

Año XXVIII Santa Isabel 13 de SEPTIEMBRE de 1931 Núm. 680

LA GUINEA ESPAÑOLA

REVISTA SEMANAL ILUSTRADA

PUBLICADA CON APROBACIÓN ECLESIASTICA POR LOS MISIONEROS
HIJOS DEL INMACULADO CORAZON DE MARÍA

Precios: Colonia 15 ptas. Fuera de la Colonia 18 ptas. y certificada, 25 ptas. al año
Se admiten anuncios según tarifa que facilitamos al que lo solicite

SUMARIO. Portada, Casa central de la Alena—Santorial y Sto. Evangelio—Al margen de unos hechos—Decreto del Gobierno Provisional de la República—Anuncio de la Cámara Agrícola—Decreto importante—Apuntes etnográficos de los Pamues—Impresiones sobre el Africa—Noticias de la Colonia, de Sta. Isabel y S. Carlos—Pasaje llegado con el V.p. Teide.



CASA CENTRAL DE LA ALENA.

Reproducimos entre nuestras ilustraciones hoy la hermosa casa que para su Central ha levantado la Compañía ALENA en BATA. Es una casa que responde a la significación de la Compañía Nacional de Colonización Africana, con sus 30.000.000 de pesetas para explotaciones agrícolas y forestales, etc. y, a los terrenos que para ello dispone en nuestro Continente. El edificio es todo de cemento y su construcción de tipo ecuatorial, es un modelo de robustez y consistencia.

INDICADOR RELIGIOSO

SANTORAL

- 14 L. La Exalt. de la Santa Cruz. s. Cereal, mr.
 15 M. Dolores Gloriosos de Nuestra Señora.
 16 M. s. Cornelio, p.
 17 J. Impresión de las llagas de San Francisco de Asís.
 18 V. sto. Tomás de Villanueva.
 19 S. s. Genaro ob.; sta. María de Cervelló vg.
 29 D † XVII desp. Pent. s. Eustaquio y compañeros mártires.

EVANGELIO

SEGÚN SAN LUCAS (XIV, 1-11)

En aquel tiempo: Habiendo entrado Jesús en casa de uno de los principales fariseos a comer, en un día de sábado, le estaban éstos acechando. Y he aquí que se puso delante de él un hombre hidrópico. Y Jesús, vuelto a los doctores de la Ley y a los fariseos, les preguntó: ¿Es lícito curar en día de sábado? Mas ellos callaron. Y Jesús, habiendo tocado al hidrópico, le curó y le despidió. Dirigiéndose después a ellos, les dijo: ¿Quién de vosotros, si su asno o su buey cae en algún pozo, no le sacará luego, aunque sea día de sábado? Y no sabían qué responder a esto. Notando entonces que los convidados iban escogiendo los primeros puestos en la mesa, les propuso esta parábola, y dijo: Cuando fueres convidado a bodas, no te pongas en el primer puesto, porque no haya quizá otro convidado de más distinción que tú; y sobreviniendo el que a ti y a él os convidó, te diga: Haz lugar a éste; y entonces con sonrojo te veas precisado a ponerte el último. Antes bien, cuando fueres convidado, vete a poner en el último lugar, para que, cuando venga el que te convidó, te diga: Amigo, sube más arriba. Lo que te acarreará honor a vista de los demás convidados. Así es que cualquiera que se ensalza, será humillado; y quien se humilla, será ensalzado.



AL MARGEN DE UNOS HECHOS

Con fecha 21 de Mayo de 1930, se nos remitió desde Nkué una interesante relación, en la que entre otras cosas se nos hablaba de unos casos de ¿lepra?, curados por nuestros indígenas en el Continente. La relación se publicó a principios de Junio, pero no integra, porque la censura entonces existente, compuesto ya el Número de nuestra publicación, suprimió la información de nuestro colaborador en lo referente a la lepra: fué una contrariedad que con gusto acatamos. Hoy, suprimida la censura, y, con la única mira de dar a conocer una información, que sobre ser interesante, puede ser objeto de estudio por los entendidos, tenemos el gusto de reproducirla.

Desde luego podemos afirmar que los casos de verdadera lepra son raros en nuestro Continente, y que tampoco menudean los individuos atacados de lo que podríamos llamar lepra falsa o pseudo lepra; pero, que se trate de una u otra lepra parece no se puede dudar que haya sido curada en nuestro Continente por nuestros indígenas con sus hierbas sometidas a sus procedimientos.

Todo esto, por muy indígena que se lo considere, creemos que precisa tomarlo en consideración, estudiar los hechos sin prevención y analizar el procedimiento o virtualidad de las hierbas puestas en movimiento. Hoy que nuestra Colonia cuenta con un número de sanitarios muy importante, con arrestos juveniles y llenos de ilusiones científicas y deseosos de verdadera gloria, no estarían de más el planteamiento y estudio analítico de las siguientes tesis sanitarias: 1) ¿Existen casos, aunque pocos, de verdadera lepra en nuestro territorio? 2) ¿Se dan casos de pseudo lepra entre nuestros indígenas? 3) ¿Cuáles son las analogías o puntos de contacto entre la verdadera lepra y la pseudo lepra en nuestros territorios? 4) ¿Hay elementos dentro de los naturales del país aptos para la curación de esas enfermedades, una vez definidas entre nosotros? 5) ¿Cómo se explican los hechos curativos y la virtualidad de los procedimientos terapéuticos utilizados por nuestros indígenas? Parece evidente que no se puede dudar de estos extremos: a) Existe una enfermedad, aunque sea en pequeñas proporciones parecida a la lepra y con su nombre propio en la lengua del país; todo está en determinar realmente

si esta enfermedad con sus síntomas es la verdadera lepra. b) Los indígenas con el uso de unas hierbas determinadas del país sometidas a sus procedimientos han curado esa enfermedad; esto supuesto viene el procedimiento analítico de la ciencia. Estos antecedentes justifican la publicación de la información a que nos referimos y es como sigue:

"Subiendo a Mikomesén en el kilómetro 91, después de dejar en el 90 la hermosa y original casa que se hizo el Sr. Las Heras, se encuentra el poblado de Emorabó. A corta distancia de la carretera y del poblado el río Mumu; se pasa este y se llega a otro poblado llamado Nloayon, de la tribu Olom, cuyo Jefe es Andomo. Aquí, pues, en la espesura del bosque y fuera de poblado se encuentra toda una colonia que parece ser de leproso.

Me explicaré:

Era el 27 de abril de 1930. Como a las siete de noche vino un hombre con su mujer y un chico de unos 17 años a pedirme papel de Catecúmenos. Estaba visitando una de las cristiandades en el pueblo de Nkimi. Este es un médico, me dijo el Catequista, pero médico grande y muy visitado. Cómo te llamas, le preguntamos, siguiendo la fórmula del país. Ngema Esono, me dijo, y entré en una serie de preguntillas.

Y qué, ¿es cierto eso de la gente que tiene lepra? Cierta Padre,—Dime, ¿cuántos tienes ahora mismo? ¿Quiénes están más atacados, los hombres o las mujeres? Las mujeres más que los hombres. ¿Hay niños también? Sí padre, ahora tengo tres chicos mayores. Mire V. este ya está curado. Era un joven simpático de unos 17 años, llamado Edjá de Oveng, cerca de Ebiyín. Lo vi, lo miré y hasta lo toqué.

¿Les cuesta mucho el curar? Depende, según sea la lepra. Unos curan pronto; otros les cuesta dos o tres años.

Y para curarlos ¿qué medicina empleas? pues... mire V. empleo la corteza del árbol llamado en nuestra lengua *Avam élé y del Eyón*. Pongo esa corteza a secar; después la mando hacer polvo y ese polvo lo voy aplicando a las manchas.

¿Y no tienes miedo Ngema? Nada Padre.

¿Y quién te enseñó esa medicina? Mi Padre que era curandero y curó a mí mismo.

¿Se mueren muchos de esa enfermedad? Pocos; en seis años unos cuatro se me han muerto. Oye; y ¿qué comida comen? pues, como todos,

yuca, plátano, cacahuets, que ellos mismos trabajan en sus fincas.

¿Y cómo viven? Pues en casas propias que yo mismo les mando hacer y construir cuando son viejas.

En otra vivo yo y mi mujer. Pero... con miedo ¿verdad? Eso no. Nada de miedo. Oye, curando a tantas gentes ¿te darán mucho dinero?

Lo que quieren darme. Yo no les pido cosa. ¿Verdad? Verdad Padre. ¡Ca! eso no lo puedo creer.

Así es Padre; verdad. Yo no puedo engañar al Padre. Si están enfermos y fuera de su país ¿qué podrán tener y darme?

Confundido y haciendo mil votos al cielo porque se instruya en la Religión cristiana y ese heroísmo de ningún mérito para el cielo en un infiel, esté pronto en un cristiano que sea otro Juan de Dios, o Padre Claver, le di papel de catecúmeno, le entregué varias medallas y un puñado de estampas, dando así fin a nuestro interviu.

¿Es cierto eso de los leproso, amigo lector? No creo se pueda negar su existencia como no negamos la existencia del río Mumu. Ahí van otros hechos que confirman la existencia de esa colonia de leproso por entre el kilómetro 90 y 91, a la mano izquierda de Mumu, subiendo a Mikomesén en el poblado del Nloyon, pasando por el pueblo de Morabó; lo han visto varios Padres Misioneros; lo sabe la gente que allí acude de muy lejos y hace unos meses se presentaron en la Misión de Nkué más de treinta personas atacadas de esa enfermedad, cada cual con su estera a reclamar una palabra del Jefe y del curandero. Fué público el hecho y las gentes sanas los miraban de lejos."

Realmente el caso nos parece interesante, y se presta a un estudio; nosotros, que observamos en los Dres. extranjeros, que pasan por sus respectivas colonias un anhelo por cierto muy laudable de dar con una nueva conquista para la ciencia; deseamos una cosa semejante para los nuestros. No es que nosotros seamos de los que piensan ser laudable el hacer experiencias en seres humanos, como en anima vili, nó, pero sí, y es cosa muy distinta recoger observaciones sobre el terreno, investigar, confrontar síntomas, buscar analogías y recoger resultados; y, todo esto estam-parlo en memorias públicas para que las investigaciones científicas de unos sean contro-

ladas con las de los otros de la misma profesión; y con elementos recogidos de muchos se llegue a una conclusión única. Nosotros deseáramos que se desarrollara entre los nuestros una verdadera y sólida literatura sanitaria y que la autoridad de nuestros sanitarios se sumara a la de los extranjeros: ello sería una gloria para la patria y significaría un adelanto más para la colonia. Elementos los tenemos, y de valía; materia de estudio hay abundante; medios, los dará el presupuesto: ¿qué es lo que falta? una cosa que se puede aportar fácilmente; interés por la ciencia, ilusión de gloria, amor a la humanidad. . .

Ruiaz

DECRETO

Del Gobierno Provisional de la República

(Conclusión)

Sección de Marruecos.—Un Jefe de la Sección, Ministro Plenipotenciario de tercera clase o Secretario diplomático de primera; un Secretario de segunda, un Oficial de segunda clase, un Auxiliar del Protectorado, un Taquígrafo y dos Mecanógrafos.

Sección de Colonias.—Un Jefe de sección Secretario diplomático de primera clase; un Jefe de Negociado de segunda clase, un ídem de tercera, un Oficial de primera clase, un ídem de segunda, un Taquimecanógrafo y dos Mecanógrafos

Sección de Intervención y Contabilidad.—Un Jefe de la Sección, Jefe de Administración de primera clase del Cuerpo Pericial de Contabilidad del Estado; un Jefe de Negociado de primera clase del mismo Cuerpo; un Contador auxiliar, Habilitado; un Oficial de segunda clase, un ídem de tercera, dos Taquimecanógrafos y un Mecanógrafo.

Secretaría.—Un Intérprete mayor de primera clase, un Jefe de Negociado de segunda del Cuerpo administrativo de Hacienda, encargado de los servicios de Estadística, un Secretario diplomático de tercera clase, encargado del Gabinete de Cifra: un Encargado del Registro y un Archivero, un Oficial tercero, tres Taquimecanógrafos y tres Mecanógrafos.

Negociado Militar.—Un Comandante, un Auxiliar de Oficinas militares, un Taquimecanógrafo y un Mecanógrafo.

Negociado de Obras Públicas.—Un Ingenie-

ro de Obras públicas y un Taquimecanógrafo.
Negociado de Sanidad.—Un Médico y un Taquimecanógrafo.

Artículo 8.º El personal perteneciente a cualquier Cuerpo o Carrera del Estado, civil o militar, que pasare a prestar sus servicios a la Dirección general de Marruecos y Colonias, se entenderá para todos los efectos legales como si se hallase desempeñando un puesto de su propia Carrera, no perdiendo ninguno de los derechos que las leyes de la Nación y las especiales y orgánicas de cada Cuerpo confieren a los funcionarios en activo y figurando con este carácter en los Escalafones respectivos.

Artículo 9.º Ningún Ministerio podrá destinar directamente personal alguno a los servicios del Protectorado en Marruecos o a las Colonias.

Se exceptuarán los nombramientos de personal perteneciente a los Ministerios de Guerra y Marina, que perciban sus haberes por el Presupuesto español. Los que los perciban por el presupuesto del Majzen o de Colonias, serán nombrados por la Presidencia del Gobierno, Dirección general de Marruecos y Colonias, con propuesta de aquéllos.

Artículo 10. La Dirección general de Marruecos y Colonias, en el término de un mes, a partir de la publicación del presente Decreto redactará el Reglamento de régimen interior de la misma.

Artículo 11. Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan a lo preceptuado en este Decreto,

Dado en Madrid a diez y ocho de junio de mil novecientos treinta y uno.

Niceto Alcalá—Zamora y Torres.

Cámara Agrícola Oficial de FernandoPoo

AVISO

Por oficio de la Junta de Obras del Puerto número 26 dirigido al Señor Comisario de la República, con fecha 22 de los corrientes, se notifica el acuerdo de efectuarse la devolución de los derechos del Puerto, cobrados en las cosechas 1929—30 por el cacao embarcado en San Carlos por algunas casas de esta Plaza.

Lo que se pone en conocimiento de los Señores Agricultores.

Santa Isabel, 31 de agosto de 1931.

DECRETO IMPORTANTE

SE SUPRIME EL SELLO DE ENTREGA DE CINCO CÉNTIMOS PERO SE AUMENTA A TREINTA EL FRANQUEO.

La «Gaceta» publica hoy el siguiente decreto: «Artículo 1.º A partir del día 1 de agosto próximo quedará suprimida la circulación del sello especial de cinco céntimos de peseta creado en virtud del real decreto número 2.408, de 7 de noviembre de 1930, como signo representativo del derecho de entrega de la correspondencia a domicilio.

Artículo 2.º El derecho de entrega de la correspondencia a domicilio queda suprimido. A partir de 1 de agosto próximo la tarifa de franqueo para cartas que circulen entre poblaciones de la península, islas Baleares y Canarias, posesiones españolas del Norte de Africa, Golfo de Guinea, Río Muni, Colonias de Río de Oro, La Agüera, República de Andorra, Zona del Protectorado español en Marruecos y ciudad de Tánger será de 30 céntimos de peseta por los primeros 25 gramos y veinticinco céntimos por cada 25 gramos siguientes o fracción de este peso. Asimismo deberá entenderse aumentado el franqueo de la correspondencia de igual clase destinada a cualquiera de los Países adheridos al Convenio de la Unión Postal Panamericana.

Artículo 3.º Quedan definitivamente derogadas las disposiciones reglamentarias que establecían la percepción del derecho en metálico por la entrega de la correspondencia a los destinatarios, cuyo servicio será en adelante gratuito para toda clase de envíos postales.

Artículo 4.º El crédito que actualmente consigna el capítulo 10, artículo cuarto, concepto sexto del presupuesto de gastos de la Sección 17 (Ministerio de Comunicaciones); para la dotación de personal de Carterías centrales y rurales se considerará acrecentado en la suma anual de pesetas 1.300.000; e igualmente el crédito asignado al capítulo 12, artículo primero, concepto primero del mismo presupuesto se entenderá incrementado en la cantidad anual de un millón de pesetas, destinándose el aumento de consignación presupuestaria a la mejora de los haberes que actualmente tienen señalados los carteros rurales, los peatones rurales distribuidores y los carteros peatones, a cuyo efecto se conceden los suplementos de crédito necesarios por ambos conceptos por los cinco meses

restantes del presente ejercicio económico, indicándose que la asignación de los nuevos haberes comenzará en primero de agosto próximo.

Artículo 5.º El aumento de dotación anual de los carteros rurales, peatones conductores y carteros peatones, deberá hacerse individualmente, teniendo en cuenta las peculiaridades del servicio de cada agente como base de compensación, y a tal objeto, la Dirección General de Correos dictará las instrucciones convenientes o propondrá las que no estén en sus atribuciones para la asignación de los nuevos haberes del personal rural afectado por la supresión del derecho en metálico de correspondencia, reúna aquellas características.

Artículo 6.º La tarifa vigente de suscripciones al apartado de correspondencia en las Oficinas de Correos se modificará a contar del primero de agosto próximo para los nuevos abonados o para la renovación de aquellos, con arreglo a la siguiente escala graduada de clases y precios, que deberá ser definitiva para todos los suscriptores, al comenzar el próximo ejercicio económico:

Clase primera: De una a 20 cartas diarias, 10 pesetas.

Clase segunda: de 11 a 20 cartas diarias, 15 pesetas.

Clase tercera: de 21 a 30 cartas diarias, 20 pesetas.

Clase cuarta: de 31 a 40 cartas diarias, 40 pesetas.

Clase quinta: de 41 a 50 cartas diarias, 60 pesetas.

Clase sexta: de 51 a 60 cartas diarias, 80 pesetas.

Clase séptima: de 61 a 70 cartas diarias, 100 pesetas.

Clase octava: de 71 a 80 cartas diarias, 150 pesetas.

Clase novena: de 81 a 100 cartas diarias, 200 pesetas.

Clase décima: de 101 a 200 cartas diarias, 250 pesetas.

Clase once: de 201 a 300 cartas diarias, 500 pesetas.

Clase duodécima: de 301 en adelante, 1.000 pesetas.

Artículo 7.º Las reservas existentes de efectos timbrados pertenecientes modelo especial del sello denominado «derecho de entrega» serán sobrecargadas con una indicación oportuna hasta el total consumo de dichos efectos,

a fin de que puedan ser habilitados como signo de franqueo, encomendándose esta operación exclusivamente a la Fábrica Nacional de la Moneda y Timbre.

Artículo 8.º El canje de efectos timbrados de esta clase por los particulares que los posean al comenzar la reforma se ajustará a las reglas establecidas en la materia por el Reglamento del Timbre.

Artículo 9.º Se declaran en vigor para lo sucesivo las disposiciones que hasta ahora rigen para los distintos servicios afectados por esta reforma, en todo aquello que no se oponga a lo que es materia de prescripción del presente decreto.)

APUNTES ETNOGRÁFICOS SOBRE LOS PAMUES

(Continuación)

USO DE LA SANGRE

Viene espontáneamente, a la memoria, lo de la Sta. Escritura (Hebre. - 9-22) "sine sanguinis effusione non fit remissio," no hay remisión sin efusión de sangre, al considerar la frecuencia con que los pamues usan de la sangre para todas las cosas.

Esto nos mantiene en la opinión, que aseguramos al principio de estos apuntes, venir estos del Egipto en donde aprendieron sus progenitores estos usos y costumbres inveteradas.

Expliquemos, pues algunos usos de la sangre entre los pamues.

Sacrificio humano. ¡Que un desnaturalizado padre se ve sin medios de vivir! ¡Horror de los horrores! baldón y vergüenza del humano linaje! Atemorizado por el fetichero y tal vez amenazado de muerte, no duda de tomar uno de sus hijos (no hijas, pues son para él un cheque de banco por lo que puede sacar de ellas) y el infame no duda sacrificarlo al biera idolo ofreciéndole su sangre y carne y luego, celebrar un macabro banquete comiendo con el endiablado *nguengang* la carne de su carne.

(Gracias a Dios en nuestra Guinea será algún rarísimo caso si lo hay)

En la medicina de largoña. ¿Proyectan argo viaje por mar o río? Cojen un gallo, e cortan la gaita y rociando con sangre la

proa de la embarcación, con raras y extravagantes ceremonias, se come bonitamente la carne en apetitosos envueltos, acompañado de bailes extrambóticos, no dudando que de este modo tendrán feliz éxito en su expedición.

¿Que le da gana al cayuco de irse por la proa dentro del agua y mandar a los tripulantes á recibir un baño ruso?

Es que el fetichero no hizo bien la medicina. Y contra él es la malignación; pero le importa a él un pepino todo; pues sacó el vientre de mal año. ¡Y hasta otra! No ha de perder por eso la credencial y la vergüenza la tiene debajo de los talones; pues no conociendo ésta todo la calle es suya; porque se ha puesto el mundo por montera...

¿Está uno enfermo de cuidado o grave? El fetichero manda sacrificar una gallina, una cabra, según los casos, o un perro. Es de saberse que luego de matado este animalito, se le pone a la lumbre para turrarle y luego de hecho esto, es de ceremonia extraerle los intestinos, sin abrir al animal; y cualquiera averigua el porqué.

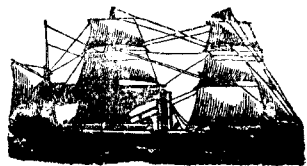
Con la sangre de estos animales revuelta en aguas medicinales o emplastos, urtan muy bien al enfermo en las partes dotoridas y si es de perro se la hacen beber, (no acierto sus propiedades medicinales especiales,) mientras de la carne hace uso el Señor curandero, dando cuenta de ella, como honorario, llenando así su hambrienta andorga que es lo único que pretende.

Si el enfermo no cura, se mata otra gallina cabra o perro, bocado exquisito de este doctor, y se repite la anterior operación y los opiparos convites.

¿Qué se muere el enfermo? Se creará una cosa natural, o que el curandero no sabe hacer la medicina, cuando ya no recae la culpa en el mismo enfermo; pero es lo cierto que el *tio vivo fetichero*, se ha preparado bien para otro lance y mirando a todos por el rabillo canta en su interior:

A mí me llaman el tonto,
el tonto de mi lugar,
otros comen trabajando,
yo como sin trabajar.

Pelayo Rodríguez, C. M. F.



IMPRESIONES SOBRE EL AFRICA

Hacia fines de 1927, Mons. Hinsley, el Rector del Colegio inglés recibió de la Santa Sede la orden de marcha. El 11 de diciembre salió de Roma en dirección a Inglaterra. Apenas llegado, entró en relaciones con las autoridades inglesas; su tarea fué singularmente facilitada por el Secretario del Instituto africano, Secretario también del Comité consultivo de las colonias. En febrero de 1928, Mons. Hinsley se hallaba ya en el Africa del Sur. Su visita, que debía abarcar todo el Africa oriental, empezó el 20 de diciembre de 1928 y terminó el 30 de abril de 1929; había durado, pues, más de un año, en el cual Su Grandeza recorrió más de 32.000 kilómetros, 17.000 en automóvil, 12.000 en ferrocarril y tres mil embarcado.

Las primeras impresiones del Visitador están en relación con las preocupaciones esenciales de su misión. Desde luego nota que los gobiernos del Sur africano no conceden ayuda alguna a las Misiones. Varios proyectos de ley, proponiendo subvenciones fueron rechazados. En una Conferencia, que tiene ocasión de dar, el Visitador apostólico preconiza la colaboración y sugiere el sistema de subvenciones del mismo género de las que se practican en Inglaterra.

Desde el Sur de Africa, pasando por el Basutoland, el Natal, el Swaziland, el Transvaal y la Rodesia, Su Grandeza llega a la región de los Grandes lagos, el Nyassaland y el Tanganyika; después, Zanzibar, Kilimanjaro, Lindi, Nganda, Kénya y el Sudán reciben al Visitador. En sus comunicaciones a la Agencia *Fides* consigna algunas de sus observaciones más sugestivas. Ellas nos dicen mucho, no obstante su forma descosida de simples comunicados, sobre la evolución africana, sobre el trabajo del apostolado africano, sobre sus nuevas necesidades, sobre los peligros que habrá que prever, sobre la táctica a seguir; nosotros no podemos hacer cosa mejor que resumir brevemente dichas observaciones.

«El Santo Padre—dice desde luego el Visitador—no tiene súbditos más sumisos, que sus hijos negros de Africa. Negros pertenecientes a todas las lenguas y a todas las tribus acogieron al Delegado del Papa, con la solicitud y cordialidad debidas al representante del Gran Padre y del Gran Jefe de la Iglesia.

»Africa, se ha dicho por todas partes, se

transforma con rapidez sorprendente. Mientras nos detenemos con gratitud y con esperanza para admirar lo que ha realizado la Divina Gracia, no debemos perder de vista lo que queda por hacer con la ayuda de Dios, ni olvidar las enormes dificultades y los peligros a que deberemos hacer frente. Sólo en el Uganda se hallan en mayoría los cristianos. Los cristianos de todas las confesiones en Africa, considerados en bloque, no llegan a diez millones, de los que casi la mitad son católicos. De sus 120 millones de habitantes (otras estadísticas indican 130 ó 140) cerca de la tercera parte son mahometanos y los restantes paganos.

»Como primera dificultad que habrá que vencer, e independientemente de los obstáculos de orden moral, para convertir el Africa deberos contar con este hecho. Africa es un territorio inmenso cuya población se halla muy diseminada. Los ferrocarriles, los autos y los vapores atraviesan ahora grandes extensiones. Mientras que hace poquitos años, eran necesarios sesenta días de penoso viaje para ir de una a otra de las Misiones del centro, hoy son suficientes tres días para recorrer la misma distancia. El auto y las carreteras ya construidas han transformado el Africa.

»La civilización, con su desenfrenado progreso material, va penetrando poco a poco en el país, desde la costa hasta las regiones más alejadas del interior, y atrae a los indígenas ignorantes desde sus aisladas aldeas hacia los centros industriales, hacia las minas o hacia las vastas plantaciones de cañamo, de algodón, de caucho o de café. Estos trabajadores, alejados de sus tribus, entran en contacto con la civilización de los blancos y acaban por pedirles que les enseñen las artes y las ciencias de Europa.

»El gobierno ha reconocido la necesidad de educar a estas pobres gentes, nuestros misioneros se ofrecen a tomar en sus manos la dirección de estas poblaciones; pero es muy importante, que al mismo tiempo, por medio de una sabia y práctica preparación, se hallen en estado de responder a las necesidades intelectuales y materiales de los pueblos primitivos de Africa.

»Desde la intervención de la Iglesia Católica aparece como más oportuna y bienhechora, es en la obra de la dignificación y elevación de la mujer negra. Sólo la Iglesia puede intervenir en esto con éxito... Ningún otro organismo, ni sectas, pueden igualar el po-

der civilizador de nuestras religiosas. A una Misión sin religiosas le falta el organismo necesario para cumplir su labor de apostolado en tierras de Africa. Aun más, es preciso que nuestras Hermanas hayan recibido una preparación teórica y práctica adecuada, que las permita cumplir bien su misión de institutrices o de enfermeras.»

Interrumpamos por unos instantes las citas, para introducir aquí algunas observaciones, que los textos de Mons. Hinsley nos sugieren: (Continuará)

NOTICIAS DE LA COLO NIA

SANTA ISABEL

Para el Continente.—Con el vapor "TEIDE" ha salido para el Continente en visita rápida el Excmo. Sr. Comisario de la República: le acompaña el Excmo. Sr. Gobernador General interino, Don José Dominguez Manresa, a quien suplirá durante su ausencia en el despacho de asuntos de Gobierno, el Registrador de la Propiedad Don José Molina y Arrabal, que viene desempeñando actualmente las funciones de Secretario General interino.

Estatuto Colonial.—Con el vapor correo ha llegado lo que podríamos llamar Estatuto Colonial y que viene a reformar el Real Decreto Orgánico de 1904 por el que hasta el presente han venido rigiéndose estas Posesiones. El Boletín Oficial ha hecho una tirada especial del mismo.

Nombramiento.—Por Decreto de la Presidencia ha sido nombrado Jefe la Guardia Colonial el comandante de caballería, D. Francisco Aguilera y Pérez de Herrasti. Nuestra enhorabuena.

El Sr. Losada que venía ejerciendo el cargo de Jefe de Policía en Santa Isabel ha sido trasladado al Continente. Se encargará de nuevo de la Jefatura de Policía el Sr. Galán llenando la vacante producida por el traslado de referencia.

El Reloj.—Con el vapor correo ha llegado procedente de la Península el suspirado reloj para la Catedral: los trabajos de montaje se emprenderán uno de estos días.

Ruíaz

DE SAN CARLOS

El Excmo. Sr. Comisario. A las 14 y 30 anclaba en nuestra hermosa bahía el vapor

correo español. Pocas horas debía estar, pues venía de paso para el Continente. El Excmo. Sr. Comisario de la República aprovechó unos momentos para dar una rápida vuelta por la localidad. De un modo especial se entretuvo en visitar las diversas dependencias del Hospital "San Carlos" Entre los Señores acompañantes se contaba el Excmo. Sr. Gobernador General interino. Dos horas estuvieron por San Carlos volviéndose al vapor para seguir su rumbo a Bata y demás del Continente. Feliz viaje.

Un Rasgo. Lo tuvo y noble el propietario moreno D. Enrique Gobbe, ofreciendo galantemente su auto a S. E. para que pudiera trasladarse cómodamente de un lugar a otro y recorrer la comarca, si el tiempo se lo permitiera. No tuvo lugar por la premura del tiempo. Estos son sentimientos de amor a la patria y de veneración y respeto a las Autoridades.

Luis Sagarra, G. M. F.

PASAJE llegado en V. LEGAZPI

Ramón Segú, Francisco Gómez, Pedro Díaz, Misioneros; Rda. M. Maria Margineda, Concepción Chávarri, María Dolores Borrel, Religiosas; José Orrusticochea; Carmen Frigola; María Cases Botella; Manuel Irle Cases; Eloy Irle Cases; Celestina Irle Cases; Manuel Belaunde; Juan Vela; Luis Cheva; Carlos Márquez; María Nüño e hija; Manuel Regueiro; Juan Gutiérrez; Manuel Balboa; Diego López; Eduardo Castro; Ana Soler Bernal; Wilhem Hense; Luis Martín; José Chanut; Luis Gómez; Alox Rahnzenberg; Joaquín Gamir; Mercedes Hernández; Laura Soler Bernal; Higinia Soler; Benito Zárraga; José María Jofre; Angel Belmonte; Gloria Cervera; Julio Val; Alfonso Mucientes; Pascual Royo; Angel Alvarez; José Pérez; Agustín Pucurrul; Manuel Benso y Sra.; Manuel Ayora; José Calvo; Teresa del Val; María Luisa Lainz; María Corrochano; Adela id; Juan José Lainz; Nicolás Giménez; Cristina Sánchez; María Albat; José Veiga; Juan Gómez; Gregorio Castaño; Agustín Trigo; Antonio Pérez; Antonio Alsina; Diego Bravo; Timoteo Fernández; Herminio Lumberas; Quintín Blanco; Amalia González; Enrique Rodríguez; Matilde Quero; Concepción Rodríguez; Enrique y Aurelia Rodríguez; José Mayoral; José Pons; Alfredo González.

Síndrome hemolítico urémico. Experiencia en 154 casos

M.C. Jaime Cordero T.^{1,2}; M.C. José Baeza R.^{1,2}; M.C. Oscar Fielbaum C.¹; M.C. Carlos Saieh A.^{2,3};
M.C. Mario Varela G.³; M.C. Eugenio Rodríguez S.³; M.C. Patricio Olivos M.¹;
E.U. Carmen Hernández F.¹; E.U. Jeanette González M.¹

Hemolytic uremic syndrome

One hundred and fifty four patients with hemolytic uremic syndrome (HUS) were admitted from year 1968 throughout 1989 to a public children's hospital (n = 139) and to a private general clinic (n = 15) at Metropolitan Santiago, Chile. Their mean age at admission was 16 months, 64% of them were 6 to 18 month old. One third of patients were admitted at spring season. The prodromal phase lasted between 1 and 19 days. In 92% of cases there was antecedent diarrhea and 31% showed neurological involvement. Anuria was present in 44 patients (21%) lasting an average of 7 days; sixty one affected children (40%) became hypertensive. Sixty patients (39%) underwent peritoneal dialysis, remaining cases were given maintenance treatment for acute renal failure (ARF). No specific treatment was used except heparin in 5 children along the first years of these series. Ten patients (6%) died during the acute phase of their disease, but death occurred in only 2 of the 76 most recent cases, probably because of more accurate diagnosis and greater experience of the professional team in the management of ARF, even though very heterogeneous clinical presentations were observed along the whole observation period. Three patients developed chronic renal failure.

(Key words: hemolytic uremic syndrome, HUS, acute renal failure.)

El síndrome hemolítico urémico (SHU) constituye una de las causas más frecuentes de insuficiencia renal aguda en niños, especialmente en menores de 4 años¹⁻⁵. Descrito originalmente por Gasser hace más de 30 años⁶, ha quedado claro que hay muchas etiologías que producen este síndrome, caracterizado por anemia hemolítica microangiopática, trombopenia e insuficiencia renal aguda^{1, 2, 5, 7, 15}. De distribución mundial, uno de los hechos más llamativos de esta enfermedad son sus variaciones en la distribución geográfica, edad de presentación, curso evolutivo, gravedad y secuelas en las distintas series^{1, 3, 4, 19, 20, 23}. En nuestro país, Vildósola publicó en 1962 los primeros 4 casos²⁴, apareciendo posteriormente nuevos informes²⁵⁻²⁷ que mostraron su presencia en Chile, aparentemente con menor severidad que en otras publicaciones.

Nuestro grupo ha atendido a lo largo de 22 años a 154 niños con SHU; ellos han sido estu-

diados y manejados con criterios relativamente uniformes. Presentamos la experiencia adquirida, señalando las principales características de la enfermedad en nuestro medio, sus formas de presentación y evolución, así como sus secuelas.

PACIENTES Y METODO

Se analizaron las características clínicas, de evolución y sobrevida de 154 niños que ingresaron a la unidad de tratamiento intensivo (UTI) del hospital Luis Calvo Mackenna, entre enero de 1968 y diciembre de 1989 (139 pacientes), y de la Clínica Las Condes (15 pacientes), entre enero de 1984 y diciembre de 1989. El diagnóstico de SHU se basó en 148 casos en la presencia de anemia hemolítica con glóbulos rojos fragmentados al frotis, trombopenia (recuento de plaquetas menor de 100.000 x mm³) e insuficiencia renal aguda (nitrógeno ureico mayor de 30 mg% y sedimento urinario con proteinuria-hematuria), en ausencia de otras causas que explicaran los hallazgos clínicos y de laboratorio, especialmente septicemia. En 6 pacientes que no presentaban insuficiencia renal (nitrógeno ureico menor de 30 mg% y diuresis normal) el diagnóstico fue considerado ante la existencia de anemia hemolítica, trombopenia y evidencia de daño renal agudo en el sedimento de orina (proteinuria, hematuria), junto con antecedentes de enfermedad diarreica y después de descartar otras causas de estas manifestaciones.

1. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Luis Calvo Mackenna.
2. Departamento de Pediatría. Clínica Las Condes.
3. Unidad de Nefro-Urología. Hospital Luis Calvo Mackenna.

Seenta y cuatro pacientes provenían del área oriente de Santiago, 28 eran de otros sectores y 62 fueron derivados desde diversas regiones del país.

Durante todo el período los pacientes fueron estudiados en forma similar, efectuándose al ingreso: hemograma completo, pruebas de coagulación (tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial), gases venosos, electrolitos séricos, calcemia, fosfemia, examen de orina, nitrógeno ureico y creatinina. En la etapa aguda, para valorar el compromiso hematológico, se efectuaron hematocrito diariamente y hemograma día por medio, hasta estabilización de la hemólisis y desaparición de la trombopenia; luego éstos se hicieron semanalmente. Para evaluar la función renal se controlaron diariamente diuresis, nitrógeno ureico y creatinina hasta obtener dos valores en descenso o iniciar diálisis, distanciando posteriormente los controles a un mínimo de dos por semana hasta su alta. Las mediciones de calcio, fósforo y electrolitos se repitieron con similar periodicidad.

Todos los pacientes fueron sometidos a balance hídrico, aportándose los ingresos en base a las pérdidas insensibles (lactantes 20 ml·kg·día y preescolares 15 ml·kg·día) más pérdidas por deposiciones, diuresis y vómitos, con fórmulas de bajo contenido proteico (colados de manzana). En pacientes sin diálisis peritoneal se efectuó corrección de la acidosis metabólica si el CO₂ total era inferior a 12 meq/l y tratamiento de la hiperkalemia (potasio sérico mayor de 5 meq/l) con resinas de intercambio (Kayexalate®). Ante la existencia de hipertensión con diastólica sobre el percentil 95²⁸ utilizó inicialmente en las crisis agudas diazóxido (5 mg·kg·dosis) y actualmente nifedipino (0,3 mg·kg·dosis oral) y ante su persistencia hidralazina y/o propanolol. Los criterios de diálisis fueron anuria (diuresis menor de 12 ml·día) por más de 48 horas, oliguria (diuresis menor a 12 ml·día) asociada a nitrógeno ureico en ascenso (mayor de 100 mg%), hipertensión, compromiso neurológico, hipervolemia o trastornos electrolíticos (hiperkalemia hiponatremia). La instalación de catéter para peritoneo-diálisis se efectuó en los primeros 29 niños mediante la punción con trocar y, posteriormente, con microlaparatomía con un trayecto subcutáneo. Hasta el año 1983 se utilizaron catéteres rígidos que eran removidos a las 48 horas y desde entonces catéteres blandos de silastic que se mantienen hasta obtenida la remisión del síndrome urémico y el restablecimiento de la diuresis. Se utilizaron transfusiones de glóbulos rojos (5 ml·kg) cuando la cifra de hemoglobina (Hb) eran menores de 7 g% o el hematocrito (Hto) menor que 20%. La infusión de plaquetas fue considerada con recuentos menores de 20.000 x mm³, siempre y cuando hubieran manifestaciones hemorrágicas importantes.

En cada paciente se confeccionó, para su análisis, una ficha tipo, registrándose edad, sexo, estado de la nutrición (peso/talla, libre de edema). El nivel socioeconómico fue clasificado según la situación previsional, calificando a los pacientes en acomodados (aquellos que pagaban sus gastos de hospitalización directamente o a través de instituciones previsionales de salud), asegurados (trabajadores beneficiarios del Servicio de Seguro Social) e indigentes (sin posibilidades de costear la hospitalización por sus medios ni protección social).

Se tabularon los síntomas prodrómicos con especial

referencia a la enfermedad diarreica y los principales hallazgos en el examen físico de admisión. Se analizaron las características del compromiso hematológico y renal, su intensidad, duración y necesidad de corrección terapéutica. Según la evolución de la diuresis en su hospitalización, los pacientes fueron agrupados en tres categorías: anúricos, oligúricos y con diuresis normal, valorándose en cada grupo sus cifras de nitrógeno ureico máximo, incidencia de compromiso neurológico, hematológico y uso de diálisis.

En los pacientes fallecidos se registraron los principales hallazgos clínicos y anatomopatológicos.

Los seis pacientes con nitrógeno ureico y creatinina normal fueron analizados por separado, describiéndose sus características clínicas y de laboratorio.

En 75 pacientes, la evolución posterior al alta fue controlada por un período mínimo de seis meses. En cada control se evaluaron la presión arterial, la creatinina sérica y el examen de orina. En los primeros meses se contaron también los glóbulos rojos y las plaquetas en sangre periférica.

RESULTADOS

La distribución por edad de los 154 pacientes se muestra en la figura 1. El 68,9% se agrupó entre los 6 y 18 meses. Sólo 5 niños eran mayores de 3 años y uno menor de 3 meses. Los únicos casos que se presentaron en dos hermanos, con intervalos de pocos días, ocurrieron en escolares y fueron precedidos por exantema. La frecuencia de los sexos fue similar, 74 eran varones y 80 mujeres. Según la situación previsional, 65% correspondían al grupo acomodado y 12,7% al de indigentes; el estado de nutrición era adecuado en 92%.

Un tercio de los niños (33%) fue ingresado en primavera, no existiendo diferencias en las admisiones en los meses restantes (verano 23%, otoño 24%, invierno 20%). Los primeros 78 pacientes fueron reunidos en 15 años (1968-1982) y 76

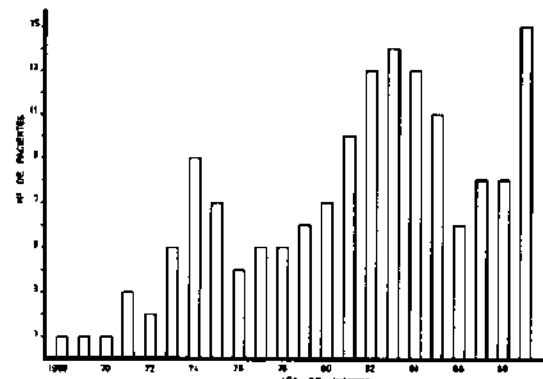
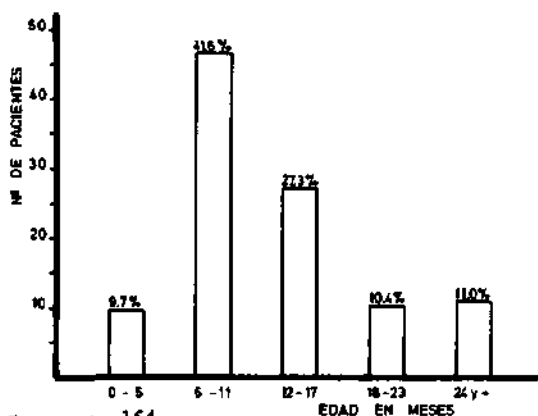


Figura 1: Distribución de 154 niños con SHU, según año de ingreso.



n : 154.
Rango : 2-107 meses.
 \bar{x} : 13,7 meses.
Md : 11 meses.

Figura 2: Distribución por edad de 154 niños con síndrome hemolítico urémico.

en los últimos 7 (1983-1989) (figura 2), siendo el número de ingresos anuales en el último período de 7 a 15 casos. La mayoría de los niños derivados de regiones provenían de la zona sur del país, destacando que 14, en los últimos 7 años, eran de Coyhaique, en la XI Región.

Prodromos. Los principales síntomas previos al ingreso y signos en el momento de la admisión se presentan en la tabla 1. En 141 niños (91,5%) la instalación del SHU fue precedida por diarrea con un intervalo promedio, entre ésta y el ingreso, de 6 días (rango 1 a 19 días), la que en 85 casos (60,3%) tuvo características disintéricas. Entre los pacientes sin diarrea, 7 presentaron previamente signos de infección respiratoria alta, 3 exantema y en otros tres el comienzo fue brusco, sin claros síntomas

Tabla 1

Síntomas previos a la hospitalización y signos a la admisión en 154 niños con síndrome hemolítico urémico

| Síntomas o signos | n | % |
|------------------------|-----|------|
| Diarrea | 141 | 91,6 |
| Palidez | 150 | 97,4 |
| Vómitos | 98 | 63,6 |
| Oliguria | 65 | 42,2 |
| Edema | 50 | 32,5 |
| Compromiso neurológico | 48 | 31,2 |
| Púrpura | 39 | 25,3 |
| Fiebre | 38 | 24,7 |
| Deshidratación | 18 | 11,7 |

prodromicos. Un alto porcentaje presentó vómitos, destacando la persistencia de éstos después de ocurrido el ingreso, independientemente de la evolución de la diarrea. La palidez fue el signo más destacado a la admisión; el estado de hidratación era adecuado en la mitad de los pacientes, un tercio presentaba edema y la minoría signos de deshidratación. Cuarenta y ocho niños tenían compromiso neurológico (somnolencia, coma, convulsiones). Entre los que sufrieron convulsiones (n = 27), la mayoría las tuvo antes de ingresar, las crisis fueron generalizadas y repetidas (x = 2,3 episodios por paciente), adoptando en dos casos características de "status". También, en su mayoría, estos pacientes fueron dializados y en ninguno se repitieron las crisis después de transcurridas 48 horas en nuestra unidad.

En tres niños, los signos abdominales hicieron plantear un problema de solución quirúrgica: dos fueron operados por sospecha de peritonitis y otro de invaginación intestinal. Como hallazgos menos frecuentes encontramos ictericia en 7, hematuria macroscópica en 6, hemorragia digestiva en 4, y prolapso rectal en 2.

Compromiso hematológico. Todos estos pacientes presentaron anemia hemolítica severa (Hb \leq 6,5 g%), con marcada fragmentación de glóbulos rojos e índices reticulocitarios con doble corrección mayor de 3 en 73% de ellos. Al ingresar, las concentraciones sanguíneas de Hb eran inferiores a 7 g% en 78 niños y 112 requirieron transfusiones de glóbulos rojos durante su hospitalización. En 26% de los casos ocurrieron episodios severos, reiterados, de hemólisis en las dos primeras semanas con descensos paralelos del Hto bajo 20%. En el momento del alta la anemia persistía en 86 pacientes, pero su duración máxima no excedió los 80 días. La trombopenia no fue un hallazgo constante (71,4%); en la mayoría de los que la presentan (77,8%) se normalizó el recuento en la primera semana (duración x = 5,5 días; rango 2-15 días) y en 40% éstos excedieron de 500.000 plaquetas por mm³ en los días siguientes. Las alteraciones de las pruebas de coagulación fueron infrecuentes, mostrando 17,8% de los casos tiempo de protrombina inferior al 60%. En tres niños se utilizaron infusiones de plaquetas, por asociarse, su trombopenia, a sangramiento importante.

Compromiso renal. En todos los casos el sedimento urinario estaba alterado, siendo genera-

lizada la presencia de proteinuria y menos frecuente que ella la hematuria (83%), cilindruria (68%) y leucocituria (33%). La evolución de la diuresis, la incidencia de hipertensión, de trastornos electrolíticos y de ácidos y bases y su duración se describe en la tabla 2. Hubo oliguria o anuria en 107 niños (72,3%); en los últimos 76 casos, sin embargo, aumentó el número de niños con diuresis normal (40,6%). Había hipertensión arterial en un alto número de pacientes al ingreso, en la mayoría fue transitoria y en sólo 10 niños persistía la alta, normalizándose en 5 en los primeros meses. Las alteraciones de las concentraciones de electrolitos plasmáticos y de los ácidos y bases fueron de corta duración; estuvieron presentes casi exclusivamente en los casos con oliguria o anuria y se corrigieron rápidamente mediante diálisis.

El promedio de las concentraciones de nitrógeno ureico en el suero, la severidad del compromiso hematológico, la incidencia de síntomas neurológicos y el uso de diálisis en los pacientes, según la evolución de la diuresis, se describe en la tabla 3. Los pacientes anúricos exhibieron las cifras más elevadas de nitrógeno ureico, la mitad

presentó compromiso neurológico, todos requirieron diálisis y el tiempo promedio de estadía en la unidad fue de 24,4 días. En este grupo fallecieron 7 niños. La mayoría de los casos cursaron con oliguria; ellos tuvieron menor incidencia de compromiso neurológico y sólo un tercio requirió diálisis; su permanencia promedio en el hospital fue de 13,5 días. Ninguno de los niños con diuresis normal presentó alteraciones neurológicas o fueron dializados; ellos egresaron después de 6,5 días de estadía, promedio. Como se aprecia en la tabla 3, la severidad de la hemólisis fue similar en los tres grupos y, aunque en los niños anúricos el recuento plaquetario promedio fue menor, la incidencia de trombopenia no fue significativamente diferente.

Sesenta pacientes fueron dializados (39%) y su indicación más frecuente fue anuria u oliguria asociada a compromiso neurológico (69,9%), oliguria e hipertensión (14,3%), oliguria y creatinemia o N-ureico en ascenso en los restantes. El N-ureico promedio al iniciar la diálisis fue de 121 mg%. Durante el primer período se dializaron 34,6% y entre los años 1983 y 1989, 46% de los casos.

Tabla 2

Características del compromiso renal en 148 pacientes con síndrome hemolítico urémico (1)

| Parámetro | n | % | Duración* |
|---------------------------------|-----|-------|--------------------------|
| Anuria (<12 cc/24 hrs) | 44 | 29,7 | 7,3 (4-21) |
| Oliguria (<12 cc/kg/día) | 72 | 48,7 | 4,8 (2-11) |
| Diuresis normal | 32 | 21,6 | |
| Nitrógeno ureico (>30 mg%) | 148 | 100,0 | 14,6 (2-44) ² |
| Hipertensión (diastólica >P 95) | 61 | 41,2 | 4,6 (1-15) ³ |
| Hiperkalemia (>5 meq/l) | 51 | 34,5 | 2,6 (2-4) |
| Hiponatremia (<130 meq/l) | 39 | 26,4 | 3,3 (1-8) |
| Acidosis (EB-9 meq/l) | 57 | 38,5 | 2,6 (1-5) |

(1) Se excluyen 6 pacientes con nitrógeno ureico normal.

(2) 17 pacientes egresan con nitrógeno ureico elevado.

(3) 10 pacientes egresan con hipertensión arterial.

* Días: \bar{x} (rango).

Tabla 3

Distribución de 154 niños con síndrome hemolítico urémico, según evolución de la diuresis

| Diuresis | n | Nitrógeno ureico x mg% | Hb \bar{x} % g | Plaquetas \bar{x} mm ³ | Diálisis % | Compromiso neurológico % |
|----------|----|---------------------------|---------------------|--|---------------|-----------------------------|
| Anuria | 44 | 125,6 | 6,5 | 49.600 | 100 | 50,0 |
| Oliguria | 72 | 91,4 | 6,7 | 53.600 | 25 | 36,1 |
| Normal | 38 | 54,3 | 6,4 | 68.300 | 0 | 0,0 |

Los pacientes que evolucionaron sin insuficiencia renal tenían todos antecedente de diarrea, 5 consultaron por palidez y uno por hematuria macroscópica. A la admisión, en ninguno se encontró edema ni hipertensión arterial, tres recibieron transfusión de glóbulos rojos. La duración de la anemia fue similar a la del resto de los pacientes, pero ellos mostraron una normalización más rápida del sedimento urinario en los controles posteriores.

Letalidad. Fallecieron 10 pacientes, todos tuvieron diarrea como prodromo, siete cursaron con anuria y tres con oliguria. En 7, ingresados en los primeros años de este estudio (1968-1976), la muerte se produjo en las primeras 48 horas de hospitalización, antes de completar un primer período de diálisis (\bar{x} = 13 perfusiones); destacamos en ellos un promedio de 4,8 días de hospitalización previa al inicio de la diálisis (regiones), compromiso neurológico desde el ingreso (coma en 4 y convulsiones en 4) y severo compromiso renal. La anatomía patológica, estudiada en 6 de ellos, además del compromiso renal (necrosis cortical = 2, microangiopatía trombótica = 4) mostró en 5 hemorragia, petequias y equimosis cerebrales; en 3, compromiso pulmonar (hemorragia, edema) y en 2, suprarrenal. Tres pacientes fallecieron en etapa más tardía: uno en 1980 después de 23 días de oligoanuria, en que, asociado al compromiso renal, desarrolla una septicemia a *Pseudomonas*; otro, a consecuencia de una perforación intestinal causada por un catéter rígido de diálisis, sufrió una peritonitis estercorácea con septicemia a *Cándida albicans*, compromiso hepático, meningeo y pulmonar, falleciendo a los 29 días de ingresar (1983); el tercero murió inesperadamente al sexto día de ser admitido, cuando se encontraba en recuperación de un período inicial de diálisis; con nitrógeno ureico 56 mg%, kalemia 4,4 mEq/l e iniciándose la diuresis, demostrándose en la autopsia contenido alimentario en la vía aérea. Las primeras 8 muertes ocurrieron entre 1968 y 1982 (letalidad, 10,3%) y las dos restantes desde 1983 a 1989 (letalidad, 2,3%).

Seguimiento. En el grupo controlado, de 17 pacientes que egresaron con creatinina elevada para su edad, ésta se normalizó en 14 (7 en el primer mes, 5 antes de los 6 meses y 2 antes de los 2 años), uno falleció al cabo de un año en insuficiencia renal, otro fue sometido a trasplante luego de 15 años de evolución y otro tiene aún la creatinina plasmática elevada, pero esta-

ble después de 8 años. Cinco pacientes persistieron con hipertensión arterial los primeros meses, tres la normalizan en un lapso variable de tres meses a 6 años y dos siguen con hipertensión leve 6 años después del comienzo del SHU. Dos pacientes fueron dados de alta con compromiso neurológico, uno con retraso psicomotor e hidrocefalia, que requirió de instalación de derivación, y otro con atrofia cerebral (tomografía) y ceguera cortical que se recupera en su evolución posterior. No se registraron recidivas del SHU en esta serie.

COMENTARIO

Durante el período estudiado apreciamos un aumento de los casos ingresados, estabilizándose en los últimos 7 años, pero sin que ningún año hubiera adoptado características de epidemia. Esta situación no sólo se dio en pacientes procedentes de la Región Metropolitana, sino también de otras regiones. Aunque es difícil determinar si este mayor número de admisiones es producido por mayor incidencia del síndrome, creemos que está influido por mejor conocimiento de la enfermedad, que ha permitido aumentar su detección y poner en evidencia formas menos severas, comprobándose su amplio espectro de severidad, desde casos leves a formas anúricas graves.

En nuestra serie la enfermedad aparece afectando al grupo de lactantes menores con sólo 11% de niños mayores de 2 años, situación similar a lo informado en otras publicaciones nacionales^{25, 26} y de Iberoamérica²⁹, que difiere de la experiencia en Norteamérica y Europa, donde la mayoría de los casos se presenta en niños mayores^{17, 9, 19}. La ausencia de predilección por sexo y un prodromo preferentemente de diarrea^{9, 15, 16, 21, 22, 26} se confirma también en esta serie, pero a diferencia de otras^{9, 21} no encontramos que los pacientes sin prodromo diarreico o de mayor edad mostraran una evolución más tórpida (no hay fallecido ni secuelas en este grupo).

Es altamente llamativa la condición socioeconómica de la población con SHU, que difiere del habitual predominio de asegurados e indigentes en nuestros hospitales estatales, siendo coincidente con la informada en Argentina¹. Esta situación se mantiene también en series pequeñas como la de Coyhaique, en que los niños afectados correspondieron en su mayoría a hijos de profesionales de salud o de otras instituciones

estatales que se encontraban residiendo transitoriamente en la correspondiente región. La alta incidencia de SHU para la población que ahí vive constituye para nosotros una interrogante que hace suponer su desencadenamiento por factores ambientales.

La severidad y duración de la anemia hemolítica no difiere de lo conocido^{1, 2, 13}, y la palidez que ocasiona constituye uno de los signos que frecuentemente motivan la consulta. Los hallazgos en el hemograma de glóbulos rojos fragmentados, junto a un prodromo de diarrea, deben motivar la búsqueda sistemática del compromiso renal, especialmente si se trata de un lactante.

La ausencia de trombopenia al momento de su diagnóstico no es infrecuente, siendo probable que esta situación sea condicionada por su presentación fugaz y precoz en el curso del síndrome o su estudio tardío, pudiendo en ocasiones encontrarse recuentos elevados como consecuencia de encontrarse en la etapa de recuperación. A pesar de la trombopenia, cuando existe, la hemorragia clínicamente evidente es poco frecuente y la necesidad de transfundir plaquetas, excepcional.

Las alteraciones neurológicas, manifiestas en muchos casos como síndrome convulsivo, sólo ocurrieron en un tercio de los pacientes, relacionándose estrechamente con la severidad del compromiso renal y siendo difícil ponderar su importancia como elemento pronóstico en forma aislada. La rápida mejoría con la diálisis y la ausencia de convulsiones tardías muestra la implicancia del síndrome urémico en su génesis, aunque se supone que no es el único factor desencadenante³¹. La gravedad del compromiso renal varió ampliamente, existiendo en todos evidencia de daño renal agudo. Anuria y oliguria se presentaron con frecuencia similar que en la experiencia de Gianantonio¹, en cuyos pacientes su duración fue mayor (anuria, \bar{x} : 25 días; oliguria, \bar{x} : 14 días) que en los nuestros, denotando en estos últimos menor severidad del síndrome. El porcentaje de pacientes que evolucionaron con diuresis normal es similar a lo descrito^{1, 16, 17, 21}. En este grupo encontramos que la enfermedad no constituyó un problema serio de manejo, resolviéndose sin requerir de terapia de diálisis, lo que difiere de los casos anúricos u oligúricos con alta incidencia de compromiso neurológico, necesidad de diálisis y larga hospitalización, concentrándose en ellos la mortalidad.

Los seis casos descritos con nitrógeno ureico normal fueron considerados SHU después de descartar otras causas de hemólisis, trombopenia y compromiso renal, razonamiento sustentado por la revisión de las grandes series publicadas, especialmente aquellas en que la severidad del SHU es menor, que incluyen numerosos casos similares a los nuestros^{1, 16, 21}. Esto ha motivado el estudio de casos inaparentes entre el grupo familiar de niños afectados, demostrándose su existencia³². Es, sin duda, un mayor grado de conocimiento del síndrome y su búsqueda más cuidadosa lo que ha llevado a descubrir estas formas menos severas del SHU, que antes, probablemente, pasaban inadvertidas. Es probable que su incidencia sea mayor si consideramos que la mayoría de los pacientes procedentes de provincia pueden ser seleccionados por su severidad.

La alta letalidad en los primeros casos de esta serie está íntimamente relacionada con su tardanza en el diagnóstico y en el empleo de terapia correcta (infusión de líquidos, uso de diálisis), falleciendo estos pacientes por complicaciones del síndrome urémico. En cambio, en dos de los tres últimos casos un cuadro infeccioso agregado determinó el deceso. La eventual contribución de un catéter rígido de peritoneo diálisis en la perforación intestinal del paciente fallecido en 1983, motivó que en los últimos 70 casos usásemos exclusivamente catéteres blandos de silastic®, cuya ventaja adicional es que se pueden conservar sin retirar hasta la resolución de la insuficiencia renal.

La buena situación previsional de un número importante de nuestros pacientes (en controles con médico de atención privada) y un elevado porcentaje de niños de otras regiones determinó que el seguimiento sea sólo parcial, de 49% de los casos; sin embargo, en este grupo está incluida la mayoría de los casos más severos. En un elevado porcentaje, la función renal mejoró y la hipertensión arterial persistente fue poco frecuente. Sólo tres pacientes desarrollaron insuficiencia renal crónica, lo que contrasta con las experiencias iniciales comunicadas por Gianantonio²⁸ y algunos centros europeos³² en que su frecuencia es más alta y el pronóstico más sombrío. Los factores responsables de esta buena evolución posterior en nuestra serie, podrían estar determinados por menor severidad del compromiso renal, afectación preferente de niños menores y prodromo de diarrea en la mayoría de ellos.

Del análisis de nuestra casuística es posible señalar que el SHU en nuestro medio es de evolución más benigna que en otros. El mejor conocimiento de la enfermedad es probable que sea el factor primordial del aumento en el número de ingresos a nuestra unidad, siendo el diagnóstico precoz y uso consecuente de diálisis peritoneal en los casos severos, los factores más importantes que han logrado disminuir su letalidad.

Aunque el SHU demuestra una amplia variabilidad en su severidad, la mayoría de los pacientes pueden ser divididos a su admisión en dos grandes grupos: los levemente afectados, con diuresis normal, sin hipertensión, trastornos importantes electrolíticos o ácido base y con indemnidad neurológica, cuyo manejo puede ser efectuado en hospitales regionales o unidades no especializadas, mientras que las formas anúricas u oligúricas con o sin compromiso neurológico o hipertensión deben ser derivadas precozmente a centros especializados que dispongan de experiencia y manejo de la insuficiencia renal aguda con posibilidades de emplear sin problemas métodos de sostén renal (peritoneo-dialisis y, eventualmente, hemodialis).

RESUMEN

Se analizan 154 pacientes con síndrome hemolítico urémico (SHU), atendidos en 22 años. La edad promedio era de 16 meses y en 64% entre 6 y 18 meses. Un tercio de los ingresos ocurrió en primavera. Los síntomas prodrómicos aparecieron en un rango de 1 a 19 días antes de la admisión; 92% tenía deposiciones líquidas y 31% compromiso neurológico. La anuria estuvo presente en 44 pacientes (21%), durando, en promedio, 7 días. Sesenta y un casos (40%) sufrieron hipertensión arterial en algún período de su evolución. La diálisis peritoneal se realizó en 60 (39%) pacientes; el resto recibió solamente tratamiento de mantención para la insuficiencia renal aguda. No se emplearon tratamientos específicos, excepto heparina en 5 niños en los primeros años. Fallecieron 10 pacientes (6%) en la etapa aguda, pero sólo 2 de los últimos 76 casos analizados. Esta disminución de la letalidad posiblemente obedece a diagnósticos más oportunos y a mayor experiencia del equipo profesional en el manejo de la insuficiencia renal aguda, destacando, sin embargo, una amplia heterogeneidad en la presentación clínica del SHU durante el

período analizado. Tres pacientes quedan con insuficiencia renal crónica.

(Palabras clave: síndrome hemolítico urémico, insuficiencia renal aguda.)

REFERENCIAS

1. Gianantonio C.: Hemolytic uremic syndrome. Andreucci (ed.). Acute renal failure. Boston Martinus Nijhoff Publishing 1984; 327-339.
2. Miller K., Kim Y.: Hemolytic uremic syndrome. Holliday M., Vernier R., Barrat T. (eds.). Pediatric Nephrology. Baltimore Williams & Wilkins 1987; 482-490.
3. Loirat C., Sonsino E., Vargas Moreno A. et al: Hemolytic uremic syndrome. Acta Paediat Scand 1984; 73: 505-514.
4. Trompete R., Schwartz R., Chantler C. et al.: Haemolytic uremic syndrome: an analysis of prognostic features. Arch Dis Child 1983; 58: 101-105.
5. Alon U., Adler S., Chan J.: Hemolytic uremic syndrome associated with Streptococcus pneumoniae. Am J Dis Child 1984; 138: 496-499.
6. Gasser C. von, Gautier E., Steck A., Sieberman R.E., Oeschlin R.: Hämolytisch-urämische syndrome. Bilaterale Nierenrindennekrosen bei akuten erworbenen hämolytischen, anämien. Schweiz Med Wochenschor 1985; 85: 905-909.
7. Karmali M., Petric M., Lim C., Fleming P., Arbus G., Lior H.: The association between idiopathic hemolytic uremic syndrome and infection by verotoxin producing Escherichia coli. J Infect Dis 1985; 151: 775-782.
8. Dennberg T., Friedberg M., Holmberg L. et al.: Combined plasmapheresis and hemodialysis treatment for severe hemolytic uremic syndrome following Campylobacter colitis. Acta Paediatr Scand 1982; 71: 243-245.
9. Communicable Disease Surveillance Center, British Paediatric Association: Haemolytic uraemic syndrome. Br Med J 1986; 292: 116-117.
10. Butler T., Islam R., Azad K., Jones P.: Risk factors for development of hemolytic uremic syndrome during shigellosis. J Pediatr 1987; 110: 894-897.
11. Drummond K.: Hemolytic uremic syndrome. Then and now. N Engl J Med 1985; 312: 116-118.
12. Bitzan M., Karch H., Altroggi H., Strehlan J., Bläker F.: Hemolytic uremic syndrome associated with a variant Shiga-like cytotoxin of Escherichia coli O111. Pediatr Infect Dis J 1988; 7: 128-132.
13. Fong J.S.C., De Chedarevian J., Kaplan B.: Hemolytic uremic syndrome current concepts and management. Pediatr Clin N Am 1982; 29: 835-856.
14. Craig J., Sheehan T.: The haemolytic uraemic syndrome and bone marrow transplantation. Br Med J 1987; 295: 887.
15. Levin M., Barrat T.M.: Haemolytic uraemic syndrome. Arch Dis Child 1984; 59: 397-400.
16. Wieringer P., Monnens L., Schretlen E.: Haemolytic uraemic syndrome. Epidemiological and clinical study. Arch Dis Child 1974; 49: 432-436.

17. Sorrenti L., Lewy P.: The haemolytic uraemic syndrome. Experience at a Center in the Midwest. *Am J Dis Child* 1978; 132: 59-62.
18. Kaplan B., Chesney R., Drummond K.: Hemolytic uremic syndromes in families. *N Engl J Med* 1975; 292: 1090-1093.
19. Harens P., O'Rourke P., Hahn J., Higgins J., Walker A.: Laboratory and clinical variables to predict outcome in hemolytic uremic syndrome. *Am J Dis Child* 1988; 142: 961-964.
20. Sharpstone P., Evans R., O'Shea M., Alexander L., Lee H.: Haemolytic uraemic syndrome. Survival after prolonged oliguria. *Arch Dis Child* 1968; 43: 711-716.
21. Olivos P., Cordero J., García S., Lamas R., Saieh C., Rodel C.: Síndrome hemolítico urémico. *Rev Chil Pediatr* 1978; 49: 67-76.
22. Mathieu H., Leclerc F., Habib R., Royer P.: Etude clinique et biologique de 37 observations de syndrome hemolytique et uremique. *Arch Franc Ped* 1969; 26: 369-390.
23. Habib R., Leclerc F., Mathieu H., Royer P.: Comparaison clinique et anatomo-pathologique entre les formes mortelles et curables du syndrome hemolytique et uremique. *Arch Franc Ped* 1969; 26: 417-432.
24. Vildósola J., Bravo M., Emparanza E.: Síndrome hemolítico urémico en la infancia 1962; 5: 292-309.
25. Cerda M., Taboada H., Solar E., Casterán J.C., Cofré C., Del Valle M., Ponce S.: Síndrome hemolítico urémico. *Rev Chil Pediatr* 1984; 55: 29-33.
26. Figueroa S., Bidegain M., Rodríguez S., Rodríguez W., Valenzuela J., Galletti A.: Síndrome hemolítico urémico. *Rev Chil Pediatr* 1987; 58: 58-61.
27. Llorente I.: Síndrome hemolítico urémico. *Rev Chil Pediatr* 1974; 45: 253-254.
28. Anónimo: Hipertensión arterial. Normas técnicas. Ministerio de Salud, Chile, 1989.
29. Gianantonio C., Vitacco M., Mendilaharsu F., Gallo G.: The hemolytic uremic syndrome. Renal status of 76 patients at long-term follow up. *J Pediatr* 1968; 72: 757-765.
30. Leberman E.: Hemolytic uremic syndrome. *J Pediatr* 1972; 60: 1-16.
31. Sheth K.J., Swick H.M., Haworth N.: Neurologic involvement in hemolytic uremic syndrome. *Ann Neurol* 1986; 19: 90-93.
32. Tune B., Groshing T., Plumer L., Mendoza S.: The hemolytic uremic syndrome in siblings: A prospective survey. *J Pediatr* 1974; 85: 682-683.
33. Kaplan B.S., Proesmans W.: Seminars in Hematology 1987; 24: 148-160.