grupo B, solubles en el agua, que cuando faltan producen el beriberi, y las del grupo C, también solubles en el agua, y que cuando faltan producen el escorbuto. Estos elementos termoestables ofrecen a la clínica una terapéutica nueva, a la par que sugestiva. Como se ve, pues, existe una verdadera *especificación* de las vitaminas.

CASO CLÍNICO

No ha mucho compareció en mi consultorio un niño afecto de hipotrofia, debida a mala alimentación, la cual le había producido una dispepsia por mala calidad e impropia cantidad de los alimentos. Los antecedentes quedan resumidos en cuatro palabras: hijo de padres jóvenes y sanos, es sometido a lactancia natural por nodriza durante los primeros meses. Afectó de una bronquitis, es trasladado al domicilio de sus padres y allí se le dan biberones de leche condensada marca *La Lechera*. Después sopas de crema de arroz y leche esterilizada de la que suministra la Lactancia municipal. En la época en que empiezan los calores el niño padece una entero-colitis, de la que curó completamente. En octubre, sometido de nuevo a leche de la Lactancia Municipal y a sopas de crema de arroz, empiezan los síntomas de la enfermedad que nos ocupa. En aquel momento el enfermito contaba un año y medio de edad.

Sometido a lactancia artificial, sin una norma científica, el enfermito presentaba el tipo de los que son víctimas de la vergonzosa ignorancia, que aun en nuestra urbe preside los lares de nuestros ciudadanos, aumentando la morbilidad y mortalidad infantil de un modo poco digno y un tanto de-

primente. Saltaba a la vista del enfermito la anemia, la falta de peso, los trastornos digestivos y la dentición atrasada. Mi primera intervención fué encaminada a someter el niño a un régimen tal que le permitiera eximir a su fatigado tubo digestivo del trabajo de una digestión laboriosa; tanto en la cantidad como en la calidad de los alimentos, y así rehabilitar las funciones de asimilación y restablecer la nutrición maltrecha.

Al cabo de unos días vuelve la madre con el enfermo, porque se negaba a dar un solo paso. Tan luego como lo ponen en el suelo llora y protesta hasta que lo llevan en brazos. Examiné el caso y no hallé nada que me llamase la atención para diagnosticar ninguna lesión del aparato locomotor de las que dificultan la deambulación. Pensé en la posibilidad de una heredo-sifilis, en la pseudo parálisis de Parrot (si bien el enfermo no era de la edad típica, debía pensarse en los casos en que los síntomas de heredo-sifilis aparecen tardíamente), pero el interrogatorio, que me pareció amparado de la más honrada sinceridad, me alejó la idea de la avariosis. Se me antojó que podía muy bien ser un caso de luxación congénita de la cadera, afección que muchas veces sólo se diagnostica en los primeros tiempos de la deambulación, y una radiografía me pone en la certidumbre de que no se trata de tal anomalía. El clisé evidencia de un modo elocuente la integridad ósea y, por consiguiente, desaparece toda sospecha de tuberculosis y de procesos flogósicos del aparato locomotor. La idea del probable reumatismo me induce a ordenar una pomada a base de salicilato de metilo y recomendar reposo. Al cabo de unos días, requerido por la familia, acudo al domicilio, que resulta ser un piso alto, bañado de luz, con sol y buena orientación, de la calle de Roig. Examiné el enfermo, que no tenía fiebre y que prorrumplía en gritos al ser movidas sus extremidades. Me pareció que las rodillas estaban tumefactas. La visión de aquel niño me evocó el recuerdo de una fotografía de la obra inglesa de John Thomson en la cual aparece un caso de artritis de Still. El chiquillo, con las rodillas dobladas, miraba con terror a las personas que le rodeaban, temeroso de que le hicieran mover sus extremidades. Ordené baños de sol y baños calientes al propio tiempo que una poción con salicilato de sosa. A los pocos días, tal como indiqué a la familia, me traen orina para analizar y me dicen que el niño cuando está en el baño de agua caliente, mueve las piernas sin acusar dolor; esto y la ausencia de albúmina me induce a recomendar que sigan la misma medicación, que a los pocos días, viendo que el enfermo no mejora, me hace pensar en la posibilidad de ser una forma de escorbuto sin las lesiones particulares de las encías que tanto caracterizan la afección.

Suprimida toda medicación, el enfermo toma durante el día el zumo de mandarina y de uva, en la forma siguiente:

Durante tres días toma el zumo de 12 granos de uva; una cucharada de zumo de mandarina.

A los cinco días movió las piernas.

Después tomó durante 20 días tres cucharadas de zumo de uva y tres de zumo de mandarina y puré de patata. No tomó nunca leche cruda, ni limón, ni carne cruda.

Al cabo de unos días el enfermo mejora rápidamente y anda, completamente curado. Mi intervención médica se limitó a recetar unas inyecciones de un preparado ferruginoso que un individuo de la familia le ponía para combatir la anemia consecutiva.

Terminada la narración del caso clínico, vamos a reflexionar un momento acerca de las formas clínicas que el escorbuto puede revestir y que, de no conocerlas, puede pasar inadvertida una afección que es de las elegidas por la terapéutica, ya que los resultados son de una eficacia y de una rapidez realmente mágicas. Además, el práctico que tiene la fortuna de dar con el diagnóstico en el período prístino de la enfermedad, puede evitar la discrasia hemática y las graves complicaciones que de ella dependen.

El escorbuto es, pues, una enfermedad de la sangre, para unos autores (*Diátesis hemorrágica*, Feer) y una enfermedad de los huesos (*Distrofia ósea*, Lesage) para otros. Los síntomas que la integran los ordenaremos, para su estudio, en cuatro grupos:

ENFERMOS DE SINTOMATOLOGÍA COMPLETA. — El síntoma *Dolor* aparece generalmente en las extremidades inferiores, dificultando la marcha y está localizado en los extremos diafisarios, produciendo una pseudo-parálisis. Las extremidades superiores no están afectas con tanta frecuencia. Las partes afectas se hinchan y se vuelven edematosas, sin que la piel tome parte en el proceso, ya que no está rubicunda, ni ardorosa, ni equimótica. Generalmente, las lesiones son simétricas y acaso en un lado predominan los fenómenos locales.

SÍNTOMAS DE LA DIÁTESIS HEMORRÁGICA. — La sangre del escorbútico es una *sangre lesionada*, con una modificación parecida a las diátesis que producen la misteriosa patología de las enfermedades del grupo Werlhof, hemofilias, enfermedad de Bul. En efecto, el escorbútico, después de presentar la coloración pálida de un anémico y de sufrir los trastornos óseos y sensoriales, es invadido por hemorragias reveladoras de su diátesis hemática: una hematuria, una epistaxis, una deposición sanguinolenta, una equimosis conjuntival, un céfalo-hematoma, petequias y sufusiones cutáneas y edemas. En el periostio de los maxilares y de los huesos largos, se producen extravasaciones sanguíneas abun-

dantes subperiósticas y eperiósticas. Los huesos largos, a veces, quedan envueltos de sangre, constituyendo un verdadero *manguito* de sangre. Estas hemorragias, cuando se localizan en la órbita producen la exoftalmía. El cito-diagnóstico revela alteraciones de la sangre, como oligocromemia, oligocitosis, poiquilocitosis, linfocitosis relativa, taquipnea y soplos accidentales.

SÍNTOMAS ESTOMATOLÓGICOS. — Las lesiones de la boca son tan características que, como dice Laache, en los casos en los cuales falta la afección gingival el diagnóstico es extraordinariamente difícil. Estas consisten en los fenómenos escorbúticos, o sean equimosis y hemorragias de las encías, siempre que exista dentición. Puede afirmar que los dientes *llaman a los síntomas* que más inducen al médico a formular la enfermedad. Alrededor de cada diente aparece una fungosidad, una granulación hemorrágica de la encía, que sangra y es dolorosa y despide una fetidez propia. Por regla general, la extensión de las lesiones gingivales es proporcional al número de dientes, ya que la encía es normal allí donde no hay piezas dentarias. En el lugar donde va a aparecer un diente también se dan equimosis escorbúticas.

En los casos intensos la diátesis hemorrágica produce hematomas en el seno de órganos primordiales de la vida. La hemorragia de las meninges seguida de convulsiones y de coma, la apoplejía pulmonar y las hematurias, son fenómenos desagradables que pueden terminar con el enfermo. En los casos de hemorragias aparece la fiebre de reabsorción de la sangre extravasada.

Generalmente, los enfermos de Moller-Barlow siguen el curso siguiente: un período prodrómico caracterizado por sueño agitado, palidez cutánea, mal humor, inapetencia, es seguido por la aparición de dolores. El niño se queja cuando se le baña o se cambia de pañales o se coge. Después las articulaciones se tumefactan y algunos días más tarde aparecen en las encías los fenómenos hemorrágicos. Después, un pañal rojo de sangre; ora una micción, ora una defecación sanguinolenta, revelan que la diátesis hemática está constituida. Noeggerath, de Friburgo, dice que las pérdidas microscópicas de sangre son, con frecuencia, un síntoma precoz de la enfermedad de Barlow (1).

Lesage ha descrito tres formas de escorbuto, que él apellida FORMAS FRUSTRADAS, a saber: la *hiperestésica*, la *articular* y la *hemorrágica*. Me parecen muy dignas de comentar tales variedades, ya que de su conocimiento depende la conquista del diagnóstico, como en el caso observado por nosotros. En efecto, nuestro caso corresponde a la primera forma, que se caracteriza por que el niño pálido está sensible al menor contacto de sus extremidades inferiores. El examen médico es negativo. Ninguna lesión se halla en los músculos, articulaciones y nervios, y en cambio, una modificación en el régimen hace desaparecer los síntomas en poco tiempo. Estos enfermos, alimentados por medio de leches lejanas de su ordeño, curan tan luego como se les da un alimento fresco. En los enfermos de la forma de escorbuto correspondiente a la modalidad clínica que él llama hiperestésica, existe una hipersensibilidad total de un miembro. Esta forma es frecuente, hasta el punto de creer Lesage que todo niño de pecho que, después de seis meses, se vuelve de súbito quejumbroso y grita cuando se le mueven las extremidades inferiores, debe considerarse como afecto de escorbuto de la forma hiperestésica y, por lo tanto, debe ser modificada su alimentación. Es muy frecuente que niños que andaban bien, dejen de deambular y sólo con un cambio del régimen a que estaban sometidos vuelven a sus pasos con la agilidad de antes.

En la forma *localizada al cartilago de conjunción*, el enfermito presenta una pierna afectada. El examen de la articulación resulta negativo. Sólo a nivel de la epifisis del fémur, en el cartilago de conjunción, se nota tumefacta y dolorosa a la presión. La sintomatología es tan similar a la parálisis de Parrot, que es muy fácil confundirla. Hay que tener en cuenta que esta última se presenta antes de los tres primeros meses de la vida y el escorbuto no aparece antes de los seis meses. El tratamiento es un recurso que aclara el diagnóstico.

FORMA HEMATÚRICA. — A veces el escorbuto se revela con un solo síntoma: una hemorragia acompañada de ligera fiebre y de palidez. Heubner cree que la hematuria se presenta, en el 10 % de los casos, como único síntoma de la diátesis hemorrágica.

Esta forma, esencialmente hemática, cede ante el tratamiento a base de alimentos vitaminizados. Ante una hemorragia de un niño de menos de seis meses, debe pensarse en el escorbuto. La melena *neo natorum*, como su nombre indica, aparece en los primeros días de la vida. Estos casos abogan en favor de los que estudian el escorbuto entre las enfermedades de la sangre. En este caso concreto la sangre enferma se declara afecta y el práctico no debe olvidar esta *ingenuidad clínica*.

Estos casos podrían llamarse *escorbuto sin escorbuto*.

Etimológicamente, escorbuto es derivado de la palabra danesa *schorbeck*, que significa desgarro o úlcera de la boca. En latín bárbaro, *scorbutus*. En holandés, *schurbiuk*. Todos estos vocablos significan lesión estomatológica, y, en las formas frustradas, dicha lesión no existe. Por este motivo,

(1) Se observa también en la nefritis hemorrágica, cálculos, neoplasias, tuberculosis, diátesis blenorragica, embolias y trombosis.

bien pueden llamarse *escorbuto sin escorbuto*; del mismo modo que existen casos de escarlatina en que la sintomatología se limita a una angina, sin que aparezca la erupción típica. Estos casos, se denominan de un modo semejante al propuesto por nosotros con respecto a la enfermedad de Barlow. Con esta denominación, el espíritu del profesional, al propio tiempo que clasifica, describe la anomalía nosológica muy digna de recordar.

Si bien el escorbuto es una enfermedad apirética, y que sólo en el caso de hemorragias internas de reabsorción da pirexia, no por esto dejaremos de comentar una forma que va acompañada de fiebre, descrita por Variot en su última obra, que publicó el año pasado. Con el título de *Escorbuto infantil con fiebre* describe un caso curioso. Se trata de un niño que llevaba un mes de sufrimientos al ser movidas sus piernas, y tenía además una rigidez del tronco. Diagnosticado de meningitis, llega a la sala del doctor Variot. Tiene trece meses y está criado con leche homogenizada de Hauser. Los síntomas que se notan son: tumefacción de las rodillas, dolor de las extremidades inferiores, la tumefacción de la éncia evoca la idea de un escorbuto, pero la fiebre de 38°6 hace temer una osteomielitis. Sometido el enfermo a leche cruda, puré de patata, zumo de naranja y citrato de sosa durante diez días, no mejora apenas. La temperatura se mantiene de 38°3 a 38°6. A partir del décimo día, desciende progresivamente la fiebre; los dolores se atenúan y la tumefacción de las rodillas mejora. El enfermo, curado, es llevado al examen radiológico, que atestigua lesiones óseas peculiares de la enfermedad de Barlow. Starck dice que la fiebre se presenta en el 50 % de los casos, sin ofrecer un tipo determinado, siendo raro que pase de 39°.

El error médico confundiendo casos de *escorbuto sin escorbuto* con afecciones quirúrgicas no es cosa excepcional, especialmente si antes da la coincidencia de que el enfermo haya recibido algún traumatismo o caída. El caso de Thomas es, en este sentido, muy instructivo. Un niño de 8 meses triste y pálido y que llora al mover las piernas; después de haber recibido un traumatismo, es examinado por un facultativo, que cree hallarse ante una afección articular traumática. Se recurre al examen radiográfico y se diagnostica una fractura de la extremidad de la tibia y se aplica un aparato contentivo.

El día que se dejó la pierna sin aparato persiste el dolor y la tumefacción, a pesar de que la fractura parecía consolidada. Se cambia la alimentación y sigue una palidez exagerada. La tumefacción de la pierna, hasta entonces sana, y la presencia de equimosis de los párpados y una tumefacción de las encías, da pie a Variot, que lo ve por primera vez, para diagnosticar al cabo de un mes de enfermedad el escorbuto infantil.

Otro escollo que el práctico halla al emprender el camino del diagnóstico son los casos de sintomatología parcial, y es probable, como dice Starck, que en muchos casos *incipientes*, un simple cambio de dieta, efectuado a causa de la palidez y tristeza observados en el niño, conduzca a la curación, sin que se haya llegado a pensar en la enfermedad de Barlow.

Hay que tener en cuenta que en algunos casos, como la enfermedad tiene un curso manifiestamente crónico, pueden aparecer las complicaciones de la diátesis hemática y enmascarar el cuadro clínico y perecer los escorbóticos de neumonías y enteritis, que de conocer a tiempo su verdadera causa escorbótica se hubieran evitado del todo.

No me parece muy verisímil la idea de que el raquitismo favorece la enfermedad de Barlow, como creen Schoedel y Nauwerk; pues en este caso en nuestro país, donde hay muchos raquíticos, forzosamente debieran hallarse sus correspondientes enfermos de escorbuto. La coincidencia parece ser cierta, como creen Naegeli, Schmorl, Stoos y Fraenkel.

No creo pecar de poco escrupuloso si afirmo que mucho me temo que el escorbuto atenuado es más frecuente de lo que parece en nuestro país, pero que escapa al diagnóstico y cura muchas veces con cambios cuya eficacia sorprendente se atribuye a todo menos a la verdadera causa escorbótica.

Para terminar nuestra comunicación, a modo de conclusiones, diremos:

- 1) Los casos de escorbuto completamente desarrollados, son raros en nuestro país.
- 2) Los casos que proponemos llamarlos de *escorbuto sin escorbuto*, pueden aparecer esporádicamente.
- 3) La palidez, las hematurias, el dolor y la fiebre son síntomas de una gran significación independientemente de las lesiones estomáticas.
- 4) La higiene alimenticia debe estar basada en evitar la uniformidad y la insuficiencia, así como en la ingestión de alimentos ricos en vitaminas.
- 5) La vitaminación del organismo infantil se impone ante la demostración de la existencia de las vitaminas anti-escorbóticas y anti-raquíticas, especialmente estas últimas ya que el raquitismo es frecuente en nuestro país.

DISCUSIÓN

DOCTOR GUERRA Y ESTAPÉ:

He de comenzar felicitando al doctor Roig Raventós, por haber traído a la Academia una cuestión tan interesante y, sobre todo, por la forma que ha dado a su disertación, pues no ha pretendido describirnos la enfermedad, que difícilmente puede ser descrita mejor que por el mismo Barlow en el *Traité de Maladies de l'enfant*, de Graucher, Comby y Marfan.

Dice muy bien el doctor Roig al afirmar que en nuestro país es muy raro el escorbuto; habiéndome cabido ver sólo tres casos bien definidos; en los demás, y éstos ya son más frecuentes, como luego diré, se trata de formas atenuadas cuyo conocimiento es de sumo interés en la práctica.

Pregunta: mi estimado amigo cuál es la causa de que en nuestro país escasee el escorbuto, y ello me parece que puede atribuirse muy bien a que los adultos de nuestra tierra hacen muy poco consumo de productos de conserva para su alimentación, y los niños que son criados con lactancia artificial, rarisimas veces son alimentados con un solo alimento industrial, sino que es lo más usual la omnivoridad y poquísimas veces una leche preparada o una harina dada dejan de ir acompañadas de alimentos frescos.

En la mayoría de los alimentos cuya eficacia se pregona como utilísima para los niños, especialmente las diferentes leches más o menos modificadas, hallamos a faltar elementos vitales, y está en lo justo el doctor Roig Raventós al decir que en ellos *la mano del hombre ha profanado la obra de la naturaleza, y mejor que leches modificadas debiera llamárselas leches profanadas.*

La falta de *vitaminas* en los elementos nutritivos de los niños, en nuestro país, produce lo que ya en otro lugar (Academia de los Santos Cosme y Damián) calificué el curso último de formas atenuadas, y el caso tan bien descrito por el doctor Roig entra de lleno en este grupo, del cual se tienen muchas más observaciones, conforme se va extendiendo por nuestra tierra la costumbre o la necesidad de no amamantar a los niños y darles leches y otros alimentos más o menos industrializados. Lo común es que nos traigan un niño comprendido entre los seis y los diez y ocho meses, y lo primero que nos dicen es que el niño se queja y llora en cuanto se le toca o si ya había llegado al año nos afirman que empezaba a andar y luego no quiso poner más los pies en el suelo ni apoyarse sobre los pies. La forma hematórica se ve con menos frecuencia; pero no debe olvidarse, pues puede producir grandes errores diagnósticos. Y, hecho curioso, en cuanto después de nuestro examen vemos que no se trata de una manifestación del raquitismo, de la osteítis epifisaria de Parrot o de reumatismo, e instituímos una alimentación con alimentos frescos, y damos el zumo de naranja o aun el zumo de berros, el de uvas, etc., el enfermito mejora como por ensalmo dentro de brevísimos días.

En resumen: estimando atinadísimas las consideraciones que nos ha expuesto el doctor Roig; por adaptarse perfectamente a cuanto he podido ver respecto a la enfermedad de Barlow en Cataluña; tengo la mayor complacencia en aplaudir y poner mi firma a todas las conclusiones sentadas por mi estimado amigo.

Sesión del 27 de marzo 1922

Presidencia del DOCTOR CARULLA

Presentación de un termolaringoscopio

Por el DOCTOR R. BOTEY

Sabido es que el espejillo gutural destinado al examen de la laringe tiene que calentarse previamente para que no se enturbie por el aliento del enfermo.

Sabido es, del propio modo, que a los pocos segundos de hallarse el espejillo aplicado en el fondo de la boca, vuelve a empañarle el vapor de agua condensado sobre la superficie del cristal por la respiración del paciente.

Piérdese así muchísimo tiempo en calentar el espejillo, probar su temperatura sobre nuestra mano o mejilla para volverlo a posar contra el velo palatino del enfermo, alargando con estas maniobras de modo indebido las sesiones laringoscópicas, sobre todo cuando son operatorias