

## Sociedad Argentina de Pediatría

DECIMA QUINTA SESION CIENTIFICA: 14 de noviembre de 1933

Presidencia del Dr. Florencio Bazán

*Dr. Bazán.*—Pronuncia unas palabras en homenaje a la memoria del doctor Larguía, recientemente fallecido, invitando a los concurrentes a ponerse de pie.

*Dr. E. Beretervide.*—Propone se envíe una nota de pésame a la familia del Dr. Larguía, lo que se aprueba por unanimidad.

### Endocarditis lenta

*Dres. J. M. Macera y R. Oyhenard.*—Presentan la observación de una niña de 10 años de edad, vista por un proceso febril, 39.5 rectal); había acusado dolores en el hombro y brazo izquierdo, al examen se constata un cuadro cardíaco, insuficiencia mitral franca y soplo sistólico suave en el foco aórtico. Se somete durante cuatro meses a la acción del salicilato de sodio (6 a 8 grs. diarios), persistiendo el estado febril. En el examen de sangre se revela una anemia con ligera leucocitosis y neutrofilia. Dos hemocultivos fueron negativos, a pesar de ello y de la falta de embolias, consideran que se trata de una endocarditis lenta, fundamentando su diagnóstico basados en la existencia de: 1.º, un cuadro cardiovascular; 2.º, cuadro febril prolongado (un año de evolución); 3.º, cuadro hemático (anemia con leucocitosis moderada y neutrofilia); 4.º, cuadro cutáneo (nudosidades eritematosas no dolorosas); 5.º, cuadro gastrointestinal (cólicos y constipación); 6.º, cuadro nervioso (irritabilidad del carácter); 7.º, cuadro respiratorio (episodios de congestión bibásica).

Los autores hacen consideraciones de diagnóstico diferencial, especialmente aplicables a observaciones como la que presentan, en las cuales la falta de algún elemento de diagnóstico, hace la observación más interesante.

Discusión: *Dr. Bazán.*—Manifiesta estar de acuerdo en que el diagnóstico más sostenible es el de endocarditis lenta, aun cuando falte el hemocultivo positivo. Recuerda una observación análoga en sus caracteres clínicos, seguida en el consultorio externo de 2.ª infancia del Servicio de la Cátedra; los hemocultivos fueron negativos y los cardiólogos que estudiaron a la niña no han hecho diagnóstico de seguridad de endocarditis lenta; le parece interesante el comentario de estos casos por su poca frecuencia.

### Tuberculosis y neumopatías banales en la primera infancia

*Dr. Pedro de Elizalde.*—Comunica dos observaciones. Una de ellas se refiere a un niño de dos años de edad, infectado seguramente por la madre, de tuberculosis. A la edad de trece meses una neumonía cíclica que llega a la crisis, determina una serie de procesos pulmonares con muy escasos síntomas físicos y extendidas sombras de micronódulos a contornos polieúclicos. En todo el tiempo que ha durado la observación (cuatro meses y medio) el niño ha estado apirético y las reacciones de Mantoux han sido negativas, aun con las soluciones de tuberculina al 1/10. Anteriormente, en otro hospital, ésta reacción fué positiva. El peso ha aumentado dos kilos y medio en cuatro meses. La investigación del bacilo de Koch reiteradamente negativa en el esputo, fué en cambio positiva en el contenido gástrico en ayunas.

La otra observación se refiere a una niña de ocho meses de edad, tuberculosa evolutiva, con extensas lesiones, que fallece en pocas horas por una neumonía sobreaguda abscedente a estrepto neumó y estafilococos, como lo demuestra el estudio histológico y bacteriológico.

El autor recuerda que en el curso de estos últimos años ha tenido oportunidad de ir estudiando toda una serie de enfermos en los que aparecen superpuestas lesiones tuberculosas y distintos tipos de neumopatías. En un trabajo ulterior, piensa volver sobre este asunto, que cree de interés clínico y nosológico.

**Discusión:** *Dr. Raúl Cibils Aguirre.*—Dice haber seguido con todo interés esta nueva comunicación del Dr. Elizalde, quien al analizar el intrincado problema de la asociación de lesiones tuberculosas con otras que no lo son, mucho sugiere y enseña. Pero cree que el ensayo de clasificación que propone debe aclararse en algún punto. El subgrupo a “resolución lenta (epituberculosis)” merece discutirse, pues no pueden equipararse procesos cuya confusión resultaría sino infundada, peligrosa. Las epituberculosis o infiltraciones perifocales, llámenseles como se quiera, no solo han hecho su prueba, sino que el conocimiento de su existencia ha modificado conceptos clásicos en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la tuberculosis. Y aun cuando pudieran existir exageraciones, su concepto radiológico y clínico debe ser mantenido. Dentro de su experiencia dice el Dr. Cibils Aguirre, en la generalidad de los casos, puede la infiltración perifocal distinguirse de las neumopatías lobulares comunes, pues, aunque a veces el infiltrado llega a traducirse por una sintomatología funcional y física evidente, mucho más frecuentemente los síntomas como fiebre y disnea, resultan escasos o nulos; los fenómenos físicos pueden ser desteñidos o brillar por su ausencia; en cambio los síntomas radiológicos son más evidentes y a veces sólo hallazgo fortuito del examen radioscópico, sin previa sintomatología orientadora.

A la inversa, es común que la generalidad de las neumopatías lobulares se exterioricen llamativamente por sus síntomas funcionales y luego físicos groseros. Son excepcionales las neumopatías de esa índole que no se presuman desde la cabecera del enfermo y aun más excepcionales aquellas que sin sintomatología clínica, lleguen sólo a traducirse radiológicamente. Recuerda que en los 17 casos de conjuntivitis flictenular presentados con el Dr. Calcarami a esta Sociedad, la gran mayoría demostraba infiltraciones perifocales netas, en el estudio radiográfico seriado y que el examen clínico no permitía presumir. Cree que en la mayoría de los casos, esta disociación radiológico-clínica, frecuente en los infiltrados, rara en las neumopatías lobulares comunes, puede ayudarnos en el diagnóstico diferencial y que si en casos particulares la duda planteada por el Dr. Elizalde puede tener razón de ser, su generalización resultaría peligrosa en manos menos expertas al invalidar unos de los fundamentos esenciales del cuadro actual de las manifestaciones de la infección tuberculosa, como lo es el de los infiltrados perifocales.

#### **Epidermolisis ampollosa hereditaria. Dificultad de su diagnóstico en el recién nacido**

*Dr. Florencio Escardó y Luis Trepát.*—Los autores hacen una reseña sucinta de las características en esa enfermedad y relatan a través de un caso clínico las dificultades de diagnóstico en el recién nacido. Finalmente establecen la insuficiencia de todos los signos diferenciales y determinan que sólo el signo de Nikolsky, común a la afección en estudio y a la enfermedad de Ritter, da un medio de orientación segura.

*Dr. Pacheco.*—Recuerda un caso de enfermedad de Ritter presentado a la Sociedad de Nipología en el año 1931.