

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA

PUBLICACION MENSUAL

(ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA)

DIRECTORA:

Dra. MARIA TERESA VALLINO

SECRETARIOS DE REDACCION:

Dr. JUAN CRUZ DERQUI

Dr. OSCAR R. MAROTTOLI

COMISION DIRECTIVA Y COMITE DE REDACCION

Dr. ALFREDO CASAUBON
Presidente
Profesor suplente de Clínica
Pediátrica y Puericultura

Dr. JUAN P. GARRAHAN
Vicepresidente
Profesor suplente de Clínica
Pediátrica y Puericultura

Dr. FLORENCIO BAZAN
Secretario General
Profesor suplente de Clínica
Pediátrica y Puericultura

Dr. CARLOS S. COMETTO
Tesorero
Director del Hospital de Niños de
La Plata.

Dr. ALFIO PUGLISI
Secretario de Actas
Jefe de Clínica de la Facultad

Dr. PEDRO DE ELIZALDE
Vocal
Profesor suplente de Clínica
Pediátrica y Puericultura

Dra. MARIA TERESA VALLINO
Directora de Publicaciones
y Biblioteca
Del Servicio de la Cátedra de
Pediatria

Dr. JUAN CARLOS NAVARRO
Vocal
Profesor suplente de Clínica
Pediátrica y Puericultura



Imp. Frascoli y Bindi

Córdoba 2559

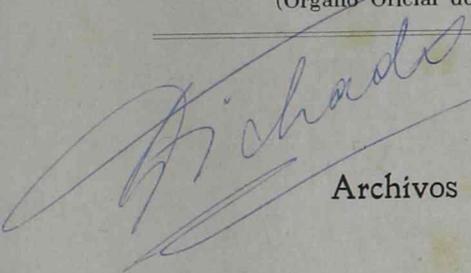
1950

ASOCIACION MEDICA
ARGENTINA

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)


Archivos Argentinos de Pediatría

Esta revista no es, en realidad, un nuevo órgano del periodismo médico; es sólo un retoño vigoroso del viejo tronco que se llamó "Archivos Latino-Americanos de Pediatría" y que durante varios lustros registró en sus páginas la mayor parte de la bibliografía especializada argentino-uruguaya.

Pero aquella publicación, común a las Sociedades de Pediatría de ambos países, cumplió ya — y por cierto que brillantemente — la misión para la que había sido creada y hoy cada una de las referidas entidades edita ya su revista propia e independiente. El ritmo de la vida exige imperiosamente la renovación de los hombres y las cosas...

Mientras tanto, rindamos el homenaje de nuestra consideración y respeto al viejo portavoz desaparecido, que vio los albores de la Pediatría argentina, asistió a su vigoroso desenvolvimiento y alcanzó su fecunda madurez actual.

Sería una ingratitud no asociar especialmente a ese homenaje los nombres de los Dres. Gregorio Aráoz Alfaro y Luis Morquio, que fundaron y dirigieron los "Archivos", impulsándolos en la senda del progreso con sus indiscutibles prestigios científicos, su sostenida actividad y el patrimonio moral que sus nombres representan.

"Archivos Argentinos de Pediatría", órgano oficial de la "Sociedad Argentina de Pediatría", aparecerá mensualmente y sus columnas quedan abiertas a todos los estudiosos, para la publicación de trabajos exclusivamente científicos y sin otras limitaciones que las impuestas por la especialidad en sus diversas disciplinas y la seriedad y ética de una revista que nace siendo tribuna alta y genuina de la Pediatría de nuestro país.

LA DIRECCIÓN.

Vacunación con el B. C. G. en la "Cuna" de la casa del niño (Montevideo)

por los doctores

Julio A. Bauzá
Director de la Casa del Niño

Julio E. Moreau
Médico Jefe del Laboratorio del
Dispensario Calmette

En mayo de 1927, iniciamos en la Cuna de la Casa del Niño de Montevideo, la vacunación antituberculosa por vía oral, según el método de Calmette, en niños menores de 7 días. Desde esta época hasta el 1.º de marzo de 1930, la vacunación por el bacilo biliado B. C. G. fué aplicada a 272 niños, de los cuales 197 pudieron ser seguidos durante más de 1 año. Todos estos niños habían ingresado en el establecimiento con menos de 7 días de edad. Todos ellos después de haber permanecido en la "Cuna" por un tiempo variable, a veces varios meses, en un ambiente libre de tuberculosis, fueron después pasados al servicio de colocación familiar en nodrizas examinadas medicalmente y declaradas sanas.

Estos niños fueron inspeccionados periódicamente por los médicos de los Consultorios Gota de Leche, y vigilados a domicilio por las inspectoras de los mismos. De cada uno de ellos se tiene una historia documentada desde el día de su ingreso hasta el presente, o hasta el momento en que fallecieron o que fueron reclamados por sus padres.

La mayor parte de estos niños, constituye un material de calidad bastante inferior, desde el punto de vista de su inmunidad natural, siendo un gran número de ellos, heredituberculosos, heredoalcohólicos y heredosifilíticos.

La mortalidad entre estos niños, en el período de mayo de 1927 a marzo de 1929, fué de 85 en el primer año, o sea 43 % sobre los 197 que comprende este grupo. Fallecieron 6 niños más, entre el

primero y segundo año. Esta mortalidad tan elevada no difiere sensiblemente de la observada en años anteriores en niños ingresados en las mismas condiciones de los que fueron vacunados, mortalidad muy alta pero explicable por la crecida proporción de los niños débiles congénitos ingresados, así como por los peligros inherentes a la lactancia mercenaria, nunca suficientemente vigilada.

Los antecedentes tuberculosos, casi siempre por parte de la madre, se presentaron en 34 casos, aproximadamente el 17 %. Podemos señalar igualmente 117 niños, es decir, 60 %, que poseían un peso inferior a 3.000 grs. en el momento del ingreso.

Como ocurre en la mortalidad infantil general, corresponde al primer trimestre de la vida, la proporción más elevada de niños fallecidos, que alcanzó a la cifra de 43; en el segundo trimestre fallecieron 26; en el tercero, 6, y en el cuarto trimestre, 10.

Si investigamos las causas que produjeron la muerte antes del año de los niños vacunados, observamos las siguientes cifras:

Bronconeumonía	45	Convulsiones	4
Toxicosis	11	Muerte súbita	2
Atrepsia	9	Sífilis hereditaria	2
Atrofia	6	Otitis	1
Debilidad congénita	2	Septicemia	1
Vómitos incoercibles	1		—
Meningitis	1	Total	85

Debe llamar poderosamente la atención la alta proporción de niños fallecidos de bronconeumonía, que sobrepasa al 50 % del total, no creyendo sin embargo, que ellas puedan ser atribuidas a la vacunación por el B. C. G., sino a las defectuosas condiciones sanitarias, que se observan corrientemente en las habitaciones de las nodrizas que amamantan a estos niños.

En ninguno de los casos de los niños fallecidos en el grupo estudiado se hizo el diagnóstico clínico de tuberculosis.

El desarrollo de los niños vacunados

El desarrollo de los niños vacunados que llegaron a cumplir el primer año, como puede apreciarse por examen del cuadro N.º 1, fué deficiente en extremo, sin creer al hacer esa afirmación que ello pueda ser atribuído a la vacunación por el B. C. G., sino a las con-

diciones inherentes de constitución, y de alimentación de la mayor parte de estos niños. De los 112 niños que sobrepasaron el primer año de vida, 75 tenían a esta edad un peso inferior al normal en más del 5 % y sólo 37 alcanzaron a esta edad a tener un peso normal o supernormal.

Las reacciones a la tuberculina en los niños vacunados con B. C. G. y sus relaciones con la inmunidad hacia la tuberculosis

Desde los primeros tiempos de la aplicación del B. C. G. en el lactante, se ha querido ver en la aptitud de reaccionar el niño hacia la tuberculina, el mejor medio para apreciar la aparición del estado alérgico, del cual se quería hacer depender la producción de la inmunidad hacia la tuberculosis.

Calmette, ha sostenido, apoyado en demostraciones experimentales, desde los primeros tiempos que alergia e inmunidad no van paralelamente. La inmunidad determinada por el B. C. G. se constituye progresivamente y su lentitud contrasta con la rapidez de la sensibilización. La inmunidad es posterior a la hipersensibilización.

Las dos son manifestaciones distintas, reflejando la primera una resistencia creciente a las reinfecciones y la segunda traducéndose por manifestaciones locales de corta duración, inflamatorias o necróticas, o por reacciones locales y mismo generales, capaces de producir la muerte (1).

Si la cutirreacción positiva, o en general la reacción positiva a la tuberculina, demostraran la absorción del B. C. G., las reacciones negativas no demostrarían para Calmette la ausencia de inmunidad, la que podría existir sin haberse provocado el estado alérgico, desde el momento que el B. C. G., que ha perdido la propiedad de producir en el hombre lesiones foliculares, podría quedar parasitado en el organismo del niño durante mucho tiempo, sin llegar al estado de simbiosis celular, necesario para la producción del estado alérgico.

La explicación de las reacciones tardías a la tuberculina, observadas por algunos investigadores, no tendría por qué atribuirse a la intervención del bacilo de Koch virulento, sino al tardío desarrollo de la alergia tuberculínica. Tampoco tendría para Calmette, el significado que se pretende dar al hecho, de que algunos niños dejen de reaccionar a la tuberculina, como demostración de la des-

(1) *Calmette.* — L'infection bacillaire.

aparición de la inmunidad, pues la reacción a la tuberculina podría desaparecer antes que la inmunidad se haya extinguido.

Calmette concluye desaconsejando el uso de la tuberculina, como medio de apreciar la aparición del estado de alergia, desde el momento que ella no podrá servir para obtener una prueba decisiva, además de las confusiones a que puede dar lugar en caso de reacción positiva, por no ser posible afirmar si ella es debida a B. C. G. o a una infección con al bacilo de Koch virulento.

Bernard, Lelong y Debré, estudiando en series, los niños vacunados y separados desde el nacimiento, de todo contacto infectante, han observado en 55 casos la Pirquet negativa constantemente, y en 50 positiva, en algún momento dado. Aparecería a veces después del mes y medio, pero por lo general, de los 5 a los 6 meses, y mismo después de los 12. Después de haber sido positiva, puede persistir, o hacerse negativa después de un tiempo variable.

Weill Hallé y Turpín, señalan la proporción poco elevada de los niños con cutirreacción positiva, o su aparición tardía, cuando ellos están colocados en un medio familiar sano, y atribuye al aporte sucesivo del bacilo de Koch virulento, la mayor proporción de reacciones positivas, observada en los niños que vivían en un ambiente tuberculoso.

La proporción de cutirreacciones positivas, para los niños hijos de padres sanos, viviendo en un medio indemne de tuberculosis, fué de: 4.5 %, en los primeros 3 meses; de 5.1, a los 6 meses; de 10.8, a los 9, y de 14.2, al año. En los hijos de padres tuberculosos expuestos al contagio, el porcentaje es más elevado, aumentando de 14.7 a los 3 meses hasta 35 % al año y 66 % a los dos y medio años. La reacción tuberculina positiva aparecería cuando se han producido reacciones foliculares, lo que tendría mayores probabilidades de suceder en los niños que han permanecido en un medio infectante, y que han sido tocados por bacilos virulentos, a los cuales podrían resistir por haber recibido el B. C. G.

Porcentajes análogos a los señalados por Weill Hallé y Turpín, habían sido obtenidos por Calmette, Parisot y Saleur, Buschman y Taknis.

Para Nobecourt y Kaplan (Soc. de Ped. de París, 1928) sobre 14 lactantes vacunados, 8 presentaron ulteriormente cutirreacción positiva y 6 negativa. En otras series de 25 casos, resultaron 13 positivas y 12 negativas.

Wallgreen (Arvid) considera difícil de aceptar el que se pre-

tenda haber obtenido la inmunidad específica, sin que se produzca una reacción positiva a la tuberculina.

Si ésta es negativa, ello significaría que el B. C. G., al que considera completamente inocuo, no ha prendido, siendo necesario repetir nuevamente la inoculación, una, dos o tres veces más, en intervalos de 3 ó 4 meses.

La reacción a la tuberculina, la verifica por la Pirquet y la intradermorreacción y la aparición del estado alérgico se haría tanto más rápidamente cuanto más elevada fuese la dosis empleada.

En 14 niños, sobre 55, Wallgreen necesitó practicar de 2 a 4 inoculaciones, para obtener la alergia tuberculínica.

En cuanto a la duración del estado de alergia, Wallgreen lo ha encontrado existente al cabo de un año, estando el niño al abrigo de toda infección virulenta, careciendo de interés su determinación si el niño vive en un ambiente tuberculoso.

Lemaire, Villimain, Mlle. Dreyfus e Imbert, han estudiado la reacción tuberculínica en 53 lactantes vacunados con el B. C. G., por intermedio de la cutirreacción. La separación de los niños de sus padres tuberculosos sólo fué realizada en 2, durante 40 días.

En 18 niños la cutirreacción fué siempre negativa; estos niños con la excepción de 2, vivían en un medio sano. En 17, la reacción fué positiva franca. De ellos, salvo 1, todos los demás vivían en un medio tuberculoso. Otros 18 niños presentaron una reacción débil; la reacción frecuente en el B. C. G. En este grupo, la proporción de niños era sensiblemente la misma entre los que vivían en un medio sano y en un medio contaminado. Como para Nobecourt, la cutirreacción intensa significaría para Lemaire, una infección posterior a la vacunación, por el bacilo de Koch virulento.

La escasa proporción de niños que reaccionaron positivamente a la cutirreacción, frente a la elevada proporción de los que lo hacen a la intradermo, ha venido a modificar fundamentalmente la interpretación dada hasta hace muy poco tiempo al desarrollo tardío de la alergia tuberculínica a la cutirreacción.

En efecto, Debré y Cofiño (2), aplicando la cuti y la intradermorreacción, inyectando para esta última, 0.1, 0.5 ó 1 mgr. de tuberculina Koch diluída, en 132 niños hijos de padres tuberculosos, pero aislados desde el nacimiento, han obtenido resultados que merecen ser señalados. Hasta los 9 meses la proporción de casos posi-

(2) "Annales de l'Institut Pasteur", enero 1930.

tivos fué de 100 % ; de los 9 a los 18 meses, el porcentaje de las reacciones positivas fué de 90 a 94 %. De los 18 a los 27 meses, nuevamente 100 %. De los 27 a los 30 meses, 85 %. De los 30 meses a los 3 años, 41 %, y de los 3 a los 4 años, 57 %. De las 117 reacciones positivas obtenidas en los 132 niños vacunados, hubo 42 reacciones de Pirquet positivas, y las 75 restantes dieron el mismo resultado, con la intradermorreacción. Esta proporción ofrece un resultado que llama la atención al lado de las reacciones constantemente negativas, observadas por los mismos autores en niños testigos hijos de tuberculosos, aislados y no vacunados. En el total de los 132 niños, habían reaccionado a la cutirreacción y a la intradermorreacción 86.6 % de los niños vacunados, cifra ésta que si ulteriores investigaciones la confirmasen constituiría una demostración indiscutible de la absorción del B. C. G., por la mucosa intestinal del lactante. Contrariamente a lo observado hasta el presente, para Debré y Cofiño, la reacción tuberculínica sería precoz en su aparición, disminuyendo en frecuencia a medida que el niño crece en edad. En cuanto a la aptitud para reaccionar a la tuberculina con la intradermorreacción, señala un aumento de 33 % a los 3 meses, a 62 % a los 15, y para la cutirreacción, una disminución de 66 a 18 %. De este estudio de Debré y Cofiño se desprende que ya al final del primer trimestre la totalidad de los niños vacunados, reaccionaron positivamente a la tuberculina, no obstante haber vivido estos niños en un ambiente libre de tuberculosis.

En el cuadro N.º 1 exponemos los resultados obtenidos en 60 niños vacunados por vía bucal, en los cuales hemos practicado la reacción a la tuberculina sea por la cuti o por la intradermorreacción.

Para la cutirreacción, practicada al final del primer año, hemos encontrado 12 casos positivos, o sea 20 %. A los 2 años, sobre 22 casos, 6 cutirreacciones positivas, es decir, 27.5 %.

Debemos advertir que algunos de los niños de este último grupo, fueron sometidos a la revacunación por vía oral entre el primero y segundo año.

Hemos practicado la intradermorreacción en los 48 niños no reaccionando al Pirquet, inyectando 0.1, 0.5 ó 1 mgr. de tuberculina diluída Koch o de tuberculina del propio B. C. G. Ninguna diferencia apreciable hemos encontrado en la mayoría de los casos en la intensidad de la reacción a ambas tuberculinas. Las reacciones positivas alcanzaron a 27, es decir, 56.2 %. En el total de los 60

Cuadro N° 1
Reacciones a la tuberculina, observadas en los niños vacunados

N°	Sexo	Antecedentes	Peso al ingreso	Peso al año	Peso a los 2 años	Pirquet al año	Pirquet a los 2 años	I. dermo al B. C. G.	I. dermo a la T. Koch
1644	F	Negativos	3.180	7.600	10.850	—	—	+ 1 m.	+ 1 m.
1647	M	»	2.890	7.200		no	—	—	—
1649	F	Madre bacilar	2.610	7.500	10.000	—	+	++	++
1653	M	Negativos	4.470	10.150	13.600	—	—	—	—
1661	F	»	1.940	6.700	9.350	—	—	++	++
1674	M	Se ignoran	2.960	7.650		—	—	—	—
1676	F	Negativos	3.200	8.800	11.800	—	—	—	—
1678	M	»	3.530	10.900	13.250	—	—	—	—
1679	M	Se ignoran	2.970	6.800	13.200	—	—	++	++
1691	F	Negativos	3.320	7.800		—	—	—	—
1698	F	»	2.580	4.900	12.050	—	—	—	—
1701	M	»	3.450	7.850		no	—	—	—
1706	F	»	3.110	8.700	11.950	—	++	—	(*)
1707	F	»	2.330	9.540	11.200	—	—	—	—
1713	M	Tíos maternos bacil.	2.700	6.000		—	—	—	—
1731	F	Se ignoran	2.870	7.200	10.300	—	—	—	—
1733	F	»	2.980	6.650		no	—	—	—
1745	F	Madre bacilar	2.030	6.700	11.200	—	—	—	—
1759	F	Se ignoran	2.945	6.000	11.200	—	—	—	—
1764	F	Negativos	2.870	7.650		—	—	—	—
1773	M	»	1.780	10.900	13.250	—	—	—	—
1817	M	»	3.610	9.100	12.250	—	—	+	+
1829	F	Se ignoran	2.960	8.000	10.950	—	—	—	—
1837	F	Negativos	3.200	10.700		no	—	—	—
1844	M	»	3.730	6.350	9.750	—	—	—	—
1859	M	Se ignoran	3.000	7.800	10.900	no	—	—	—
1866	M	Negativos	3.080	10.800	13.250	+	—	—	—
1878	F	»	2.950	8.200	10.900	—	—	+ 0.5 m.	+ 0.5 m.
1923	M	Se ignoran	3.310	8.400	10.800	—	—	—	—
1925	F	»	3.140	6.350	9.850	—	—	—	—
1943	F	»	2.200	7.100	10.300	no	—	—	—
1957	F	Madre bacilar	2.500	8.300	10.00	+	—	—	—
1961	F	Se ignoran	3.150	7.000	9.660	no	—	—	—
1992	F	Madre bacilar	2.160	7.200	9.700	—	—	+	+
1994	M	Se ignoran	3.710	11.300		—	no	++ 1 m.	++ 1 m.
1995	M	Negativos	1.820	4.500		no	—	—	—
2006	F	Madre bacilar	2.780	7.800	9.500	—	—	+	+
2020	M	Madre aórtica	2.450	6.300	10.700	—	—	—	—
2027	M	Se ignoran	3.270	8.200		no	—	—	—
2053	F	»	2.980	8.000	12.100	—	—	—	—
2062	F	»	2.800	6.800	10.900	no	—	—	—
2066	M	»	3.260	9.750	12.200	+	—	—	—
2068	F	»	3.050	7.000	11.800	—	no	—	—
2075	M	Negativos	3.020	7.800	10.700	+	—	—	—
2091	M	Madre bacilar	3.300	8.500	12.000	no	—	—	—
2114	F	Se ignoran	3.000	8.300	9.500	+	++	—	—
2116	F	Negativos	2.800	8.500	11.500	—	—	+ 0.1 m.	+ 0.1 m.
2159	M	Se ignoran	2.870	9.200	13.250	—	—	++ 0.1 m.	+ 0.1 m.
2180	M	»	3.065	8.100	10.400	—	—	+ 0.1 m.	+ 0.1 m.
2185	F	»	2.520	7.000	10.700	—	—	+ 1 m.	++ 1 m.
2186	M	Madre bacilar	2.530	8.100	12.900	—	—	—	—
2191	M	Se ignoran	2.820	7.500	10.600	—	++	—	—

* Adenopatía tráqueobrónica

N ^o	Sexo	Antecedentes	Peso al ingreso	Peso al año	Peso a los 2 años	Pirquet al año	Pirquet a los 2 años	I. dermo al B. C. G.	I. dermo a la T. Koch
2215	F	Negativos	2.630	9.200	11.000	—	—	+ 0.1 m.	+ 0.1 m.
2218	M	Madre bacilar	2.480	8.130	12.050	—	—		
2219	M	Negativos	2.780	8.250	13.800	no			
2230	M	»	3.300	8.800	12.990	—	—	— 1 m.	— 1 m.
2251	M	Se ignoran	2.650	7.100	11.200	—	—	— 1 m.	— 1 m.
2257	M	»	4.190	8.250	13.500	—			
2259	M	»	3.045	7.800		—			
2271	F	»	2.280	5.420	8.550	—	—	+ 1 m.	+ 1 m.
2288	F	Negativos	3.150	8.800	12.100	no	—		
2299	F	»	3.570	8.000					
2305	M	Madre bacilar	3.430	9.950		++			
2323	M	Negativos	3.130	8.800	11.900	++			
2332	F	Padre alcoholista	3.100	8.100		—			
2350	F	Se ignoran	2.200	10.100		no			
2364	M	Negativos	3.430	8.300		»			
2365	F	Se ignoran	2.530	6.500	9.650	—		+	++
2368	F	Negativos	2.720	6.500	8.700	no			
2369	F	»	3.100	7.050		»	++		
2372	F	»	2.670	8.500		»			
2378	M	»	3.045	4.500		»			
2382	M	Padre alcoholista	3.600	6.200	14.000	+++			
2388	F	Madre bacilar	30520	8.700		no			
2390	M	Madre bacilar	2.210	6.950		»			
2411	F	Negativos	3.000	9.100	12.300	—		+ 1 m.	+ 1 m.
2430	F	»	3.750	7.800		no			
2445	F	Madre débil mental	2.965	6.300		»	no		
2535	M	Madre débil mental	2.700	6.350		—		++ 1 m.	++ 1 m.
2543	M	Madre bacilar	3.400	7.000		no			
2563	F	Se ignoran	2.780	8.700		+	no		
2581	F	Negativos	2.760	9.400		—		+ 1 m.	+ 1 m.
2599	F	»	2.640	7.300		—		+ 1 m.	+ 1 m.
2673	F	»	2.730	8.000		no	no		
2703	F	Madre probable bacilar. Una hermana materna bacilar	3.420	7.750		»	»		
2717	M	Se ignoran	3.440	11.500		++			
2734	M	Madre bacilar	2.340	7.300		no			
2761	F	Se ignoran	2.730	6.500		—	no	— 1 m.	— 1 m.
2783	F	Madre bacilar	1.650	6.500		—	»	— 1 m.	— 1 m.
2787	F	Se ignoran	3.280	7.900		++			
2789	F	»	2.800	7.500		no	no	— 1 m.	— 1 m.
2812	M	Negativos	3.060	7.300		—			
2862	M	»	2.960	8.100		+++			
2858	M	Madre bacilar	2.750	8.000		no			
2853	F	Madre demente	2.770	9.300		—	no	++	++
2841	M	Madre bacilar	3.670	9.250		—	»	++	++
2831	F	Madre bacilar	3.000	9.800		no			
2948	F	Negativos	2.400	6.850		—	»	— 1 m.	— 1 m.
2959	F	»	3.680	9.000		—	»	+ 1 m.	+ 1 m.
3004	M	Se ignoran	2.860	9.400		—	»	+ m.	+ m.
3007	M	Negativos	2.800	8.700		—	»	+ 0.1 m.	+ 0.1 m.
3011	M	Se ignoran	3.620	9.400		—	»	— 1 m.	— 1 m.
3021	M	»	2.780	7.000		—	»	++ 1 m.	++ 1 m.
3039	M	Madre bacilar	2.150	4.900		no			
3061	F	Se ignoran	2.800	6.700		—	no	+ 1 m.	++ 1 m.

niños vacunados obtuvimos 39 reacciones positivas, entre el primero y el segundo año, lo que representa una proporción de 65 %.

Debemos manifestar, en lo referente al valor diagnóstico de la intradermorreacción, que su interpretación es a veces difícil. Las reacciones positivas débiles son frecuentes, y no siempre es fácil interpretar su significado. En 25 casos, en los que hemos practicado una reacción control con caldo glicerinado diluido en la proporción en que entra en la tuberculina, hemos obtenido en 14 casos, una reacción que podría tomarse como positiva a la tuberculina. Teniendo en cuenta que al hacer el examen de la intradermorreacción a las 48 horas, por lo general no se vuelve a observar al niño en los días subsiguientes, creemos que es conveniente, como ya Nobel lo ha hecho notar, ser muy prudente en la interpretación de las intradermorreacciones positivas en los niños con Pirquet negativo.

¿Puede considerarse la vacunación con el B. C. G. como completamente inofensiva para el lactante?

La opinión casi unánime de los que han estudiado la aplicación del método de Calmette por vía oral, es favorable en el sentido de reconocer la ausencia de acción patogena del B. C. G., no obstante la virulencia que aunque atenuada posee todavía, virulencia que, por otra parte, parece necesaria para que pueda ejercer su acción inmunizante.

Ante la masa enorme de opiniones favorables a la inocuidad del bacilus biliado de Calmette y Guerin, las reservas formuladas en los primeros tiempos han desaparecido casi en absoluto.

Los casos excepcionales que han sido señalados, y de los cuales parecería desprenderse la existencia de ciertos niños sumamente sensibles al B. C. G., y en los cuales la premunición podría dar lugar a fenómenos generales o locales, son tan excepcionales que no merecen ser tomados en consideración, como no se toman tampoco en consideración los casos de accidentes más o menos graves, que puedan ser debidos, directa o indirectamente, a la vacunación antivariólica, antídiftérica, antirrábica o mismo antitífica. No obstante estar convencidos de la inocuidad del B. C. G., administrada por vía bucal, queremos señalar un hecho que se nos ha presentado algunas veces, y que ya Le Lorier señaló en algunos de los centenares de lactantes vacunados en la Maternidad del Hospital Boucicault de París.

Le Lorier observó, a raíz de la vacunación con la B. C. G., que

algunos niños sanos, con peso de 3.000 a 4.000 grs., presentaron un descenso brusco de peso seguido en algunos casos por terminación fatal en pocos días. Le Lorier atribuyó la causa de estas muertes, a las circunstancias de un verano prolongado y a que estos niños estaban sometidos a la alimentación mixta con leche de vaca, la que podría haber jugado un papel importante como agente etiológico.

Algunos de nuestros niños vacunados en 1929, presentaron igualmente el síndrome de caída brusca de peso, con diarrea, consiguiéndose casi siempre la reparación del trastorno con más o menos dificultad. Nos ha parecido que este fenómeno se presentaba más a menudo en niños que al ser vacunados tenían evacuaciones diarreicas y frecuentes, habiendo comprobado la falta de relación de causa a efecto entre la vacunación por el B. C. G. y la aparición del síndrome señalado. El mismo hecho, por otra parte, se nos ha presentado entre los niños que hemos tomado como testigos y a los cuales no se les aplicó la vacunación por el B. C. G.

¿Tienen los niños vacunados una mayor resistencia, que los no vacunados?

Las estadísticas de Calmette, ponen de manifiesto cifras de mortalidad entre los niños vacunados por el B. C. G., muy inferiores a las de mortalidad infantil general, en el primer año de la vida; a veces la relación sería de 1 a 8. Prácticamente, significaría la supresión de la mortalidad infantil en el primer año de la vida, el año que siempre hemos considerado el más peligroso.

Estas estadísticas de Calmette han merecido numerosas críticas que, por poco que se profundice, deberán ser consideradas justificadas. No hay nada más falaz, que la estadística, si ella no se lleva a cabo con un riguroso método y exacto contralor.

Calmette (3), insiste en que en sus estadísticas no hay ningún "true", por cuanto las cifras de mortalidad infantil general las da la Administración, y en cuanto a la mortalidad entre los niños vacunados es perfectamente fácil conocerla en las localidades en las que el B. C. G. es aplicado.

No citaremos nada más que un caso en la larga estadística de Calmette: se refiere a la mortalidad en el Departamento del Aine.

En este departamento de Francia, nacieron en 1927 y 1928,

(3) "Annales de l'Institut Pasteur", enero 1930.

21.072 niños con vida y la mortalidad infantil general, menos de un año fué, término medio, de 8,5 %. La mortalidad, ocurrida entre los 1.467 calmettiados fué de 4,6 %, es decir casi la mitad.

Ahora bien, los que nos ocupamos a veces de estadísticas, sabemos bien que la mortalidad infantil de 0 a 12 meses en un año determinado no se determina sobre los niños nacidos en ese año, sino que se incluyen todas las defunciones ocurridas en el mismo año, pero correspondientes a niños nacidos en el año anterior, fallecidos antes de los 12 meses. De esta manera se compensan sensiblemente las bajas que ocurrirían al año siguiente al que se estudia.

La estadística de los niños vacunados con el B. C. G. no corresponden siempre a niños que hayan tenido la posibilidad de cumplir un año. Cuando se pretende hacer, pongamos por caso la estadística de mortalidad ocurrida entre los niños vacunados en el año 1928, para relacionarla con la mortalidad infantil general del mismo año, es necesario esperar a que haya transcurrido todo el año 1929, para que los niños vacunados en la postrimerías del año 1928, hayan podido ser seguidos hasta los doce meses de edad.

Y bien, esto la mayor parte de las veces no se ha hecho, y esta afirmación se desprende del examen de las estadísticas presentadas por Calmette, que tampoco tiene en cuenta a los niños que no han podido ser seguidos, por cambio de domicilio, ni tampoco consideran si la falta de vacunación en los niños no vacunados fué debida o no a las condiciones de salud deficiente de esta categoría de niños.

Cuesta admitir con Calmette que en Ligny, sobre 210 niños vacunados en un período de observación de 9 de julio de 1926 al 24 de septiembre de 1928 (más de 2 años), sólo se haya observado una mortalidad de 2 1/2 %, equivalente a poco más de 1 % por año. Al lado de esta cifra se coloca la de 18,5 % de mortalidad entre 27 no vacunados.

La misma incredulidad despierta la estadística de Abbeville donde la mortalidad entre 75 niños vacunados sólo ha alcanzado a 1,3 %, al lado de 8,5 % de mortalidad general entre los niños menores de 1 año.

También Cantacuzene, de Bucarest, afirma sobre una estadística que comprende más de 17.000 vacunaciones una disminución apreciable en la mortalidad infantil, alcanzando a más de 50 %.

Park, de Nueva York, no habría observado una diferencia apreciable entre los vacunados y los no vacunados en lo referente a la

mortalidad, siendo la cifra respectiva de 6,6 y de 6,4 respectivamente.

Munoverro (4) en una estadística de 757 niños vacunados, observó una mortalidad de 28,5 % en los vacunados, y de 35 % entre 1174 no vacunados.

Nosotros, no negamos que la vacunación por el B. C. G., disminuya dentro de cierto límite la mortalidad infantil general, desde el momento que, si ella ejerce una acción preventiva, no solo la tuberculosis del lactante será influenciada, sino las enfermedades que se desarrollan sobre un terreno tuberculoso, y entre ellas además de algunos estados de atrepsia y de atrofia, muchas bronconeumonías simples, que son la expresión de la reacción del organismo del lactante frente al foco tuberculoso primitivo pulmonar.

La mortalidad elevada observada, entre los niños vacunados en la “*Cuna*” de Montevideo, y seguidos durante todo su primer año, ha demostrado que ninguna diferencia ha podido apreciarse, entre los vacunados en el período de 1927 - 1928, con respecto a la mortalidad ocurrida en la misma categoría de niños dos años antes. Las cifras de mortalidad en el primer año de vida para los niños ingresados menores de 7 días, fué para los vacunados de 43,1 %, y de 45 % para los no vacunados en un período de tiempo idéntico, y sobre un número de niños casi igual. Cifras más semejantes difícilmente pueden encontrarse en una estadística, y la vacunación por el B. C. G. no ha demostrado en este abundante material, que se refiere a 197 niños vacunados, que la mortalidad fuera reducida en lo más mínimo, no obstante ser las cifras bastantes altas, como para que se marcara en ellos la influencia favorable que Calmette y un numeroso grupo de investigadores han señalado.

El B. C. G. por vía subcutánea

En 1927, Weill Hallé y Turpin, presentaron su primer trabajo sobre premunición por vía subcutánea, utilizando dosis cada vez más pequeñas hasta llegar al 1/50 y 1/100 de miligramo, aplicando este procedimiento para la vacunación de los niños que no habían sido vacunados dentro del plazo de los 10 primeros días siguientes al nacimiento, previa comprobación de la ausencia de

(4) “*Medicina Ibero*”. Madrid, marzo de 1929.

tuberculosis, mediante la intradermo reacción a la tuberculina, repetida, dos veces a cuatro semanas de intervalo.

Otra comunicación de los mismos autores, comprendiendo el período desde 1924 a 1928, se refiere a 32 lactantes vacunados por vía subcutánea.

Las consecuencias de la inyección fueron siempre benignas, dando lugar a veces a un nódulo inflamatorio o a un absceso en el tejido celular que aparece a los 35 ó 40 días de la inyección y que se evacúa espontáneamente, dejando a veces una fístula que desaparece poco después.

La cutirreacción se hace rápidamente positiva por lo general a los 2 meses, no presentándose fenómenos generales. Las ventajas de la vía subcutánea, residen en el hecho de poderse vacunar así, niños que por diversas causas no pudieron serlo en los primeros 10 días de la vida, así como la de responder a la objeción de la insuficiencia de la vía oral, como penetración del bacilo en el organismo del lactante.

Heimbeck (5), de Oslo, siguiendo las huellas de Weill Hallé, aplicó el B. C. G. por vía subcutánea, en un grupo de 44 alumnas de la Escuela de Enfermeras, todas las cuales permanecieron indemnes de tuberculosis, en tanto que, de 12 no vacunadas 4 fueron atacadas.

Wallgreen (16), de Gottenburgo, ha aplicado la vacunación con el B. C. G. por vía subcutánea e intracutánea, en substitución de la vía digestiva, en niños de origen tuberculoso, separados del medio infectante desde el nacimiento, o considerados libres de tuberculosis, después de haber experimentado varias intradermoreacciones con dosis hasta de 3 miligramos de tuberculina, con resultados negativos. En este caso se los sometía a una cuarentena de 6 a 8 semanas, sin contacto con personas tuberculosas, después de cuyo tiempo, si una nueva intradermoreacción daba resultado negativo, se les aplicaba la inyección del B. C. G. en la cara externa del muslo.

Las dosis empleadas en un principio fueron de un miligramo, reduciéndose después a 1/10 de miligramo, y mismo a veces de 1/40 de miligramo, en 1/10 de c.c. de vehículo, compuesto de líquido de Sauton diluido al 1/4 en agua destilada.

El éxito de la vacunación, se desprende según Wallgreen de

(5) "Annales de l'Institut Pasteur", febrero de 1928.

(6) "Annales de l'Institut Pasteur", junio 1929.

la sensibilidad del niño a la tuberculina, que aparece en un tiempo variable. Si al cabo de 2 ó 3 meses no se ha producido el estado de alergia, procede a una revacunación con dosis a veces mayores, habiendo necesitado algunos niños de 2 a 4 revacunaciones, manteniéndose la cuarentena hasta que aparezca la sensibilización a la tuberculina.

De los 55 niños vacunados, seguidos clínicamente después de la vacunación, hasta la aparición del estado de alergia, sólo 19 continuaron en un medio indemne de tuberculosis, viviendo los demás en el ambiente familiar tuberculoso, 3 durante 20 meses, 8 de 13 a 18 meses y el resto menos de un año. Ninguna influencia desfavorable señala Wallgreen, sobre la salud general de los niños observados y ninguna manifestación de tuberculosis evolutiva ha sido señalada, salvo 3 casos, en los que se constataron sombras hiliares a la radiografía, debido probablemente en dos de ellos a una infección tuberculosa virulenta.

Con respecto a la importancia del estudio radiográfico de los niños vacunados con B. C. G., Sayé después de haber realizado un estudio minucioso, concluye en favor de la eficacia de la vacunación con el B. C. G. por cuanto reproduce el proceso tuberculoso en forma atenuada, determinando la impregnación precoz del organismo con productos bacilares del B. C. G., dando lugar así a que la defensa se ejerza favorablemente, quedando localizada la infección en el sistema linfático, alojamiento normal del bacilo.

Scheel de Oslo, después de haber practicado más de mil vacunaciones, señala que la frecuencia de los abscesos consecutivos a la vacunación por inyección, es tanto mayor, cuanto más superficialmente se inyecte la emulsión de B. C. G. La inyección intradérmica es la que da mayor proporción de abscesos 38 por ciento, siendo también la que da el porcentaje mayor de cutirreacciones positivas, 81 por ciento, en tanto que la subcutánea sólo da lugar a la formación de abscesos en 0,5 por ciento, y las cutirreacciones positivas de 31 por 100. Los abscesos serían igualmente más frecuentes en los niños que habían adquirido anteriormente una cutirreacción positiva, después del B. C. G. Ahora no sería posible afirmar hasta qué punto la mayor frecuencia de reacciones positivas y de abscesos podrían significar un grado de inmunidad más completo.

Parisot y Saleur, (7), han realizado la vacunación subcutánea

(7) "Presse Medicale", enero 1929-30.

con el B. C. G. en más de 500 niños con dosis de 1/60 a 1/100 de miligramo equivalentes a 400.000 y ha 665.000 bacilos. Sobre 169 vacunados en los que se estudió la cutirreacción, ella apareció positiva al mes y medio en el 62 por 100 de los casos, proporción igual a la que habían observado en los lactantes vacunados por vía bucal. Los nódulos flegmáticos o supurativos se presentaron en el 10 por 100 de los casos. La morbilidad y mortalidad tuberculosa observada fué nula.

Por nuestra parte el ensayo de vacunación subcutánea que hemos realizado, es todavía demasiado reciente para poder sacar conclusiones. Desde enero a abril del corriente año hemos inyectado a 30 niños de uno a dos años de edad con 1/50 de miligramo de emulsión de B. C. G. Todos los niños poseían una cutirreacción e intradermorreacción negativas o debilmente positivas. En 3 casos se han formado abscesos todavía en evolución, después de más de un mes de haber aparecido. El pus examinado en dos de estos casos reveló la presencia de un bacilo ácido resistente con los caracteres del B. C. G.

La eficacia del B. C. G.

Admitida por consenso casi unánime, la inocuidad del B. C. G. por vía oral, debemos considerar de inmediato si la vacunación del recién nacido es realmente eficaz.

Las pruebas que se aportan por Calmette y sus partidarios, están basadas, casi todas en los resultados de la estadísticas, que muestra una importante disminución en la mortalidad por tuberculosis en los niños vacunados, aunque la exactitud de las mismas puede ser puesta en duda; no obstante, la reducción de la mortalidad por tuberculosis, a 2,4 % según Calmette, entre un grupo de niños vacunados que han convivido con sus madres tuberculosas comparada con la de 18 % observada entre los no vacunados, es demasiado importante para no llamar la atención e impresionar favorablemente.

León Bernard, ardiente defensor del B. C. G., manifiesta que la mortalidad por tuberculosis en su Servicio del Hospital Laenece, descendió de 10 % a 4,5 % en el primer semestre de 1928 .

Park, de Nueva York, autoridad no discutida, observó en 169 vacunados, una mortalidad por tuberculosis de 1,2 % y de 8,6 % entre los no vacunados, siendo su opinión favorable al B. C. G.

A la fecha del 1.º de enero de 1930, se habían efectuado en Francia 210.000 vacunaciones por el método de Calmette, estimándose que actualmente, a raíz de haberse aconsejado por la Administración pública la vacunación en masa del recién nacido, la proporción de vacunados alcanza al 17 % de los nacimientos.

En Bélgica, la Obra Nacional Belga de Defensa contra la tuberculosis, en sesión del 9 de enero corriente, no sólo reconoció la inocuidad y eficacia de la vacuna Calmette, sino que también manifestó que actualmente no hay porque limitar el empleo del B. C. G. a los niños en peligro de una contaminación familiar inmediata, ya que nada se opone a que se le aplique a todos los niños, mismo a los que nacen en un medio aparentemente sano.

En Rumania, Cantucuzene, después de haber realizado más de 17.000 vacunaciones, se pronuncia igualmente en favor de la aplicación de la vacuna a todo recién nacido.

La estadística de Scheel, de Oslo, establece una mortalidad por tuberculosis en 1928, para 1904 no vacunados de 11,9 por mil y de 2,8 por mil para 1079 vacunados.

De las precedentes consideraciones, se infiere que la restricción del empleo de la vacuna, sólo, a los hijos de tuberculosos, y a los que han de vivir en un medio contaminado, tal como lo han aconsejado entre otros Lignières, Gameltoft, y otros, no está debidamente justificada, por cuanto ello significaría admitir que su empleo podría ser peligroso, y entonces tampoco debiera ser empleado en los hijos de tuberculosos.

Entre las raras opiniones contrarias, citaremos además de la de Nober de Viena, la de Ziegler, que afirma que el procedimiento de Calmette no está completamente libre de peligros, y que su eficacia no está completamente establecida.

Por nuestra parte, creemos, que en la vacunación por el B. C. G. lo más importante es dejar establecido su inocuidad. En cuanto a su eficacia, consideramos que a las estadísticas hay que asignarle un valor importante en favor de la acción inmunizante del B. C. G.. No obstante, creemos que la vacunación por vía oral constituye un procedimiento poco seguro, por cuanto si bien la absorción del B. C. G. por la mucosa intestinal del lactante, parece indudable en muchos casos, ningún dato seguro tenemos para afirmar que la cantidad de bacilos absorbidos sean siempre bastante numerosos como para asegurar una premunición suficiente y durable. Parece indudable, a juzgar por los resultados inconstantes de

la reacción a la tuberculina que algunos niños, no absorben el B. C. G., o lo absorben en cantidad insuficiente, como para determinar un estado de alergia, que aunque no siempre sea la demostración de la existencia de la inmunidad constituye indudablemente una guía de gran valor.

Reconocemos, sin embargo, convencidos de la falta de acción patógena del B. C. G. que sea preferible introducir artificialmente en el organismo del niño una cantidad de bacilos inofensivos, antes de hacer correr a éste el riesgo de una infección con bacilos de Koch virulentos, en su organismo desprovisto de inmunidad para combatir la infección tuberculosa.

La ausencia de tuberculosis, comprobada macroscópica y microscópicamente en las muchas autopsias realizadas y las practicadas en niños vacunados fallecidos. (Moreau) aunque no tienen un valor probatorio decisivo, constituyen no obstante un argumento en favor de la acción inmunizante del B. C. G.

Nuevas pruebas son todavía necesarias para demostrar que por la vacunación por vía oral es posible obtener una premunición suficiente para preservar al lactante de la tuberculosis, sin las cuales nos inclinaríamos más bien hacia la vía subcutánea, que permite una dosificación exacta de los bacilos introducidos en el organismo.

En cuanto a la revacunación, creemos que ella debe ser realizada una o varias veces, siempre que la reacción tuberculínica se haya hecho negativa, lo que sucede casi siempre al año o a los dos años, si el aporte de algunos bacilos de Koch virulentos no han venido a despertar la alergia tuberculínica atenuada, producida por la absorción del B. C. G.

En este último caso, cuando la reacción tuberculínica es francamente positiva, creemos, que las revacunaciones con B. C. G. están de más o lo mismo pueden ser perjudiciales.

Sin desconocer la utilidad de la vía oral, para la revacunación, creemos que es preferible la inyección subcutánea o intradérmica a dosis no superiores a 1/50 ó 1/100 de miligramo, obteniéndose así la seguridad de la penetración del bacilo B. C. G. en la cantidad necesaria para obtener la premunición. Nuevos estudios son indispensables para determinar exactamente la dosis mínima que pueda despertar la alergia tuberculínica que por ahora es la única prueba accesible, para demostrar la existencia en el organismo del niño de anticuerpos de origen tuberculoso.

Niños vacunados, fallecidos desde mayo de 1927 a marzo de 1929

Nº	Sexo	Antecedentes	Peso al ingreso	Peso a los 3 meses	Peso a los 6 meses	Peso al año	Peso a los 18 meses	Edad en la fecha del fallecimiento	Observaciones
1743	M	Madre asmática.	2.300	3.300				4 meses	Gastroenteritis tóxica.
1684	M	Se ignoran.	3.600	5.000				5 »	Intoxicación alimenticia. Meningitis?
1807	F	Madre bacilar.	3.270	4.000				4 »	Tuvo: Bronquitis. Sarampión. Congestión pulmonar. Tos convulsa. Fallece: Bronconeumonia.
1725	M	Se ignoran.	2.130					1½ »	Otitis. Debilidad congénita.
1748	M	» »	2.860					1 »	Pirquet + débil. Atrepsia?
1876	M	Madre bacilar.	2.600	3.550				3 »	Tuvo coriza diftérico. Bronconeumonia.
1847	M	» »	3.320					2 »	Bronconeumonia.
2701	F	Negativos.	2.990	3.850				3 »	»
2245	M	Madre bacilar.	3.500					36 días	»
2314	M	Negativos.	2.920					2½ meses	Estertores en ambas bases pulmonares. Caquexia.
2222	F	»	3.100	4.700				4 »	Pronconeumonia.
2286	M	»	3.050	4.400	5.300	5.500		12 »	Bronquitis a repetición. Hipotrepsia.
2296	M	Se ignoran.	3.510					2½ »	Bronconeumonia.
2834	M	Negativos.	2.600	3.200				4 »	»
2794	M	Madre demente.	3.000					3 »	Intoxicación. Bronconeumonia.
2498	M	Negativos.	2.910	4.300				5½ »	Bronconeumonia. Tuvo: Catarro bronquial. Bronquitis. Gastroenteritis.
1680	M	Se ignoran.	2.630					5½ »	Vómitos incoercibles.
1826	M	» »	2.810	3.500				3½ »	Atrepsia.
2223	F	Negativos.	2.700					2 »	Bronconeumonia.
1697	F	Se ignoran.	2.780	4.900				5½ »	Toxicosis.
2025	M	Una tía bacilosa.	3.600					28 días	Pirquet —. Tuvo: Catarro respiratorio. Otitis.
2404	F	Negativos.	3.300	5.300	6.800	7.000		14 meses	Parálisis miembro inferior izquierdo. Meningitis.
2818	M	»	3.160	4.300				3 »	Toxicosis.
2970	M	Padre alcoholista.	3.000					1½ »	Hipotrepsia. Bronconeumonia.
1949	M	Madre bacilar.	2.300	3.350	4.450	5.100		17 »	Pirquet —. Hipotrepsia. Raquitismo. Bronconeumonia.
2880	F	Negativos.	2.550	3.000				5½ »	Débil congénito.
2708	F	Se ignoran.	2.720	3.900				5½ »	Convulsiones.
2244	F	» »	2.520	3.950	4.350	5.250		13 »	Pirquet — —. Bronconeumonia.
2591	F	Madre bacilar.	2.000	3.050	4.300			6½ »	Atrepsia.

Nº	Sexo	Antecedentes	Peso al ingreso	Peso a los 3 meses	Peso a los 6 meses	Peso al año	Peso a los 18 meses	Edad en la fecha del fallecimiento	Observaciones
2287	F	Negativos.	2.950	4.450	6.400	9.000		18 »	Bronconeumonia.
2988	F	»	3.720					6 »	Toxicosis.
2915	M	»	3.250					2 »	Distrofia.
2902	F	»	3.140					2 1/2 »	Atrofia.
2642	F	»	3.750					1 1/2 »	Convulsiones. Eritrodermia descamativa. Bronconeumonia.
2791	M	»	2.710					2 »	Catarro respiratorio. Bronconeumonia.
2210	F	Se ignoran.	2.750					10 1/2 »	Enterocolitis. Hipotrepesia.
2432	F	Negativos.	2.710					3 »	Paracentesis ambos oídos.
2268	F	»	3.430	3.900	5.250			9 »	Bronconeumonia. Sarampión. Fatiga. Tos. Cianosis.
2398	M	Se ignoran.	2.860					1 »	Bronconeumonia.
2491	M	»	2.790	4.100	4.959			6 »	Convulsiones.
1904	M	Madre epiléptica.	3.170	3.900	4.300			6 »	Pirquet +. Vómitos. Ganglios en ingles, axilas y cuello. Congestión pulmonar.
1928	F	Negativos.	2.310	2.900	4.600			7 »	Pirquet +. Estomatitis catarral. Distrofia. Bronconeumonia.
1952	F	Se ignoran.	2.790	3.080				3 1/2 »	Toxicosis.
2435	M	Negativos.	2.790	4.750				3 »	Pirquet —. Otitis supurada. Bronquitis. Bronconeumonia.
2248	F	»	3.720	4.100				5 1/2 »	Bronquitis. Bronconeumonia.
2235	F	Madre bacilar.	1.400	2.350	4.400	4.200		10 »	Pirquet —. Estomatitis. Otitis. Toxicosis. Otitis media supurada. Diátesis exudativa. Hipotrepesia.
2499	M	Se ignoran.	3.370					6 »	Bronconeumonia.
2508	M	Madre bacilar.	3.170					2 1/2 »	Bronconeumonia.
2224	F	»	2.470	3.250				4 »	Pirquet —. Bronquitis difusa. Atrepesia.
2376	F	Negativos.	2.400	5.350	6.200			9 »	Estado gripal. Otitis. Bronconeumonia.
2276	F	Se ignoran.	2.950					3 »	Atrepesia.
2256	F	Madre bacilar.	2.540	3.800	4.100			9 1/2 »	Bronconeumonia. Distrofia intensa. Toxicosis grave. Bronconeumonia.
2008	M	Se ignoran.	2.050					7 »	Gastro enteritis.
2063	M	»	3.070					2 »	Pirquet + débil. Gastroenteritis. Congestión pulmonar.
1668	F	»	2.250	2.900	3.900			8 1/2 »	Pirquet —. Otitis supurada. Hipertrofia tímica.
2140	M	»	2.680	4.800	6.340			11 »	Tos convulsa. Bronconeumonia.
2341	F	Negativos.	2.740					5 1/2 »	

Nº	Sexo	Antecedentes	Peso al ingreso	Peso a los 3 meses	Peso a los 6 meses	Peso al año	Peso a los 18 meses	Edad en la fecha del fallecimiento	Observaciones
2338	F	Se ignoran.	3.440	4.350				3 1/2 »	Bronquitis. Coriza. Convulsiones.
1899	F	" "	2.690					5 »	Convulsiones. Dispepsia aguda.
1639	F	" "	3.050	3.700	5.600			6 1/2 »	Tos convulsa. Bronconeumonia.
1652	F	" "	2.380					6 »	Sarampión. Bronconeumonia.
1744	F	Madre asmática.	2.250					1 »	Bronconeumonia.
1746	F	Negativos.	1.600	2.440				4 1/2 »	Septicemia.
1773	M	Negativos.	2.610	3.000				5 »	Bronquitis. Coqueluche.
1924	F	" "	2.610					2 »	Bronconeumonia.
1933	F	Se ignoran.	3.120					2 »	" "
2198	M	Abuela bacilar.	3.870	4.500	6.300			11 »	Intoxicación.
2243	M	Negativos.	1.330	2.050				4 »	Bronconeumonia.
2242	M	Madre bacilar.	1.550					3 »	Sífilis hereditaria.
2028	M	Madre demente.	2.900	4.100	4.100			6 1/2 »	Distrofia. Bronconeumonia.
2035	F	Se ignoran.	2.970					5 »	" "
2115	F	Negativos.	1.630					3 »	Bronconeumonia.
2162	M	Se ignoran. Madre: débil mental.	1.650	2.680				3 »	Atrepsia.
2181	M	Padre: específico?	3.400					1 »	Bronconeumonia.
2282	F	Negativos.	1.700					2 »	Atrepsia.
2498	M	" "	2.910	4.300				5 »	Bronconeumonia.
2435	M	Abuelo alcoholista.	2.790					2 1/2 »	Distrofia. Bronconeumonia.
2432	F	" "	2.710					2 »	Muerte súbita.
2457	M	Se ignoran.	2.560					1 »	Debilidad congénita.
2287	F	Negativos.	2.950	4.450	6.400	9.000		15 »	Bronconeumonia.
2454	F	Se ignoran.	3.080					1 »	Bronconeumonia. Difteria.
2326	M	Madre bacilar.	2.930					1 1/2 »	Bronconeumonia.
2333	M	Negativos.	3.270	5.900	7.250	8.850	9.050	21 »	Sarampión. Vómitos incoercibles.
2492	M	Se ignoran.	2.800	2.950				7 »	Bronconeumonia.
2383	M	Abuelo alcoholista.	2.080					3 »	Bronconeumonia.
2499	M	Se ignoran.	3.370					6 »	Hipotrepsia. Diátesis exudativa.
2722	M	Madre bacilar.	2.260	3.500	4.100	6.700		16 »	Meningitis cerebrospinal.
2785	M	Negativos.	3.150	4.360	5.900			11 »	Bronconeumonia. Varicela. Adenoflemón cervical.
2819	F	Madre bacilar.	2.360	2.000				1 1/2 »	Hereditaria.
2842	M	" "	1.940					1 1/2 »	Atrepsia.
3019	M	Negativos.	3.100	4.000				3 1/2 »	Enteritis.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Hemos aplicado la premunición por vía oral, según el método de Calmette, durante un período de 3 años, en 272 niños menores de 7 días, pertenecientes a la Cuna de la Casa del Niño, de Montevideo, de los cuales, 197 pudieron ser seguidos más de 1 año.

Ninguna acción desfavorable, que pudiese ser debida a la acción del B. C. G., pudo ser demostrada en ningún caso.

La mortalidad por causas generales en este grupo de niños no fué influenciada por la vacunación, siendo casi idéntica a la observada en un grupo casi igual de niños pertenecientes a los 2 años anteriores y no vacunados.

Del estudio que hemos realizado se desprende que la cutirreacción, sobre los 60 casos en que fué estudiada resultó positiva en el 20 %. Aplicando la intradermorreacción en los no reaccionantes al Pirquet obtuvimos 56.2 % de casos positivos. En total, sobre 60 casos, hemos obtenido 39 reacciones positivas entre el primero y segundo año de edad, lo que representa 65 %.

La circunstancia de haberse observado una elevada proporción de intradermorreacciones positivas, al caldo en la misma dilución que con la tuberculina, podría restar valor a las estadísticas que dan una proporción extraordinariamente elevada de intradermorreacciones positivas.

Juzgamos que la vacunación por vía oral es inofensiva pero no suficientemente fiel, no poseyendo un medio seguro que nos permita reconocer hasta qué punto ella ha sido eficaz.

La revacunación de los niños mayores de 1 año, y la vacunación de los niños mayores de 10 días después de comprobar la ausencia de infección tuberculosa, debe practicarse por vía subcutánea y con dosis no mayores de 1/50 mgrs. equivalentes a 800.000 bacilos aproximadamente.

A nuestro juicio nada se opone a que los niños que viven en un ambiente tuberculoso, o en un medio familiar de higiene deficiente, se les aplique la vacunación por intermedio del B. C. G., sin dejar de aconsejar las medidas higiénicas corrientes de profilaxia antituberculosa, por cuanto, con nuestros medios actuales de investigación no es posible asegurar si el niño vacunado, obtiene inmunidad en todos los casos, ni el tiempo que ha de durar el grado de inmunidad que pueda haber adquirido.

Resultado de las autopsias

por el

Dr. Julio E. Moreau

Desde que iniciamos la vacunación Calmette en los recién nacidos, uno de nosotros Dr. Moreau, ha podido realizar 41 autopsias de niños que habían sido vacunados dentro de los 10 primeros días de su nacimiento y fallecieron de causas diversas.

Aunque el número de autopsias no es elevado no carece de importancia la constataciones que se han podido hacer, puesto que en la literatura no son muy numerosas las autopsias que han podido realizar los distintos investigadores.

Zeyland y Piazecka Zeyland presentan una estadística de 59 autopsias. William Park, en Nueva York, ha podido practicar 6 autopsias. Ciueca Franke, Witner Rosenthal Nasta y T. Veber, Manicattide y J. Nicolau, 22 autopsias.

En Francia, León Bernard, 7 autopsias. Dr. Beutter, 11 autopsias.

En casi todas ellas se han realizado investigaciones detenidas de laboratorio, tendientes a demostrar la virulencia del B. C. G., la permanencia más o menos larga del bacilo biliado en el organismo y las alteraciones anatomopatológicas que ha producido.

El material de autopsias de que hemos dispuesto corresponden como lo decíamos al principio en su mayoría a niños nacidos generalmente con peso inferior al normal, débiles congénitos, atrépsicos, distróficos, heredosifilíticos y algunos heredituberculosos.

Estos niños no han sido amamantados por la madre; reeluidos desde los primeros días en el Servicio "Casa del Niño" donde han permanecido durante poco tiempo y luego dados a cargo de cuidadoras en el Servicio Externo.

Se trata pues, de niños que han nacido y crecido en condiciones inferiores a lo normal. Llamamos la atención sobre estas circunstancias por la influencia que podría tener la vacunación del B. C. G. en organismos de constitución inferior.

Todas las autopsias se han hecho dentro de las 24 horas después del fallecimiento, lo que asegura un material en buenas condiciones de trabajo. La edad de los autopsiados ha variado entre 15 y 16 meses, lo que ha permitido seguir la evolución de las lesiones anatómicas. En cada autopsia se ha examinado sistemáticamente macro y microscópicamente todos los órganos detenidamente y algunos en cortes seriados. Se ha investigado el bacilo de Koch en los ganglios mesentéricos, bazo y pulmón. Se han realizado algunas inculcaciones en cobayos con el material de ganglios mesentéricos.

La vacuna que se ha empleado en la vacunación de los niños autopsiados, ha sido elaborada en el Laboratorio del Dispensario Calmette, donde se siguen las técnicas aconsejadas por M. Calmette para su fabricación, siendo el bacilo sometido a rigurosos controles de su virulencia y condiciones de vida. La inculcación de estos bacilos en cobayos por la vía subcutánea, intracardiaca, vía oral y peritoneal a la dosis de un centigramo, da a los pocos días, lesiones de infiltración bacilar, que en los animales testigos no detienen el crecimiento floreciente. La cepa del B. C. G. utilizado no ha variado pues, en sus condiciones biológicas desde su origen.

El examen macroscópico de las piezas anatómicas de las 41 autopsias no se ha encontrado en ningún órgano lesiones sospechosas de bacilosis.

En el examen microscópico de centenares de preparados histológicos tampoco se ha encontrado en ningún órgano células gigantes ni lesiones foliculares a células epiteloideas. No hemos constatado los folículos que describe M. Ciueca, M. Franke y Vitner Rosenthal.

Al mismo tiempo se han investigado sistemáticamente la presencia del bacilo biliado en los ganglios mesentéricos, bazo y pulmones, llamándonos un poco la atención que en muy pocos casos hemos podido encontrar bacilos localizados especialmente en los pulmones sin producir lesiones foliculares.

La inculcación en cobayos del contenido en los ganglios mesentéricos siempre ha dado resultados negativos.

Estos resultados que están de acuerdo con la mayoría de los investigadores ponen bien en evidencia la inocuidad del B. C. G., pero al mismo tiempo plantean el problema de si el B. C. G. pro-

Nombre	Fecha nacimien.	Edad al morir	Peso al nacer	Peso máximo	Peso final	Historia clínica	Fecha de muerte	Diagnóstico Anatomopatológico
W. R.	31-12-28	3 meses 11 días				Tos convulsa. Débil congénito. Sífilis hereditaria H ⁰ .	2-4-29	Bronconeumonia.
W. C.	5-3-29	1 mes	2.980	Servic.	extern.	Dispepsia aguda.		Enteritis.
M. N.	17-11-29	34 días				Meningitis.	23-12-29	Meningitis supurada no bacilar.
H. J. M.	26-12-29	4 meses	1.500		1.060	Atrepsia. Bronconeumonia.	26-4-29	Atrepsia. Bronconeumonia doble. Degeneración hepática.
C. G.	19-9-28	3 »	2.000	2.800	2.600	Gastroenteritis.	26-12-28	Enterocolitis folicular. Pielonefritis.
W. R.	2-2-29	3 »	3.100	3.400	3.350	Enteritis aguda.	5-3-29	Congestión cerebral. Ligera degeneración grasa y congestión hígado. Invaginación intestinal.
A. R. F.	20-11-28	1 mes 15 días	1.940	1.850	1.500	Atrepsia. Débil congénito. Sospechoso de heredosifilis.	2-1-29	Bronconeumonia.
G. F.	2-20-28	16 meses		Servi	cio ex terno	Bronconeumonia. Otitis supurada. Pleuresía. Tía materna bacilar. La niña no tuvo contacto.	6-20-29	Bronconeumonia. Otitis supurada doble. Pleuresía purulenta.
R. S.	12-15-28	14 »		Servi	cio ex terno	Distrofia. Caquexia. Raquitismo. Otitis bilateral. Bronconeumonia.	2-15-30	Congestión bronconeumónica. Otitis bilateral. Degeneración grasa del hígado. Caquexia. Raquitismo.
M. S. F.	12-25-29	3 »		Servi	cio ex terno		3-27-30	Congestión y edema cerebral. Bronconeumonia y degeneración grasa del hígado.
S. O.	1-15-29	10 »				Distrofia grave. Raquitismo. Otitis. Dispepsia.	3-21-30	Bronconeumonia. Enteritis. Otitis supurada. Degeneración grasa del hígado. Caquexia.

Nombre	Fecha nacimien.	Edad al morir	Peso al nacer	Peso máximo	Peso final	Historia clínica	Fecha de muerte	Diagnóstico Anatomopatológico
M. V.	1-20-29	10 meses	Servi	cio ex	terno	Bronconeumonia Muguét. Escarlatina.	3-28-30	Otitis. Bronconeumonia. Pericarditis. Degeneración grasa del hígado.
E. J. P.	3-8-30	17 días	Servi	cio ex	terno		3-25-30	Edema y congestión cerebral. Otitis supurada. Enteritis. Degeneración hepática.
H. N. C.	16-9-29	7 meses				Bronconeumonia. Dispepsia aguda.	4-4-30	Bronconeumonia. Degeneración hepática.
J. C. P.	19-1-28	2 9 días	1.550	2.270	2.050	Débil congénito. ¿Hereditario? Artritis supurada del co. Madre bacilar.	28-3-28	Degeneración hepática. Bazo hiperplásico.
J. S.	19-9-29	4 meses 26 días	2.800	2.900	2.650	Atrófico. Esquelético. Otitis supurada. Gastroenteritis.	21-2-29	Edema cerebral. Otitis supurada. Congestión edematosa ambos pulmones.
M. L. Q.	7-1-30	1 mes 23 días	2.300	2.380	2.050	Aspecto regular. Absceso subauricular. Muguét. H8. Otitis Diátesis hemorrágica.	2-3-30	Otitis supurada doble. Ligero edema y congestión cerebral. Degeneración grasa del hígado. Bronquitis.
T. M.	18-11-29	1 mes 14 días	2.130	3.000	2.000	Distrófico. Débil congénito.	1-1-30	Edema y congestión cerebral. Congestión y edema pulmonar. Congestión y degeneración grasa del hígado.
J. C. K.	25-7-30	6 meses 14 días	1.810	3.410	3.100	Débil congénito. H8. Eczema. Congestión pulmonar. Raquitismo. Gastroenteritis.	7-2-30	Edema cerebral. Congestión pulmonar doble. Degeneración grasa del hígado. Enteritis.
A. G.	9-2-29	4 meses	Servic.	extern.		Otitis. Bronconeumonia. Deshidratación crónica. Interoctario.	9-6-29	Otitis supurada. Neumonia. Degeneración grasa del hígado. Enteritis.

Nombre	Fecha nacimien.	Edad al morir	Peso al nacer	Peso máximo	Peso final	Historia clínica	Fecha de muerte	Diagnóstico Anatomopatológico
J. F.	24-9-29	5 meses	Servi	cio ex	terno	Raquitismo. Otitis supurada.	21-2-30	Congestión y edema cerebral. Otitis supurada. Congestión pulmonar. Congestión hepática. Degeneración grasa
H. R.	2-12-29	1 mes 15 días	2.500	Pasa al servic. extern.		Aspecto sano. H8. Enteritis.	5-2-30	Otitis doble supurada. Edema cerebral. Degeneración hepática. Enteritis.
J. Z.	9-19-28	15 meses 20 días	1.900	Pasa al servic. extern.		Débil congénito. Eczema.	1-2-30	Bronconeumonia. Degeneración grasa del hígado. Bazo infeccioso.
F. B. M.	28-10-29	3 meses 5 días	2.470	2.800	2.550	H8. Aspecto sano. Dispepsia. Otitis supurada.	2-2-30	Otitis doble serosa. Congestión bronconeumónica doble. Degeneración grasa del hígado.
O. A.	25-9-29	4 meses	2.950	Servic. extern.		H8. Aspecto sano. Desarrollo regular. Eritema genital. Meningitis.	4-2-30	Congestión y edema cerebral. Otitis supurada. Congestión pulmonar. Degeneración grasa del hígado. Meningitis e neumo.
S. E. D.	6-11-28	1 mes 5 días	2.360	2.450	2.100	Débil congénito. Muguet. Heredosifilis. Eczema generalizado.	12-12-28	Congestión. Bronconeumonia.
J. C. G.	15-11-28	1 mes 9 días	2.300	2.800	2.600	Atrepsia.	25-12-28	Enterocolitis. Degeneración grasa del hígado.
A. R. F.	20-11-28	51 >	1.900	1.850	1.500	Débil congénito. Piel arrugada. Heredosifilis.	10-1-29	Caquexia.
R. D.	5-8-29	1 mes	3.960	4.000	3.000	Distrófico.		Otitis supurada. Bronconeumonia. Degeneración grasa del hígado.
A. M.	8-2-28	2 meses	1.700	2.100	1.600	Muguet. Vómitos. H8. Sangre.	10-3-28	Atrepsia. Congestión pulmonar doble. Degeneración grasa del hígado.
N. A.	23-2-28	2 > 27 días	1.750	2.050	1.900	Débil congénito. Eczema. Coriza. Hígado y bazo palpable. Bronconeumonia.	24-5-28	Atrepsia pronunciada. Bronconeumonia. Congestión hígado.

Nombre	Fecha nacimien.	Edad al morir	Peso al nacer	Peso máximo	Peso final	Historia clínica	Fecha de muerte	Diagnóstico Anatomopatológico
N. M. C.	16-3-29	6 días	2.600	2.600	2.050	Atrepsia. H ⁸ .	22-3-29	Otitis supurada doble. Congestión meníngea. Pleuresia serosa. Bronconeumonía. Atrepsia.
J. C. F.	2-2-29	2 meses	2.900	3.230	2.500	H ⁰ . Muguet. Albúmina, 2 grs. 80 cilindros grs. Heredosifilis.	12-4-29	Otitis supurada doble. Neumonía con reacción pleural.
W. R.	30-1-29	3 »	3.100	3.400	3.350	Eczema mobiliforme generalizado. Muguet.	2-5-29	Congestión y edema cerebral enfisema. Dilatación auricular derecha. Congestión y ligera degeneración grasa del hígado. Bronconeumonía.
J. J. A.	3-8-28	9 »	Mater servi	nidad cio ex	y terno	Aspecto sano. Buen desarrollo. Pániculo adiposo algo blando.	3-5-26	Buen estado de nutrición. Degeneración grasa del hígado avanzada. Invaginación intestinal.
C. P.	25-8-29	15 días	2.000	2.050	2.050	Débil congénito. Fenómenos pulmonares.	11-9-29	Bronconeumonía. Degeneración grasa del hígado.
J. M. P.	6-11-28	1 mes 6 días				Debilidad congénita.	12-22-28	Bronconeumonía. Degeneración hepática.
N. C.	3-5-28	1 mes 15 días	Servi	cio ex	terno	Bronconeumonía. Madre bacilar separada.	4-18-28	Bronconeumonía. Degeneración hepática.
R. G.	1-10-28	26 »				Bronconeumonía. Madre bacilar separada.	2-5-28	Bronconeumonía. Degeneración hepática.
R. L.	1-30-28	3 meses				Atrepsia muy pronunciada. Bronconeumonía. Madre bacilar separada.	5-7-28	Bronconeumonía. Degeneración hepática.
E. R.	4-19-29	3 »		2.800		Madre bacilar los primeros 20 días en contacto. Ganglios cervicales e inguinales. Gastroenteritis.	8-28-28	Atrepsia. Congestión cerebral. Infarto pulmonar.

duce en el recién nacido lesiones anatómicas de carácter muy discreto y no específica como lo ha insinuado Couland y otros investigadores, y contrariamente a lo que produce en el cobayo, o que la absorción del B. C. G. por vía oral es insuficiente.

Estos problemas llaman en estos momentos nuestra atención.

Debemos hacer destacar que entre los autopsiados, hay cuatro niños de madres bacilar y en los cuales no se ha encontrado ningún vestigio de bacilosis.

Vacunaciones efectuadas en el Dispensario Calmette (de Montevideo) Años 1928 y 1929

por el

Dr. A. Brígnolle

El Dispensario Calmette es un organismo de la Asistencia Pública Nacional afectado a la preparación de la Vacuna Calmette Guérin, a su expedición a los servicios de la Asistencia Pública y a todos los médicos particulares que la demanden y a la comprobación de sus resultados, mediante la observación y vigilancia de los niños vacunados.

Dispone de un laboratorio, única y exclusivamente afectado al manejo del B. C. G. y a la preparación y control de la vacuna.

La expedición de tubos de vacuna se hace semanalmente a todos los Hospitales y Servicios de la Asistencia Pública del país.

La vigilancia de los vacunados es muy difícil de realizar en la campaña por lo que no podemos suministrar datos al respecto.

La vigilancia de los vacunados en la capital se ejerce por medio de los médicos y señoritas visitadoras del Dispensario Central y por análogo personal de las Gotas de Leche números 6, 7 y 8 .

Cuando las señoritas visitadoras constatan enfermedades graves en los vacunados aconsejan a las familias la atención de los mismos por estos Servicios o por los Hospitales de niños de la Capital, obteniendo los datos pertinentes de los Servicios de la Asistencia.

No se escapa ningún fallecimiento entre los vacunados porque, aparte de las visitas que se realizan con la frecuencia posible, se lee diariamente en el Diario Oficial la nómina de los niños fallecidos, controlando si alguno de éstos figura anotado en el índice registro que lleva el Servicio.

El diagnóstico de los casos mortales ha sido obtenido: a), en el menor de los casos y por razones fáciles de comprender, por las anotaciones de autopsia; b), por los datos o historias clínicas de los

médicos del Servicio, y c), por los datos o historias clínicas de los médicos tratantes, particulares o de los Hospitales de niños.

Dado que el número de vigilados, como veremos, es mucho menor que el de vacunados y dada, por otra parte, la seguridad de que se toma nota de todos los que fallecen en la capital, el porcentaje de mortalidad debe resultar así más elevado de lo que realmente debería ser.

—————

El Dispensario Calmette empezó a funcionar en el mes de noviembre de 1927.

Daré los resultados de la observación de los niños vigilados en los años 1928 y 1929.

Año 1928		
	Capital	Campaña
Número de vacunas expedidas	10.570	11.747
Número de vacunaciones efectuadas	1.995	1.087
Número de vacunados vigilados. Por el Dispensario		931
Número de vacunados vigilados. Por las Gotas de leche 6, 7 y 8		258
		—————
	Total	1.189

Año 1929		
	Capital	Campaña
No de vacunas expedidas	12.013	16.246
No de vacunaciones efectuadas	2.021	1.588
No de vacunados vigilados		
Por el Dispensario Central	1.379	

(No habiéndoseme enviado aún los datos pertinentes de las Gotas de Leche números 6, 7 y 8, sólo estudiaré en este informe los niños vigilados por el Dispensario Central.)

Datos sobre los vacunados vigilados en el año 1928

Sobre el total de 1.189 niños vacunados vigilados:

134 estaban inscriptos en la "Casa del Niño"
1.055 eran niños de otras procedencias.

Sobre los 134 inscriptos en la "Casa del Niño":

Tenían un desarrollo normal y salud general buena	79
Tenían un desarrollo regular y salud deficiente	
(Distrofias, hipotrofias, afecciones diversas con repercusión sobre el estado general)	36
Eran débiles congénitos	19
	<hr/>
Total	134

Sobre los 1.055 niños de otras procedencias:

Tenían un desarrollo normal y salud general buena	937
Tenían un desarrollo regular y salud deficiente	
(Distrofias, hipotrofias, afecciones diversas con repercusión sobre el estado general)	97
Eran débiles congénitos	21
	<hr/>
Total	1.055

La proporción de niños sanos es, en ambas categorías de niños, de 58.95 % y de 88.81 %; la de niños con estado de salud regular, 26.86 % y 9.19 %, y la de débiles congénitos, 14.18 % y 1.99 %, respectivamente.

Si he confeccionado estos dos cuadros y anotado estos hechos es porque entiendo que ellos aportan pruebas indirectas sobre la inocuidad de la vacuna Calmette.

Efectivamente, la proporción mayor de distrofias y estados orgánicos tarados o deficientes en los inscriptos en la "Casa del Niño" con relación a los demás, obedece a causas de orden social, y continúa siendo la misma en los vacunados que en los no vacunados. La vacuna no influye, pues, para nada, en este sentido. Esta observación es, en otro orden, paralela a la del Prof. W. Park de Nueva York, quien ha hecho notar que, en los niños hipoalimentados, el peso medio de los vacunados es igual al de los no vacunados.

Haré notar, finalmente, que tanto los médicos del Dispensario Central como los de las Gotas de Leche números 6, 7 y 8, no hemos notado trastornos que puedan ser atribuídos a la vacuna. Su inocuidad nos parece evidente.

Niños con antecedentes bacilares o que viven en medio bacilar

Entre los 1.189 niños, solamente 68 tienen antecedentes bacilares. Sobre estos 68:

La madre es bacilar en	18
El Padre „ „ „	14
Hermanos „ „ „	8
Abuelos „ „ „	11
Colaterales „ „ „	17
	<hr/>
Total	68
Viven en ambiente bacilífero	25
„ „ „ sano	23
	<hr/>
Total	68

De estos 68 niños han fallecido 13, por las causas que se enumeran más adelante. Ninguna de ellas es atribuible a la tuberculosis. Los restantes, cuya mitad, más o menos, conviven con parientes bacilares en condiciones de contagiosidad, fuera de algún débil congénito o hipotrófico, gozan de un estado general bueno y no han tenido afecciones intercurrente serias de ninguna clase.

Fallecimientos

Sobre los 134 vacunados inscriptos en la "Casa del Niño", han fallecido 38. La mortalidad global de este grupo ha sido, pues, de 28.36 %.

De los 38 fallecidos:

Tenían un estado general bueno y desarrollo normal	8
Tenían un estado general regular o precario	13
Eran débiles congénitos	13
Antecedentes bacilares (madre bacilar)	4
	<hr/>
Total	38

Sobre este total de 38 fallecimientos, 8 solamente con relación al total de niños observados, esto es, 5.97 %, han ocurrido en niños cuyo estado general anterior era bueno. Las causas de estos fallecimientos han sido: bronconeumonía (4); gastroenteritis (2) y bronquitis capilar (2).

Los fallecimientos restantes, esto es, un 22.39 % con relación siempre al total de este grupo de niños, han ocurrido en niños de

salud deficiente o débiles congénitos y por enfermedades comunes no tuberculosas.

Cuatro fallecimientos han ocurrido en niños con antecedentes bacilares (en los 4 la madre era bacilar). En 2 el niño queda al lado de la madre en el primer mes, y las causas de estos fallecimientos son: atresia y bronconeumonía crónica. En ambos hay autopsia y no se observan lesiones macro o microscópicas que puedan atribuirse a la tuberculosis. En los otros 2, los niños fueron separados de las madres desde el nacimiento y fallecen ambos por bronconeumonía, a los 26 días y 3 meses, respectivamente. En ambos casos la autopsia también confirma el diagnóstico y no se observan lesiones macro o microscópicas atribuibles a la tuberculosis.

Fallecimientos

Sobre los 1.055 vacunados, han ocurrido 48 fallecimientos; la mortalidad global de este grupo ha sido, pues, de 4.55 %.

De los 48 fallecidos:

Tenían un estado anterior bueno y desarrollo normal	13
Tenían un estado anterior regular o precario	14
Eran débiles congénitos	12
Antecedentes bacilares	9

Total	48

Sobre este total de 48 fallecimientos, 13, esto es, 1.23 %, con relación al total de niños en este grupo, han ocurrido en niños cuyo estado anterior era bueno. Las causas de estos fallecimientos han sido: bronconeumonía (8); atelectasia pulmonar (1); meningitis aguda (1); septicemia (1); gastroenteritis (1), e infección intestinal (1).

Los fallecimientos restantes, esto es, 3.22 %, con relación siempre al total de este grupo de niños, han ocurrido en débiles congénitos, caquéuticos o de salud anterior precaria y por enfermedades comunes no tuberculosas.

Nueve fallecimientos han ocurrido en niños con antecedentes bacilares: 2, bronconeumonía; 1, muerte súbita a los 7 meses; 1, meningitis a neumococos; 1, toxicosis; 2, gastroenteritis; 1, debilidad congénita, y 1, meningitis aguda.

Por los datos de su historia clínica es permitido deducir que, en este último caso, la causa real del fallecimiento ha sido una gastroenteritis por alimentación artificial. El que falleció por muerte súbita a los 7 meses fué encontrado muerto en la cama, habiendo sido bueno su estado general anterior.

Entre los fallecidos sin antecedentes bacilares, hay otro también por muerte súbita a los 7 meses, con buen estado general anterior. Estos casos de muerte súbita son perfectamente conocidos por los pediatras y no parecen guardar relación con la tuberculosis. Hay otro caso que fallece al mes en su domicilio sin asistencia médica y, aunque no hemos podido precisar datos para arribar a un diagnóstico, los que se tienen (constatación anterior de una midriasis y de una ptosis palpebral), hacen pensar en una probable heredolúes.

Hemos dicho anteriormente que la mortalidad global ha sido de 4.55 %.

Datos sobre los vacunados vigilados en el año 1929

Sobre el total de 1.379 niños vacunados vigilados, 729 están comprendidos entre 0 y 1 año de edad y 650 entre 1 y 2 años.

Niños de 0 a 1 año de edad

0 a 3 meses	3 a 6	6 a 9	9 a 12	Total
165	214	184	166	729

Viven actualmente

	0 a 3 mes.	3 a 6	6 a 9	9 a 12	Total
Con antecedentes bacilares o que viven en ambiente bacilar.....	10	24	18	16	68
Sin contagio noocido ...	135	166	155	141	597
Total.....	145	190	173	157	665

Han fallecido

	0 a 3 mes.	3 a 6	6 a 9	9 a 12	Total
Con antecedentes bacilares o que viven en ambiente bacilar.....	3	4	2	2	11
Sin contagio conocido....	17	21	8	7	53
Total.....	20	25	10	9	64

Niños de 1 a 2 años de edad

	Viven actualmente	Han fallecido	Total
Con antecedentes bacilares o que viven en ambiente bacilar.....	95	2	97
Sin contagio conocido.....	543	10	553
Total.....	638	12	650

Morbilidad de los niños vacunados de 0 a 1 año de edad

Sin contagio conocido

Sobre 597 niños vacunados, sin contagio conocido, de 0 a 1 año de edad, se han observado enfermedades comunes en 86 casos.

Sobre 135, de 0 a 3 meses: 2 prematuros; 3 débiles congénitos (todos ellos bien); 2 hipotróficos (mal estado general); 5 enfermedades comunes no tuberculosas y estado general bueno.

Sobre 166, de 3 a 6 meses: 2 prematuros mellizos, sanos; 4 débiles congénitos (3 bien, 1 estado general malo); 1 hipotrepisia y heredolúes; 17 enfermedades comunes no tuberculosas (solamente 4 de entre éstos, estado general regular o malo).

Sobre 155, de 5 a 9 meses: 1 prematuro con estado de nutrición deficiente; 1 débil congénito (bien); 1 heredolúes (bien); 2 hipotrofias (regular); 15 enfermedades comunes no tuberculosas (2 solamente estado general deficiente).

Sobre 141, de 9 a 12 meses: 1 prematuro (tuvo sarampión y está actualmente bien); 1 débil congénito (bien); 1 hipotrepisia (bien); 2 desarrollo deficiente (estado general regular); 1 presentó signos de denutrición progresiva (mejoró y ahora aumenta de peso); 26 enfermedades comunes no tuberculosas (4 solamente estado general deficiente).

Con antecedentes bacilares o que viven en ambiente bacilar

Sobre 68 niños de este grupo, se han observado enfermedades comunes no tuberculosas en 24 casos; han estado siempre bien 42 y sospechosos de tuberculosis en 2.

De éstos, 34 no han tenido contacto con tuberculosos y 34, sí.

De los 34 que no han tenido contacto: 3 son débiles congénitos o hipotróficos (bien), y 8 han tenido enfermedades no tuberculosas y se encuentran bien.

De los 34 que han tenido contacto: 2 son débiles congénitos

(bien); 11 han tenido enfermedades no tuberculosas (10 bien y 1 estado general regular); 2 son sospechosos, 1 bronquitis de naturaleza probablemente bacilar, 1 ha tenido sarampión y bronconeumonía (ambos a vigilar atentamente).

Sobre 10, de 0 a 3 meses: 5 no han tenido contacto con bacilares, pero tienen antecedentes cargados; 3 bien; 2 débiles congénitos. Otros 5 están en contacto con bacilares infectantes y se encuentran bien, salvo 1, de 1 mes, que tiene vómitos frecuentes y bronquitis aguda, pero en el que no se ha notado nada pulmonar.

Sobre 24, de 3 a 6 meses: 13 no han tenido contacto con bacilares, pero tienen antecedentes cargados; 3 han presentado enfermedades intercurrentes: todos gastroenteritis y 1 de ellos congestión pulmonar aguda. Los demás bien. Otros 11 están en contacto con bacilares; 4 han presentado enfermedades intercurrentes no tuberculosas; 1 una bronquitis, que deberá ser vigilada de cerca, en cuanto a su naturaleza.

Sobre 18, de 6 a 9 meses: 6 no han tenido contacto con bacilares; 2 enfermedades comunes; 12 están en contacto con bacilares; 1 débil congénito (bien); 4 enfermedades banales; 1 ha tenido sarampión y bronconeumonía y deberá ser vigilado de cerca, por sospechas en cuanto a la naturaleza de ésta.

Sobre 16, de 9 a 12 meses: 10 no han tenido contacto con bacilares (1 tuvo contacto de pocos días con la madre); 3 enfermedades banales; 1 débil congénito; 1 desarrollo deficiente al principio y actualmente bien; 6 están en contacto con bacilares; 1 débil congénito y distrofia; 2 enfermedades banales y 1 de éstos, estado general deficiente.

Morbilidad de los niños vacunados de 1 a 2 años de edad

Sin contagio conocido

Sobre 543, sin contagio conocido, de 1 a 2 años, se han observado enfermedades comunes, no tuberculosas, en 98 niños.

Veinte son: débiles congénitos o hipotróficos, o desarrollo insuficiente; pero que han evolucionado bien y cuyo estado general actual es bueno; 4 prematuros (bien). En los demás: afecciones banales (sarampión, tos convulsa, gripe, escarlatina, que evolucionaron normalmente o gastroenteritis, bronquitis, otitis, etc., que también evolucionaron normalmente).

Con antecedentes bacilares o que viven en ambiente bacilar

Sobre 95 niños de este grupo, 55 no han tenido contacto con bacilares; 4 débiles congénitos o hipotróficos (bien); 13 enfermedades banales (bien); 38 se han encontrado siempre bien. Cuarenta están o han estado en contacto con bacilares, aunque algunos en buenas condiciones de higiene y de aislamiento relativo: 1 débil congénito (bien); 9 enfermedades banales (bien); 1 tosedor habitual, sospechoso, a vigilar de cerca; 29 se han encontrado siempre bien.

Mortalidad de los niños vacunados de 0 a 1 año de edad

Sin contagio conocido

Han fallecido 53 niños, de 0 a 1 año de edad, sin contagio conocido.

Sobre 17, de 0 a 3 meses: 2 prematuros (meningitis aguda postotitis y bronconeumonía); 3 débiles congénitos (2 atrepsia y 1 heredolúes); 2 heredolúes toxicosis; 1 ¿heredolúes? (presentó a los 6 días del nacimiento y 4 de la primera dosis de vacuna, una erupción de pénfigos en la cara, manos y pies, que se generalizó, muriendo a los 12 días. Otros hermanos han tenido pénfigos a la misma edad y han sido observados por el mismo médico, Dr. Caprario); 4 gastroenteritis; 1 otitis purulenta latente y dispepsia grave; 1 otitis y bronconeumonía; 1 bronconeumonía; 1 convulsiones, y 1 causa ignorada.

Sobre 21, de 3 a 6 meses: 2 prematuros (bronconeumonía y ataque cerebral); 1 hipotrepsia y toxicosis; 1 hipotrofia y bronconeumonía; 2 dispepsia grave; 1 otitis latente y dispepsia grave; 5 gastroenteritis; 1 invaginación intestinal y bronconeumonía; 4 bronconeumonía; 1 hipotrófico (anteriormente bronquitis y enteritis; falleció de congestión pulmonar aguda); 1 meningitis a neumococos, seguida de hidrocefalia y bronconeumonía; 2 ¿meningitis aguda?

Sobre 8, de 6 a 9 meses: 1 débil congénito hipotrófico gémelo (hipotrepsia y gastroenteritis); 2 gastroenteritis; 3 infección intestinal; 1 septicemia; 1 osteomielitis y septicemia.

Sobre 7, de 9 a 12 meses: 1 hipotrófico (otitis bilateral y bronconeumonía); 1 otitis supurada y dispepsia grave; 1 bronconeumonía; 1 infección intestinal; 2 gastroenteritis; 1 meningitis por Pfeiffer.

Con antecedentes bacilares o que viven en ambiente bacilar

Han fallecido 11 niños de este grupo.

Sobre 3, de 0 a 3 meses; 2 por debilidad congénita (1 madre bacilar y contacto; en el otro, 3 tíos bacilares y no contacto); 1 enterocolitis (1 hermano bacilar y no contacto).

Sobre 4, de 3 a 6 meses: 2 débiles congénitos (1 infección intestinal; hermano fallecido de meningitis tuberculosa; no contacto; otro ¿traqueobronquitis aguda?; padre bacilar, contacto; a los 3 meses eutirreacción positiva intensa); 1 dispepsia grave (tía bacilar fallecida, no contacto); 1 bronconeumonía (padre bacilar, contacto).

Sobre 2, de 6 a 9 meses: 1 débil congénito (atrepsia grave y cólera infantil; autopsia confirmatoria; madre bacilar; no contacto); 1 débil congénito. (Raquitismo. Tuvo bronconeumonía a los 4 meses. Otitis supurada derecha a los 6 meses. A los 7 meses catarro bronquial asmatiforme [probable adenopatía traqueobrónquica]. La radiografía practicada poco antes del fallecimiento daba adenopatía hiliar derecha y ligera infiltración del tercio superior derecho. Falleció con accesos de sofocación, asfixia y cianosis a los 9 meses. Este niño vivió siempre en pésimas condiciones higiénicas. Después de su primera bronconeumonía, su nodriza lo tenía en un sótano y sin más abrigo que un pañal; en el sótano dormían 6 personas y había que encender luz en pleno día; madre bacilar fallecida; no contacto).

Sobre 2, de 9 a 12 meses: 1 gastroenteritis (tía bacilar fallecida; no contacto); 1 gastro enteritis (ninguna lesión pulmonar; madre bacilar neumotoizada; contacto).

Mortalidad de los niños vacunados de 1 a 2 años de edad

Sin contagio conocido

Han fallecido 10 niños de este grupo: 2 débiles congénitos (gastroenteritis, bronconeumonía); 1 hipotrepia (había tenido anteriormente tos convulsa y bronconeumonía); 2 gastroenteritis; 1 gastroenteritis (había tenido anteriormente sarampión y bronquitis); 1 bronconeumonía; 1 bronquitis capilar; 1 pleuresía purulenta; 1 hipotrofia segundo grado y raquitismo. (En agosto se constató respiración ruda y soplante en el hemitórax derecho, hacia atrás. La radiografía reveló la presencia de una intensa sombra en el tercio

superior del pulmón derecho y parte derecha del mediastino, en toda su altura. En octubre se constató un aumento de peso, 2.000 grs., un aumento en la talla de 3 cms. y cerramiento de las fontanelas. Dos intradermorreacciones y 4 cutirreacciones negativas. Wassermann, negativa. A fines de noviembre comenzó un principio de dispepsia que se intensificó, rebajando cerca de 1 kgr. en 8 días. La familia la retira del Hospital en grave estado, falleciendo al día siguiente. Una radiografía practicada el 30 de noviembre revelaba la presencia de una sombra paramediastinal derecha, prolongándose en el pulmón. Este niño no tenía antecedentes bacilares ni contagio conocido).

Con antecedentes bacilares o que viven en ambiente bacilar

Han fallecido 2 niños de este grupo: 1 bronconeumonía y pleuresía purulenta (autopsia confirmatoria; tío bacilar fallecido; no contacto); 1 bronconeumonía (siempre sano hasta entonces; 18 meses; padre bacilar; contacto).

CONSIDERACIONES FINALES

Sobre 729 niños, de 0 a 1 año de edad, han fallecido 64. La mortalidad global ha sido, pues, de 8.77 %. Entre los no expuestos a contagio, hay 3 fallecimientos cuyos diagnósticos no están perfectamente establecidos (meningitis aguda, sobre las que no se tienen datos de laboratorio y 1 de causa ignorada).

Entre los expuestos a contagio hay 1 probablemente bacilar. El diagnóstico clínico es traqueobronquitis aguda; pero es de tenerse en cuenta que había una cutirreacción positiva intensa y contacto con el padre bacilar infectante. Hay 1 más de bacilosis pulmonar evidente; pero debe tenerse en cuenta en este caso, para su debida interpretación, los datos de su historia clínica y las pésimas condiciones higiénicas en que fué criado (grupo mortalidad, con antecedentes bacilares, 6 a 9 meses).

Sobre 650 niños, de 1 a 2 años de edad, han fallecido 12. La mortalidad global ha sido, pues, de 1.88 %.

Entre los no expuestos a contagio de este grupo, hay 1, cuya historia se relata en el mismo y que, evidentemente, es también un bacilar pulmonar.

No hemos constatado otros, fuera de estos casos y de algunos sospechosos entre los que viven, que nos proponemos vigilar de cerca.

De 79 niños vacunados, de 0 a 1 año de edad, con antecedentes bacilares o que viven en ambiente bacilar, han fallecido 11 (1 probablemente bacilar y otro bacilar). Los demás fallecieron de enfermedades comunes no tuberculosas. 69 viven: 34 no han tenido contacto con bacilares y 34 sí. En los primeros no se ha constatado enfermedades intercurrentes.

En los segundos, hay 2 sospechosos de tuberculosis.

De 97 niños vacunados, de 1 a 2 años de edad, con antecedentes bacilares, que viven en un ambiente bacilar, han fallecido 2 de enfermedades no tuberculosas.

95 viven; 55 no han tenido contacto con bacilares. Todos bien.

Cuarenta están o han estado en contacto con bacilares; 1 sospechoso a vigilar. Los demás bien.

Voto sancionado a propósito del B. C. G.
en la V^a reunión conjunta de la Sociedad de Pediatría de
Montevideo y de la Sociedad Argentina de Pediatría

Las Sociedades Argentina de Pediatría y de Pediatría de Montevideo, en su V.^a reunión conjunta, resuelven tributar un voto de aplauso a los autores de los trabajos relacionados con el B. C. G.; expresando el deseo de que se continúen e intensifiquen los estudios clínicos y experimentales sobre tan importante tópico.

(A proposición de los Dres. Escardó, Casaubón y Narancio).

La pleuresía purulenta en el niño de la primera infancia

por los doctores

Mamerto Acuña

Profesor de Clínica Pediátrica

María Teresa Vallino

Médica agregada del Hospital de
Clínicas. Sala VI

En el niño, la pleura visceral en íntima relación con el pulmón subyacente, participa de las enfermedades de éste, dando lugar a reacciones, fugaces unas veces, intensas y profundas otras.

Estas pleuritis de vecindad son frecuentes en el niño de la primera infancia, pudiendo desaparecer con el proceso inflamatorio ocasional sin haber dado signos clínicos. Se trataría de meras reacciones pleurales con exudación discreta a leucocitosis ligera y líquido apenas turbio.

En ocasiones, la reacción es más intensa, la contaminación por gérmenes venidos del pulmón enfermo, más evidente, la formación de exudados en la cavidad pleural se hace manifiesta dando lugar a los signos de derrame fibrino purulento, sero-purulento y purulento, etc.

Como consecuencia pues, de procesos inflamatorios del pulmón, tenemos en la infancia desde las ligeras reacciones pleurales, hasta la pleuresía purulenta, pasando por todos los intermedios.

Nos ocuparemos de la pleuresía purulenta en el niño pequeño por ofrecer esta época de la vida, particularidades dignas de destacar. Hemos de ocuparnos especialmente del *tratamiento*, sin que ello signifique que renunciemos a señalar de paso algunos hechos clínicos salientes.

En nuestra clínica no ha sido de observación frecuente la pleuresía purulenta: En muchos miles de enfermos no hemos podido reunir sino 20 observaciones. Excluimos los casos que no fueron bien seguidos así como los pequeños derrames concomitantes a procesos broncepulmonares agudos y aquellos que aparecían en el curso de estados septicémicos, neumococcemias, etc.

En nuestros casos, la neumonía y la bronconeumonía, fueron las causas de la complicación pleural. En cambio no registramos ninguna consecutiva a la córtico pleuritis no obstante haber reecogido en los últimos años, muchas observaciones de esta afección, algunas con sintomatología que hacía presumir aquella complicación.

El *neumococo* ha sido el gérmen más encontrado en el pus pleural, luego el *estreptococo*, el *estafilococo* y las asociaciones microbianas. En nuestras observaciones, 15 fueron a neumococos, 1 a estreptococo, 1 asociado, 3 no pudo precisarse.

El *diagnóstico* lo hemos hecho mediante el examen clínico, los rayos X y las punciones pleurales exploradoras.

La apreciación del estado general, del tinte anémico, de la curva térmica, etc., pueden dar indicaciones útiles, pero es el examen del aparato respiratorio que permitirá el diagnóstico clínico.

Una submatitez extendida, uniforme, constante, de una parte del tórax, despertará la sospecha de un derrame; si en los días subsiguientes se encuentra matitez y es ella progresiva y va acompañada de resistencia al dedo que percute, puede la sospecha cambiarse en certidumbre.

Ante la sospecha de un derrame pleural, el médico proseguirá su investigación recurriendo sea a los rayos X, sea a la punción exploradora, sea a ambas, según las circunstancias y medio en que aquél actúe.

El examen radioscópico y radiográfico, permite en muchos casos ser categórico, respecto a la presencia o ausencia de líquido en la pleura. La opacidad completa y uniforme, de límite preciso y movable, ocupando una parte del hemitórax, habla en favor de un derrame de cierta importancia. Los derrames pequeños y medianos, que son de difícil diagnóstico clínico, lo son igualmente a la pantalla. La sombra es tenue, no uniforme, el límite superior difuso. ¿Se tratará de una córtico

pleuritis o de una reacción pleural coexistiendo con focos pulmonares, o será la traducción de un derrame en formación? Problemas como éstos la clínica tiene que afrontar a diario.

En los casos de duda es la *punción exploradora* a la que recurriremos a fin de llevar plena luz en el diagnóstico; de paso ella permitirá deducciones relacionadas con la cantidad y naturaleza del derrame, con su aspecto: turbio, seroso, seropurulento, purulento franco, etc., así como con el germen productor; datos todos de la más alta importancia en la elección del método de tratamiento a seguir.

El *pronóstico* es grave, las estadísticas dan hasta el 80 % de mortalidad en el primer año de vida; disminuye con el aumento en edad, pero es siempre elevada por debajo de los tres años.

Durante el primer año la mortalidad es muy elevada, hemos dicho; se explica, si se considera cuan sensible es el organismo del lactante a las tox infecciones y supuraciones crónicas, las que, lesionando los parénquimas, actuando sobre la intimidad de la vida celular, alteran y perturban la función de nutrición tan activa, tan primordial en esa épocas de la vida.

En caso de pleuresía purulenta, se deberán pues considerar los *fenómenos locales* dependientes del derrame y aquellos *generales* que la tox infección haya podido determinar. Los primeros ilustran sobre la naturaleza, extensión, particularidades del derrame, su germen productor, el estado del pulmón subyacente y vecino al derrame. Los segundos se refieren a la apreciación de la edad, del estado general, de la alimentación que reciban, antes y durante la afección, de la forma y grado en que la nutrición ha sido lesionada.

El análisis de estos hechos permitirá afirmar que un caso dado de pleuresía purulenta será tanto más grave, cuanto menos edad tenga el niño, cuanto más deficiente haya sido su alimentación, cuanto mayor sea el ataque llevado a sus defensas naturales a su función de inmunidad, cuando el derrame sea polimicrobiano y cuando coexistan con él un proceso inflamatorio de pulmón.

El tratamiento a instituir surge del análisis de los hechos que acabamos de exponer; el objetivo no puede ser otro que la evacuación del pus.

Mucho se ha discutido en sociedades médicas y congresos

científicos, respecto a la mejor manera de llenar aquella finalidad.

La discusión no está cerrada pues no existe al respecto un criterio definitivo, aceptándose que el problema es complejo y que son múltiples los factores a tener en cuenta en la decisión terapéutica.

Para la evacuación del pus se siguen procedimientos que podemos clasificarlos en *quirúrgicos y médicos*.

Los primeros buscan la curación del derrame mediante la abertura más o menos amplia de la cavidad pleural. Comprenden la pleurotomía simple, la pleurotomía con resección costal, la pleurotomía con drenaje filiforme, con drenaje a sifón. No vamos a analizar el valor de estos procedimientos dejando la palabra a los cirujanos.

Los *medios médicos* aspiran al mismo fin, pero sin abrir la pleura y sin exponer al niño a las contingencias de una intervención quirúrgica.

Comprenden las punciones pleurales simples, las punciones evacuadores seguidas de inyecciones intrapleurales de líquidos modificadores. Estos pueden ser de orden químico, sales coloidales, azul de metileno, optoquina, taurocolato soda, etc. o de orden biológico, (vacunas, suerovacuna, autovacunas, sueros microbianos, etc.).

Hemos empleado las punciones pleurales simples y no obstante haber obtenido una curación con dicho procedimiento (obs. 1) reputamos de resultados inferiores que los obtenidos con punciones seguidas de inyecciones intrapleurales.

En un principio utilizamos el *suero antineumocócico* y las *vacunas polivalentes* sea en inyecciones subcutánea, sea en inyecciones de la cavidad pleural previa evacuación de pus. Los resultados no nos han satisfecho y debimos abandonar el método; con ellos no evitábamos llegar a la resección costal como lo comprueban nuestras observaciones (N.º 4, 13 y 17).

Empleamos también el *azul de metileno* que uno de nosotros experimentó más largamente en 1916. La técnica seguida es sencilla; se emplea azul de metileno puro, en solución al 5 % en agua destilada y esterilizada. Después de haber evacuado el pus se inyectan 15 a 25 c. c. de solución, repitiéndose la inyección cada dos días según la marcha del derrame; sobre

6 casos tratados en aquella oportunidad, obtuvimos 4 curaciones; posteriormente obtuvimos algún éxito más.

Otro líquido empleado ha sido la *solución de optoquina*; uno de los primeros trabajos completos es el de Gralpa 1922 época del resurgimiento de la quimioterapia en las enfermedades infecciosas. La optoquina se hizo notar por su acción enérgica y electiva sobre el neumococo, al que mata *in vitro* en diluciones al uno por un millón. Más tarde 1924, aparece el trabajo de Woringer con la técnica ligeramente modificada y este mismo autor en 1929 publica otros 36 casos tratados con buen resultado y opina que es el procedimiento de elección en los dos primeros años de la vida, habiendo obtenido una mortalidad de 33 %.

El tratamiento consiste en punzar la pleura, extraer todo el pus que sea posible, tratando de obturar la aguja para evitar el neumotórax artificial; después inyectar 30 a 40 c.c. de solución de optoquina al 5 ‰ recientemente preparada, esterilizada y calentada a 37°, luego retirar por aspiración dicha solución y repetir el lavado unas veces hasta que el líquido salga claro, después dejar inyectado una solución al 5 % en dosis de 0.025 gr. por kilo de peso no pasando la dosis de 0.50 en total. Según Woringer en algunos de sus casos no podía extraer todo el líquido del lavado, dejando inyectado sin que ocasionara perturbación alguna. Se repiten estos lavajes cuatro o cinco días seguidos o día por medio, como el caso lo requiera; si la temperatura baja y al control radiográfico el derrame no se reproduce se repiten las inyecciones tres o cuatro veces o tantos como sea necesarias.

Nosotros hemos tenido oportunidad de tratar cuatro casos; uno de ellos (obs. 14) después de la 3.^a inyección y como viéramos que la niña se alimentaba mal, perdía peso, y que existía dificultad para extraer el pus que era muy denso, recurrimos a la pleurotomía con resección costal y curó.

El segundo caso tratado, se refiere a un lactante de 10 ½ meses con mal estado general y profunda intoxicación, se le practican 5 punciones evacuadoras seguidas de lavajes de optoquina; bajo la influencia de estos la temperatura desciende, el apetito renace, el peso aumenta y el derrame pleural no se reproduce, alta al mes (obs. 18).

El tercero es un niño de dos años y medio, portador de un

gran derrame; el padre oponía reparos a una intervención, por eso tentamos los lavajes a la optoquina; se le extraían cantidades de 200 a 230 gramos; la mejoría fué rápida con resurgimiento del apetito, aumento de peso (1.400 grs.); sale curado a los 37 días de su ingreso (obs. 19).

En estos tres casos el germen encontrado fué el neumococo, sobre el que la optoquina tiene una acción específica; los buenos resultados conseguidos tienen así su explicación.

En un cuarto caso, niño de 20 meses, el pus del derrame era a *estreptococos*. Los lavajes ejercieron poca acción sobre el derrame que volvía a reproducirse y ninguna sobre el germen el cual en los múltiples exámenes practicados aparecía en cantidad siempre abundante, demostrando que la optoquina no ejerce influencia alguna sobre el estreptococo.

En cambio el estado general mejoró y la temperatura descendió, no obstante lo cual hubo necesidad de practicar más tarde la pleurotomía con resección costal.

Han sido empleados también en el tratamiento de la pleuresía purulentas las inyecciones subcutáneas e intrapleurales de vacunas, suerovacunas, auto y heterovacunas. Ultimamente Rieux y Clavelin han preconizado el método que llaman de la inmunoterapia local por medio de las inyecciones de cultivos microbianos filtrados. Tixier dice haber obtenido buenos resultados con dicho método, sobretodo como preparación a la pleurotomía con resección costal.

Mencionemos de paso el empleo del *taurocolato de sodio* en inyecciones intrapleurales aconsejadas por Cocchi.

No poseemos experiencias de estos últimos métodos; sabemos que tienen en su haber éxitos y fracasos, dependientes de los factores diversos que entran en juego en cada caso.

Entre nosotros han sido publicadas observaciones aisladas de éxitos obtenidos con las punciones evacuadoras simples y las seguidas de inyecciones modificadoras. Así Schweizer en 1912 en un niño de 8 meses obtiene curación del derrame con las extracciones seguidas de inyecciones de electrargol. Lo mismo que Casaubón y Muniagurria en dos casos con el azul de metileno (comunicación a la Sociedad Argentina de Pediatría). En la misma sesión, Segers, Busco y Navarro, mencionan éxitos con las punciones simples.

Nosotros hemos estudiado comparativamente los medios mé-

dicos y quirúrgicos empleados; más adelante damos los resultados que creemos haber obtenido.

Después de los comentarios anteriores, como nos comportamos ante un caso de pleuresía purulenta? No podemos ser categóricos y no somos exclusivista; el examen clínico minucioso que surge de lo anteriormente dicho nos orientará en el tratamiento a elegir.

Como norma general de conducta aconsejamos comenzar por la punción pleural evacuadora, examen bacteriológico del líquido extraído; si tenemos la suerte de encontrarnos ante un pus ya estéril, debemos esperar pacientemente, pues muchas veces una simple punción, en derrames pequeños, basta para la cura del empiema. Si en el líquido encontramos neumococos puros, creemos conveniente las punciones evacuadoras seguidas de lavajes con líquido modificador y de entre estas creemos que el que mejores resultados puede dar es la solución de optoquina a fin de tratar de esterilizar el pus; si después de dos o tres punciones tenemos mejoría, es decir, caída de la temperatura, disminución de fenómenos tóxicos, mejoría del estado general, debemos ser prudentes, esperar o insistir en el tratamiento como en nuestros casos N.º 18 y 19, pues la cura puede ser perfecta. Pero en cambio, si los fenómenos generales empeoran, el líquido se reproduce rápidamente, el pus no se esteriliza, no debemos perder tiempo, recurriremos al cirujano para que practique la pleurotomía con o sin resección costal (obs. 4, 13, 14, 17, 20). Por último en los casos que hay asociaciones y especialmente estreptococos o piógenos, excepcionalmente curan con punciones y como estos casos son sumamente graves, conviene directamente recurrir a la abertura amplia.

Hay circunstancias en que es menester recurrir a ella con carácter de urgencia; tal sucede en la pleuresía pútrida, de inusitada gravedad en la infancia, en la pleuresía fétida y en aquellas donde existan asociaciones microbianas o donde domine el estreptococo (obs. 16, 20).

En estas circunstancias conviene no perder tiempo, la pleurotomía está indicada efectuarla de inmediato.

Deberá también recurrirse a ella aunque no ya con carácter de urgencia, cuando se trata de un derrame coleccionado,

ocupando todo un hemitórax, con pulmón sano y buen estado general del paciente.

En todos los demás casos se prefiere la *pleurotomía diferida*, comenzando por punciones evacuadoras, que permitirá al pus coleccionarse, a la vez que perder parte de su virulencia, buscando de este modo la maduración del derrame.

En cambio estamos convencidos que cuando subsisten lesiones pulmonares en actividad, congestivas o broncopulmonares concomitante al derrame, de la intervención cruenta inmediata está firmemente *contraíndicada*, lo mismo que cuando el pus tiene aspecto turbio, seroso, indicando que aun está constituyéndose y que por consiguiente aun no ha llegado a su período de estado.

En estos casos, como lo confirman algunas de nuestras observaciones (5, 7, 8, 9), la intervención precoz puede ser responsable de la agravación sobrevenida en esas circunstancias.

Mencionados a grandes rasgos los métodos de tratamientos que tenemos a nuestro alcance, recordaremos una vez más, que la edad, estado general del enfermo, el tiempo transcurrido de la afección, (en el medio hospitalario por lo común, llegan después de 2 ó 3 semanas de iniciado el proceso), el germen productor, etc., son factores dignos de tenerse en cuenta para establecer el pronóstico y que del estudio minucioso de ellos, conjuntamente al derivado del examen clínico, deberá surgir el tratamiento adecuado para cada caso.

Y cualquiera que sea el elegido, tiene gran importancia para el éxito terapéutico, los cuidados prodigados al enfermo. En la operación del empiema el *postoperatorio* tiene particular significación.

El cirujano vigilará atentamente las curaciones, existiendo ventajas en que las practique personalmente, como es habitual hacerlo en nuestro servicio. No debe dejarse librado al criterio del practicante o del cabo de sala, pues no se trata de un simple cambio de apósitos, sino que es menester vigilar la mecánica respiratoria, disminuir los inconvenientes del neumotórax, tratar de evitar la formación de adherencias que pudieran dificultar el drenaje del pus facilitando su absorción por el organismo debilitado. Como se ve hay tarea para el cirujano atento y cuidadoso.

También el pediatra tiene muchas indicaciones que llenar.

Ha de satisfacer desde luego las necesidades en líquido del organismo, tratando de proveer su ración calórica con los alimentos más adecuados de acuerdo a la edad y capacidad nutritiva, teniendo presente que los trastornos nutritivos secundarios a la infección, ensombrecen el pronóstico, pues constituyen a menudo la causa de la muerte.

Tendrá además que luchar contra la anorexia rebelde, contra los vómitos repetidos, contra las infecciones sobreagregadas que constantemente le amenazan creando serias e irremediables complicaciones.

Problemas de orden dietético, biológico, inmunológico, se le presentan a cada paso, fuera de los de orden clínico e higiénico.

Esta vinculación del cirujano y del clínico nos ha permitido la disminución de las cifras de mortalidad en la pleuresía purulenta, gracias al mejor conocimiento de los factores que intervienen en la gravedad del proceso y gracias también a la más razonada aplicación de los recursos existente para combatirlos. Es lo que hemos visto en nuestro propio servicio, donde año a año vamos mejorando el porcentaje de mortalidad.

El valor de las estadísticas es relativo, por cuanto en materia de pleuresía purulenta los casos son difícilmente superponibles siendo, en cambio, diversos los factores que concurren para sumarse o restarse en la apreciación del éxito o del fracaso del método empleado.

La mortalidad es muy elevada sobre todo durante el primer año de vida, como se desprende de las cifras globales siguientes: En la tesis de Adorni (1916) hecha con elementos de la sala VI, se tiene que la mortalidad en *niños menores de 12 meses*, fué del 100 por 100 y que entre los 12 y 24 meses fué de 50 %.

En 1917 en una estadística hecha por uno de nosotros con enfermos del Hospital de Niños encontramos:

Por debajo de los 2 años: 64.5 % de mortalidad; por debajo de 1 año: 84 % de mortalidad.

En estos casos se practicó casi exclusivamente la pleurotomía con resección costal.

En 1927 Segers y Rivarola estudian comparativamente los resultados de las punciones evacuadoras simples y de la pleurotomía con resección costal, preconizan para niños menores

de 3 años las *punciones simples* para los casos de derrame enquistado y, la *pleurotomía* para los derrames libres de la gran cavidad; en estos últimos tiene una mortalidad de 43 %.

Estadísticas globales más recientes, citadas por Woringer, dan para el primer año con diversos procedimientos, 76 % (Zybell) y 73 % (Finkelstein), de mortalidad.

Spencer, citado por el mismo autor, da una estadística comparativa obtenida por los diversos procedimientos quirúrgicos: para *niños por debajo de los 12 meses*:

Sifón drenaje: 55.6 %, mortalidad; Pleurotomía: 87.5 %, mortalidad; Aspiración: 77.8 %, mortalidad.

Mortalidad elevada, muy superior a la nuestra, como se verá.

Woringer, que preconiza los lavajes con la optoquina, en su última publicación da los siguientes resultados muy alentadores:

De 0 a 12: 28.6 %, mortalidad; de 12 a 24 meses: 36.4 %, mortalidad.

Resultados estos no obtenidos por otros procedimientos y que pueden considerarse excelentes.

Nuestra estadística global comprende 20 casos en niños de 0 a 30 meses.

De estos 20 casos: curaron, 13; fallecieron, 7; mortalidad, 35 %.

Descomponiendo por edad tenemos:

Por debajo de los 12 meses, 6 casos: curados, 4; fallecidos, 2; mortalidad, 33.3 %.

Entre 12 y 30 meses, 14 casos: curados, 9; fallecidos, 5; mortalidad, 35.7 %.

Estas cifras se aproximan a las de Woringer y son muy inferiores a la de los diversos autores citados.

Mortalidad por los diversos métodos empleados:

Punciones simples y vacunoterapia, mortalidad, 66 %; punciones evacuadoras e inyecciones modificadoras (azul de metileno y optoquina): tratados, 3; curados, 3; mortalidad 0 %; Punciones, inyecciones intrapleurales (suero antineumocócico, optoquina), resección costal (obs. 4, 13, 14, 17, 20): tratados, 5; curados, 5; mortalidad, 0 %; Pleurotomía con resección costal inmediata sin preparación previa. (obs. 5, 6, 7, 8, 9, 10,

11, 15, 16), 9 casos: curados, 4; fallecidos, 5; mortalidad, 55.5 %.

El estudio de nuestros 20 casos demuestra que en el tratamiento de la pleuresía purulenta de la primera infancia, la *pleurotomía con resección costal precoz* e inmediata, da un alto porcentaje de mortalidad, (55.5 %) superior en todo caso a procedimientos puramente médicos. Que estos, cuando consisten en punciones evacuadoras, seguidas de *inyecciones intrapleurales de optoquina*, dan resultados más satisfactorios, y que, la pleurotomía con resección costal, *previa preparación del sujeto con inyecciones intrapleurales* de sustancias modificadoras, es muy superior en sus resultados a la *operación precoz del empiema*.

Nuestra conducta frente a un caso de pleuresía purulenta, será pues, según lo hemos expresado, tratar de curarlo por medios médicos, dando preferencia a las punciones evacuadoras seguidas de lavajes con solución de optoquina al 5 ‰, pacientaremos mientras el estado general, deducido del examen clínico, nos revele mejoría; en caso contrario o cuando el pus se reproduzca rápidamente, haremos practicar la abertura de la pleura; esta *pleurotomía diferida*, previa preparación del paciente, nos ha dado los mejores resultados, por lo que nos creemos autorizados a recomendar este método en la pleuresía purulenta del niño pequeño.

En cuanto al valor comparativo de los procedimientos quirúrgicos empleados, la mayoría de los cirujanos prefieren la pleurotomía con resección costal en el niño grande; en cambio están divididas las opiniones cuando se trata de niños por debajo del año; para éstos muchos prefieren la pleurotomía cerrada, sea con drenaje filiforme, sea con drenaje a sifón.

OBSERVACION 1.^a

María L., 2 ½ años. Fecha de ingreso: 26 Agosto de 1920.

Diagnóstico: Pleuresía a neumococos, curada con punciones.

Es una enfermita que mandan del Patronato de la Infancia, con fie-

bre desde el 11 del actual y con supuración de oídos; ha tenido conjuntivitis purulenta. La niña venía con otitis doble supurada. Tenía tos seca encontrándose disminución de sonoridad y elasticidad en las focas supra e infra espinosa derecha y en la base sin modificaciones respiratoria ni ruidos sobreagregados. Hígado y bazo palpable, resto normal.

7 Septiembre: Desde su entrada altas temperaturas: por la mañana 37°, 37°½, llegando por la tarde hasta 40° a los pocos días de su entrada se constata una gingivitis necrótica. Persisten los fenómenos anotados en el pulmón derecho. El pulmón izquierdo se presenta mate en toda su extensión, lo mismo que en la axila y por delante, Traube libre, soplo en la fosa supraespinosa, disminución de la entrada de aire, sin ruidos agregados. La punción da salida a 2 c. c. de líquido sero fibrinoso, cuyo examen dió polinucleares destruidos y estreptococos.

13 Septiembre: La punción efectuada dos días después de la primera da salida a escaso líquido citrino con polinucleares y en los cultivos neumococos puros. Una tercera punción da salida a 20 c. c. de pus fluído cuyo examen reveló neumococos. Recibió hasta hoy, día por medio 5 inyecciones de vacuna polivalente Bruschetti.

24 Septiembre: Lesión pleural muy mejorada, más entrada de aire sin ruidos sobreagregados, punción de hoy en blanco. Se alimenta mal, pierde de peso.

4 Octubre: Los fenómenos pulmonares siguen mejorando; aparece un flemón del cuello cuyo examen de pus dió neumococos.

11 Noviembre: Hace 5 días erupción de sarampión (epidemia en el Servicio). Hoy aparece fiebre tos y disnea, se constata foco neumónico en vértice derecho.

21 Noviembre: Siguió bien la evolución de su foco de neumonía y la gingivo estomatitis gangrenosa.

La radiografía revela foco de neumonía y adherencias del lado opuesto, secuelas de la pleuresía anterior.

En el mes de Diciembre es dada de alta curada.

(Caso publicado por Casaubón y Muniagurria).

OBSERVACION 2.ª

S. G. Edad 9 meses. C. Externo de la Sala VI, Junio 1921.

Diagnóstico: Pleuresía derecha. Curación con inyecciones intrapleurales de azul de metileno.

Niña que sufrió una neumonía del vértice derecho; hizo crisis al 8.º día, después submatitez base derecha; punción exploradora da salida a pus franco en que se encuentran *neumococos*.

Se prosiguen las punciones evacuadoras seguidas de inyecciones intrapleurales de azul de metileno al 5 %.

El pus se reproduce lentamente para dar lugar a punciones en blanco.

En total se extracen 170 c. c. de pus; mejorándose el estado general y dándose por curado su derrame al mes de iniciado el tratamiento.

El estudio radiográfico confirmó la perfecta curación sin secuelas.

(Caso publicado por Casaubón y Muniagurria).

OBSERVACION 3.ª

Jorge R., de 14 meses de edad. Fecha de ingreso: Junio 1922.

Diagnóstico: Bronconeumonía. Pleuresía purulenta doble. Tratado con punciones e inyecciones de suero y vacunas. Fallece.

Antecedentes hereditarios: Un hermano falleció de pleuresía purulenta.

Antecedentes personales: Criado a pecho hasta los dos meses. Fué sano hasta hace 10 días.

Enfermedad actual: Iniciada hace 10 días con tos, disnea y temperatura.

Estado actual: Adenopatía carotídea axilar e inguinal, frente olímpica, ligera cianosis de los labios.

Aparato respiratorio: Disnea, 44 respiraciones por minuto, respiración costoabdominal, tiraje evidente. Pulmón derecho: matitez absoluta desde la base hasta un dedo bajo el ángulo del omoplato, sonoridad normal en el resto con roncus, rales medianos y finos. Axila: matitez en la parte inferior, rales de distinto tamaño. Pulmón izquierdo: submatitez hasta el ángulo del omoplato. Doble soplo tubario en toda la extensión, abundantes rales de todos los tipos. Axila igual más el doble soplo. Traube ocupado.

Aparato circulatorio: Pulso hipotenso, 120 por minuto.

Abdomen: Hígado se palpa a un través de dedo bajo el reborde costal.

Tratamiento: Durante su permanencia fué punzada diariamente, en ambos lados extrayéndosele 10 a 15 c. c. de cada pleura, un total de 820 c. c. de pus. Se hizo vacuna neutro a dosis progresivas de 20 a 50 millones, día por medio. Suero antineumocócico intrapleural y subcutáneo, 5 c. c.

Fallece el día 15 de julio.

La temperatura elevada a su entrada fué disminuyendo, manteniéndose entre 37° y 38°, pero después de unos 10 días, se eleva nuevamente con grandes oscilaciones, 37° por la mañana y 39° a 40° por la tarde. Rechaza el alimento, pierde mucho de peso, entró con 8 kgrs. y al fallecer sólo pesaba 6.500 grs.

OBSERVACION 4.^a

Angela A., de 2 años y 4 meses de edad. Fecha de ingreso: 26 de Octubre de 1923.

Diagnóstico: Neumonía. Pleuresía derecha a neumococos. Resección costal. De alta el 6 de diciembre. Curada.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Pecho hasta los 5 meses, nodriza hasta los 9 meses, continuando con alimentación artificial.

Enfermedad actual: Comenzó hace 30 días con decaimiento, inapetencia, 8 días después aparece fiebre, 38,5 y 39°, sin fatiga ni disnea. Se diagnostica congestión pulmonar y fué tratada con vacuna (por un médico particular).

Estado actual: Estado de nutrición mediano, escaso panículo adiposo. Facies pálida con subcianosis en los labios. Ligera disnea. Tos grasa frecuente, labios con fuliginosidades, secos y resquebrajados. Adenopatía axilar.

Aparato respiratorio: Inmovilidad del hemitórax derecho. Pulmón derecho: matitez en la base, submatitez timpánico en el resto, soplo tubario al nivel de la espina del omoplato, normal por arriba y respiración alejada en la base, algunos rales crepitantes, repercusión de la voz a nivel de la espina del omoplato. Axila, sonoridad disminuída, roncus. Pulmón izquierdo: sonoridad exagerada, respiración normal.

Aparato circulatorio: Tonos normales, pulso 146 por minuto, amplio, regular.

Abdomen: Se palpa hígado y bazo, éste aumentado de consistencia.

27 Octubre: Se punza y extrae 100 c. c. de pus bien ligado; su examen da polinucleares, diplococos gram negativo; el cultivo desarrolla neumococos.

12 Noviembre: Es operada, se extrae pus y numerosos coágulos de fibrina.

Tratamiento: Antes de operada fué tratada con vacuna Prona, suero antineumocócico, punciones, tratamiento tónico cardíaco: digitalina, aceite alcanforado, adrenalina.

El examen de sangre dió: Glóbulos rojos, 2.270.000; glóbulos blancos, 26.145; hemoglobina, 36; granulocitos neutrófilos, 67 %; eosinófilos, 6 %; basófilos, 0.33; mielocitos neutrófilos, 1.33 %; metamielocitos, 0.66 %; normoblastos, 0.66 %; anisocitosis, hipocromía.

Evolución: Peso de entrada, 10.000 grs.; fué disminuyendo hasta 9.600 grs. en el momento de ser operada, para luego recuperarlo. La temperatura elevada a su entrada, bajó por completo después de intervenida; estado general bueno.

6 Diciembre: De alta, curada.

OBSERVACION 5.^a

Concepción S., de 1 año de edad. Fecha de ingreso: 18 Octubre 1923.

Diagnóstico: Pleuresía purulenta derecha. Resección costal. Fallece.

Antecedentes hereditarios y personales: Sin importancia.

Enfermedad actual: Se inicia hace 20 días con tos, temperatura y disnea.

Estado actual: Estado general mediano, conjuntivas pálidas.

Aparato respiratorio: Tos grasa de frecuencia regular, no hay disnea; tórax a predominio de diámetro transversal. Pulmón derecho: submate hasta la punta del omoplato, matitez hídrica hasta la base. Murmullo vesicular alejado. Axila del mismo lado, sonoridad exagerada, respiración vicariante. Pulmón izquierdo: sonoridad exagerada, murmullo vesicular. Axila del mismo lado, infarto ganglionar. Sonoridad exagerada hasta dos traveses por encima de la línea mamilar, submate debajo.

Aparato circulatorio: Pulso frecuente, 160 por minuto, irregular.

Abdomen: Hígado y bazo palpables.

20 Octubre: Se interviene, resección costal. Tratamiento médico anterior y posterior a la intervención: vacuna Cepede, aceite alcanforado. Temperatura de 38°. Por punción anterior se habían extraído 10 c.c. de pus.

Después de operada siguió con alta temperatura, mal estado general; es retirada por la madre, falleciendo cinco días después de operada.

La temperatura entre 37° y 40° no se modificó después de la intervención.

OBSERVACION 6.^a

Fernando S., de 21 meses de edad. Fecha de entrada: 28 Enero 1924. Fecha de alta: 10 Febrero 1924.

Diagnóstico: Pleuresía purulenta a neumococos, postneumónica. Operada. Fallece en su domicilio.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Criado a pecho hasta los 3 meses, después alimentación artificial. Se desarrolló bien, siempre sano.

Enfermedad actual: Se enferma hace 20 días con una neumonía derecha, que hace crisis en 9 días. Siguió más o menos bien 5 días, después de lo cual tiene fatiga, temperatura de 39°. Vista en estas condiciones se constata pleuresía derecha, pus a neumococos.

Fué tratada con punciones evacuadoras (3). Suero antineumocócico subcutáneo; como siguiera con alta temperatura, pérdida de peso (entró con 11 kgrs., bajó a 10.660 grs.), se opera, resección costal. 2 de Febrero.

10 Febrero: Después de la operación siguió con estado grave: alta temperatura, gran pérdida de peso, se alimenta mal. Es retirado por la madre y fallece al día siguiente en su domicilio.

OBSERVACION 7.^a

Amelia N., de 11 meses de edad. Fecha de ingreso: 6 Mayo 1924.

Diagnóstico: Pleuresía purulenta, metaneumónica. Resección costal. Fallece.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Tomó pecho hasta los 15 días, después leche de vaca y agua. Siempre sana.

Enfermedad actual: Hace 20 días se inició con tos y fatiga, vista por un médico diagnosticó neumonía derecha; mejoró con el tratamiento instituido, 12 a 15 días después empeora; el médico constata por los rayos X y por la punción una pleuresía purulenta; la envía para ser operada.

Estado actual: Niña bien desarrollada con buen estado de nutrición; al examen no se constata nada anormal no siendo al nivel de su aparato respiratorio: pulmón izquierdo, normal a la auscultación y percusión; pulmón derecho, matitez por y axila hasta al punta del omoplato, constatándose a ese nivel silencio respiratorio y respiración soplante en el vértice. Temperatura, 38,9.

El mismo día de su entrada se opera: Anestesia local, resección de la sexta costilla derecha; abierta la pleura sale abundante pus verdoso y grandes copos fibrinosos, drenaje con tubo de goma.

Evolución: Después de operada los primeros días siguió con estado general mejor, poca temperatura; al tercer día ésta se eleva y aparecen rales bronquiales y foco de rales finos en la base izquierda, desde entonces los fenómenos pulmonares se acentúan, la temperatura es irregular, elevándose por las tardes hasta 38,5, algunos días hasta 39; se alimenta mal, el estado general empeora hasta que en los últimos días hay una hipotonía manifiesta, gran adelgazamiento, el hígado se hace grande y la niña fallece al mes de intervenida.

Recibió como tratamiento: Ventosas, poción Marfan; inyecciones de suero fisiológico con adrenalina.

OBSERVACION 8.ª

Roberto L., de 11 meses de edad. Fecha de ingreso: 8 Octubre de 1924. Fecha de alta: 1 Diciembre de 1924.

Diagnóstico: Pleuresía purulenta, derecha. Otitis supurada. Operación. Curación.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Nacido a término, criado a pecho, desde hace un mes alimentación mixta. Siempre sano, ligera constipación.

Enfermedad actual: Hace un mes que se enferma con tos, fiebre y fatiga, que fué aumentando; visto a los pocos días por médico, diagnóstica bronconeumonía. Como estos últimos días empeora, se interna en este Servicio.

Estado actual: Desarrollo correspondiente a su edad, regular estado general, pesa 7.300 grs. Ligera subcianosis; otitis supurada oído izquierdo.

Aparato respiratorio: Disnea, aleteo nasal, discreto tiraje supra e infraesternal. Percusión por delante, matitez del vértice derecho, axila del mismo lado, mate. Por detrás, matitez en el vértice derecho hasta la altura de la espina del omoplato, de allí; a la extrema base, sonoridad normal. En el pulmón izquierdo se constata submatitez en la base por detrás. Auscultación vértice derecho: existe franca repercusión del grito, habiendo desaparecido en el momento actual la existencia de rales suberepitantes, medianos y finos, que se auscultaban en las fuertes inspiraciones y al toser en días anteriores. En la base izquierda existe menor cantidad de rales suberepitantes y desaparición del soplo que existía en días anteriores, resto del pulmón, escasos rales bronquiales, diseminados.

Aparato circulatorio: Normal.

Abdomen: Se palpa hígado a un través de dedo del reborde costal.

17 Octubre: Siguió con alta temperatura, variable entre 39° y 37,5; se hizo: aceite alcanforado y vacuna polivalente, revulsión.

Por los signos clínicos y de acuerdo con la radiografía, se sospecha derrame en vértice derecho, se punza en la región axilar, parte alta y se extrae pus franco; por detrás y debajo del ángulo del omoplato, la punción es en blanco. Se interviene y da salida a gran cantidad de pus.

2 Noviembre: El día que se intervino pesaba 7 kgrs.; fué perdiendo peso hasta llegar a 6 kgrs. La temperatura que tenía tendencia a disminuir, se eleva nuevamente; la herida operatoria sigue bien pero hoy constatamos al nivel de la base izquierda: submatitez, respiración soplante, gran cantidad de rales suberepitantes.

17 Noviembre: Después del tratamiento con revulsión, vacuna anti-

piógena y éter alcanforado, mejoró mucho el estado pulmonar y general. Se alimenta, aumenta de peso, la herida está casi cerrada, sólo queda un foco congestivo en la base izquierda. Temperatura entre 36,5 y 37,5 grados.

29 Noviembre: Siguió muy bien, apirética, pesa 6.600 grs.

1 Diciembre: De alta, curada.

OBSERVACION 9.^a

Rafael M., de 22 meses de edad. Fecha de ingreso: 20 Diciembre de 1924.

Diagnóstico: Pleuresía purulenta. Punciones e inyecciones con líquido modificador. Resección costal. Fallece el 7 de Enero de 1921.

Antecedentes personales: Pecho hasta los 6 meses, continuando luego con alimentación artificial. Sano hasta los 11 meses en que contrae bronconcumonia; después de 15 días se le extrae pus de la pleura derecha. Fué tratada con azul de metileno intrapleural, electrargol subcutáneo y punciones.

Sosteniéndose el niño así 4 meses, al cabo de los cuales parecía estar mejor; contrae 2 veces después sarampión y a los 8 días se extrae nuevamente pus de la base derecha, que se ha mantenido hasta ahora.

Hace un mes tuvo un flemón del cuello, lado izquierdo, que no supuró.

Examen (18 Diciembre): Fué punzada hace un mes. Retracción de la base del hemitórax derecho, matitez con alejamiento respiratorio. Examen radioscópico, sombra densa en la base derecha con nivel superior movable. Se extrae pus con neumococos puros. Es intervenida el día 20: resección costal, se extraen 300 c. c. de pus, se drena.

Durante su estada en la sala siguió con alta temperatura entre 38° y 40°; estado general malo, hasta que fallece el 17 días después de intervenida, en profundo estado de intoxicación.

A la autopsia se constata, además, un absceso subfrénico.

OBSERVACION 10.

Juan Carlos A., de 18 meses de edad. Fecha de entrada: 27 Enero 1925. Fecha de alta: 13 Febrero 1925.

Diagnóstico: Pleuresía purulenta. Operada. Otitis doble. Fallece en su domicilio el 26 Febrero.

Niño que ingresó al Servicio con muy mal estado general, con 8.500 grs. de peso, que fué operado al día siguiente de su entrada, registraba el antecedente de haber tenido ya una vómica de pus.

Los primeros días de operado siguió con ligera mejoría, luego la temperatura se eleva, no se alimenta, gran adelgazamiento; al final se hizo una inyección intrapleural de Argocromo, pasando esta substancia a las vías respiratorias, pues el enfermo expulsaba esta substancia por la boca.

Recibió también como tratamiento: Vacuna Bruschetti, cada 3 días, además, suero fisiológico con adrenalina.

Se supo que falleció fuera del Servicio el día 26 de Febrero.

OBSERVACION 11.

Francisco D., de 18 meses de edad. Fecha de ingreso: 31 Agosto 1925. Fecha de alta: 28 Septiembre 1925.

Diagnóstico: Pleuresía purulenta derecha. Operada. Curada.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Nacido a término con 4 kgrs. de peso. Tomó pecho hasta los 3 meses; después diluciones de leche de vaca. Siempre sano.

Enfermedad actual: Comienza hace un mes y medio con temperatura alta, angina, tos y disnea, al mismo tiempo una otitis purulenta. Este cuadro febril con tos y disnea, persiste durante un mes; es seguido de 15 días de mejoría y en estos 3 últimos días, la temperatura asciende de nuevo, la disnea se acentúa y como se observa obscuridad en una base pulmonar, efectúan una punción pleural extrayendo 40 c. c. de pus amarillo verdoso. En este Servicio se efectúa otra punción pleural extrayéndose líquido con los mismos caracteres y cuyo examen reveló neumococos. Ingresa al Servicio.

Estado actual: Niño con desarrollo correspondiente a su edad, en regular estado de nutrición, pesa 9.300 grs. Sin mayores particularidades aparte de su aparato respiratorio: tos húmeda, ligera disnea. Pulmones: izquierdo, percusión y auscultación, normales. Pulmón derecho, por detrás matitez desde el vértice hasta la base, acentuándose a medida que se desciende. A la auscultación, menor entrada de aire en el vértice y en la base del mismo lado; ausencia de murmullo vesicular. En la axila del mismo lado, submatitez en la base y menor entrada de aire.

Aparato circulatorio: Nada de particular.

Abdomen: Grande; hígado se palpa a dos traveses de dedo del reborde costal. Se palpa polo de bazo.

Es operado el día 3 de Septiembre: sale regular cantidad de pus; se deja drenaje. Al día siguiente de operado, la temperatura que era elevada (39° - 39,5°) baja a 37° para seguir apirético.

28 Septiembre: Siguió muy bien; la herida está casi cerrada; se alimenta bien y aumenta de peso, hoy pesa 10.280 grs. Es dado de alta.

OBSERVACION 12.

Angela G., de 16 meses de edad. Fecha de ingreso: 8 Mayo 1926.

Diagnóstico: Bronconeumonía en actividad. Pleuresía purulenta reaccional. Fallece.

Niña criada a pecho hasta los 8 meses, después artificial. Siempre sana. Se enferma hace 20 días con alta temperatura, tos y fatiga, mejoró algunos días para volver con la misma sintomatología. Hace cuatro días se extrae por punción pleural líquido turbio, en estas condiciones se interna en este Servicio.

Niña enflaquecida, piel seca, escara por decúbito. Palidez intensa de piel y mucosas. Intensa disnea, tos frecuente, quejido casi continuo. Percusión lado izquierdo. matitez desde la punta del omoplato, hasta la base, invade la axila no así por delante donde el espacio de Traube está libre; lado derecho por detrás, sonoridad conservada, axila submate lo mismo que el vértice por delante. Auscultación: pulmón izquierdo, intenso soplo expiratorio al nivel de la punta del omoplato, menor entrada de aire en la base; a la altura del vértice se auscultan algunos rales húmedos. Pulmón derecho, por delante foco de rales finos. Area cardíaca ligeramente desviada hacia la línea media, tonos débiles igual que el pulso.

Se punza pleura izquierda, se extrae pus, cuyo análisis revela neumococos.

13 Mayo: Siguió muy grave, sin querer alimentarse. El foco del lado derecho muy aumentado; lluvia de rales finos y medianos con soplo. El derrame aumenta constatándose signos de parénquima pulmonar por arriba del derrame, intensa estomatitis.

14 Mayo: Siguió mal, sin alimentarse y hoy fallece.

OBSERVACION 13.

Hortensia C., de 10 meses de edad. Fecha de entrada: 1 Junio 1926. Fecha de salida: 28 Junio 1926.

Diagnóstico: Pleuresía purulenta derecha. Operada. Absceso en el muslo derecho.

Tratamiento: Punciones evacuadoras. Resección costal. Curada.

Niño criado con alimentación artificial desde los 8 días de edad, con aumento irregular en el peso. A los 8 meses se enfermó con temperatura y una erupción parecida al sarampión (según la madre). Hace un mes que se enferma con alta temperatura; a los 6 días el médico diag-

nostica derrame pleural; se confirma con la punción que da salida a líquido turbio (20 c. c.). Se repiten 2 punciones más con día de intervalo, la última da pus bien ligado, en estas condiciones se interna.

Nos encontramos con una niña en mal estado de nutrición, enflaquecimiento acentuado, tinte pálido terroso. Al nivel del aparato respiratorio se constata: tiraje infraesternal y pericostal. Percusión por detrás, pulmón izquierdo, sonoridad normal; pulmón derecho, matítez hídrica, desde la espina del omoplato hasta la extrema base. Auscultación: pulmón izquierdo, uno que otro ral bronquial; pulmón derecho, franca disminución de la entrada de aire, soplo expiratorio, no hay ruidos agregados.

Tonos cardíacos bien; pulso taquicárdico. Se palpa hígado al nivel de la línea umbilical. Recibe como tratamiento 2 punciones evacuadoras seguidas de inyección intrapleural de suero antineumocócico. En el pus extraído se encontró neumococos. Como el pus se reproduce, se interviene.

5 Junio: Se practica resección costal, da salida a unos 300 c. c. de pus y falsas membranas.

Evolución: La temperatura elevada a su ingreso, baja por la tarde del mismo día de operada, para sólo elevarse unos décimos, siguiendo después de 6 días completamente apirética.

Entró con 5.500 grs. de peso, no se pesó durante su estada en la sala, pero disminuyó; en el momento de salida pesa 5.600 grs. Se alimenta bien. Se le hicieron curaciones diarias: el día 22 se le abrió un absceso en el muslo; curó fácilmente.

23 Junio: La herida está casi cerrada. Se da de alta. Seguirá en Consultorio Externo.

OBSERVACION 14.

Raquel S., de 16 meses de edad. Fecha de entrada: 29 Agosto 1926. Fecha de salida: 7 Octubre 1926.

Diagnóstico: Pleuresía purulenta derecha. Optoquina intrapleural. Resección costal. Curada.

Niña sana, criada a pecho hasta los 5 meses; después alimentación artificial. Siempre sana hasta el año que tiene coqueluche, que sólo fué tratada después de 2 meses con gotas de Aethone; aún tiene tos.

Hace 15 días la tos recrudece, aparece disnea intensa, alta temperatura; el médico que la ve diagnostica bronconeumonía; los últimos días constata submatítez de la base, por punción extrae líquido turbio.

Es un niño con desarrollo más o menos normal para su edad, adelgazado, al nivel del aparato respiratorio se constata: tórax asimétrico, con mayor aumento del lado izquierdo, tiraje infraesternal y pericostal, toscuente, húmeda, disnea. Hemitórax izquierdo, sonoridad exagerada;

derecho, submatitez que invade desde el vértice hasta la base, haciéndose francamente mate desde la punta del omoplato hasta la extrema base. Axilas: izquierda, sonora; derecha, submate en toda la extensión; por delante, igualmente sonoro el izquierdo y submate el derecho. Auscultación: pulmón izquierdo, respiración ruda vicariante; pulmón derecho, en el vértice y parte superior de la axila, la respiración es soplaante sin ser tubaria, por debajo menor entrada de aire y en la base silencio respiratorio.

Tonos cardíacos y pulso más o menos normales.

Abdomen: Globuloso; hígado se palpa a un través de dedo del reborde costal.

El examen del pus reveló neumococos.

Recibió como tratamiento, día por medio, punción evacuadora, lavaje con solución de optoquina al 5‰, dejando luego inyectados 2 c. c. de solución de optoquina al 5%; se le hicieron 3 punciones, después de la segunda la temperatura bajó y en el examen del último pus se encontraron muy escasos neumococos; pero sin embargo la niña pierde de peso, se alimenta mal y el pus es muy espeso siendo imposible extraerlo por punción, razón por la cual se interviene, efectuando resección costal.

6 Octubre: Después de operada siguió muy bien, sin temperatura, alimentándose bien y aumentando de peso. Cura después de 27 días de intervenida. Es dada de alta en buenas condiciones. Peso 7.600 grs.

OBSERVACION 15.

Natalio S., de 2 años de edad. Fecha de ingreso: 29 Enero 1927.
Fecha de alta: 23 Febrero 1927.

Diagnóstico: Pleuresía purulenta derecha. Resección costal. Curada.

Niño sano, criado a pecho hasta el año, sarampión a los 22 meses, al mes bronconeumonía. Después de 20 días de enfermedad, es visto en Consultorio Externo. Se diagnostica pleuresía purulenta, que se confirma con la punción pleural.

Deficiente estado de nutrición, tinte pálido terroso, disnea acentuada.

Al nivel del aparato respiratorio, se constata tiraje marcado, asimetría torácica, pulmón derecho, matitez hídrica que llega hasta la espina del omoplato, soplo expiratorio; pulmón izquierdo, normal.

Hígado al nivel de la línea umbilical. En el pus pleural se encontró el neumococo.

Se opera: Resección costal, sale escasa cantidad de pus, pero se libran numerosas adherencias.

Al día siguiente sigue con fatiga y taquicardia, pero después baja la temperatura, se alimenta bien, la mejoría se acentúa rápidamente; la herida se cierra en 26 días. Siguió subfebril, con buen aumento de peso.

23 Febrero: Es dado de alta, con un peso de 9.800 grs.

OBSERVACION 16

Jacobo S., de 2 años de edad. Fecha de ingreso: Julio 24 de 1928.
Fecha de alta: Octubre 24 de 1928.

Diagnóstico: Pleuresía pútrida. Resección costal. Curación.

Niño nacido a término, criado a pecho exclusivo hasta los 2 meses, después mixta hasta los 3 meses para seguir luego con alimentación artificial. Se desarrolló bien, sólo recuerda ligera bronquitis a los 9 meses que curó bien. La enfermedad actual se inicia hace un mes y medio con tos que cada vez se hace más intensa, gran decaimiento y temperatura. Constatamos un niño con desarrollo correspondiente a su edad, enflaquecido, raquitismo torácico. Aparato respiratorio: tos frecuente, casi continua tipo pleural, aleteo nasal y tiraje infraesternal y pericostal. Pulmones: izquierdo, normal; derecho, desde la punta del omoplato hasta la extrema base es francamente mate; axila del mismo lado y por delante, submate. A la auscultación: pulmón izquierdo, murmullo vesicular normal; derecho, franca disminución de la entrada de aire, con silencio respiratorio en la extrema base. Por delante y axila derecha, soplo inspiratorio. Pulso frecuente, buena tensión, tonos cardíacos normales. Abdomen: grande, con hernia umbilical y diastasis de los rectos Hígado a un través de dedo del reborde costal.

La punción pleural dió salida a unos 3 c. c. de líquido turbio y citrino, cuyo análisis dió: diplococos gram positivo y polinucleares. A los 2 días se hace puriforme. El día 2 de Agosto el derrame es francamente purulento.

Se opera (Dr. Serfaty): Resección costal, sale pequeña cantidad de pus; llama la atención que el parénquima pulmonar que se ve a través de la pleura es rojo vinoso, en algunos puntos más obscuro. Se deja tubo de drenaje.

En los días anteriores a la intervención, el aliento del niño era normal; desde el día siguiente, fetidez debida a su aliento. Estado general muy malo, con movimientos estereotipados, no parece conocer a las personas que lo cuidan. Los primeros días que siguieron a la operación, el niño estuvo grave, impregnando el boks de un olor nauseabundo, gran pérdida de peso, temperatura elevada. Recibió durante 12 días suero antigangrenoso y aceite alcanforado. A los 15 días de operado, el estado general mejora, la fetidez desaparece, se alimenta bien, sólo tiene unos décimos de temperatura. Herida de buen aspecto, drena escasa cantidad de líquido sañoso. Al mes de operado apirexia completa, herida sin drenaje.

24 Octubre: El niño que durante el primer mes de su estada en la sala, parecía ir entrando en caquexia, pues había perdido 2 kgrs. de peso, fué mejorando paulatinamente, con rápido aumento de peso en los últimos 20 días (10 kgrs. a su entrada, bajó hasta 8 kgrs.; actual-

mente pesa 10.500 grs.). Herida cerrada. Curación clínica y radiológicamente. Dado de alta.

OBSERVACION 17.

Pedro Reinaldo O., de 2 ½ años de edad. Fecha de ingreso: 23 Octubre 1929. Fecha de salida: 27 Noviembre 1929.

Diagnóstico: Pleuresía purulenta izquierda. Extracción de pus e inyección de suero antineumocócico. Pleurotomía. Curación.

Niño criado a pecho mercenario hasta el año. Sarampión al año y medio, curó bien. A los 20 meses se enfermó con alta temperatura, intensa estomatitis con gran adenopatía cervical, el proceso duró más o menos un mes, gran enflaquecimiento, fué sometido a dieta rigurosa. La enfermedad actual se inicia hace 20 días con alta temperatura, fatiga y tos; visto por médico diagnostica neumonía. La temperatura elevada dura 7 días, después de los cuales mejora, para volver después de 5 días con temperatura elevada. Visto en estas condiciones, e internado constatamos: niño bien desarrollado, disneico, con quejido casi continuo, facies de sufrimiento, palidez de la piel; al nivel del aparato respiratorio constatamos: retracción del hemitórax izquierdo, con escoliosis. Percusión: matitez franca, hídrica de arriba abajo; axila y espacio de Traube, ligeramente sonoro en el lado izquierdo en tanto que el lado derecho es normal. Auscultación: lado izquierdo, intenso soplo inspiratorio, no hay ruidos agregados; lado derecho, normal. De cuando en cuando tiene pequeños accesos de tos seca.

Pulso taquicárdico; corazón, punta se palpa desviada hacia la línea media, borde derecho a un dedo por fuera del reborde esternal, tonos cardíacos normales. Abdomen: grande; no se palpa hígado sino al nivel del reborde costal. La punción dió salida a pus cuyo examen reveló neumococos.

30 Octubre: Hasta hoy se hicieron 3 punciones evacuadoras, seguidas, de inyecciones intrapleurales de suero antineumocócico; en vista que el pus se reproduce con suma facilidad, se opera: resección costal; abierta la pleura sale abundante pus cremoso, se extrae por maniobras manuales un conglomerado de fibrina del tamaño de una mandarina pequeña. El niño queda por un instante muy disneico, restableciéndose después de varios minutos la respiración normal.

Evolución: Después de operado bajó la temperatura, fué curado diariamente; se dejó tubo de drenaje hasta los 8 días en que se reemplaza por mecha y hoy después de 20 días de operado, la herida es pequeña con tendencia a cicatrizar.

27 Noviembre: Aumentó 1 ½ kgr. de peso. La herida está cerrada (27 días de operado). Es dado de alta.

OBSERVACION 18.

Margarita A., de 10 $\frac{1}{2}$ meses de edad. Fecha de ingreso: 4 Noviembre 1929. Fecha de alta: 4 Diciembre 1929.

Diagnóstico: Pleuresía purulenta a neumococos. Tratada con lavajes e inyecciones de optoquina. Curación.

Niña con lactancia materna hasta los 4 meses, después alimentación artificial. Siempre sana llegó a pesar 10 kgrs.

Se enfermó hace 17 días con alta temperatura, vómitos y tos; vista por médico diagnostica neumonía, después de unos días de apirexia vuelve la temperatura, es entonces que por punción se constata derrame pleural. En estas condiciones ingresa al Servicio.

Constatamos: Niña muy adelgazada, con tinte pálido terroso en la cara, hipotonía marcada, se queja casi continuamente, de cuando en cuando aparece un acceso de tos discretamente húmeda, entonces acentúa más la niña, las facies de sufrimiento y su disnea. Al examen de su aparato respiratorio encontramos: pulmón derecho, matitez franca de arriba a abajo, más pronunciada al acercarse a la base. Pulmón izquierdo, normal. Axila derecha y por delante del mismo lado, submatitez. Auscultación, gran soplo que se oye desde la región medio pulmonar hacia arriba; por debajo disminuye de intensidad, el murmullo vesicular no se percibe. Pulso 140, tonos cardíacos débiles. En el examen del pus extraído se encontraron neumococos.

Recibió como tratamiento: Punciones evacuadoras y lavajes de solución de optoquina al 5 $\frac{1}{100}$, dejando luego inyectado 2 a 3 c.c. de solución al 2 % de optoquina. Se efectuaron 5 punciones, días seguidos, a excepción de las dos últimas que fueron día por medio. La cantidad de pus extraída en las 3 primeras punciones fué de 30 c.c.; en las restantes muy pequeña cantidad.

Al segundo día de su estada en la sala se constata foco de rales finos inspiratorios, en el parénquima pulmonar por encima del derrame. Después de la primera inyección de optoquina, se nota mejoría y ésta se acentúa día a día. Entró con 7 kgrs. de peso, disminuyó en los 10 primeros días hasta 6.900 grs., para luego ir aumentando hasta llegar a 7.600 grs. A los 11 días de su ingreso el estado general es muy bueno, se alimenta bien. El líquido de punción es estéril.

4 de Diciembre: Franca mejoría tanto clínica como radiológicamente. Se da de alta.

OBSERVACION 19.

Hugo B., de 2 $\frac{1}{2}$ años de edad. Fecha de ingreso: 23 Noviembre 1929. Fecha de alta: 30 Diciembre 1929.

Diagnóstico: Pleuresía purulenta tratada con punciones e inyecciones de optoquina. Curada.

Niño anteriormente sano, criado por la madre hasta los 5 meses, después alimentación artificial, se desarrolló muy bien.

Se enferma hace 25 días con un proceso febril, fué diagnosticada neumonía, hizo crisis en 9 días y después de unos días vuelve con temperatura por las tardes. En estas condiciones se interna. Constatamos un desarrollo correspondiente a su edad, con discreta tos y disnea. Inmovilidad del hemitórax izquierdo, con ligera retracción. Percusión: matitez franca en todo el hemitórax izquierdo, por detrás axila y por delante, el espacio de Traube está ocupado. A la auscultación: soplo suave por delante, entrada de aire disminuída. Pulmón derecho, nada de particular. Tonos cardíacos bien timbrados. Se palpa hígado por debajo del reborde costal.

Por punción pleural se extraen 230 c. c. de pus verdoso bien ligado, cuyo análisis revela neumococos.

Tratamiento: Punciones evacuadoras, con gran lavaje con solución de optoquina al 5‰, dejando luego inyectados de 2 a 5 c. c. de solución de optoquina al 2%. Se efectúan 10 punciones casi todas días seguidos; extrayéndose regular cantidad de pus en las primeras, luego menos (230 - 100 y luego entre 40 y 60 c. c.). El pus cada vez más flúido y en los últimos estéril. Después de la segunda punción siguió apirético, con apetito, buen estado general.

31 Diciembre: Muy buen estado general (aumentó 1.400 grs. en 1 mes y 7 días). Mejoría franca, clínica y radiológicamente. Muy pequeño derrame libre en fondo de saco. Dado de alta.

OBSERVACION 20.

Héctor S., de 20 meses de edad. Fecha de ingreso: 13 Marzo 1930.

Diagnóstico: Pleuresía purulenta derecha.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Nacido a término, criado a pecho hasta el año, se desarrolló muy bien, siempre sano, primeras palabras y primeros pasos al año.

Enfermedad actual: Hace 23 días que se enferma con temperatura, tos, estado gripal; ayer fué punzado, dió salida a pus flúido. Se interna.

Estado actual: Es un niño con desarrollo correspondiente a su edad, enflaquecido. Con facies de sufrimiento, tinte pálido terroso, disneico, con frecuente tos tipo pleural. Al nivel de su aparato respiratorio constatamos signos francos de derrame pleural lado derecho; submatitez

desde la espina del omoplato hasta la extrema base, que se extiende hacia la axila del mismo lado; a la auscultación: soplo expiratorio, disminución de la entrada de aire y abolición en la extrema base. Pulmón izquierdo, respiración vicariante. Resto del examen, nada de particular.

Por punción pleural se extraen unos 60 c. c. de pus flúido cuyo análisis revela *estreptococos*.

Durante los 4 primeros días de su estada en la sala recibió como tratamiento punciones y lavajes intrapleurales, con solución de optoquina al 5‰, dejando luego inyectados unos 2 a 4 c. c. de solución al 5‰. El estado general del niño mejora, tiene apetito, muy escasa tos y fatiga, casi apirético.

El derrame, que en la primera semana parecía tener tendencia a reabsorberse y que el estado general era muy bueno, con buen aumento de peso; después de 23 días de su ingreso, la temperatura se eleva, tiene disnea, vómitos; estos últimos días el peso tiende a disminuir. Punzado se extraen unos 60 c. c. de pus cuyo examen revela abundantes *streptococos*. En vista de esto se interviene, efectuándose una pleurotomía con resección costal, da salida a unos 300 c. c. de pus.

Postoperatorio muy bueno, sólo han pasado 5 días, drena escasa cantidad de pus. Sigue en observación.

ALGUNOS DATOS SOBRE BIBLIOGRAFIA

- Acuña y Casaubón*. — Tratamiento de la pleuresía purulenta del lactante por las inyecciones intrapleurales de azul de metileno. Primer Congreso Nacional de Medicina. 1917. Tomo II, pág. 416.
- Adorni* (Tesis 1916). — Pleuresías purulentas en la infancia.
- Amati*. — Sobre el tratamiento de la pleuresía purulenta en la infancia. "La Lectura Médica". Año 1929, pág. 168.
- Cabrera y Segers*. — Tratamiento de las pleuresías purulentas en la infancia. "Semana Médica". Diciembre 1928, pág. 1654.
- Casaubón y N. Muniagurria*. — "Sociedad Argentina de Pediatría". Octubre 7 de 1921.
- Cocchi*. — Tratamiento de las pleuresías purulentas por el taurocolato de sodio. "Rev. de Clínica Pediátrica". Junio 1927.
- Finkelstein*. — Tratamiento de las enfermedades del niño de pecho. pág. 669.
- Lugones*. — Pleuresía purulenta de la infancia y su tratamiento. Primer Congreso Nacional de Medicina". Año 1917. Tomo II, pág. 416.
- Navarro*. — Pleuresía purulenta en la infancia y su tratamiento. Primer Congreso Nacional de Medicina. Año 1917. Tomo II, pág. 402.
- Schweizer F.* — Pleuresía purulenta a *estreptococos* en un niño de 8 meses. Curación. "Archivos Latino-Americanos de Pediatría". 1912.
- Segers y Rivarola*. — Pleuresía purulenta. "Archivos de Pediatría". Año 1927, pág. 299.

- Spadavecchia y Della Corte.* — Pleuresía purulenta metaneumónica en la infancia. “La Semana Médica”. Año 1928, pág. 4.
- Tissier.* — Manera como debemos dirigir el tratamiento médico quirúrgico de las pleuresías purulentas de la gran cavidad. “Monde Medical”. Año 1929, pág. 65.
- Woringer.* — Le traitement des pleuresies purulentes a pneumocoques, par l’optochine. “Arch. de Médecine des Enfants”. Año 1924, pág. 713.
- Woringer.* — Les resultats du traitement de la pleuresie purulente par l’optochine. “Rev. Franc. de Pédiatrie”. Año 1929, pág. 60.
-

CRONICA

QUINTA REUNION CONJUNTA DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRIA DE MONTEVIDEO Y DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

13, 14 y 15 de abril de 1930

Siguiendo una práctica establecida de tiempo atrás, este año tuvo lugar en Buenos Aires la V.^a reunión conjunta de la Sociedad de Pediatría de Montevideo y de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Una numerosa y calificada delegación de colegas uruguayos, entre la que se contaban figuras de prestigio, como los Dres. Morquio, Escardó y Anaya, Burghi, Zerbino, Ponce de León, Bonaba, Nanciano, Claveaux, Bauzá, Hormaeche, Moreaux, etc., algunos de los cuales venían acompañados de sus familias, llegó a nuestra capital los días 12 y 13 de abril último, siendo recibidos por un grupo de médicos argentinos. Presidía la delegación — que integraban también tres médicas del vecino país: las Dras. Ugón, Saldún y Placé — nuestro simpático y ya viejo amigo, el Dr. Escardó y Anaya, que dirige la Sociedad de Pediatría de Montevideo.

Se realizaron tres sesiones científicas, una el 14 de abril y dos el 15. En la primera saludó a los colegas, en nombre de los argentinos, el Dr. Acuña, en los términos que reproducimos más abajo, contestando por los uruguayos el Dr. Escardó y Anaya.

Fueron tratados los siguientes temas: *El B. C. G. en el Uruguay* (tema oficial uruguayo) a cargo de los Dres. Bauzá, Brignole y Moreau; *Estudio experimental del B. C. G.*, por el Dr. Claveaux; *Pleurisías purulentas de la primera infancia*, por los Dres. Acuña y Vallino; *Acidosis en la primera infancia*, por el Dr. Burghi; *Encefalitis aguda; curación total*, por los Dres. Macera, Feignes y Pereyra Kaffer; *Valor de la terapéutica por el bacteriófago en las afecciones agu-*

das respiratorias, por el Dr. Ponce de León; *Etiología del eritema nudoso* (tema oficial argentino) a cargo del Dr. Cibils Aguirre y, finalmente, el trabajo de los Dres. Hormaeche y Mackinon *Sobre la acción patógena de la vacuna biliar de Calmette - Guérin (B. C. G.). Acción del factor asociación microbiana sobre la exaltación de la virulencia.*

Todos los trabajos, y especialmente los temas oficiales, motivaron intercambios de ideas del más alto interés; mereciendo la cuestión del B. C. G. el voto especial que queda reproducido en páginas anteriores.

Por falta material de tiempo, a pesar de largas y laboriosas sesiones, quedaron sin ser tratados dos importantes trabajos: el de los Dres. Bonaba, Bloise y Sciutto sobre *El líquido cefalorraquídeo del recién nacido* y el de los Dres. Garrahan y Pintos sobre la *Xantocromía fisiológica del líquido cefalorraquídeo del recién nacido*. Por la misma causa debieron ser suspendidas las proyectadas visitas al Hospital Ramos Mejía y a la Maternidad del Hospital Rivadavia.

*

* *

La presencia de nuestros colegas y amigos, así como de sus familias, motivó una serie de agasajos de los que participaron unos y otros.

El domingo 13, invitados por nuestro Tesorero, el Dr. Cometto, los visitantes, acompañados de un grupo de médicos argentinos y algunas de sus esposas, realizaron una excursión a La Plata, donde fueron recibidos y agasajados por un núcleo de colegas de esa ciudad, secundados también por sus señoras. Fueron visitados la Destilería Argentina de Petróleo, el Museo y el Observatorio Astronómico; sirviéndose un almuerzo en la cancha de golf del frigorífico Swift.

El lunes se realizó el banquete oficial en el hotel Castelar, ofreciendo la demostración el Dr. Casaubon en los términos que reproducimos más abajo, al que contestó el Dr. Zerbino en un conceptuoso discurso. Hablaron luego los Dres. Rodella y Narancio.

El martes por la mañana los huéspedes y sus familias, acompañados por médicos argentinos y sus esposas, almorzaron en el Club Náutico de San Isidro, invitados por nuestro Presidente.

Tal la crónica sucinta de las fases científica y social de nuestras reuniones, que cada vez despiertan un interés mayor en una y otra orilla del Plata y ahondan, si todavía es posible, los fuertes vínculos de toda clase que unen a los dos países.

He aquí los discursos de los Dres. Acuña y Casaubón:

DISCURSO DEL Dr. M. ACUÑA

Señores:

La Sociedad Argentina de Pediatría viste hoy sus galas para recibir en su seno, dignamente a sus colegas Uruguayos que en misión científica llegan hasta nosotros para ofrendarnos con su saber, su amistad y su simpatía.

Harán aproximadamente diez años se celebraron las primeras reuniones conjuntas de los pediatras del Plata; al principio tímidamente, fueron luego ganando en extensión y entusiasmo para coronarse con verdadero éxito las últimas.

Aún está vivo en nosotros el recuerdo de la que tuvo lugar en Montevideo en diciembre de 1928, a la que diera singular realce la participación en los agasajos, del Excmo. Presidente del Uruguay.

Al inaugurar estas sesiones me complazco a nombre de la Sociedad Argentina de Pediatría, de enviarle el homenaje de nuestro respeto y de nuestra gratitud.

Como en otras oportunidades, nos reunimos a deliberar juntos sobre problemas de medicina infantil que interesan por igual a uruguayos y argentinos y a igual que otras veces, de esta convivencia en la mesa de trabajo ha de resultar la mejor y más ajustada compenetración espiritual de nuestros hombres de estudio y también de nuestro pueblo por la influencia saludable que aquellos ejercen sobre éste.

Las dos entidades que hoy vuelcan sus propósitos en una finalidad común, pueden considerarse hermanas gemelas no sólo por su idéntico origen a orillas del Plata, sino porque ellas nacieron al calor de los mismos ideales, porque perseguían los mismos anhelos y porque van en pos de idénticas aspiraciones a fin de lograr la eliminación de los males que aquejan al mundo infantil.

Sublime aspiración, un tanto quimérica tal vez, pero que consagra y supone un esfuerzo, una voluntad, una saludable disciplina.

Y es altamente reconfortante que, en medio de la crisis universal porque atraviesa a estas horas la humanidad con el desfallecimiento de todas las voluntades y la relajación de todos los resortes morales, nuestras entidades respectivas mantengan con entusiasmo y entereza el credo del trabajo y de la investigación científica, que permiten seguir buscando, por caminos a menudo espinosos y no siempre recompensados, la senda que ha de conducirnos a aliviar las laceras que aquejan a la infancia.

Y sin ir más lejos, en la propia sesión de hoy, ha de tratarse aquí una de los problemas que más ha apasionado al mundo médico, vinculado a la

preservación e inmunidad de la tuberculosis, flajelo éste que tantas vidas arranca diariamente a la humanidad.

Magno y fundamental problema relacionado a la vacunación antituberculosa y que ha de conducirnos, tal vez en época no lejana, a la disminución apreciable de esta causa de mortalidad infantil.

Mantengamos, señores, todas nuestras energías físicas y morales para oponernos a la molicie e indiferencia general de los tiempos nuevos a fin de que estas reuniones científicas, que conjuntamente celebramos, continúen dando a nuestros pueblos ejemplos de labor perseverante, de desvelos continuados por el bien común de honda preocupación hacia esa frágil e indefensa planta humana que es el niño:

Así habremos llenado siquiera en parte, nuestro bello apostolado médico, dejando en pos de nosotros una saludable lección de vida y de humanidad.

Señores miembros de la Sociedad de Pediatría Uruguaya: Sed los bien venidos que os encontrais entre nosotros como en vuestra propia casa.

Señor Presidente de la delegación Uruguaya, saludo en vos a nombre de la Sociedad Argentina de Pediatría a todos vuestros compatriotas y en primer término a las distinguidas damas que os acompañan.

DISCURSO DEL Dr. A. CASAUBON

Colegas Uruguayos,

Señor Presidente de la Asociación Patriótica Uruguaya,

Señoras, Señores:

Es con la cálida simpatía de siempre que los médicos argentinos os ofrecemos esta nueva afirmación del espíritu fraternal que nos vincula.

Mirad esta mesa como la mesa familiar en cuyo rededor flota la atmósfera serena de los que se sienten unidos por vínculos que ahondan sus raíces en la tierra fecunda de la raza, de la historia, del idioma y de los intereses y aspiraciones comunes.

Si constituís una embajada científica de innegable mérito, traéis como credencial superior, colegas uruguayos, la cordialidad y el afecto, cuyas vibraciones se extienden más allá de la discusión académica, puesto que si hablan menos al cerebro dicen al corazón lo que jamás sabrá expresar el severo lenguaje de la ciencia.

En breve festejaréis el centenario de la gesta que os dió el bien inapreciable de la libertad.

Tal fecha, que a justo título os hará vibrar de entusiasmo entre el rumor de los vítores que aclaman y de los aplausos que estallan en el saludo frenético, os encuentra en una era de paz y de progreso que es la mejor ofrenda a los manes de vuestros héroes.

Los hombres de cada época tienen una misión que llenar y si la espada se quebró algún día a fuerza de blandirse para dejar el suelo libre, ha corres-

pondido a las generaciones que vinieron después, la tarea ardua, pero felizmente incruenta, de desentrañar las riquezas de la tierra, crear y fomentar las industrias, fundar y afianzar las instituciones, despertar la conciencia cívica por el ejercicio correcto de la democracia y sobre todo estimular la educación en el más amplio de sus sentidos porque sin ella no hay nación que comprenda a fondo ni usufructúe con derecho los beneficios de la libertad legada por sus mayores. Estas tareas múltiples y complejas, que debían ser como el credo de los hombres de gobierno, pero que desgraciadamente fallan a menudo en muchos de sus resortes, han sido ampliamente realizadas en vuestro joven país merced a la sabiduría de vuestros dirigentes y a la virilidad de vuestro pueblo.

Vosotros mismos estáis en estos momentos abocados a la realización de un gran congreso médico para festejar la centuria de independencia. Es hacer obra eminentemente patriótica en cuanto significa destacar en vuestra esfera los progresos alcanzados y contribuir, mediante el estudio de los problemas sanitarios regionales, a formar los hombres vigorosos de cuerpo y de espíritu que, inclinados sobre el yunque duro y noble del trabajo, han de dar la patria grande y fuerte de mañana.

En este sentido la obra del médico es amplia, generosa y fecunda. Amplia, porque no deja a sus espaldas problema que le concierna sin buscar la solución que más convenga, a pesar del esfuerzo que significa buscar la verdad científica que huye siempre —se ha dicho con razón— dejándonos para con suelo fragmentos, partículas; generosa, porque no hace distinciones de razas ni de alcurnias, ni espera que se llame a sus puertas para cobijar a todos bajo su inmenso manto de bondad y amor; fecunda, porque aleja el dolor y la muerte, y al anular los factores de decadencia orgánica, eleva al nivel físico y moral desde la cuna del hombre.

He dicho que la obra del médico es amplia, generosa y fecunda. Yo quisiera destacar, señores, la que ha cumplido bellamente una figura de vigorosos perfiles, que nos honra acompañándonos en este acto y cuyos prestigios han desbordado hace tiempo las fronteras de su patria, alta la insignia del saber profundo y enhiesto el pendón de una ética sin mancha.

He nombrado — bien lo sabéis— al maestro Morquio, cuya modestia sé que hiero en este momento, aunque me escudan contra el esperado reproche la verdad de mis palabras y la independencia de espíritu con que las pronuncio.

Yo saludo en él al sabio sencillo y honesto, al trabajador que no sabe de claudicaciones ni desmayos, al creador de una escuela que honra la pediatría americana.

A su lado, una pléyade de hombres jóvenes, muchos aquí presentes, forman al grupo que mantiene bien alto el prestigio de la medicina uruguaya dentro de la especialidad. Tienen todos el dinamismo de los hombres fuertes, y algunos son ya maestros, cuya obra asienta sobre la base inmovible del saber, de la inteligencia, del esfuerzo, de la moral; todo ello puesto al servicio del ideales que batien como divisas en la cumbre del pensamiento humano.

Señores Delegados: Cuando, dentro de poco, vuestro país se conmueva en una explosión de sus sentimientos más caros; cuando, junto a la vuestra,

flameen las banderas de múltiples naciones; cuando, al hacer el balance de la centuria, podáis mostrar al mundo, con legítimo orgullo, lo que habeis hecho por vosotros mismos y por todos los hombres de todas las tierras, que generosamente recibisteis en vuestro suelo, y con fe profunda en el porvenir os propongais redoblar el esfuerzo para llevar la nación a su venturoso destino; entonces, señores delegados, percibireis las vibraciones del alma argentina latiendo con la vuestra en una fiesta de hermanos.

Para ello, para hacer de las nuestras las patrias grandes y fuertes a que tenemos derecho trabajemos, como hasta ahora, con altruismo, con amor y con fe, cumpliendo el precepto de Marco Aurelio: "Trabaja, no como un miserable, ni con el deseo de hacerte compadecer o admirar; no desees más que una cosa, y es que no haya en tu vida ni acción, ni reposo que no se aplique al interés de la sociedad".

BIBLIOTECA DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRIA

Buenos Aires, 29 abril de 1930.

Señor Presidente de la Asociación Médica Argentina,

DR. DON J. JACOBO SPANGENBERG.

Tengo el agrado de dirigirme a Vd. solicitando que, de ser posible, se conceda a esta Sociedad una sección de la biblioteca de esa Asociación con destino a los libros y revistas de la Institución que presido.

En ella serían debidamente distribuidos y catalogados tales libros y revistas, hoy dispersos en diversos estantes; quedando todos ellos, bien entendido, a disposición de los miembros de la Asociación Médica Argentina.

Este pedido tiene por objeto la creación de una sesión exclusivamente pediátrica, con su fichero respectivo, para uso de todos los estudiosos, lo que nos permitiría un contralor más directo y eficaz que el que es posible ejercitar en las condiciones actuales de distribución del material de estudio a que nos referimos.

Saludo al señor Presidente con mi mayor consideración.

Alfredo Casaubón, Presidente. — *María Teresa Vallino*, Directora de Publicación y Biblioteca.

CONGRESOS

SEGUNDO CONGRESO INTERNACIONAL DE PEDIATRIA

(Estocolmo, agosto 1920)

Buenos Aires, 2 de mayo de 1930.

Señor Presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría,

DR. ALFREDO CASAUBÓN.

El Comité Argentino del 2.º Congreso de Pediatría que tendrá lugar en la Ciudad de Estocolmo el 18 de agosto del corriente año, se dirige al señor Presidente para solicitar la adhesión de la Sociedad de Pediatría, a dicho Congreso, así como también la cooperación que pudieran prestar sus miembros presentando trabajos originales que seán enviados al Comité Central.

Nos permitimos recordar al señor Presidente los temas puestos en la orden del día del Congreso:

- a) Efectos biológicos de las irradiaciones ultravioletas directas e indirectas;
- b) Rol fisiológico y patológico del sistema timolinfático;
- c) La psicología y la psicopatología de la infancia en la enseñanza de la Pediatría y su aplicación a la medicina social.

Saludan atentamente al señor Presidente.

M. Acuña, Presidente. — Florencio Bazán, Secretario.

VI CONGRESO PAN-AMERICANO DEL NIÑO, A REALIZARSE EN
LIMA EN JULIO DE 1930

Al Señor Presidente de la Sociedad de Pediatría,

DR. ALFREDO CASAUBÓN.

Del 4 al 11 de julio próximo se realizará en la Ciudad de Lima, el VI Congreso Pan-Americano del Niño.

El Comité Argentino encargado por la Comisión Organizadora constituida por el Gobierno del Perú, de preparar la participación de nuestro país en ese importante certamen, solicita la adhesión de esa Sociedad con el envío de trabajos y designación de delegados que la representen.

El Congreso constará de las siguientes Secciones:

Medicina, Cirugía, Higiene, Asistencia, Legislación, Educación.

A la espera de una respuesta favorable que contribuya a aumentar el prestigio de la ciencia argentina en esa importante reunión pan-americana, me es grato saludar al señor Presidente con las seguridades de mi más alta consideración.

M. Acuña, Presidente. — Raúl Cíbils Aguirre, Secretario.

GASTON VARIOT

Un viejo y prestigioso pediatra francés, el Dr. Gastón Variot, acaba de morir a los 75 años de edad.

Jefe de clínica adjunto y luego titular de la Facultad de Medicina de París desde 1883 hasta 1887; médico de los Hospitales en 1889; jefe de Servicio del Hospital Hérold en 1893; encargado del Servicio de difteria en el Hospital Trousseau y luego de una sala de medicina infantil en el mismo nosocomio hasta 1900, época en que pasó a "Enfants-Malades" durante un período de 8 años, su reconocida dedicación a la higiene y clínica de la primera infancia data de 1892 en que, gracias a donaciones particulares y al esfuerzo tenaz de este pediatra eminente, funda el Dispensario y Gota de Leche de Belleville, donde concentra su admirable actividad hasta 1919, fecha de su retiro por límite de edad.

Fué el promotor y organizador, con Brunon y Dufour, del Primer Congreso Internacional de las "Gotas de Leche" celebrado en París en 1905, congreso que se reunió nuevamente en Bruselas, dos años más tarde.

Por su iniciativa se fundó en París, en 1910, un instituto de puericultura, al que se anexó una "gota de leche" análoga a la que fundara en Belleville, dieciocho años atrás.

Aunque sin título oficial de profesor, numerosas generaciones de estudiantes y de enfermeras recibieron sus hondas enseñanzas, agregando así nuevos y valiosos títulos a los muchos recogidos en su larga y proficua carrera.

Su obra no ha quedado limitada a la que desarrollara en su cátedra libre y en sus eficientes fundaciones: tres libros conden-

san su vasta experiencia, con la claridad meridiana de las inteligencias superiores y del dominio que se alcanza sobre los hechos plenamente madurados y vividos. Su "Tratado de higiene infantil", su "Puericultura práctica", en colaboración con Laviolle y, sobre todo, su "Tratado práctico de enfermedades de la primera edad", en colaboración con el mismo Laviolle, Pironneau y Grandjean, son obras que le sobreviven y continuarán difundiendo su nombre y su ciencia a través de las distancias en el espacio y en el tiempo.

El dolor moral no le ahorró sufrimientos, y ya en la declinación de su vida, la guerra le arrebató — gloriosamente, es cierto — sus dos hijos — médico uno de ellos — en un mismo año, y un hijo espiritual: su interno Grandjean, muerto a consecuencia de heridas recibidas en los campos de batalla.

Si en el último de sus libros una sentida dedicatoria a sus hijos traduce la honda emoción de su espíritu, en el prefacio del mismo, nobles párrafos dedicados a Grandjean, dicen el dolor del maestro ante la muerte prematura del discípulo.

En esta narración sucinta hemos omitido mucho de la obra médica, social y filantrópica del maestro desaparecido; sólo hemos querido dar un bosquejo de la misma al rendir nuestro homenaje a la memoria de quien cumplió, en su larga vida, una bella obra compuesta por igual de ciencia y de altruismo.

Alfredo Casaubón.

Sociedad Argentina de Pediatría

PRIMERA SESION CONJUNTA DE LAS SOCIEDADES DE PEDIATRIA ARGENTINA Y URUGUAYA

(Abril 14 de 1930)

Siendo las 17.30 horas, con la asistencia de numerosos médicos argentinos y uruguayos, el Señor Presidente Dr. Casaubón, declara abierta la sesión, invitando para que ocupe la presidencia al presidente de la Sociéadd de Pediatría de Montevideo, Dr. Escardó y Anaya, quien a su vez invita a ocupar la presidencia de honor al profesor Dr. Acuña.

Dr. M. Acuña. — Saluda afectuoso a los colegas uruguayos a quienes felicita por el trabajo que presentarán al B. C. G. en el Uruguay, incitándolos a perseverar en sus investigaciones y en todo progreso que significa la lucha contra la bacilosis. (Este discurso se publicará *in extenso* en la revista de la Sociedad).

Dr. Escardó y Anaya. — Breves palabras de agradecimiento en nombre de los colegas uruguayos.

TEMA OFICIAL URUGUAYO

El B. C. G. en el Uruguay

Dres. Bauzá, Brignolle y Moreau. — Hacen los autores extensas consideraciones respecto a la mortalidad infantil, a las numerosas investigaciones que se han efectuado respecto a la vacuna Calmette y Guérin. Reconocen que en ciertas circunstancias pueden causar trastornos, que son ampliamente compensados con los resultados obtenidos. Han usado siempre la vacuna en los lactantes y su introducción ha sido por vía digestiva. En Montevideo la mortalidad del 8 ½ % se redujo en los "Calmetizados" al 4 ½ %. Concluyen en que la mortalidad infantil en general disminuye con el B. C. G.

Dr. Moreau. — Se ocupa solamente de la anatomía patológica de los vacunados. Se efectuaron 4 autopsias, no encontrándose en ellas tejido bacilar alguno, por lo cual termina afirmando que es inocuo.

Dr. Claveaux. — Efectúa un interesante estudio experimental del B. C. G. Este trabajo, efectuado conjuntamente con los Dres. Murguía y Estable, fué efectuado con el B. C. G. proveniente del Instituto Jenner y a su vez del Pasteur de París y llegan a las siguientes conclusiones: 1.º) El B. C. G. inyectado por la vía intracerebral en dosis inferiores a 0.0005 gr. no tiene acción patógena importante. 2.º) El B. C. G. inyectado en dosis superiores a 0.0005 por la misma vía, produce la muerte de los conejos en una proporción superior al 60 %. Desde el punto de vista clínico el cuadro mórbido es la caquexia; anatómicamente es la leptomeningitis linfocitaria; alteración de las células piramidales y formación de folículos atípicos o células epitelioides. 3.º) El síndrome mórbido parece depender de una impregnación tuberculínica del S. N. 4.º) Puede descartarse la acción de un ultravirus tuberculoso en el cuadro que se ha estudiado.

Desde el punto de vista clínico, los autores: Bauzá, Brignolle y Moreau llegan a los siguientes resultados: Se inmunizó por vía oral según el método de Calmette durante un período de 3 años, en 272 niños menores de 7 días, pertenecientes a la Cuna de la Casa del Niño de Montevideo, de los cuales 197 pudieron ser seguidos más de un año. Ninguna acción desfavorable que pudiese ser debida a la acción del B. C. G., pudo ser demostrada en ningún caso. La mortalidad por causas generales en este grupo de niños, no fué influenciada por la vacunación, siendo casi idéntica a la observada en un grupo casi igual de niños pertenecientes a los 2 años anteriores y no vacunados. Del estudio que se ha realizado se desprende que la cutirreacción sobre los 60 casos en que fué estudiada, resultó positiva en el 20 %. Aplicando la intradermorreacción en los no reaccionantes al Pirquet obtuvimos 56,3 % de casos positivos. En total, sobre 60 casos hemos obtenido 39 reacciones positivas, entre el 1.º y 2.º año de edad, lo que representa 65 %

La vacunación por vía oral es inofensiva, pero no suficientemente fiel, no poseyendo un medio seguro que nos permita reconocer hasta que punto ella ha sido eficaz.

La revacunación de los niños mayores de un año y la vacunación de los niños mayores de 10 días, después de comprobar la ausencia de infección tuberculosa debe practicarse por vía subcutánea y con dosis no mayores de 1/50 m.m.gr., equivalente a 800.000 bacilos aproximadamente.

Nada se opone a que los niños que viven en un ambiente tuberculoso o en un medio familiar de higiene deficiente, se les aplique la vacunación por medio del B. C. G., sin dejar de aconsejar las medidas higiénicas convenientes de profilaxis antituberculosa por cuanto con nuestros medios actuales de investigación, no es posible asegurar si el niño vacunado obtiene inmunidad, y en todos los casos, ni el tiempo que ha de durar el grado de inmunidad que pueda haber adquirido.

Los trabajos de los Dres. Bauzá, Moreau, Brignolle y Claveaux se publicarán *in extenso* en la revista de la Sociedad.

Discusión: *Dr. Llosa.* — Ha administrado el B. C. G. en 85 recién nacidos; el virus procedía de la Dirección General de Higiene de la provincia de Buenos Aires y realizados en la Maternidad de Bahía Blanca. En ninguno de los niños se ha observado alteraciones inmediatas, ni reacciones desagradables de ninguna especie. En 18 niños de los calmetizados tuvo oportunidad de hacer reacciones tuberculínicas que fueron siempre negativas. Cree por esta razón que el B. C. G. administrado por esta vía a los lactantes se absorbe en forma insuficiente ya que no produce alergia tuberculínica. Cree por último que la separación que hace el profesor Calmette y que relatan los comunicantes entre inmunidad y alergia, es artificiosa, e insuficientemente demostrada.

Dr. Lignières. — Cree que el B. C. G. es una gran obra, pues por primera vez se ha avanzado en el camino de la inmunidad para la bacilosis. Es difícil poder llegar a conclusiones todavía porque las experiencias son insuficientes y contradictorias. En el ternero el B. C. G. no ha producido accidente alguno. En el cobayo no hace lesiones tuberculosas progresivas, pero si se inócula a grandes dosis, algunos mueren en caquexia producida por el B. C. G. No es suficiente en las autopsias no encontrar lesiones tuberculosas para poder demostrar la inocuidad del B. C. G., pues en ciertos animales produce verdaderas lesiones tuberculosas, además el hombre y el mono son mucho más sensibles que los otros animales inferiores de experiencia. Termina afirmando que se debe vacunar los niños en los medios contaminados y no en aquellos ya tuberculosos.

Dr. Hormaeche. — Cree que por boca o no se absorbe, o lo hace insuficientemente; subcutáneamente da mayor porcentaje de positivas las reacciones. Inoculado el B. C. G. se observa en los ganglios en muy contados casos. Además el cobayo por boca a veces no se contamina ni aún ingiriendo los bacilos de Koch más virulentos. Los bacilos de Koch muertos, pueden traer la muerte del cobayo por caquexia con lesiones tuberculosas, luego actúa por sus toxinas; cosa semejante sucede con el B. C. G. inoculado a grandes dosis. Se reproduce el B. C. G. inyectado por cualquier vía. Se ha hecho en córnea de conejo 10 pases sucesivos produciendo iguales lesiones.

Dr. Claveaux. — Efectivamente la muerte del cobayo es igual si se inyecta B. C. G. a grandes dosis, o bacilos Koch muertos. Con distintas inoculaciones no ha encontrado el B. C. G. a distancia, sino *in situ*.

Dr. Bauzá. — Afirma que la virulencia y acción patógena del B. C. G. ha sido suficientemente demostrada. Krauss provoca tuberculosis curables inoculando B. C. G. No produce lesiones tuberculosas evolutivas. Cree que es necesario haber pasado una infección tuberculosa para estar inmunizado, por consiguiente cree que es un gran adelanto usar el B. C. G. aún cuando corran cierto riesgo, por consiguiente aconseja que el recién nacido necesita el B. C. G. No hay motivo para oponerse a ello.

Dr. Hormaeche. — Cree necesario vacunar en medios tuberculosos y no en raras, pues no se sabe si inmuniza y además no se sabe si hace daño. Propone que la Sociedad de Pediatría incite al estudio del B. C. G.

Pleuresías purulentas de la primera infancia.

Dres M. Acuña y M. T. Vallino. — Presentan los autores un documentado trabajo sobre el tema. No es muy frecuente. Sólo se han podido reunir 20 observaciones, generalmente complicación de la neumonía y bronconeumonía. El neumococo ha sido el germen más encontrado, luego el estreptococo, el estafilococo y por último, otras asociaciones microbianas. El diagnóstico se ha efectuado por el examen clínico, rayos X y la punción pleural. El pronóstico es grave, las estadísticas dan hasta el 80 % de mortalidad en el primer año de vida. Para la evacuación del pus, se han seguido procedimientos quirúrgicos y médicos. De los 20 casos presentados curaron 13 y fallecieron 7,35 % de mortalidad. Punciones simples y vacunoterapia, mortalidad, 66 %; punciones evacuadoras o inyecciones modificadoras (azul de metileno optoquina) tratadas, 3; curadas, 3. Punciones, inyecciones intrapleurales, suero, optoquina, resección costal, tratados, 5; curados, 5. Pleurotomía con resección costal inmediata sin preparación previa, 9 casos; curados, 4; fallecidos, 5. Pleurotomía con resección costal precoz e inmediata, da un alto porcentaje de mortalidad, superior a los procedimientos médicos. La punción evacuadora con inyecciones intrapleurales de optoquina, dan resultados más satisfactorios; y la pleurotomía con resección costal, previa preparación del sujeto con inyecciones intrapleurales de sustancias modificadoras es muy superior en sus resultados a la operación precoz del empiema. Luego la pleurotomía diferida, previa preparación del sujeto han dado los mejores resultados.

Dr. Llosa.—Manifiesta su concordancia absoluta con los comunicantes. Acepta como el mejor criterio terapéutico, la iniciación del tratamiento por procedimientos médicos. Pleurotomía en caso de ser necesaria, siempre será más eficaz cuando se hace diferida y después se mejora el estado general. Su observación le muestra un 100 % de mortalidad en los operados en el primer año de vida.

Dr. Elizalde.—Afirma que es difícil catalogar los casos pues son muy distintos, según la edad, el momento de la aparición, virulencia del germen, etcétera. Recomienda no precipitar en el tratamiento quirúrgico, en cuanto a las inyecciones modificadoras cree que actúan poco; es necesario aumentar la resistencia del organismo antes de la intervención.

Dr. Bazán.—Preconiza el tratamiento quirúrgico, pero cree que debe ser diferido hasta que la colección se haga y el pulmón descanse.

Dr. Lugones.—Cree que de las cosas expuestas no se pueden sacar conclusiones definitivas. Afirmo que el único tratamiento es el quirúrgico. Y si la mortalidad es grande, lo es por muchas causas. Mayor cuanto más pequeño es el niño. Actualmente no existe para estos enfermos shock operatorio. La vacunación no ha dado ningún resultado en ningún proceso francamente supurado. Mejor intervenir lo más precozmente posible, pues no se sabe hasta cuándo se puede esperar y cuándo el pulmón se restablece. La causa es siempre por gérmenes asociados. Lo que tiene suma importancia es la resistencia

del enfermo, en el momento de la intervención. Tienen también suma importancia los cuidados postoperatorios. Pequeñas incisiones, drenajes adecuados y suficientes; efectuar frecuentes aspiraciones del pus e imponer precozmente la gimnasia respiratoria. Si la mortalidad es grande, no se debe al tratamiento quirúrgico, sino a las malas condiciones con que estos enfermos van a la mesa de operaciones.

Dr. Morquio.—Cada caso tiene su individualidad propia generalmente; una vez diagnosticada, aconseja esperar para levantar el estado general. Pero si la situación es mala, recomienda la pleurotomía rápida. Al esperar, se obtiene mayor virulencia de los gérmenes. No cree en las grandes operaciones, sino que la simple pleurotomía.

Dr. Acuña.—Se felicita por haber despertado interés su comunicación y concordar su trabajo con la experiencia de otros médicos. No se debe ser sistemáticos, sino oportunistas. Este trabajo se publicará íntegro en la revista de la Sociedad.
