
ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)

**Contribución al estudio de las clorosis y cloro-anemias
del lactante (1)**

por el

Dr. Jaime Damianovich

Trabajo de adscripción a la cátedra

Este estudio comprende dos partes: 1º. Casos Clínicos. 2º. Las clorosis y anemias en general y su relación con los casos estudiados. Deduciones y comentarios fisiológicos y clínicos:

1º. Se trata de los niños de S., trillizos, de 22 meses de edad, nacidos a término, de parto normal, cuyos antecedentes hereditarios sólo dan por parte del padre, una afección asmática que lo aqueja desde hace años con negatividad respecto a lúes y bacilosis. Es un hombre de físico pobre y de hábito asténico. La madre es sana.

Los antecedentes personales y datos complementarios, tengo que analizarlos separadamente, porque son diferentes.

OBSERVACIÓN I.

Luis M^a. S., operado de mastoiditis a los 9 meses. Dentó a los 12, caminó a los 19 meses.

Alimentación seguida: Pecho materno y *de ama*, 11 meses, iniciándose progresivamente el destete hasta hacerse completo al año y medio. Desde esa edad siguió con *alimentación de leche* en biberones de 200 grs. 50 de agua, más 1 cucharadita de Germinase, condiciones bajo las cuales lo tomó en asistencia.

Enfermedad actual: Me consultan porque lo notan débil y no adelanta.

Estado actual (junio 7|1929): Peso 11 k. 100. Ta. rectal 37°. Fon-

(1) Debo al Dr. Luis de Marval su valiosa colaboración de hematólogo, En los informes que acompañan este trabajo.

tanela anterior 1 x 1. Circunfer. craneana 0.50. Dentición: faltan segundos molares.

El aspecto exterior dice poco sobre su constitución interna y sobre su estado hematológico.

Organos internos: Hígado. Borde superior quinto espacio, inferior rebasa tres dedos, es blando de consistencia. Bazo. No se percute ni se palpa aumentado de volumen.

Exámenes de Laboratorio: Fórmula sanguínea: ver más adelante. Reacción de B. Wassermann en L. C. R.: negativa. Mat. fecales: no se observan parásitos ni huevos. Orina: normal.

OBSERVACIÓN II.

María B. S., No se mencionan enfermedades importantes pasadas. Dentó a los 12 meses.

Alimentación seguida: Leche de ama 1 1/2 años, época en que fué reemplazada por leche de vaca con Germinase, alimento con el que sigue en la actualidad.

Enfermedad actual: Como los hermanos.

Estado actual: Peso 7.700. Ta. rectal: 37³. Fontanela anterior 1 1/1 x 2. Dentición: saliendo caninos. Frente olímpica, torax en quilla; adenopatía cervical e inguinal. Amígdalas encastilladas que ocupan toda la celda. No camina y apenas se sostiene de pie. Intensa palidez de piel y mucosas.

Organos internos: *Higado.* B. superior 5.^o espacio, el inferior desborda tres dedos y es duro. *Bazo.* Se palpa también, de consistencia dura a tres dedos del reborde.

Laboratorio: Igual que los hermanos.

OBSERVACIÓN III.

Angela M. S.—*Antecedentes personales:* Sin importancia.

Alimentación seguida: Pecho materno pocos meses, después ama hasta el año y medio y leche con harinas en igual forma que la hermana hasta el día de la consulta.

Enf. actual: Igual que los hermanos.

Estado actual: Peso 9 k. Ta. rectal 37³. Fontanela anterior 3 x 3. Circunfer. craneana 0.50. Dentición, saliendo caninos y primeros molares. Intensa palidez de piel y mucosas. Hipertrofia ganglionar de cuello e ingles. Frente olímpica, tórax en quilla. Empieza a caminar.

Organos internos: Hepato y esplenomegalia franca, de consistencia dura.

Fórmula hematológica. — Informe del Dr. Luis de Marval

	Gl. R.	Gl. Bl.	Hg.	Valor Glob.	Relac. Glob.
Luis Ma	6.200.000	8.000	38 %	0.30	1 × 775
M. Elena	5.600.000	12.000	29 »	0.25	1 × 446
Angela M.	5.500.000	8.000	31 »	0.28	1 × 687

Fórmula leucocitaria.—Luis Ma.

	Valor absol. m.ª	Valor relat. %												
Basófilos	0.00	0.00												
Eosinófilos	208.00	2.60												
Neutrófilos ..	<table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td>Mielocitos</td> <td>0.30</td> <td rowspan="4" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="4" style="vertical-align: middle;">3.600.00</td> <td rowspan="4" style="vertical-align: middle;">45.00</td> </tr> <tr> <td>Metamielocitos</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Lobulados</td> <td>4.70</td> </tr> <tr> <td>Segmentados</td> <td>40.00</td> </tr> </table>	{	Mielocitos	0.30	}	3.600.00	45.00	Metamielocitos	0.00	Lobulados	4.70	Segmentados	40.00	
{	Mielocitos	0.30	}	3.600.00				45.00						
Metamielocitos	0.00													
Lobulados	4.70													
Segmentados	40.00													
Linfocitos ...	<table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td>Grandes</td> <td>13.20</td> <td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">3.632.00</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">45.40</td> </tr> <tr> <td>Medianos</td> <td>27.20</td> </tr> <tr> <td>Pequeños</td> <td>5.00</td> </tr> </table>	{	Grandes	13.20	}	3.632.00	45.40	Medianos	27.20	Pequeños	5.00			
{	Grandes	13.20	}	3.632.00				45.40						
Medianos	27.20													
Pequeños	5.00													
Monocitos ..	<table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td>Mononucleares y formas de transición</td> <td></td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">560.00</td> <td style="vertical-align: middle;">7.00</td> </tr> </table>	{	Mononucleares y formas de transición		}	560.00	7.00							
{	Mononucleares y formas de transición		}	560.00	7.00									
Celulas atípicas	0.00	0.00												
	3.000	100.00												

SERIE ROJA.—Luis Ma.

La observación microscópica de la sangre, en preparado natural, revela que los glóbulos rojos, se *presentan extremadamente pálidos* por *escasa* impregnación hemoglobínica, leves modificaciones de forma y de volumen de los hematíes, aniso y poquilocitosis. No existe tendencia a la disposición en pilas de monedas.

La coloración supravital de la sangre por el "Brillant-Kresilblau" revela un número de 6 x 100 de hematíes cargados de sustancia retículo-filamentosa, expresión de una viva eritropoyesis.

Los preparados de sangre, en "gota gruesa", acusan una franca policromasia, — retículos basófilos de los hematíes jóvenes — cuya significación hematológica, es semejante al de la sustancia retículo-filamentosa, sirviendo de contraprueba.

La sangre, en frotis coloreados — panóptico de Pappenheim — revela los hematíes *escasamente* teñidos por la eosina, existiendo muchos que sólo toman el colorante en la parte periférica, en forma de anillo. Aniso y poiquilocitosis muy leves. No se observan formas nucleadas. Numerosas hematíes policromatófilos. *Trombocitos*. Número aparentemente normal; caracteres morfológicos y tintoriales normales.

Síntesis del examen morfológico: Hiperglobulia leve. Anemia oligocromémica hiper-regenerativa con siglos leves degenerativos.

El cuadro leucocitario dentro de valores aceptados como normales para la edad del paciente (1).

(1) Con pequeñas diferencias, más notables en los casos siguientes.

Fórmula leucocitaria.—María E.

	Valor absol. m. ³	Valor relat. %
Basófilos	0.00	0.00
Eosinófilos	120.00	1.00
Neutrófilos ..	5.712.00	47.60
{ Mielocitos	0.40	
{ Metamielocitos	0.50	
{ Lobulados	7.20	
{ Segmentados	40.00	
Linfocitos ...	5.400.00	45.00
{ Grandes		
{ Pequeños		
{ Medianos		
Monocitos ..	720.00	6.00
{ Mononucleares y		
{ formas de transición		
Células de Turck	60.00	0.50
	12.000	100.00

El valor elevativo de la precedente fórmula leucocitaria es el promedio de 600 células clasificadas.

SERIE ROJA

La observación microscópica de la sangre en preparado natural, revela sólo ligeras alteraciones de forma y tamaño de los hematíes. Los glóbulos dan la impresión de estar escasamente teñidos de hemoglobina.

No existe tendencia a la disposición en pilas de monedas. Retículo fibrinoso escaso.

La coloración supravital de la sangre con el "Brillant-Kresilblau", etc., etc., (ver informe anterior).

Los preparados de "gota gruesa", etc., etc., (ver informe anterior).

La observación microscópica de los frotis coloreados — panóptico de Pappenheim — revela la presencia de escaso número de eritrocitos ovalados y en forma de pesarios, raquetas, etc., (poiquilocitosis) existiendo además glóbulos pequeños (microcitos). No se observan formas nucleadas. Numerosos glóbulos polieromatófilos. Hematíes teñidos muy pálidamente.

Trombocitos: Número aparentemente normal. Caracteres morfológicos y tintoriales normales.

Síntesis del examen morfológico: Anemia oligocromémica hiper-regenerativa con signos leves degenerativos. La serie blanca, cuali y cuantitativamente, dentro de valores normales para la edad de la enfermita.

Fórmula leucocitaria.—Angela Ma.

	Valor absol. m. ³		Valor relat. %									
Basófilos	24		0.30									
Eosinófilos	16		0.20									
Neutrófilos ..	<table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="4" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td>Mielócitos</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Metamielocitosi</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>Lobulados</td> <td>5.00</td> </tr> <tr> <td>Segmentados</td> <td>49.00</td> </tr> </table>	{	Mielócitos	0.00	Metamielocitosi	0.00	Lobulados	5.00	Segmentados	49.00	43.20	34.00
{	Mielócitos		0.00									
	Metamielocitosi		0.00									
	Lobulados		5.00									
	Segmentados	49.00										
Linfocitos ...	<table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td>Grandes</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Medianos</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>Pequeños</td> <td>4.50</td> </tr> </table>	{	Grandes	12	Medianos	23	Pequeños	4.50	31.60	39.50		
{	Grandes		12									
	Medianos		23									
	Pequeños	4.50										
Monocitos ..	<table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td>Mononucleares y</td> <td rowspan="2" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> </tr> <tr> <td>formas de transición</td> </tr> </table>	{	Mononucleares y	}	formas de transición	480	6.00					
{	Mononucleares y		}									
	formas de transición											
Formas celulares atípicas		0.00	0.00									
		8.000.00	100.00									

El valor relativo de la precedente fórmula leucocitaria es la resultante del promedio de 500 células clasificadas.

SERIE ROJA

La observación microscópica de los Gl. R. en preparado natural sólo revela leves alteraciones de forma y volumen de los hematíes. Llama la atención la escasa impregnación hemoglobínica de los hematíes. Poca tendencia a la disposición en pilas de monedas. Retículo fibrinoso escaso.

La coloración supravital de la sangre, por el "Brillant-Kresilblau" acusó un 5 % de hematíes provistos de sustancia retículo-filamentosa, expresión de una activa eritropoyesis.

La coloración de la sangre en gota gruesa, revela una acentuada policromasia, etc., etc., (ver informes anteriores).

La sangre en frotis coloreadas — ponóptico de Pappenheim — revela una anisocitosis y poiquilocitosis leves de los hematíes. Los Gl. R. se tiñen pálidamente, existiendo muchos de ellos que sólo toman el colorante en la parte periférica en forma de anillo. Presencia del normoblastos en la proporción de 1 por cada 100 leucocitos clasificados. Numerosos hematíes polieromatófilos.

Trombocitos: En número aparentemente normal. Caracteres morfológicos y tintoriales normales.

Síntesis del examen morfológico: Anemia oligocromémica hiperregenerativa con signos leves degenerativos.

El cuadro leucocitario se halla cuali y cuantitativamente dentro de valores normales por la edad de la niña.

*Vista de conjunto y resumen de las tres fórmulas leucocitarias
y hematológicas*

Serie Roja. — Los tres niños presentan cifras elevadas en el número de Gl. R. Hemoglobina disminuída en altas proporciones. Valor globular menor que la unidad. Escasa impregnación hemoglobínica de los hematíes. Sustancia retículo-filamentosa en proporción de un 5 a 6 % de los hematíes, así como una acentuada policromasia. Aniso y poiquilocitosis leves. Hematíes policromatófilos. Hematíes escasamente teñidos por la eosina, tomando el colorante sólo en la parte periférica, en forma de anillo. Poca tendencia a la disposición en pilas de monedas.

Serie Blanca. — Aunque cualitativamente normal, cuantitativamente ofrece variaciones más o menos próximas a los valores normales para la edad.

OBSERVACIÓN IV.

L. V., 1 mes 15 días. Peso: 2.850. Talla: 49.1. Ta. rectal: 36⁴.

Antecedentes hereditarios y familiares: Padres sanos sin manifestaciones de lúes en actividad. Viven 5 hermanos sanos.

Antecedentes personales: La madre no puede asegurar que sea a término; alimentación materna sin orden.

Enfermedad actual: Habría enfermado ocho días atrás manifestando *cimimiento, palidez y regurgitaciones* que llevaron a la madre a consultar al médico, sin que obtuviera mejoría. El día del examen ha empeorado.

Estado actual: Niño en mal estado de nutrición panículo escaso, turgor flojo. Piel y mucosas intensamente decoloradas. En el cuero cabelludo y en algunas zonas de frotamiento, existen placas de eczema seborreico y exudativo. No se palpan ganglios. Ombligo sano. No hay hemorragias. *Bazo:* se palpa en las inspiraciones profundas.

Laboratorio: Orina, normal: Wassermann negativa. Materias fecales, no hay parásitos ni huevos. Cati-reacción a la tuberculina: negativa a las 24 y 48 horas.

Cuadro hematológico: Glóbulos rojos, 1.100.00; glóbulos blancos, 70 000; hemoglobina, 35; relación globular, 1 por 15; valor globular, 0.90; neutrófilos, 55; mononucleares, 5; linfocitos, 40.

Aniso y poiquilocitosis-anisocromía microcitos y macrocitos.

Evolución: Tres días después, con alimentación materna y complementaria de ama, hasta cubrir *lacrias*, se obtuvo: glóbulos rojos, 1.280.000, blancos 40.000, hemoglobina 60.

Diez y siete días más tarde, coincidiendo con un aumento de peso

igual a 290 grs la fórmula era: glóbulos rojos, 3.280.000; glóbulos blancos, 23.200; hemoglobina, 75; relación globular, 1 por 141; valor globular, 1.14; neutrófilos, 28; linfocitos, 70; transición, 2.

Ligera anisocitosis, no hay poiquilocitosis; algunos normoblastos.

OBSERVACIÓN V.

M. V. L., 2 años. Peso: 10.100. Temperatura rectal: 36³.

Antecedentes hereditarios y familiares: La madre tuvo un embarazo con feto que murió a los 6 meses y medio dentro de la cavidad uterina.

Antecedentes personales: A término, peso al nacer 3.150. Pecho materno sólo 8 días, después leche de vaca durante un mes, que no toleró, pasando a leche de ama y madre complementaria, hasta los 14 meses.

A los 6 meses tuvo descomposición, a los 8 bronquitis que se repite con frecuencia y en ocasión de cualquier resfrío. Pielitis al año. Dentó a los 12 meses, caminó a los 14. Peso al año: 9 kilos

Enfermedad actual: Es puesta en la consulta *por gran inapetencia*, palidez y porque adelanta poco.

Estado actual: Palidez de piel y mucosas. Nutrición regular, turgor flojo. Adenopatía cervical de mediana intensidad.

Laboratorio (Dr. Pérez Wright): Orina: normal. Materias fecales: no hay parásitos ni huevos.

Cuadro hematológico: Glóbulos rojos, 3.920.000; glóbulos blancos, 12.000; hemoglobina, 64; neutrófilos, 60; linfocitos, 46; mononucleares, 1.

Hipocromía central

Evolución: A los dos meses de tratamiento se obtiene: Glóbulos rojos, 4.160.000; glóbulos blancos, 8.500; hemoglobina, 78; neutrófilos, 58; linfo, 38; mononucleares, 3. Glóbulos rojos normales.

OBSERVACIÓN VI.

J. A. R., 3 meses 16 días. Ta. rectal: 37⁴. Peso: 5.400

Antecedentes hereditarios y familiares: Sin importancia.

Antecedentes personales: A término, parto normal. Alimenta a pecho materno cada 2-3 horas y un frasco de 3 cucharadas de leche de vaca, más 3 cucharadas de agua.

Enfermedad actual: Concurre la madre para vigilarlo en el peso y saber la alimentación que debe darle.

Estado actual: Buen estado de nutrición. Notable palidez amarillenta de piel y mucosas que obliga a pedir con urgencia un recuento globular que da el siguiente:

Cuadro hematológico: Glóbulo rojos, 2.960.000; glóbulos blancos, 24.600; hemoglobina, 40; valor globular, 0.60. Aniso y poiquilocitosis. Orina: normal; materias fecales: negativo.

La falta de elementos de laboratorio, no permite hacer el xamen más completo ni las otras investigaciones que corresponden.

OBSERVACIÓN VII.

A. F., 5 meses 5 días. Peso: 6 930. Talla: 0.61. Ta. rectal: 36°.

Antecedentes hereditarios y familiares: El padre tuvo vómitos de sangre, ignorándose la causa. La madre ha tenido 4 embarazos a término.

Antecedentes personales: A término, parto normal. Alimentación a pecho materno cada 2-3 horas. Ha sufrido de catarrros al pecho: bronquitis gruesa y de conjuntivitis purulenta.

Enfermedad actual: Es puesto en la consulta, porque tiene tos.

Estado actual: Buena nutrición. Intensa palidez de piel y mucosas. Se palpa un bazo duro que sobrepasa 3 dedos el reborde costal.

Cuadro hematológico: Glóbulos rojos, 3.850.000; glóbulos blancos, 8.100; hemoglobina, 65; valor glob., 0.80; linf., 18; monon., 7; neutrof., 62; eosinof., 1; basof., 1; metamielocitos neutrof., 1. Anisocitosis. Poiquilocitosis. Anisocromía.

Las clorosis y anemias en general y su relación con los casos estudiados

Deducciones y comentarios fisiológicos y clínicos

Según la opinión de varios autores y la observación propia, podría sacarse una fórmula sanguínea del lactante normal, dada por las cifras:

Hemoglobina, 80 a 90; glóbulos rojos, 4 a 5 millones; glóbulos blancos, 12 a 13 mil; linfocitos, 45 a 50; mononucleares, 10 a 12; neutrófilos, 30 a 35; eosinófilos, 3 a 5.

Los linfocitos predominan hasta los 5 años, más o menos, edad en que se produce un ligero equilibrio, para después predominar los polinucleares.

Antes de discutir y considerar los casos que anteceden, diferentes entre sí, hagamos una recorrida en la opinión de pediatras y hematólogos, que se han ocupado del tema. Tendremos así, una orientación y un punto de mira para colocarlos dentro de una clasificación y buscarles una o varias etiologías.

Veamos ahora algunas clasificaciones:

La de los Profesores Acuña y Casaubon

Anemias del lactante	}	Simples	{ Ferripriva u oligosiderémicas Forma común
		Graves	{ a) Grave común b) Pseudoleucémicas
		Perniciosas ...	{ Hipoplásticas Aplásticas

La de Ribadeau-Dumas

- { Simple. De observación corriente.
- { Graves del tipo pernicioso. Excepcionales.
- { Esplénicas. Poco frecuentes.

La de Paúl Bertoye

Anemias alimenticias y anemias por carencia.

1º. Anemias bajo la dependencia de una alimentación insuficiente en cantidad:

- a) Inanición absoluta.
- b) Inanición relativa.

2º. Anemias producidas por la ausencia de una de las variedades de alimentos.

1º. Ausencia de los factores esenciales de la nutrición. Albúminas. Hidratos. de C. Grasas.

2º. Ausencia de los factores llamados accesorios del equilibrio y del crecimiento. Anemias por carencia.

3º. Anemia alimenticia de los lactantes.

Dentro de los siete casos presentados, podemos, pues, establecer dos grupos, según su forma hematológica.

1º. Anemias oligocromémicas o cloróticas, con hemoglobina disminuía en altas proporciones y número de glóbulos rojos normal o aumentado.

2º. Anemias simples con disminución de la hemoglobina y del número de glóbulos rojos.

Primer grupo: Corresponde a los tres primeros casos, cuyo

resumen hematológico, puede leerse en sus historias clínicas. Analizaré aquí el cuadro clínico, dejando de él, la etiología, para el final, porque es la parte más intrincada y sujeta a discusión. Incluyo también el de las anemias alimenticias, porque a menudo ofrecen el mismo aspecto.

Cuadro general de las clorosis y de las anemias alimenticias

Aunque lo más frecuente es que se observen de 1 a 3 años — salvo en los prematuros y mellizos — pueden presentarse poco después del nacimiento. Son niños que si a veces llevan su diagnóstico en el tinte pálido y en la delgadez — consecuencia de la anorexia y del estado saburral de las vías digestivas — otras lo esconden con un “embompoint” engañoso. Pero hay dos detalles que deben llamar la atención del médico hacia una perturbación sanguínea: la anorexia y las modificaciones del carácter: Cuando un lactante presente un tinte de piel y mucosas, difícil de interpretar — los niños lloran con la simple presencia del médico y el aflujo de sangre, en el esfuerzo, invalida el examen, — esos dos datos, deben hacernos buscar una alteración sanguínea. Las perturbaciones del carácter — tristeza, inquietud, llanto al parecer inmotivado, — son, es cierto, comunes a muchísimas enfermedades, pero las he visto — y están descriptas — unidas al otro síntoma, particularmente, en las anemias del lactante. Por otra parte, sabemos también, que a la inversa, hay algunas infecciones agudas y subagudas, que no alteran el psiquismo y la alimentación se hace en forma normal, pielitis por ejemplo.

Por el lado del aparato digestivo, se observa, junto a la anorexia, ligeras regurgitaciones, a veces vómitos y constipación que en ocasiones, mejora con la desaparición de la palidez. (Bertoye).

La hepato y esplenomegalia, que en cinco de mis observaciones, se hallaba presente, sobre todo la segunda, no tienen un valor sintomático, sino más bien etiológico, porque puede tratarse de niños con perturbaciones digestivas o raquílicas o ser heredolúeticos. Además, si la hepatomegalia, no reúne condiciones especiales de consistencia, es un hecho fisiológico, que le resta importancia.

Y llegamos al cuadro hemático.

Si para Kleinschmidt, el cuadro de la clorosis es negado como Semiología especial, en sus caracteres hematológicos, considerándola como forma leve del tipo común (Acuña y Casaubon) de anemia por alimentación láctea prolongada, que puede revestir formas

hematológicas variadas, para Czerny la anemia alimenticia sería una anemia simple que Hallé separa de la clorosis, considerando a ésta como un primer paso hacia aquélla (hacia la alimenticia).

Hutinel dice que en la clorosis, los hematíes están siempre disminuídos y en la mayor parte de los casos se encuentran menos de tres millones, más raramente de 3 a 4, muy excepcionalmente por debajo de 1. Pfaundler hace el distingo entre el número total de glóbulos rojos y su número por m^3 diciendo que la primera cifra es la aumentada, junto con la cantidad total de la sangre, mientras que la segunda, es normal. Ya veremos lo que se refiere a lo que él denomina, plétora clorótica.

Conviene por didáctica, ya que no se puede hacer una cuestión de fondo, dejar establecido, que en la clorosis el carácter saliente, es la disminución de la hemoglobina y a veces en la anemia alimenticia, también el número de glóbulos rojos, pudiendo, en la primera, haber un aumento de los glóbulos rojos. (Ver casos de más arriba).

Sería pues una anemia hipocrómica, oligocromémica, con descenso de la hemoglobina — 29 % en una de las observaciones y calculada en gramos, bajaría de 14 % — cifra normal — a 10, 8 y aún a 3 (Pitaluga), disponiéndose en la periferia del glóbulo en forma de anillo: eritrocitos pesarios.

El valor globular siempre por debajo de la unidad, revelando que cada glóbulo contiene menos hemoglobina que al estado normal.

Policromasia, a veces muy acentuada, — retículos basífilos de los hematíes jóvenes — cuya significación hematológica es semejante al de la sustancia reticulofilamentosa, sirviendo de contraprueba (ver informes del Dr. Marval). Hematíes cargados de sustancia reticulofilamentosa (hematopoyesis activa). Aniso y Poiquilocitosis. Plaquetas disminuídas (Pfaundler) aumentadas constantemente, hasta 700.000 (Hayem), normales en nuestras observaciones.

Glóbulos blancos normales.

En líneas anteriores me referí a lo que Pfaundler llama plétora clorótica. Según él, la cantidad total de la sangre y por lo tanto el número de hematíes, estarían aumentados y este aumento puede llegar al 10×100 del peso del cuerpo, en vez del 5×100 , porporción próximamente normal.

“La producción de hemoglobina no parece estar en condiciones de aumentar de un modo proporcional a este aumento de la masa sanguínea. Todavía está en tela de juicio la causa de esta plétora

“y no sabemos si constituye una persistencia patológica de la considerable cantidad de sangre y hematíes — 68×100 del peso del cuerpo — propio de la época anterior a la pubertad — persistencia de las condiciones infantiles, astenia juvenil con infantilismo, — o si depende de la tendencia a la retención de agua que se observa en las cloróticas o si se la deba considerar como una tentativa de compensación de la disminución que ofrece la capacidad de la sangre para el oxígeno”. Para Pitaluga no habría una verdadera hidremia, sino una poikiloplasmia, no existiendo una dilución de la sangre por aumento del agua del suero, sino en cambio un aumento del suero por reducción de la masa globular.

Como consecuencia de la disminución de la hemoglobina, la densidad de la sangre está disminuída, 1038-1024, ella es más fluida y el suero que se separa, presenta un color claro acuoso, mientras que en las anemias hemolíticas, especialmente en la anemia perniciosa, es de un color oscuro (Rosenow). Maragliano y Castellino encuentran en el suero, poder hemolítico.

Etiología y patogenia. — Se da como el hecho de mayor frecuencia, que las clorosis del lactante, deban su causa a un factor alimenticio — alimentación láctea prolongada — y a la sífilis hereditaria.

En los casos observados en nuestro medio y publicados, son las dos causas más comunes.

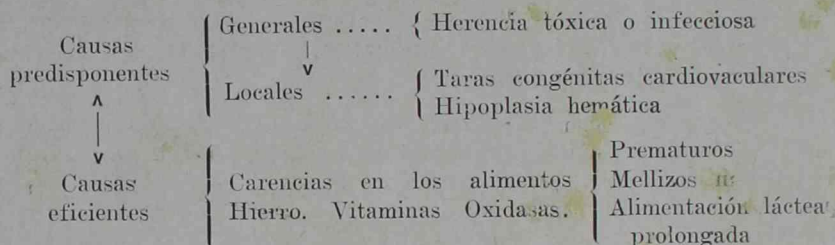
La anemia clorótica sería, pues, en ciertos casos, una anemia alimenticia, por insuficiencia de oxidasas, vitaminas c hierro — ferripriva, pseudoclorótica de los franceses, oligosideramia de Pfaundler — o estaría bajo la dependencia de una alimentación insuficiente en cantidad (inanición absoluta o relativa) (Bertoye), como en uno de los casos estudiados. Pero con razón se pregunta el Profesor Acuña: ¿por qué de dos niños alimentados a leche exclusivamente, uno presenta anemia y el otro no? Intervendría aquí el factor reserva de hierro, hecha en la vida intrauterina y tendríamos la anemia de los prematuros y gemelos que han nacido sin una provisión suficiente de hierro, por no haber tenido tiempo de recibirla o por tener que compartirla con el gemelo (Pfaundler). Son oportunas las palabras del Profesor Schweizer. “Porque sería en los tres últimos meses de la vida intrauterina, en la época en que se almacena la mayor parte del depósito de hierro, que luego se utilizaría durante la lactancia, cuando precisamente el alimento, la leche, es muy pobre en hierro. Si esa lactancia se prolonga en exceso, se produce la anemia ferripriva. La hipótesis se presenta

en forma lógica, pero la feroterapia preventiva no ha impedido que se presente la anemia de los prematuros, no se ha demostrado que el hígado del prematuro tenga menos Fe que lo normal y finalmente no todos los prematuros se anemizan. Pero como es indudable que muchos anémicos fueron prematuros, débiles congénitos o mellizos, creemos que esta circunstancia permite pensar que en ellos existiría fragilidad hemática acentuada y también inferioridad en los órganos hematopoyéticos, que en unión de otros factores, llevan finalmente a producir anemias en muchos casos”.

Este valor constitucional, sería la base de la anemia, necesitando una causa desencadenante — alimento, infecciones, — para hacerla ostensible, porque como lo hace notar Morawitz, hay síntomas y trastornos en la clorosis que no dependen de ella. Para Pfaundler, la falta de manifestaciones importantes que indiquen un aumento de la destrucción de glóbulos rojos, aboga a favor de la idea de que los factores que la producen, son una insuficiencia de la eritropoyesis y especialmente un obstáculo a la producción de hemoglobina. Esta opinión está seriamente rebatida por la observación de R. Dumas, quien encuentra que la médula roja de un lactante, aun profundamente anémico, es activa y lo que domina, según su opinión, no es la insuficiencia de la médula ósea, sino un proceso de hemólisis, que para Castellino y Maragliano, estaría en el suero. (Ver más arriba).

Hutinel es más terminante y llega más lejos en la apreciación de las causas hereditarias y constitucionales. La observación en los cloróticos, dice, de distrofías cardio-vasculares, genitales y detención de desenvolvimiento del organismo entero, conducen a buscar la causa primera de la enfermedad, entre las taras congénitas o entre las infecciones graves de los niños. Considera como causas de esas taras congénitas a las infecciones o intoxicaciones de los ascendientes. La sífilis, la tuberculosis (Landouzy Mosny), el alcohol, producen heredodistrofías en distintas partes del organismo, y entre ellas en el aparato cardio-vascular. La herencia tuberculosa sería el factor patogénico primordial, capaz de producir perturbaciones de la función hematopoyética (Ashwell, Nonat, Hayem) trayendo una hipoplasia hemática, es decir, una restricción de la aptitud hematopoyética. Insiste así en la heredo-distrofia tuberculosa, apoyado en las opiniones de Trousseau, Virehow, Gilbert, y sobre todo de Jolly, quien encuentra la tuberculosis, en el 60 por ciento de las familias de los cloróticos.

Podría sintetizarse, el estado actual sobre etiología y patogenia, en este cuadro:



Los tres casos de clorosis que sirven de ilustración práctica a estas páginas, son ricos en síntomas hemáticos y el ilustrado informe del Dr. Marval, da cuenta de que entra cabalmente en la descripción general de las clorosis del lactante. No volveré sobre el punto.

Igualmente la etiología, es rica: son mellizos, raquíticos, con estigmas distróficos de lúes hereditaria y ha tenido alimentación láctea de pecho, hasta el año y medio con agregado de harinas, hasta los 20 meses.

El tratamiento impuesto y su respuesta, voyan tal aseveración: el cambio de régimen (1) y los R. U. V, como primera parte de la cura y para poner al organismo en condiciones de tolerar y beneficiar del tratamiento específico; los arsenicales en inyecciones y el protioduro de Hg, por boca, protoxalato de hierro a la la dosis de 0.20-0.30 por día, modificaron la fórmula sanguínea, dando una apreciable mejoría en un segundo examen y una aproximación a la normal, en un tercero, notándose que la hiperglobulia disminuía paralelamente con el aumento de la hemoglobina. Va de suyo, que el estado general, respondió en igual forma, con las reservas que sus taras indelebles, les marearán para el resto de sus días.

En el segundo grupo de la división hecha, coloco los otros cuatro casos de observación.

Son anemias simples de etiología oscura, con disminución de la hemoglobina y de los hematíes, que analizaré brevemente.

OBSERVACIÓN IV.—Véase historia (2)

Como la anemia intensa urgía y hasta se aclarará su origen, se trató de hacer una transfusión sanguínea, con sangre materna, que fracasó.

(1) Incluido método de Whipple, de acuerdo con la edad.

(2) La anemia pseudo-leucémica, quedó descartada por la falta de hepato y esplenomegalia, características y por su evolución.

Mientras tanto, recurrimos al alimento materno, en *cantidad suficiente*, notándose un hecho significativo: el aumento de peso corrió parejo, con la mejoría de la anemia, hasta obtenerse una fórmula sanguínea, muy cercana a la normal.

Es algo que permanece sin explicación satisfactoria, porque la inanición o la alimentación insuficiente, no está aceptado que produzca en el hombre, u a anemia propiamente dicha, sino una "atrofia de la sangre, que sigue una marcha paralela a la atrofia de la masa general del cuerpo". Pfaundler. Sin embargo, hemos visto que P. Bertoye, hace en su clasificación, una forma de anemia por inanición relativa, en la cual podría ubicarse este caso.

El examen de heredo-lúes u otras infecciones e intoxicaciones, creadoras de distrofias, no pudo ser profundizado, por la clase de clientela hospitalaria, pero el niño no presentaba estigmas clínicos y sólo la posibilidad de tratarse de un prematuro.

OBSERVACIÓN V.

Son poco claros los antecedentes etiológicos hereditarios. En los personales, figura un ama, sobre cuya salud no podríamos pronunciarlos; una descomposición a los 6 meses, bien atendida; una bronquitis a los 8 meses, que se repite con frecuencia; pielitis al año, y a pesar de ello su desarrollo terrior fué normal hasta tener 9 k. al año de edad. Estos factores infecciosos múltiples, pueden perfectamente haber tocado su sistema hematopoyético, traduciéndose en la anemia presentada, y aunque pocas veces se observa un hecho semejante, en la práctica, bien pudiera ser ello por un examen incompleto, en procesos que luego mejoran solos, por cesación de la causa productora.

La mejoría se presentó pronto y a los 2 meses, los Gl. R. subieron a 4.160.000 y la hemoglobina a 78, etc., etc. Aparte del régimen general de vida higiénica, aero y helioterapia, recurrí al hierro, a las sales de Ca. con opoterapia pluriglandular, al iodo y al arsénico.

OBSERVACIÓN VI.

Es un cuadro de anemia intensa (Gl. R. y Hg.) con negatividad de antecedentes hereditarios (?) y que al examen somático, sólo se encuentra la gran palidez de la piel y mucosas y lo que informa el laboratorio.

Se hace tratamiento de hierro, arsenical por inyección, alimenticio, etc., etc., sin que sean muy ostensibles los beneficios obtenidos en la sangre y un poco lentos, en su estado general.

OBSERVACIÓN VII.

Anemia ligera, posiblemente sifilítica por la dureza del bazo que rebasa tres dedos el reborde costal y con una palidez que aparenta mayor pobreza sanguínea — desequilibrio vago — simpático o fenómenos físicos locales. Ha reaccionado el tratamiento y sigue bastante bien.

No transcribo más observaciones por creerlo innecesario.

CONCLUSIONES

La clorosis y la cloro-anemia del lactante presentan un cuadro hematológico y clínico, que permite caracterizarlas y darles individualidad, dentro del vasto capítulo de las anemias.

Sus causas más frecuentes son la heredo-sifilis y la alimentación láctea prolongada, la primera actuando generalmente, como una causa predisponente y la segunda como causa eficiente, aun cuando la lúes hereditaria, sea por sí misma, capaz de producirlas.

Es bastante corriente que la causa se ignore — anemia, enfermedad — o pase englobada entre antecedentes de difícil interpretación o también que las acciones se sumen y la etiología sea múltiple.

Aun cuando la educación del público en la crianza y cuidados del lactante, ha hecho menos frecuente su aparición, no es tan rara como se cree y se la encuentra con cierta facilidad.

En un lactante con anorexia rebelde y trastornos del carácter — llantos frecuentes, tristeza — y en el cual el examen clínico no aportara la causa inmediata, hacer un análisis de sangre y buscar alguna alteración.

La anemia alimenticia simple, descrita por Czerny, o anemia simple de origen alimenticio, de Hallé, sería un estado, — disminución de Gl. y Hb., — en el cual la forma clorótica, constituiría el primer grado (P. Bertoye).

El tratamiento comprenderá dos partes : el alimento (1) y el medicamento, con las variaciones propias de cada caso. El primero, evitará las carencias y estará *de acuerdo con la edad* del lactante, sin forzar su capacidad digestiva; el segundo, recurrirá a la hemoterapia materna, al protóxalato de Fe, a las dosis de 0.10 a 0.40, a las vitaminas, a los rayos ultravioletas, al mercurio — en caso de lúes — y al arsénico, aun en ausencia de antecedentes, si con lo anterior no se obtuviera resultado. El Fe, no produce constipación, sino raramente.

(1) El hígado y los extractos hepáticos, después del año de edad.

BIBLIOGRAFIA

- Acuña M.* — “Soc. Méd. Arg.”, tomo 18, 1910; “Arch. Lat. Am. de Ped.”, tomo IX, 1915, y *Casaubon A.*, “Arch. Lat. Am. de Ped.”, tomo XVII, 1923.
- Casaubon A.* — “Arch. Lat. Am. de Ped.”, tomo XVII, 1923. “Día Médico”, 1.º VII, 1923.
- Garrahan J. P.* — “Trib. Med., febrero 1930.
- Schweizer F.* — “Arch. Lat. Am. de Ped.”, tomo XXIII, 1924; “Sem. Med.”, tomo I, 1925; íd, íd, tomo I, 1927, “Arch. Lat. Am. de Ped.”, 1927.
- Fcer E.* — Trat. de enf. de los niños. M. Pfaundler.
- Bertoye P.* — Anem. alim. y a. por carencia. Tesis, Lyon 1921.
- Hutinel V.* — Enf. de los niños, tomo II.
- Ferrata.* — Hemopatías.
- Pitcuga.* — Enf. de la sangre.
- Ribadeau Dumas.* — “Día Médico”. 20 mayo 1929.
- Rosenow G.* — Enf. de la sangre.

3. 911
1181

3b19

Naevis múltiples asociados a distrofias óseas localizadas

por los doctores

Alfredo Casaubón y Elías Chait

El 2 de noviembre de 1929 examinamos por primera vez un niño de veinte meses de edad, sin ningún antecedente hereditario ni personal de importancia, que nos fuera presentado por las malformaciones de orden congénito que lo afectaban.

Bien desarrollado, tanto desde el punto de vista pondo-estatural (peso: 11,500 ks; talla: 88 cms.) como del psíquico, este enfermito evidenciaba numerosas malformaciones cutáneas y óseas, cuyo carácter congénito se ha hecho ya resaltar.

En efecto, en la región pectoral izquierda presentaba (fig. 1) una tumoración blanduzca, pastosa al tacto, de límites imprecisos hacia adentro, extendida hacia afuera hasta la línea axilar media, sin cambios de coloración de la piel e indolora en absoluto. Tales caracteres encuadraban este tumor entre los linfangiomas.

Por otra parte, numerosos angiomas marcaban la piel de este niño. En una zona comprendida entre el borde externo del omóplato derecho y la línea axilar media; en la región lumbar derecha; en el hombro y en el tercio medio del brazo del mismo lado; en la mano derecha, abarcando como un guante casi todo el dorso y la palma (fig. 2); en todos esos sitios, angiomas planos, de variables dimensiones, destacaban su color rojovinoso.

Y asociadas a tales malformaciones cutáneas, otras, comprendiendo el esqueleto de las manos y sus envolturas, acababan de estigmatizar a este niño.

Obsérvese en las figuras 2 y 3: 1°. el gran tamaño global de la mano izquierda por hipertrofia ósea y de los tejidos blandos; la macrodactilia, especialmente acentuada en el 2° y 3° y 4° y 5° y 6° y 7° y 8° y 9° y 10° y 11° y 12° y 13° y 14° y 15° y 16° y 17° y 18° y 19° y 20° y 21° y 22° y 23° y 24° y 25° y 26° y 27° y 28° y 29° y 30° y 31° y 32° y 33° y 34° y 35° y 36° y 37° y 38° y 39° y 40° y 41° y 42° y 43° y 44° y 45° y 46° y 47° y 48° y 49° y 50° y 51° y 52° y 53° y 54° y 55° y 56° y 57° y 58° y 59° y 60° y 61° y 62° y 63° y 64° y 65° y 66° y 67° y 68° y 69° y 70° y 71° y 72° y 73° y 74° y 75° y 76° y 77° y 78° y 79° y 80° y 81° y 82° y 83° y 84° y 85° y 86° y 87° y 88° y 89° y 90° y 91° y 92° y 93° y 94° y 95° y 96° y 97° y 98° y 99° y 100° y 101° y 102° y 103° y 104° y 105° y 106° y 107° y 108° y 109° y 110° y 111° y 112° y 113° y 114° y 115° y 116° y 117° y 118° y 119° y 120° y 121° y 122° y 123° y 124° y 125° y 126° y 127° y 128° y 129° y 130° y 131° y 132° y 133° y 134° y 135° y 136° y 137° y 138° y 139° y 140° y 141° y 142° y 143° y 144° y 145° y 146° y 147° y 148° y 149° y 150° y 151° y 152° y 153° y 154° y 155° y 156° y 157° y 158° y 159° y 160° y 161° y 162° y 163° y 164° y 165° y 166° y 167° y 168° y 169° y 170° y 171° y 172° y 173° y 174° y 175° y 176° y 177° y 178° y 179° y 180° y 181° y 182° y 183° y 184° y 185° y 186° y 187° y 188° y 189° y 190° y 191° y 192° y 193° y 194° y 195° y 196° y 197° y 198° y 199° y 200° y 201° y 202° y 203° y 204° y 205° y 206° y 207° y 208° y 209° y 210° y 211° y 212° y 213° y 214° y 215° y 216° y 217° y 218° y 219° y 220° y 221° y 222° y 223° y 224° y 225° y 226° y 227° y 228° y 229° y 230° y 231° y 232° y 233° y 234° y 235° y 236° y 237° y 238° y 239° y 240° y 241° y 242° y 243° y 244° y 245° y 246° y 247° y 248° y 249° y 250° y 251° y 252° y 253° y 254° y 255° y 256° y 257° y 258° y 259° y 260° y 261° y 262° y 263° y 264° y 265° y 266° y 267° y 268° y 269° y 270° y 271° y 272° y 273° y 274° y 275° y 276° y 277° y 278° y 279° y 280° y 281° y 282° y 283° y 284° y 285° y 286° y 287° y 288° y 289° y 290° y 291° y 292° y 293° y 294° y 295° y 296° y 297° y 298° y 299° y 300° y 301° y 302° y 303° y 304° y 305° y 306° y 307° y 308° y 309° y 310° y 311° y 312° y 313° y 314° y 315° y 316° y 317° y 318° y 319° y 320° y 321° y 322° y 323° y 324° y 325° y 326° y 327° y 328° y 329° y 330° y 331° y 332° y 333° y 334° y 335° y 336° y 337° y 338° y 339° y 340° y 341° y 342° y 343° y 344° y 345° y 346° y 347° y 348° y 349° y 350° y 351° y 352° y 353° y 354° y 355° y 356° y 357° y 358° y 359° y 360° y 361° y 362° y 363° y 364° y 365° y 366° y 367° y 368° y 369° y 370° y 371° y 372° y 373° y 374° y 375° y 376° y 377° y 378° y 379° y 380° y 381° y 382° y 383° y 384° y 385° y 386° y 387° y 388° y 389° y 390° y 391° y 392° y 393° y 394° y 395° y 396° y 397° y 398° y 399° y 400° y 401° y 402° y 403° y 404° y 405° y 406° y 407° y 408° y 409° y 410° y 411° y 412° y 413° y 414° y 415° y 416° y 417° y 418° y 419° y 420° y 421° y 422° y 423° y 424° y 425° y 426° y 427° y 428° y 429° y 430° y 431° y 432° y 433° y 434° y 435° y 436° y 437° y 438° y 439° y 440° y 441° y 442° y 443° y 444° y 445° y 446° y 447° y 448° y 449° y 450° y 451° y 452° y 453° y 454° y 455° y 456° y 457° y 458° y 459° y 460° y 461° y 462° y 463° y 464° y 465° y 466° y 467° y 468° y 469° y 470° y 471° y 472° y 473° y 474° y 475° y 476° y 477° y 478° y 479° y 480° y 481° y 482° y 483° y 484° y 485° y 486° y 487° y 488° y 489° y 490° y 491° y 492° y 493° y 494° y 495° y 496° y 497° y 498° y 499° y 500° y 501° y 502° y 503° y 504° y 505° y 506° y 507° y 508° y 509° y 510° y 511° y 512° y 513° y 514° y 515° y 516° y 517° y 518° y 519° y 520° y 521° y 522° y 523° y 524° y 525° y 526° y 527° y 528° y 529° y 530° y 531° y 532° y 533° y 534° y 535° y 536° y 537° y 538° y 539° y 540° y 541° y 542° y 543° y 544° y 545° y 546° y 547° y 548° y 549° y 550° y 551° y 552° y 553° y 554° y 555° y 556° y 557° y 558° y 559° y 560° y 561° y 562° y 563° y 564° y 565° y 566° y 567° y 568° y 569° y 570° y 571° y 572° y 573° y 574° y 575° y 576° y 577° y 578° y 579° y 580° y 581° y 582° y 583° y 584° y 585° y 586° y 587° y 588° y 589° y 590° y 591° y 592° y 593° y 594° y 595° y 596° y 597° y 598° y 599° y 600° y 601° y 602° y 603° y 604° y 605° y 606° y 607° y 608° y 609° y 610° y 611° y 612° y 613° y 614° y 615° y 616° y 617° y 618° y 619° y 620° y 621° y 622° y 623° y 624° y 625° y 626° y 627° y 628° y 629° y 630° y 631° y 632° y 633° y 634° y 635° y 636° y 637° y 638° y 639° y 640° y 641° y 642° y 643° y 644° y 645° y 646° y 647° y 648° y 649° y 650° y 651° y 652° y 653° y 654° y 655° y 656° y 657° y 658° y 659° y 660° y 661° y 662° y 663° y 664° y 665° y 666° y 667° y 668° y 669° y 670° y 671° y 672° y 673° y 674° y 675° y 676° y 677° y 678° y 679° y 680° y 681° y 682° y 683° y 684° y 685° y 686° y 687° y 688° y 689° y 690° y 691° y 692° y 693° y 694° y 695° y 696° y 697° y 698° y 699° y 700° y 701° y 702° y 703° y 704° y 705° y 706° y 707° y 708° y 709° y 710° y 711° y 712° y 713° y 714° y 715° y 716° y 717° y 718° y 719° y 720° y 721° y 722° y 723° y 724° y 725° y 726° y 727° y 728° y 729° y 730° y 731° y 732° y 733° y 734° y 735° y 736° y 737° y 738° y 739° y 740° y 741° y 742° y 743° y 744° y 745° y 746° y 747° y 748° y 749° y 750° y 751° y 752° y 753° y 754° y 755° y 756° y 757° y 758° y 759° y 760° y 761° y 762° y 763° y 764° y 765° y 766° y 767° y 768° y 769° y 770° y 771° y 772° y 773° y 774° y 775° y 776° y 777° y 778° y 779° y 780° y 781° y 782° y 783° y 784° y 785° y 786° y 787° y 788° y 789° y 790° y 791° y 792° y 793° y 794° y 795° y 796° y 797° y 798° y 799° y 800° y 801° y 802° y 803° y 804° y 805° y 806° y 807° y 808° y 809° y 810° y 811° y 812° y 813° y 814° y 815° y 816° y 817° y 818° y 819° y 820° y 821° y 822° y 823° y 824° y 825° y 826° y 827° y 828° y 829° y 830° y 831° y 832° y 833° y 834° y 835° y 836° y 837° y 838° y 839° y 840° y 841° y 842° y 843° y 844° y 845° y 846° y 847° y 848° y 849° y 850° y 851° y 852° y 853° y 854° y 855° y 856° y 857° y 858° y 859° y 860° y 861° y 862° y 863° y 864° y 865° y 866° y 867° y 868° y 869° y 870° y 871° y 872° y 873° y 874° y 875° y 876° y 877° y 878° y 879° y 880° y 881° y 882° y 883° y 884° y 885° y 886° y 887° y 888° y 889° y 890° y 891° y 892° y 893° y 894° y 895° y 896° y 897° y 898° y 899° y 900° y 901° y 902° y 903° y 904° y 905° y 906° y 907° y 908° y 909° y 910° y 911° y 912° y 913° y 914° y 915° y 916° y 917° y 918° y 919° y 920° y 921° y 922° y 923° y 924° y 925° y 926° y 927° y 928° y 929° y 930° y 931° y 932° y 933° y 934° y 935° y 936° y 937° y 938° y 939° y 940° y 941° y 942° y 943° y 944° y 945° y 946° y 947° y 948° y 949° y 950° y 951° y 952° y 953° y 954° y 955° y 956° y 957° y 958° y 959° y 960° y 961° y 962° y 963° y 964° y 965° y 966° y 967° y 968° y 969° y 970° y 971° y 972° y 973° y 974° y 975° y 976° y 977° y 978° y 979° y 980° y 981° y 982° y 983° y 984° y 985° y 986° y 987° y 988° y 989° y 990° y 991° y 992° y 993° y 994° y 995° y 996° y 997° y 998° y 999° y 1000° y 1001° y 1002° y 1003° y 1004° y 1005° y 1006° y 1007° y 1008° y 1009° y 1010° y 1011° y 1012° y 1013° y 1014° y 1015° y 1016° y 1017° y 1018° y 1019° y 1020° y 1021° y 1022° y 1023° y 1024° y 1025° y 1026° y 1027° y 1028° y 1029° y 1030° y 1031° y 1032° y 1033° y 1034° y 1035° y 1036° y 1037° y 1038° y 1039° y 1040° y 1041° y 1042° y 1043° y 1044° y 1045° y 1046° y 1047° y 1048° y 1049° y 1050° y 1051° y 1052° y 1053° y 1054° y 1055° y 1056° y 1057° y 1058° y 1059° y 1060° y 1061° y 1062° y 1063° y 1064° y 1065° y 1066° y 1067° y 1068° y 1069° y 1070° y 1071° y 1072° y 1073° y 1074° y 1075° y 1076° y 1077° y 1078° y 1079° y 1080° y 1081° y 1082° y 1083° y 1084° y 1085° y 1086° y 1087° y 1088° y 1089° y 1090° y 1091° y 1092° y 1093° y 1094° y 1095° y 1096° y 1097° y 1098° y 1099° y 1100° y 1101° y 1102° y 1103° y 1104° y 1105° y 1106° y 1107° y 1108° y 1109° y 1110° y 1111° y 1112° y 1113° y 1114° y 1115° y 1116° y 1117° y 1118° y 1119° y 1120° y 1121° y 1122° y 1123° y 1124° y 1125° y 1126° y 1127° y 1128° y 1129° y 1130° y 1131° y 1132° y 1133° y 1134° y 1135° y 1136° y 1137° y 1138° y 1139° y 1140° y 1141° y 1142° y 1143° y 1144° y 1145° y 1146° y 1147° y 1148° y 1149° y 1150° y 1151° y 1152° y 1153° y 1154° y 1155° y 1156° y 1157° y 1158° y 1159° y 1160° y 1161° y 1162° y 1163° y 1164° y 1165° y 1166° y 1167° y 1168° y 1169° y 1170° y 1171° y 1172° y 1173° y 1174° y 1175° y 1176° y 1177° y 1178° y 1179° y 1180° y 1181° y 1182° y 1183° y 1184° y 1185° y 1186° y 1187° y 1188° y 1189° y 1190° y 1191° y 1192° y 1193° y 1194° y 1195° y 1196° y 1197° y 1198° y 1199° y 1200° y 1201° y 1202° y 1203° y 1204° y 1205° y 1206° y 1207° y 1208° y 1209° y 1210° y 1211° y 1212° y 1213° y 1214° y 1215° y 1216° y 1217° y 1218° y 1219° y 1220° y 1221° y 1222° y 1223° y 1224° y 1225° y 1226° y 1227° y 1228° y 1229° y 1230° y 1231° y 1232° y 1233° y 1234° y 1235° y 1236° y 1237° y 1238° y 1239° y 1240° y 1241° y 1242° y 1243° y 1244° y 1245° y 1246° y 1247° y 1248° y 1249° y 1250° y 1251° y 1252° y 1253° y 1254° y 1255° y 1256° y 1257° y 1258° y 1259° y 1260° y 1261° y 1262° y 1263° y 1264° y 1265° y 1266° y 1267° y 1268° y 1269° y 1270° y 1271° y 1272° y 1273° y 1274° y 1275° y 1276° y 1277° y 1278° y 1279° y 1280° y 1281° y 1282° y 1283° y 1284° y 1285° y 1286° y 1287° y 1288° y 1289° y 1290° y 1291° y 1292° y 1293° y 1294° y 1295° y 1296° y 1297° y 1298° y 1299° y 1300° y 1301° y 1302° y 1303° y 1304° y 1305° y 1306° y 1307° y 1308° y 1309° y 1310° y 1311° y 1312° y 1313° y 1314° y 1315° y 1316° y 1317° y 1318° y 1319° y 1320° y 1321° y 1322° y 1323° y 1324° y 1325° y 1326° y 1327° y 1328° y 1329° y 1330° y 1331° y 1332° y 1333° y 1334° y 1335° y 1336° y 1337° y 1338° y 1339° y 1340° y 1341° y 1342° y 1343° y 1344° y 1345° y 1346° y 1347° y 1348° y 1349° y 1350° y 1351° y 1352° y 1353° y 1354° y 1355° y 1356° y 1357° y 1358° y 1359° y 1360° y 1361° y 1362° y 1363° y 1364° y 1365° y 1366° y 1367° y 1368° y 1369° y 1370° y 1371° y 1372° y 1373° y 1374° y 1375° y 1376° y 1377° y 1378° y 1379° y 1380° y 1381° y 1382° y 1383° y 1384° y 1385° y 1386° y 1387° y 1388° y 1389° y 1390° y 1391° y 1392° y 1393° y 1394° y 1395° y 1396° y 1397° y 1398° y 1399° y 1400° y 1401° y 1402° y 1403° y 1404° y 1405° y 1406° y 1407° y 1408° y 1409° y 1410° y 1411° y 1412° y 1413° y 1414° y 1415° y 1416° y 1417° y 1418° y 1419° y 1420° y 1421° y 1422° y 1423° y 1424° y 1425° y 1426° y 1427° y 1428° y 1429° y 1430° y 1431° y 1432° y 1433° y 1434° y 1435° y 1436° y 1437° y 1438° y 1439° y 1440° y 1441° y 1442° y 1443° y 1444° y 1445° y 1446° y 1447° y 1448° y 1449° y 1450° y 1451° y 1452° y 1453° y 1454° y 1455° y 1456° y 1457° y 1458° y 1459° y 1460° y 1461° y 1462° y 1463° y 1464° y 1465° y 1466° y 1467° y 1468° y 1469° y 1470° y 1471° y 1472° y 1473° y 1474° y 1475° y 1476° y 1477° y 1478° y 1479° y 1480° y 1481° y 1482° y 1483° y 1484° y 1485° y 1486° y 1487° y 1488° y 1489° y 1490° y 1491° y 1492° y 1493° y 1494° y 1495° y 1496° y 1497° y 1498° y 1499° y 1500° y 1501° y 1502° y 1503° y 1504° y 1505° y 1506° y 1507° y 1508° y 1509° y 1510° y 1511° y 1512° y 1513° y 1514° y 1515° y 1516° y 1517° y 1518° y 1519° y 1520° y 1521° y 1522° y 1523° y 1524° y 1525° y 1526° y 1527° y 1528° y 1529° y 1530° y 1531° y 1532° y 1533° y 1534° y 1535° y 1536° y 1537° y 1538° y 1539° y 1540° y 1541° y 1542° y 1543° y 1544° y 1545° y 1546° y 1547° y 1548° y 1549° y 1550° y 1551° y 1552° y 1553° y 1554° y 1555° y 1556° y 1557° y 1558° y 1559° y 1560° y 1561° y 1562° y 1563° y 1564° y 1565° y 1566° y 1567° y 1568° y 1569° y 1570° y 1571° y 1572° y 1573° y 1574° y 1575° y 1576° y 1577° y 1578° y 1579° y 1580° y 1581° y 1582° y 1583° y 1584° y 1585° y 1586° y 1587° y 1588° y 1589° y 1590° y 1591° y 1592° y 1593° y 1594° y 1595° y 1596° y 1597° y 1598° y 1599° y 1600° y 1601° y 1602° y 1603° y 1604° y 1605° y 1606° y 1607° y 1608° y 1609° y 1610° y 1611° y 1612° y 1613° y 1614° y 1615° y 1616° y 1617° y 1618° y 1619° y 1620° y 1621° y 1622° y 1623° y 1624° y 1625° y 1626° y 1627° y 1628° y 1629° y 1630° y 1631° y 1632° y 1633° y 1634° y 1635° y 1636° y 1637° y 1638° y 1639° y 1640° y 1641° y 1642° y 1643° y 1644° y 1645° y 1646° y 1647° y 1648° y 1649° y 1650° y 1651° y 1652° y 1653° y 1654° y 1655° y 1656° y 1657° y 1658° y 1659° y 1660° y 1661° y 1662° y 1663° y 1664° y 1665° y 1666° y 1667° y 1668° y 1669° y 1670° y 1671° y 1672° y 1673° y 1674° y 1675° y 1676° y 1677° y 1678° y 1679° y 1680° y 1681° y 1682° y 1683° y 1684° y 1685° y 1686° y 1687° y 1688° y 1689° y 1690° y 1691° y 1692° y 1693° y 1694° y 1695° y 1696° y 1697° y 1698° y 1699° y 1700° y 1701° y 1702° y 1703° y 1704° y 1705° y 1706° y 1707° y 1708° y 1709° y 1710° y 1711° y 1712° y 1713° y 1714° y 1715° y 1716° y 1717° y 1718° y 1719° y 1720° y 1721° y 1722° y 1723° y 1724° y 1725° y 1726° y 1727° y 1728° y 1729° y 1730° y 1731° y 1732° y 1733° y 1734° y 1735° y 1736° y 1737° y 1738° y 1739° y 1740° y 1741° y 1742° y 1743° y 1744° y 1745° y 1746° y 1747° y 1748° y 1749° y 1750° y 1751° y 1752° y 1753° y 1754° y 1755° y 1756° y 1757° y 1758° y 1759° y 1760° y 1761° y 1762° y 1763° y 1764° y 1765° y 1766° y 1767° y 1768° y 1769° y 1770° y 1771° y 1772° y 1773° y 1774° y 1775° y 1776° y 1777° y 1778° y 1779° y 1780° y 1781° y 1782° y 1783° y 1784° y 1785° y 1786° y 1787° y 1788° y 1789° y 1790° y 1791° y 1792° y 1793° y 1794° y 1795° y 1796° y 1797° y 1798° y 1799° y 1800° y 1801° y 1802° y 1803° y 1804° y 1805° y 1806° y 1807° y 1808° y 1809° y 1810° y 1811° y 1812° y 1813° y 1814° y 1815° y 1816° y 181

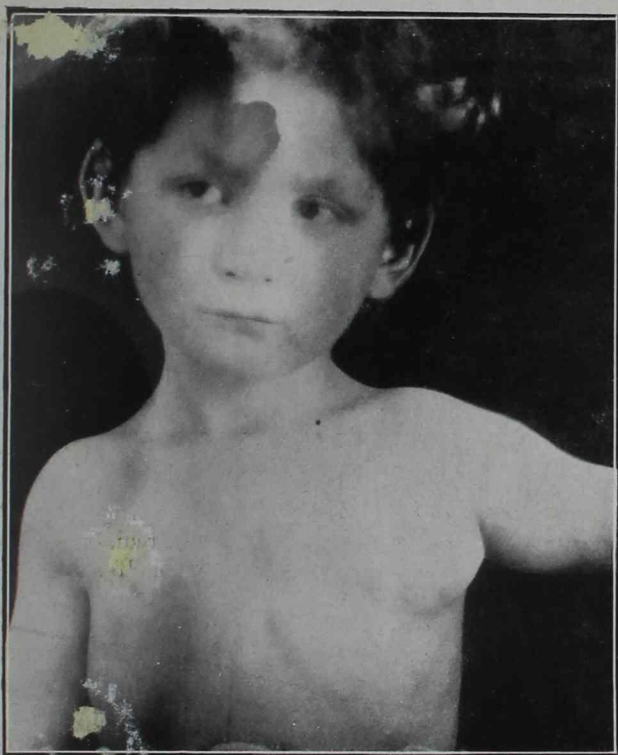


Figura 1



Figura 2

aumento del volumen del metacarpiano y falanges del dedo índice; 7º., los puntos de osificación de los metacarpianos y falanges están mucho más desarrollados a la izquierda que a la derecha; 8º., todos los tejidos blandos de la mano izquierda están muy aumentados de volumen con respecto a los de la mano opuesta.

Fuera de las anomalías óseas, tisurales y cutáneas señaladas, nada había de particular en el resto del organismo de este niño.

La reacción de Wassermann del padre, de la madre y del niño resultaron negativas. El examen de sangre de este último acusó el siguiente cuadro: glóbulos rojos, 4.500.000; glóbulos blancos, 8.400; hemoglobina, 75 %; relación globular, 1 x 535; valor globular, 0.83; polinucleares neutrófilos, 26 %; cosmófilos, 5 %; linfocitos, 56 %; mononucleares, 9 %; formas de transición, 4 %.

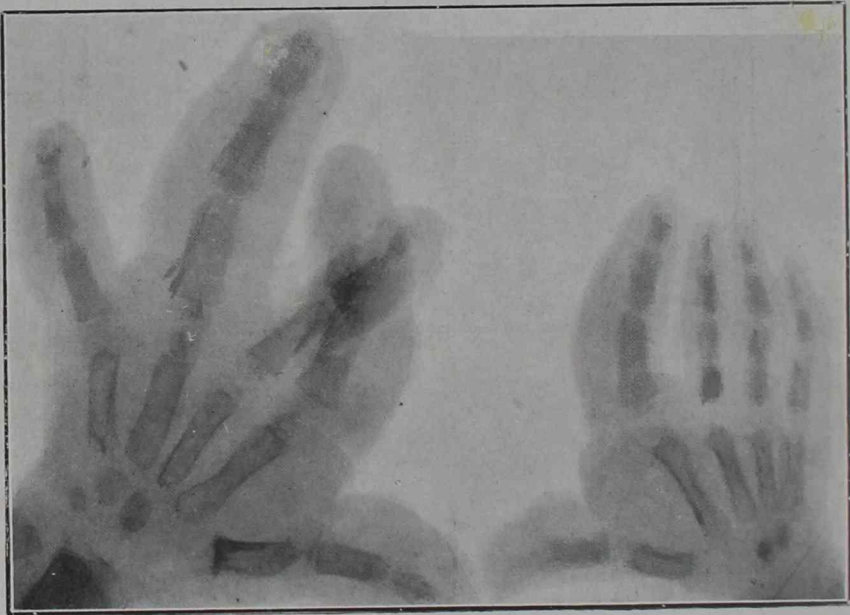


Figura 3

Como ha podido apreciarse, se trata de naevi múltiples (linfangioma, angiomas) asociados — hecho señalado como relativamente frecuente por los autores — a otras malformaciones congénitas afectando huesos regionales y sus envolturas. Empleamos el vocablo naevi en el sentido amplio que le asigna Brocq, es decir, comprendiendo en esa designación todas las deformidades cutáneas circunscriptas (naevi pigmentarios puros, naevi tuberosos no vasculares, naevi vasculares).

En lo que respecta a las hipertrofias óseas, recordamos que

ellas constituyen el polo opuesto de las ectromelias, en las que se produce el aborto de los rudimentos esqueléticos, y recalamos una vez más que en este tipo de hipertrofias verdaderas que nos ocupa el fenómeno afecta todas las partes que constituyen la región deformada (hipertrofias regulares de Froelich); diferenciándose así de los trofoedemas, que no interesan los huesos, y de los neoplasmas de los miembros que por proliferación e infiltración alteran, engrosándolos, las regiones en que asientan.

En términos generales, y desde el punto de vista de sus lesiones esqueléticas, nuestro caso encuadra en el grupo de las "distrofias óseas localizadas" debidas "a un trastorno de la evolución embrionaria, trastorno que afecta al eje pre-esquelético, sea en el período de formación, sea en el período de diferenciación" (Potel. *Traité pratique d'orthopedie*).

Para finalizar, reproducimos los cuatro tipos principales de las "distrofias óseas localizadas" que Potel señala en su obra:

- A) Trastornos de la evolución de los rudimentos esqueléticos:
 - 1°. Los abortos (ectromelias).
 - 2°. Las hipertrofias (nuestro caso).

- B) Trastornos de la segmentación:
 - 1°. Las fusiones anormales de los segmentos (del húmero con los huesos del antebrazo, de estos entre sí, las sindactilias).
 - 2°. Las segmentaciones exageradas (polidactilia, bifurcación del pulgar, et).

- C) Las desviaciones axiales (inflexiones anormales de los miembros y sobre todo de los dedos de las manos y pies). Ya hicimos resaltar en nuestro caso la inflexión cubital de ambos índices (clinodactilia).

- D) Las exostosis osteogénicas.

Septicemia gonocócica con localizaciones laríngeas y endocárdicas

por los doctores

Juan C. Navano, Enrique A. Pueyrredón y Felipe de Elízalde

La vulvo vaginitis gonocócica de las criaturas, es una afección muy difundida, evolucionando en general en forma benigna y con un porcentaje muy reducido de complicaciones. De éstas, sin ninguna duda la más frecuente es la monoartritis.

Este proceso es expresión de una septicemia, la que se limita a la localización articular, no da por lo general otras manifestaciones y su evolución es benigna, llegando en la mayoría de los casos a la curación.

Como hechos de excepción se registran también, formas septicémicas más graves, con localizaciones articulares, no únicas sino múltiples o con alteración de otros órganos. A este grupo pertenece la enfermita cuya historia va a continuación.

HISTORIA CLÍNICA

Carmen P., 5 años. Argentina. Historia 193. Cama 28. Sala II. Hospital Ramos Mejía.

Ingresa al servicio el 14 de mayo falleciendo el 27 de mayo de 1930.

Antecedentes hereditarios: Padre sano; madre, Wassermann positiva; fué operada hace 5 meses de la matriz. Tuvo 6 embarazos, uno terminado con un aborto de 2 meses; los restantes con partos normales. De sus hijos el mayor fallece a los 6 meses de bronconeumonía y el quinto a los 20 meses de meningitis. Los restantes son sanos.

Antecedentes personales: Niña nacida de término, de parto normal. Lactancia materna hasta la edad de 9 meses. Hasta los 15 meses es alimentada con mamaderas de leche de vaca, continuando después con alimentación general. Deambulación al año. Dentición iniciada a los 8 meses. Comienza a hablar a los 2 años.

Bronquitis a repetición y frecuentes trastornos gastrointestinales. A los 3 años otitis supurada.

Siempre ha residido en Quiroga, F. C. O. Provincia de Buenos Aires.

Enfermedad actual: Se inicia hace un mes y medio con secreción purulenta vaginal, a raíz de un contacto con un individuo afecto de blenorragia. El flujo era amarillento, abundante, manchaba la ropa, y había irritado las partes de piel vecinas, lo cual dificultaba la marcha.

Por prescripción médica se prescribe un tratamiento a base de lavajes y vacunas con lo cual se logra rápida mejoría.

Quince días más tarde aparece una erupción, no pruriginosa, formada por pequeñas manchas diseminadas en cara y miembros y se establece un estado febril que persiste hasta la actualidad. Desde hace 15 días, la niña se queja de dolores de cabeza, cintura y extremidades, no efectuando ningún movimiento espontáneo con sus miembros, continuando con temperaturas a máxima vespéral, falta de apetito, adelgazamiento y alternativas de diarrea y constipación.

Hace 3 días que está atónica y tiene dificultad para respirar, y para deglutir.

Estado actual: Niña en regular estado de nutrición. Desarrollo de acuerdo con su edad. Decúbito indiferente. Facies ansiosa, disneica, con cornaje y tiraje supraesternal. Afonía, tos ronca, sin timbre, que sobreviene por accesos en el momento del examen. Peso: 16.100 kgs. Piel blanca, seca, sembrada de elementos eruptivos predominantes en cara y miembros superiores, maculosos y maculo-papuloso los más, recubiertos por costras serohemáticas otros, de tamaño variable, oscilante entre el de una cabeza de alfiler y una lenteja.

En manos, piernas y pies, la piel está tensa, luciente, recubierta por escamas.

Tejido celular: Escaso, ligera infiltración edematosa en párpados superiores y vulva; edema franco, muy doloroso en dorso de manos y pies.

Esqueleto: Bien conformado. La presión sobre los huesos largos de los miembros y huesecillos de manos y pies, exacerba el dolor que espontáneamente siente la niña, el que la obliga a mantener inmóviles dichas partes.

Articulaciones: Libres e indoloras.

Cabeza: Bien conformada, simétrica, cabellos abundantes, secos.

Ojos: Pupilas iguales y regulares. Reflejos conservados.

Boca: Labios secos, resquebrajados. Encías cubiertas de fuliginosidades. Dientes bien implantados y conformados, en regular estado de conservación. Lengua seca, saburral.

Faringe: Mucosa, coloración normal. No hay exudados. Amígdalas: coloración y tamaño normales.

Laringe: (Laringoscopia practicada por el profesor Zambrini).

En el borde laríngeo de la epiglotis, se ve una exulceración recubierta por un exudado blanquecino; en el interior de la laringe y sobre cuerdas vocales se ven diseminadas análogas exulceraciones, sin reacción inflamatoria de valor, que no estrechan la luz laríngea ni obstaculizan el movimiento de las cuerdas vocales.

No es posible ver gran cosa de la porción infraglotica.

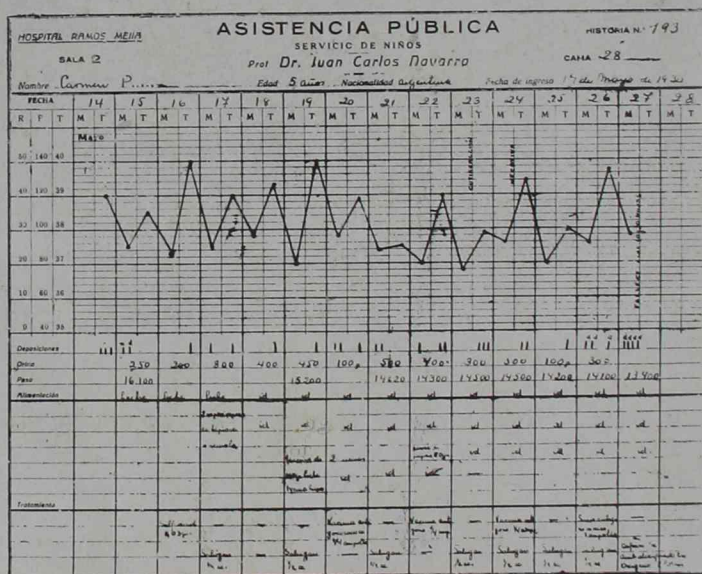
Cuello: Polimicroadenopatía submaxilar y carotídea.

Aparato respiratorio. — Tórax bien conformado, simétrico, excursiona ampliamente con los movimientos respiratorios, que son de tipo toraco-abdominal, 46 respiraciones por minuto. Por delante disminución de sonoridad en vértice izquierdo. Por detrás, en ambas bases, menor claridad que lo normal. La auscultación está dificultada por el escriptor que se oye con nitidez en toda la extensión de los campos pulmonares. Roneus disminados.

Aparato circulatorio. — Corazón de forma, tamaño y posición normales. Tonos limpios y nítidos en todos los focos. Es imposible medir la tensión arterial por no poder soportar la niña la compresión del maniquito. Pulso regular, igual, rítmico. 104 pulsaciones por minuto.

Abdomen: Blando, indoloro. No se palpa hígado, ni bazo.

Aparato genital: Secreción purulenta; labios mayores edematosos.



Himen intacto. Entre el clitoris y labio menor izquierdo se ve un punteado hemorrágico. No hay solución de continuidad en la mucosa.

Sistema nervioso: No hay signos meníngeos. No es posible buscar reflejos y sensibilidad.

Mayo 17: Análisis del flujo vaginal. Al examen microscópico se observan abundantes polinucleares, y algunas células epiteliales. La flora microbiana es abundante y variada, observándose además diplococos Gram negativos, algunos intracelulares con los caracteres del gonococo de Neisser.

Análisis de la orina: Orina ácida, turbia. No contiene elementos patológicos. El examen microscópico del sedimento permite observar escasas células epiteliales, regular cantidad de leucocitos, muy escasos hemafes. Abundantes bacterias y fosfatos. No se observan elementos renales.

Mayo 19: Desde su ingreso ha tenido fiebre irregular a predominio vespéral, con gran dificultad para la ingestión de alimentos. Sigue afó-

nica y con cornaje y tiraje. Los dolores espontáneos y provocados por la presión sobre los huesos no se han modificado. La erupción en la cara se ha borrado, quedando como residuo algunas manchas pigmentarias. Los edemas no han variado así como la descamación de manos y pies. La piel a nivel de la articulación de la falange con la falangina del dedo índice izquierdo está enrojecida.

Un nuevo *análisis de orina* no permite hallar elementos anormales. En el sedimento se observan escasas células epiteliales y numerosos leucocitos, más o menos quince por campo.

Análisis de sangre: Hemoglobina, 48 %; glóbulos rojos, 2.460.000; glóbulos blancos, 30.400; valor globular, 1; fórmula leucocitaria: linfocitos, 4 %; mononucleares, 1 %; polinucleares neutrófilos, 70 %. Ausencia de basófilos y eosinófilos. Metamielocitos neutrófilos, 25 %.

Anisocitosis, anisocromía y poikilocitosis leves.

Mayo 20: Continúa igual, afónica, con tiraje y cornaje. En la pared anterior del abdomen se ve una serie de pequeñísimas manchitas, eritematosas unas, petequiales las otras, del tamaño de la cabeza de un alfiler. Los edemas de manos y pies han disminuído.

El examen microscópico del exudado epiglótico revela flora bacteriana abundante, predominando diplococos Gram negativos y estafilococos. El examen ultramicroscópico muestra numerosas espiroquetas tipo *dentium*.

Mayo 21: Los edemas siguen disminuyendo visiblemente; en el dorso de los pies, la piel está mucho menos tensa y tiende a plegarse espontáneamente, siendo también apreciable esta disminución en manos y cara. La erupción del vientre se ha modificado; la parte eritematosa ha desaparecido, quedando tan sólo visibles un buen número de equimosis puntiformes.

El dedo índice de la mano izquierda ha tomado el aspecto de un huso, con su mayor volumen a nivel de la articulación de la falange con la falangina. La articulación sin embargo está libre, siendo posibles la flexión activa y pasiva. Hay dolor acusado a la presión de la extremidad distal de la primer falange.

Mayo 23: No se ha modificado el estado del dedo índice izquierdo. De la reupción abdominal sólo quedan pequeñas manchas pigmentarias. Las radiografías no revelan nada de anormal en los huesos largos. En la articulación del dedo índice, la interlínea es normal, notándose tan sólo ligera descalcificación.

Mayo 26: Es bien apreciable la disminución de los edemas. Los huesos siguen siendo dolorosos al contacto.

A nivel de la articulación afectada en el índice izquierdo se siente fluctuación neta, extrayéndose por punción con aguja gruesa $3/4$ c.c. de pus amarillento, espeso, bien ligado, cremoso.

Una nueva tentativa para obtener asépticamente sangre de las yugulares, dada la imposibilidad de sacar de las venas de los brazos, fracasó.

Mayo 27: La niña amanece con mayor dificultad para respirar, por lo cual está sentada en la cama. Tiene cuatro deposiciones diarreicas formadas por muco-pus y sangre roja rutilante. A la auscultación de su corazón tonos normales.

Bruscamente siendo las 10 y 30 horas pierde el conocimiento, sigue respirando, pero el pulso se debilita gradualmente y pese a la terapéutica instituída, fallece minutos más tarde.

Mayo 30 de 1930: Examen del pus articular: Abundantes leucocitos conteniendo gran cantidad de diplococos Gram negativos. Algunos cocos se encuentran en posición extracelular. Se siembra en agar y agar ascitis. A las 24 horas, en el agar simple no hay desarrollo de colonias, pero en el tubo de agar ascitis inclinado, se observa numerosas colonias, de unos 2 milímetros de diámetro, semitransparentes, no confluentes ni perfectamente emulsionables.

La identificación microscópica de ellas nos revela un diplococo Gram negativo, con todos los caracteres del gonococo de Neisser.

Se hace un nuevo repique pero al hacer un tercer pase a un medio azucarado, no se obtiene ningún desarrollo.

El examen microscópico y cultivos de la serosidad obtenida por disección y punción de la yugular media hora después de la muerte de la niña es negativo.

Autopsia: A las 15 horas.

Rigidez general. Absceso central como un grano de arroz en la amígdala derecha.

Ulceración borde de la epiglotis que deja el cartilago al descubierto. Supuración pericricóideca que desnuda al cartilago.

4 ó 5 infartos sépticos en cada pulmón, hemorrágicos de 2 cms. por 0,50.

En corazón derecho, atascamiento por trombus fibrinoso, replección de la orejuela.

Trombus blanco amarillento, blanco, de 2 a 3 milímetros de alto por medio centímetro de extensión en dos grupos, adherente al endocardio de las sigmoideas pulmonares en el borde y base de la posterior y unión con la interna (vértice).

Resto normal. Miocardio mate seco (carne lavada en manchas).

Bazo 12 cms. por 8 x 4, hinchado, cápsula tensa, color rojo vinoso, consistencia firme. Al corte folículos tumefactos, aumento de la pulpa roja no desprendible.

Ganglios mesentéricos tumefactos, rojizos.

Hígado: congestión y tumefacción turbia.

Digestivo: bien.

Riñones. Vasos inyectados. Hernia al corte por tumefacción de los tubos. Superficie mate lisa (tumefacción turbia).

Cápsulas suprarrenales congestivas.

Genitales, bien.

Estudio histológico: Lo debemos a la inagotable buena voluntad de nuestro distinguido amigo el profesor Dr. Joaquín Llambías.

Cartilago cricóides: Hay evidentes lesiones de pericondritis; los leucocitos infiltran las glándulas de la mucosa; en otros sitios el cartilago está completamente denudado.

Epiglotis: La mucosa está infiltrada por leucocitos, con focos linfoides submucosos; al lado de la mucosa se ven algunos blocks de fibrina.

En el músculo cardíaco hay algunos nódulos inflamatorios; el endocardio que tapiza la válvula tricúspide presenta intensa infiltración leucocitaria con numerosos acúmulos de gérmenes y algunos depósitos de fibrina.

En el bazo hay infiltraciones de los cordones de Billroth por células

mononucleadas; los corpúsculos de Malpighi están conservados. En riñón se constata tumefacción turbia de los tubos; los glmérulos no presentan mayor alteración.

En esta niñita el contagio se ha hecho por contacto con un sujeto enfermo de blenorragia; en el vulgo ignorante de la campaña hay la creencia de que la blenorragia del hombre se cura, si éste pone en contacto su pene con los órganos genitales de una criatura sin introducción, pero con frotación externa. Esta pobre niñita ha sido víctima inocente de esta costumbre bárbara.

La vulvo-vaginitis que estaba en plena actividad a su ingreso al servicio, fué el punto de partida de una septicemia grave; en sus primeras manifestaciones tomó las articulaciones de los miembros inferiores sin llegar a producir artritis purulentas, pero acompañándose de fiebre alta, inapetencia y malestar general.

Durante la permanencia en el servicio en los primeros días, las lesiones articulares de miembros inferiores eran mínimas en los síntomas inflamatorios locales, predominando el factor dolor. Como manifestación septicémica, registramos una erupción de pequeñas manchas petequiales localizadas en todo el abdomen.

El examen laringoscópico realizado por el profesor Zambrini, cuya vasta experiencia le da especial autoridad en la materia, permitió reconocer lesiones ulcerosas en la épiglotis con caracteres semiológicos, tan poco elocuentes, que no permitieron al especialista reconocer su etiología ni explicar los síntomas de afonía y cornaje que presentaba la enfermita.

En los últimos días, se hizo una localización articular franca, en la pequeña articulación de un dedo de la que se extrajo pus, en el que abundaban los gonococos de Neisser.

Recién en la autopsia pudimos interpretar correctamente, la sintomatología laríngea; se había producido una localización supurada de las pequeñas articulaciones de los cartílagos laríngeos, una condro-peri-condritis. Ya el examen de un frotis obtenido días antes de morir por tocamiento de las partes superiores de la laringe con hisopo de algodón había revelado la existencia en ese sitio de abundantes diplococos Gram negativos con los caracteres del gonococo.

La condro-peri-condritis paralizaba las cuerdas vocales, como un acto de defensa del dolor, el cornaje era moderado porque el aumento de volumen de la parte enferma, no se hacía hacia la luz del conducto aéreo sino hacia su parte externa, lo que explica la

ausencia de fenómenos de croup. La disfagia quedaba igualmente explicada con esa lesión.

No hemos encontrado en la bibliografía pediátrica a nuestro alcance, observaciones semejantes a ésta y en una ya larga experiencia es la primera que vemos, lo que nos permite afirmar su rareza y lo que justifica su publicación.



Enfermedad de Barlow por leche maternizada (1)

por los doctores

Enrique A. Beretervide
Jefe del servicio

y

José J. Reboiras
Médico agregado

No es por cierto frecuente en nuestro medio la constatación de casos como el que nos ocupa; debemos hacer constar de paso, que en los países europeos si bien su presencia ha disminuído considerablemente desde que se conocen mejor los procedimientos profilácticos, existen aun en proporción bastante crecida, sobre todo durante ciertas estaciones del año, particularmente las invernales, no obstante el empeño e interés que las autoridades se toman para evitarlo.

Al agregar esta observación a las ya publicadas hasta la fecha nos guía el propósito de recordar la existencia de un proceso que aparte de pasar inadvertido a menudo al médico práctico, por el sólo hecho de no haber pensado en él, induce en errores de diagnóstico haciendo desfilar los procesos más extraordinarios, más graves a veces (sarcomas, fracturas, etc.), hecho que se ha repetido en nuestro caso al que hicieron durante varias semanas, tratamiento local y como si se tratara de un proceso articular o para articular de otro origen cualquiera.

Nuestra observación es la que sigue:

Historia clínica N.º 4064. — Consultorio externo. — Osvaldo G., 9 meses; ingresa el 24 de marzo de 1930.

Antecedentes hereditarios: Padre sano. La madre ha sido tratada en el hospital Tornú y en la actualidad está en tratamiento en un consultorio médico. Un aborto le ha sido provocado por su estado bacilífero (?)

Antecedentes personales: Nacido a término; hubo aplicación de for-

(1) Clase dictada en el curso complementario de adscripción a la cátedra.

caps. Pecho hasta los 15 días, que se le retira por indicación médica (estado pulmonar). Luego da diluciones de leche de vaca y agua hervida (no recuerda las proporciones) que mantiene hasta los 4 meses en que reemplaza el agua hervida por agua de cebada. Continúa así hasta los 5 meses en que hace su aparición un cuadro febril 39°, acompañado de trastornos gastrointestinales (vómito, diarreas, 10-12 deposiciones) y trastornos de la Psiquis (embotamiento). Cura bien, pero se le retiran las diluciones de leche y le indican *Maltosan*, primero 4 veces al día, luego 6, en las siguientes diluciones: 3 cucharaditas de Maltosan en 50 grs. de leche de vaca y 100 grs. de agua. Con esta dietética sigue hasta los 7 meses en que se le indica la *leche maternizada* (Kasdorf); comienza dándole la N.º 1 (que corresponde a diluciones para un niño hasta los 2 meses), continuando después de 15 días con la N.º 2 y luego con la N.º 3 y 4 sucesivamente.

En la actualidad está con esta última dilución, es decir, la que le corresponde.

Enfermedad actual: El motivo de su visita al consultorio externo es la tos que tiene, dice la madre, desde hace un mes aproximadamente.

Hace unos 20 días más o menos, estando el niño parado al lado de una silla, notó que le aflojaba una piernita y caía. Al querer levantarlo para nuevamente colocarlo en la anterior posición, lo notó con una flojedad con dolor evidente que hacía imposible la posición de pie. Al mismo tiempo acusaba a la altura del $\frac{1}{3}$ medio inferior de muslo y $\frac{1}{3}$ superior de pierna un dolor que se hacía más intenso al tocar esa región a la que la madre no había acordado importancia hasta entonces. Desde ese momento su extremidad inferior derecha adopta una posición que la mantiene hasta hoy y que es de rotación externa, abducción y flexión de la pierna sobre muslo. Requerida la madre sobre si con lo que antecede se le hinchó la pierna, dice no recordar.

Por este estado de cosas se le hace medicación indicada por un facultativo consultado, lo que no impide que la pierna comience a hincharse, continuando en estas condiciones unos 10 días más. Durante todo este tiempo lo notan febril; las deposiciones eran en número y composición normal. Llora continuamente, y grita fuertemente al cargarlo o movilizarlo en la cuna.

Estado actual: Peso: 6.600 grs. Niño deshidratado, con piel de tinte pálido; al realizar el examen clínico se provoca dolor a la menor movilidad, que se traduce por llanto y reacciones defensivas de escasa intensidad. Este fenómeno doloroso ya la madre lo había notado con anterioridad y data de antes de la inmovilidad del miembro afectado principalmente. A nivel del miembro inferior derecho, que adopta la posición de flexión de pierna sobre muslo en cualquier situación que se coloque al niño, se descubre una deformidad globulosa que limita por debajo la articulación de la rodilla, por arriba una línea que pasa a 3 traveses de dedo por sobre esta interlínea articular, deformidad que toma toda la circunferencia del muslo a este nivel, pero que es más pronunciada sobre el lado interno; no hay cambio de coloración de la piel. El tacto es sumamente doloroso y la palpación nos revela una tumoración de consistencia dura pastosa, no fluctuante. Los movimientos tanto activos

como pasivos están reducidos en este miembro a la más mínima expresión. (Ver fig 1).

Los otros miembros están también dolorosos pero sin la violencia del que nos ocupa.

Fontanela: Abierta, de tamaño normal.

Ojos: Nada de particular.

Fosas nasales: Ligero coriza.

Boca: Presenta 2 incisivos medios inferiores y los 4 incisivos superiores. Se descubre en la mucosa gingival a nivel de las 6 piezas dentarias un cambio de coloración que adquiere un tinte rojo violáceo intenso,



Figura 1

Osvlado G.: El muslo derecho aparece deformado por la tumefacción en su tercio inferior. Fotografía obtenida el 25 de marzo de 1930. La intensa infiltración hemorrágica gingival hace que el niño mantenga la boca entreabierta.

de gingivitis hemorrágica, contrastando con el rojo pálido del resto de la mucosa. Dice la madre que sangran al menor contacto. En el piso de la boca, a ambos lados del frenillo se notan 2 pequeñas tumorações del tamaño de un grano de maíz, con una coloración también rojo violácea.

Cuello: Pequeñas adenopatías, indoloras.
Tórax: Muy ensanchado hacia las bases, con rosario costal.
Aparato respiratorio: Percusión normal. Se auscultan en ambos pulmones algunos roncus y sibilancias. No hay nada de foco.
Aparato circulatorio: Ninguna anormalidad.
Abdomen: Globuloso, de paredes depresibles, no se palpa hígado ni bazo.



Figura 2

Oscaldo G.: Radiografía obtenida el 25 de marzo de 1930. Se aprecia en ella una sombra oscura que desborda ampliamente el fémur derecho. El cartilago de conjugación dentellado, irregular.

Esta mañana tiene 37.5° de temperatura. La única posición compatible con su estado, es la de decúbito dorsal, profiriendo grandes gritos de dolor y de protesta lo que se le mueve.

Tratamiento:

1°. Dietético: Una mamadera cada 3 horas compuesta de 130 grs. de leche de vaca hervida, 60 grs. de agua y 3 cucharaditas de azúcar.

2°. Dietético medicamentoso. Jugo de naranja o de limón, 4 a 5 cucharaditas, 5 a 6 veces al día.

Marzo 25: Peso: 6.500 grs. Ha rebajado 100 grs. El estado general igual que ayer.

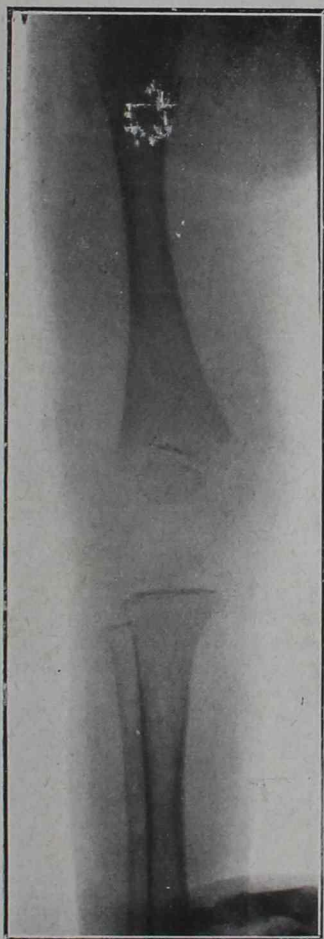


Figura 3

Oswaldo G.: Radiografía obtenida el 27 de marzo de 1930. Se aprecia mejor que en la anterior el deflecamiento e *irregularidad de la zona del cartilago de conjugación*, y el *anillo de sombra* que circunda netamente el núcleo de osificación. La infiltración sanguínea tumoral que circunda la mitad inferior del fémur es neta también.

Se hace radiografía (fig. 2) de los 2 miembros inferiores en posición de frente y de perfil que lleva N.º 17.627 que acusa una sombra

difusa en huso, envolviendo la extremidad inferior del fémur derecho, núcleos de osificación de bordes marcados y línea difusa irregular a nivel del cartílago de conjugación.

El análisis de sangre en el día de hoy da: Glóbulos rojos, 4.390.000; glóbulos blancos, 23 000; hemoglobina, 70. %; valor globular, 0.80.

El recuento globular acusa: Polinucleares: neutrófilos, 62 %; eosinófilos, 2 %; basófilos, 0; Linfocitos, 24 %; Monocitos: pequeños, 4 %; grandes, 8 %; formas de transición, 0.

Corregimos la alimentación aumentando la cantidad de leche.

Tratamiento:

1°. Dietético: mamadera 160 de leche, 40 de agua, 6 veces al día.

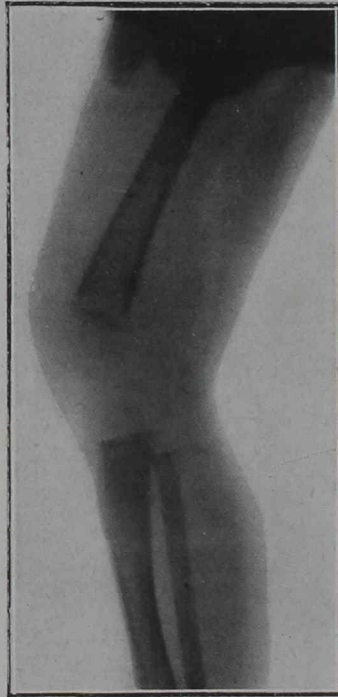


Figura 4

Oswaldo G.: Radiografía de perfil obtenida el mismo día (27 de marzo) que la de la figura 3 y en la que puede apreciarse los mismos elementos de juicio aunque con menos nitidez.

2°. Dietético medicamentoso: jugo de naranja.

Marzo 26: Peso: 6.620. El estado local de su boca ha mejorado, pues la mucosa de los incisivos medios inferiores está casi normal. El estado general también modificado. Persiste la tumoración y dolor femoral. Está subfebril (37°-37.2°).

Tratamiento: Continúa con el mismo de ayer.

Marzo 27: Peso, 6.600. Las manifestaciones hemorrágicas mejoradas en

las encías. La tumefacción de su muslo es menos intensa y menos dolorosa, a punto de que ya descansa mejor. El dolor a la presión también es menos pronunciado. Se hace otra radiografía. (Figs. 3 y 4).

Tratamiento:

1°. Se le dan 4 mamaderas de 160 grs. de leche y 40 grs. de agua y dos cocimientos de Germinase al 15 % con leche.

2°. Dietético curativo: jugo de naranja.

Marzo 28: Peso: 6.640. Está más contento y dice la madre que le parece que los huesos le duelen mucho menos. Descansa bien durante la noche y se deja movilizar sin protestar. La estomatitis hemorrágica ha disminuído mucho y la tumefacción de su muslo es evidentemente menor.

Tratamiento: se le indican 3 mamaderas de 200 grs. de leche pura y 2 cocimientos de Germinase con leche y 1 sopita. Jugo de naranja.

Marzo 29: Continúa mejorando francamente. El dolor a nivel de la región tumefacta ha desaparecido casi totalmente. La impotencia de la piernita enferma es menor. Hoy ya mueve el miembro inferior derecho en todo sentido, cosa que no hacía desde hace más de un mes.

Se le practica un nuevo examen de sangre con el siguiente resultado: Hemoglobina, 70 %; valor globular, 0.83; recuento globular: glóbulos rojos, 4.140.000; glóbulos blancos, 19.000.

Fórmula leucocitaria: Polinucleares: neutrófilos, 54 %; eosinófilos, 2 %; basófilos, 0 %; Linfocitos, 34 %; Monocitos: grandes, 6 %; pequeños, 0 %; formas de transición, 4 %.

Abril 1 de 1930: Peso: 6,840. Los movimientos de sus miembros son ya más amplios, no acusando dolor. La tumefacción de su piernita ha disminuído francamente y la gingivitis ha desaparecido totalmente. Está más alegre.

Abril 5: Peso: 7.000. Sigue mejor. La tumefacción del miembro inferior ha desaparecido por completo. Duerme bien toda la noche. No llora más. Está alegre y contento.

Tratamiento: Toma 1 sopa, 2 mamaderas de Germinase y 3 mamaderas con 200 de leche. Continúa con jugo de naranja.

Abril 10: Peso: 7.100. Sigue bien.

Abril 16: Peso: 7.300. Buen estado general. El proceso anterior ha desaparecido totalmente. Hace varios días que tiene tos y temperatura. El examen del niño nos indica un proceso bronquial. Se le hace tratamiento indicado.

Abril 23: Como el proceso catarral subsiste y no obstante su dietética normal que sigue, el peso aumenta lentamente, en esta fecha se resuelve hacerle arsenicales como estimulante general, sirviéndonos del sufarsenol.

Mayo 13: Peso: 7.600 grs. Mejora visiblemente el estado general. Se alimenta mejor. De su afección por carencia no presenta ya el más leve vestigio clínico, continuando su alimentación normal.

COMENTARIO

De la lectura de esta observación se desprende en primer término un hecho que chocha de inmediato: este niño muy pálido que

desde hacía un mes estaba llorón, molesto, sufriendo y que tenía su miembro inferior inmovilizado y con una tumoración evidente, nos fué llevado al consultorio única y exclusivamente *porque tosía*. Quiere decir que ni quien lo viera antes que nosotros ni la madre, no habían sorprendido ninguno de esos otros fenómenos, como tampoco el que sangrara con toda facilidad de sus encías que estaban ingurgitadas.

No fué por cierto pequeña la sorpresa de esta buena mujer, cuando desatendiendo relativamente lo de la tos, nos abocamos de inmediato a estudiar al niño bajo la faz de su alimentación y escudriñamos de la manera más minuciosa posible los datos que ella pudiera darnos al respecto.

Puede decirse, pues, que la impresión recogida del primer examen la ratificamos de inmediato casi y la evolución ulterior confirmó nuestra manera de pensar.

El escorbuto infantil que ha sido motivo de un estudio muy interesante por parte de los profesores Acuña y Casaubón (1) el año próximo pasado (1928), (y cuya lectura recomendamos a los que se interesen sobre este punto), produce, como es sabido, por la ausencia del factor vitamínico C o antiescorbútico, en los alimentos ingeridos. Su característica es la de producir lesiones esencialmente hemorrágicas, acompañado de consecuencia por alteraciones sanguíneas con disminución de glóbulos rojos y de hemoglobina y la producción de una leucocitosis muy marcada en todos los casos.

Si bien es cierto que la vitamina C tiene en general gran poder de resistencia hacia los elementos que actúan en general más prontamente sobre los otros, no lo es menos que manipuleos sucesivos y complicados de los alimentos y operaciones que acarrear una evidente alteración del equilibrio físico-químico de los mismos pueden destruirlo y entonces acompañarse de las consecuencias conocidas.

En principio debemos recordar que son los alimentos que llamamos conservados los que carecen de la vitamina antiescorbútica y entre ellos principalmente algunas harinas y las leches modificadas (homogeneizadas, esterilizadas, maternizadas, etc.); es perfectamente sabido hoy que cuanto más puro y estéril es un producto de conserva o más complicadas han sido las manipulaciones para la purificación de una leche, más carenciada ella es, insistiendo en el hecho de que esta carencia es tanto más completa, tanto más perju-

(1) *Escorbuto infantil y distrofias escorbúticas*. — Relato oficial en las sesiones mixtas de la Soc. Uruguaya y Argentina de Pediatría en Montevideo, 1928.

dicial para el niño que ha de ingerirla; 1°.) cuanto más tiempo haya transcurrido entre el ordeño y la purificación y 2°.) cuanto más tiempo se la haya guardado esterilizada o pasteurizada y 3°.) cuando se hayan agregado ciertas sustancias antisépticas para su conservación, como el agua oxigenada.

De allí que no ha de extrañarnos el hecho de que Nobel trate y cure los niños con escorbuto, dándoles leche muy hervida pero que haya sido recientemente ordeñada y tratada convenientemente.

Es un hecho de observación corriente, que una misma leche dada a varios niños de edades equivalentes y simultáneamente, produzca sólo en alguno o algunos de ellos esos trastornos: es que aparte del alimento carenciado es preciso contar con la predisposición particular del sujeto, predisposición que a su vez puede estar vinculada a causas de orden infeccioso congénito o no, a carencias maternas sufridas durante el embarazo o los primeros meses de lactancia, por regímenes determinados impuestos a los mismos y en uno y otro factor intervienen poderosamente el régimen de vida y observación a que se somete el niño.

En el caso que motiva estos comentarios, podemos decir sin temor de equivocarnos, que esa leche maternizada como la que produjo el cuadro a nuestro enfermito, la toman numerosos niños en Buenos Aires y no tenemos noticias de la producción de casos similares. De manera que en este niño, hijo de madre tuberculosa, sus resistencias, sus defensas en el sentido de la avitaminosis pueden haber estado disminuídas por el hecho de la infección materna por un lado; por una alimentación inconveniente durante una buena parte de su vida ya y por fin por la ingestión de un alimento excesivamente purificado o envejecido por el estancamiento y que ha destruído la vitamina C, cuya carencia se puso en evidencia con el más completo de los cuadros, en nuestro enfermito.

De las tres formas, *florida*, *frusta* y *latente* (o de distrofias escorbúticas de Aeuña y Casaubón), la primera que es el tipo neto de nuestro enfermo, es la más común; las otras se caracterizan por fenómenos menos ostensibles pero que recuerdan los grandes signos de la primera, atenuados, debiendo agregar que el estudio radiográfico aporta una cantidad de datos de gran interés práctico.

En nuestra observación, además del cuadro clínico y sanguíneo, el radiográfico es bien elocuente en ese sentido y con nitidez se aprecian en las radiografías obtenidas, las modificaciones de los núcleos de osificación que aparecen sombreados a su alrededor netamente; la zona del cartílago de conjugación, irregular, rugosa

y ancha y difusamente, la sombra del empastamiento hemorrágico subperióstico.

En principio puede decirse que el pronóstico en estos enfermos es bueno, siempre que el organismo no haya agotado demasiado sus reservas y no intervengan factores ajenos, infecciosos ni otros a complicar las cosas.

El tratamiento, *debe ser en principio profiláctico*; y profiláctico siempre que se imponga a un niño alimentación artificial, ya que desconocemos en general y a la vez, las condiciones en que nos llega la leche de que hemos de servirnos y las reservas antiescorbúticas de que el niño puede estar dotado: conviene, pues, instituir, a la par que el tratamiento dietético, el antiescorbútico, sirviéndonos de jugo de naranja, limón o tomate en proporciones adecuadas.

Si el escorbuto está ya instalado, retiraremos de su régimen todo aquello que pueda producir dicho trastorno; daremos leche fresca recién hervida, hidratos de carbono y jugo de frutas frescas, pero sobre todo recordemos lo que sin cesar se repite a diario desde la cátedra y que continúa siendo una verdad inamovible, pese a los intereses de los fabricantes de productos dietéticos y de leches modificadas, para niños, “*que la administración de leche fresca, higiénica, íntegra, consumida poco después del ordeño, debe ser hoy más que nunca el ideal acariciado por los pediatras*”. (Aeuña-Casaubón) y por los médicos prácticos en general, agregaríamos nosotros; con ello, simplificaríase la aplicación de sus conocimientos de dietética y no se cometerían tantos errores como los que ocurren a base de tanteos y pruebas con *alimentos conservados y leches modificadas* que por excepción benefician y con extraordinaria frecuencia son factores determinantes de cuadros más o menos graves, cuando no mortales.

Sur un cas de double paralysie obstétricale
Syphilis héréditaire Frenasthénie

Amputation congénitale partielle du pie droit

par les Docteurs

Aquíles Gareiso et Javier Mendilaharsu

Monsieur le Professeur Marinesco.

Maitre :

Le cas que nous soumettons a votre consideration presente un cadre clinique qui attire l'attention par sa multiple symptomatologie impossible à expliquer selon nous, en invoquant une seule cause etiologique.

Nous considerons que plusieurs facteurs sont entres en action pour le produire ce que nous tacherons de mettre en evidence.

Nous decomposerons donc l'etude de la symptomatologie qu'il presente en quatre parties :

- 1°. Un syndrome de Frenasthénie.
- 2°. Une double paralysie obstetricale.
- 3°. Les lésions de syphilis héréditaire.
- 4°. Une amputation partielle du pied droit de type congenital.

(1) Communication a la Société de Neurologie et Psychiatrie dans la séance du 2 Septembre 1930 en l'honneur du Professeur Marinesco.

OBSERVATION

Alberto A... N° 674 (25, X, 1929). Agé de deux mois argentin. Premier et unique enfant. On n'enregistre pas d'avortement, ni d'enfant mort.

Il est apporté au service parce qu'il présente depuis sa naissance une paralysie du facial gauche, et impotence du membre supérieur du même côté.



Figura 1

Un de nous, (Mendilaharzu) l'examina le 3 septembre 1929 et leva l'état actuel: Agé de 19 jours. Poids 3 k. 150 gr. Etat régulier de nutrition, fontanelle antérieure 6×5 . Circonférence crânienne 39 centimètres. Peau blanche avec desquamation abondante sur le thorax, le cou, les jambes, et les pieds. Ganglions inguinaux et carotidiens. Scrotum augmenté de volume, petit hydrocele droit.

Paralysie du facial gauche de type funiculaire.

Paresie du membre supérieur du même côté.

On palpe le foie, ainsi que très bien le pôle inférieur de la rate.

Pied droit œdémateux, le gros doigt ainsi que les trois doigts moyens ont une couleur violacée intense à l'exception du petit doigt qui est sans ongle et fortement rosé. Le dos du pied sans derme, présente dans la partie moyennée une plaque de cancrène d'un centimètre de diamètre de bords irréguliers. Il existe également à la plante du pied, une ample phlyctène avec quelques plaques de sphacèle dans la partie moyennée.

À la fin d'avril 1930, apparition de lésions ulcéreuses sur la langue, et sur la levre inférieure, dont nous faisons la description ci-après.

Etat actuel (13 juin 1930) : Accouchement à terme, dystocique, d'une durée de trente sept heures, naissant A... fortement cyanosé



Figura 2

et avec deux cercles de cordon au cou nécessitant des manoeuvres prolongées pour qu'il pleure.

Il fut nécessaire de procéder à une application de forceps, ainsi qu'à de diverses manoeuvres manuelles, pour terminer l'accouchement plus vite, étant donné la souffrance du fœtus.

Il pèse dix kilog. 600 grs. Longueur 70 cent. circonférence crânienne 46 1/2 cent. Abondant panicule adipeux localisé spécialement dans les cuisses et l'abdomen. La fontanelle est fermée, bien ossifiée, mais à la palpation minutieuse du crâne on observe des zones sautées à la hauteur des éminences pariétales ainsi qu'à l'occipital derrière les deux apophyses mastoïdes, qui donnent la sensation de parchemin. Les éminences pariétales sent saillantes, l'occipital aplani. Chevelure blonde, sèche, peu abondante. Alimentation exclu-

sive au sein. Deux incisives supérieures et deux inférieures avec espacement anormal entre elles.

Psychiquement le peu de vivacité de l'enfant attire l'attention: il reste continuellement en decubitus, couché sur le dos comme en n'importe quelle autre position qu'on lui donne.

On n'observe pas chez lui ce balbutiement si caractéristique à cet âge.

La motilité est conservée dans les quatre membres, bien que moindre dans le supérieur gauche, la quelle selon la mère s'est améliorée et s'améliore continuellement.

Les tibias légèrement combes, ne sont pas rugueux. Oreilles légèrement en anse, avec le tubercule de Darwin peu prononcé.



Figura 3

Penis petit, phimotique. On palpe le testicule gauche dans le scrotum, mais le droit est absent.

L'ulcération qui occupait la face dorsale de la langue a disparu complètement, ainsi que celle de la face interne de la lèvre inférieure, celle de la face inférieure de la langue, persiste encore, mais elle s'est grandement rapetissée.

Paralysie du facial gauche du type funiculaire, laquelle se met plus en évidence, pendant les pleurs spontanés, on provoqués. Au repos, légère contracture de l'orbiculaire des paupières.

Signe de Guillain, positif.

Pied droit converti en un moignon, duquel ne se détache qu'un rudiment du petit doigt.

Il se présente en abduction moyenne avec légère flexion. A l'endroit où étaient implantés les doigts, on observe l'existence d'un moignon cicatriciel d'une couleur violace, formé par deux petites éminences unies par des brides fibreuses et des restes du processus destructif que s'y produisit.

Il manque tous les doigts moins le petit qui se conserve sans ongle, et en flexion vers la plante du pied.

Au toucher il existe une différence de température dans les deux pieds, moindre dans le droit. La palpation est sans douleur et à l'endroit que correspond au gros doigt, on remarque l'existence d'un os qui semble être le premier métatarsien.

Examen radiographique (Dr. Marque) : Diminution de volume du second métatarsien aussi bien du grand diamètre de la diaphyse, comme du petit de la même. L'épiphyse supérieure du même métatarsien ne s'apprécie pas.

Les phalanges, phalangines, et phalangettes, du IIe. et IIe. doigt se sont fusionnées et apparaissent sous la forme d'un noyau très flou. Les phalanges du Ier., IVe. et Ve. doigt apparaissent très diminuées de volume, ainsi que leurs contours qui sont très peu nets.

Conclusion : Amputation congénitale incomplète des doigts du pied droit.

Reflexes : Triceps droit positif, gauche absent.

Rotuliens, achilléens, positifs, ainsi que les abdominaux supérieurs et inférieurs.

En investigant le réflexe plantaire droit, on observe qu'il se produit une vive extension de tout le moignon sur la jambe, et en insistant d'avantage celle-ci se flexionne sur la cuisse, et a son tour celle la sur l'abdomen. Le même phénomène se produit aussi clairement du côté gauche.

Electro-diagnostique (Dr. Marque) :

Facial gauche : Ne réagit pas avec 20 milliampères.

Muscle frontal : Ne réagit pas au courant faradique avec 12 milliampères; inversion de la formule normale. Remark.

Orbiculaire des paupières : Ne réagit pas au courant faradique avec 10 milliampères, inversion de la formule normale. Remark.

Orbiculaire des lèvres : Ne réagit pas au courant faradique avec 8 milliampères, inversion de la formule normale. Remark.

Carré du menton : Absence de contraction au courant faradique. Avec 8 milliampères inversion de la formule normale. Remark.

Le membre supérieur gauche ne présente que des modifications quantitatives traduites par une hypoexcitabilité galvanique et faradique sans inversion de la formule normale.

On ne discute plus ce que l'observation clinique enseigne généralement et c'est que en beaucoup bien de cas de Frénésie soit dans sa forme moins accusée, c'est à dire depuis le simple retard mental jusqu'au degré d'imbecilité ou d'idiotie

on peut mettre en évidence la syphilis chez les parents des enfants ou bien ses stigmates dans les mêmes.

D'autres fois, c'est uniquement une réaction de Bordet Wassermann positive chez la mère, le père, où chez le même enfant, qui permet d'affirmer la présence de la lues, manquant par conséquent, la série de symptômes caractéristiques qui sont considérés comme pathognomoniques.

En effet, c'est ce que nous observons chez A...

Premièrement un état d'adiposité généralisée, chez un enfant nourri exclusivement au sein, jusqu'à huit mois et pas suralimenté.

Un appareil génital caractérisé par la petite taille du pénis ainsi que des testicules, dont la palpation permet d'apprécier leur petit volume.

A cela s'ajoute, une diminution du périmètre céphalique, conjointement avec une ossification prématurée de la fontanelle, et un retard psychique caractérisé par le regard vague, sans la mobilité si expressive d'un enfant de huit mois, ainsi que le balbutiement si spécial et caractéristique, qui n'existe pas non plus chez lui.

En fin, il est incapable de s'incorporer seul au lit, et il reste tranquille dans la position qu'on lui donne. Combien est-il loin de la vivacité et de l'intranquillité d'un nourrisson!...

N'est-ce pas là, le tableau d'une Frenasthénie, avec troubles des glandes de sécrétion interne, spécialement de la thyroïde et de l'hypophyse et des testicules, attribuable comme il est logique de le supposer, à la syphilis que lui-même porte encore en activité, comme le démontre la lésion de la langue et des lèvres?

En ce qui concerne son syndrome obstétrical, il nous suffira de tenir compte des conditions exceptionnelles dans lesquelles l'accouchement se produisit.

Effectivement celui-ci eut une durée inusitée: trente sept heures en naissant A... fortement cyanotique avec deux cerceaux du cordon au cou nécessitant des manœuvres prolongées pour obtenir qu'il pleurât et qu'il respirât. Pour terminer plus rapidement l'accouchement une intervention manuelle et instrumentale fut nécessaire étant donné les conditions de souffrance dans lesquelles se trouvait le fœtus.

Les facteurs qui ont opéré sont donc multiples soit sépa-

rément, ou bien ensemble, c'est à dire celle du nerf facial et celle du plexus brachial. On peut invoquer ainsi depuis la simple compression du nerf et celle du plexus par la prolongation excessive de l'accouchement, j'usqu'aux manoeuvres manuelles mises en pratique pour obtenir un déboîtement rapide des épaules, auquel on doit ajouter l'action mécanique exercée des cuillères du forceps, étant donné que le nerf facial est relativement accessible à cette hauteur de la compression.

De là, notre façon de penser, que les facteurs qui sont entrés en jeu dans la production de la double lésion obstétricale, ont été multiples, bien que tous soient d'un ordre mécanique.

Nous trouvons la lésion héréditaire, caractérisée par une ulcération de la langue qui atteignit rapidement la grandeur d'une monnaie de vingt centimes de bords festonnés, endurcis, géographiques, que ne saignait pas peu profonde indolore blanche très légèrement jaunâtre. Conjointement une autre plus petite apparaissait sur la face inférieure de la langue, et une autre sur la partie interne de la lèvre inférieure. toutes deux avec des caractères identiques à ceux déjà cités.

Comme ces lésions nous attiraient l'attention nous sollicitâmes l'opinion du très distingué syphilographe de l'Hôpital des Enfants, le Dr. Pacifico Diaz, qui nous manifesta qu'il sagissait de lésions syphilitiques absolument typiques. La présence de la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang de la mère, ainsi que la splénomégalie constatée peu de temps après la naissance de l'enfant, ainsi que le très bon résultat obtenu sur l'évolution des ulcères par le sulfo-arsenol, donne encore plus de raison au bien fondé du diagnostic.

En ce qui concerne la mutilation que présente A... nous pouvons la considérer comme un des cas qu'on englobe dans la dénomination de "*Sillons et Amputations Congénitales*".

Nous savons le rôle prépondérant qu'exercent les brides amniotiques quand elles s'enroulent autour d'un membre on segment du même comme cause productrice des amputations spontanées comme le démontrait déjà Montgomery en 1832.

Par quel mécanisme l'amputation se produit-elle? D'après Kummel, elle serait due à la compression soutenue que produirait la gangrène, par la manque d'irrigation sanguine, en ajoutant que, vu que ces amputations se produisent pendant les dernier mois de la vie fœtale, quand il y a déjà ossification,

il lui semble difficile que de simples brides puissent sectionner un os.

Est-il possible, par l'examen de la région amputée d'affirmer qu'il s'agit d'une amputation congénitale, ou d'une détention du développement ?

Duplay soutient que quand on constate une cicatrice à l'extrémité du même avec des adhérences profondes, il s'agirait d'une amputation, Tandis que quand il existe un ou plusieurs appendices, même s'ils étaient très petits, cela indiquerait une détention du développement.

Nous nous inclinons dans notre observation à la considérer comme un cas d'amputation congénitale. Nous basant dans les caractères de la cicatrice le rudiment du petit doigt qui est resté, et l'évolution finale du processus pendant deux mois après la naissance, bien que cela ne soit pas d'accord avec ce que l'observation enseigne, peut s'expliquer du à ce que la compression a eu lieu bien tardivement, l'enfant étant né ainsi avec son processus d'élimination pas encore terminé, ce qui précisément ne rentre pas non plus, dans une détention de développement.

Il sagirait donc d'une mutilation, et non d'une monstruosité ou membre ectromielique car, comme le dit *J. Comby* en se référant au diagnostic: "*Ces extrémités qui manquent d'une façon irrégulière, ces sillons qui portent comme au hasard sur telle ou telle phalange sur tel ou tel doigt, l'absence de toute règle, de toute symétrie dans la distribution des lésions, montrent qu'il y a la une cause accidentelle ou traumatique qui a agi à l'avengle, brutalement sans obéir à aucune loi tératologique*".

À ce sujet notre observation présente un intérêt tout particulier, car elle soulève une question qui est la suivante: Sommes nous en présence d'un cas qui contribuerait à confirmer la thèse si ingénieuse de *Maladie ulcéreuse intra-utérine* soutenue avec talent par *Ombredanne* pour expliquer les Sillons et Amputations congénitales, ou bien la lésion qu'a présenté *Alberto*... en naissant doit elle être attribuée à la syphilis ?

En effet, comme dans l'observation de *Ombredanne* et *Lacassie* (1) nous avons assisté sous nos yeux à l'évolution d'une cancrène humide apirétique, mutilante, laquelle a fini par produire chez notre cas une amputation congénitale partielle du pied droit.

(1) *L. Ombredanne et Lacassie* in "Arch. des Maladies des Enfants", Avril 1930.

Reste la question de la syphilis: Sagirait-il de lésions phagédéniques, mutilantes^a du même origine que celles de la langue, gueries comme elles consécutivement au traitement par le sulfarsenol?

Cette difficulté du problème, justifie pleinement les conjétures faites pendant notre exposition.

Nous espérons que les hasards de la clinique, permettront un jour après avoir reuni de nombreuses observations de la sorte, et chez lesquelles la syphilis puisse être mise ou non hors de cause, de résoudre, le problème concernant l'origine de ce processus ulcereux, qui conduit a une amputation partielle où totale.

Semana de Nipiología e Higiene

CRONICA DE LAS SESIONES (1)

por el

Dr. Saúl I. Bettinotti

Secretario general

Desde el viernes 8 de agosto hasta el miércoles 13 del mismo mes se celebraron una serie de reuniones en el salón de grados de la Facultad de Ciencias Médicas. Fueron organizadas por las sociedades de Nipiología e Higiene, filiales de la A. M. A., presididas por los doctores Mamerto Acuña y Alberto Zwanck, respectivamente. Fué nombrado secretario general de la "Semana" el Dr. Saul I. Bettinotti.

Las instituciones que se dedican a la beneficencia así como las dependencias oficiales vinculadas a la higiene pública, fueron especialmente invitadas, habiendo enviado muchas de ellas, delegados. La Sociedad de Beneficencia de la Capital nombró delegados a los doctores Florencio Etcheverry Boneo, Arturo Zabala, Alfredo Larguía, Alberto Rodríguez Egaña, Samuel Madrid Páez, Julio G. Nogués, Alberto Peralta Ramos, Miguel Ibáñez Puiggari y Bonifacio Zabala.

La Dirección General de Escuelas de la Provincia de Buenos Aires, a los doctores Carlos S. Cometto, Juan José Beretervide, Martín Sempé, Lautaro Durañona y Ernesto S. Othaz.

El Museo Social Argentino, a los doctores Alberto Zwanck, Carlos de Arenaza, Germinal Rodríguez y Mercedes Rodríguez.

El Departamento Nacional de Higiene, a los doctores Florencio Bazán y Luis Siri.

La Dirección General de Higiene de la Provincia de Buenos Aires, a los doctores Carlos Carreño y Alberto Montes.

(1) Los trabajos completos se publicarán próximamente, en un boletín, acompañados de la versión taquigráfica de las discusiones.

Además manifestaron su adhesión la Sociedad Damas de Caridad de San Vicente de Paul, que preside la señora Alicia Zorraquín de Dorado, y la Asociación de Cantinas Maternales que preside la señora Julia E. de Martínez de Hoz. Se recibió la adhesión por cablegrama, calurosa y entusiasta, del profesor Ernesto Cacece, de Nápoles, creador y cultor entusiasta de la Nipiología.

Las reuniones se caracterizaron por lo calificado de la numerosa concurrencia que a ellas asistió, prestándole con su entusiasmo y asiduidad un brillo particular que se sumaba a la solemnidad que le prestaba el marco característico del salón de grados de la Facultad de Medicina.

Se cumplió en un todo el programa que consignamos a continuación:

Viernes 8 de agosto: Salón de grados de la Facultad de Ciencias Médicas. Córdoba 2182. A las 18 horas.

- 1°. Discurso de apertura, por el Presidente de la Sociedad de Nipiología y Profesor de Pedatría y Puericultura, Dr. Mamerto Acuña
- 2°. Nombramiento de presidentes honorarios.
- 3°. Relación a cargo del profesor honorario de la Facultad de Ciencias Médicas y Académico Dr. Gregorio Aráoz Alfaro: "Organización de la protección a la primera infancia" (conceptos directivos modernos).
- 4°. Discusión.

Sábado 9 de agosto: A las 18 horas. Salón de grados.

Conferencia del profesor Robert Debré, de la Facultad de Medicina de París, sobre el tema: "Resultado de las encuestas sobre las causas de la mortalidad infantil organizadas por la Sociedad de las Naciones.

Lunes 11 de agosto: A las 18 horas. Salón de grados.

- 1°. Relación a cargo de los Dres. Saúl I. Bettinotti y Pascual Cervini: "Condiciones de la leche que se expende en Buenos Aires".
- 2°. Relación a cargo del Dr. Germinal Rodríguez: "Plan de abastecimiento comunal, para la provisión de una leche higiénica".
- 3°. Discusión de las dos relaciones sobre el tema leche.

Martes 12 de agosto:

Instituto de Maternidad de la Sociedad de Beneficencia, Las Heras 2670, a las 18 horas: Conferencia del profesor Robert Debré sobre el tema: "Puericultura pre-natal".

Miércoles 13 de agosto: A las 18 horas. Salón de grados.

- 1°. Relación a cargo del profesor suplente de Higiene Dr. Alberto Zwanck: "El servicio social y la protección a la maternidad y a la primera infancia".

2°. Discusión.

3°. Discurso de clausura de la Semana de Nipiología e Higiene, a cargo del Presidente de la Sociedad de Higiene, profesor Alberto Zwanek.

Síntesis de la primera reunión

Asistieron al acto y fueron invitados a ocupar sitial de honor, el Decano de la Facultad Dr. Julio Iribarne, el Presidente de la Academia de Medicina Dr. Juan Carlos Navarro, el Presidente del Departamento Nacional de Higiene Dr. Manuel J. Battaglia.

Fueron nombrados Presidentes honorarios, los delegados del Comité de Higiene de la Liga de las Naciones, doctores O. W. Olsen y Robert Debré, y a los doctores Gregorio Aráoz Alfaro y Alberto Peralta Ramos.

El discurso de apertura estuvo a cargo del Dr. Mamerto Acuña, y que transcribimos a continuación:

Señoras y Señores:

Las Sociedades de Nipiología e Higiene, filiales de la Asociación Médica Argentina, han organizado lo que ha dado en llamarse la *semana nipiohigiénica*, con el propósito de considerar, con cierta amplitud, algunos aspectos relacionados a la protección y asistencia de la infancia en nuestro país.

Y si bien las entidades organizadoras de este certamen tienen programa propio que desarrollan en sus respectivas órbitas, no es menos verdad que en las aspiraciones y anhelos que persiguen tienen muchos puntos de contacto, así como propósitos coincidentes; de donde resulta que más de una finalidad acariciada se busca por iguales senderos, guiados por idéntica fe y esgrimiendo armas parecidas.

Es por el camino de la profilaxis, de la preservación, de la prevención, que ambas tratan de aminorar las causas médico-sociales que mantienen elevadas las cifras de morbilidad y mortalidad infantil.

La Sociedad de Nipiología aborda el estudio integral del niño de la primera edad, lo hace no sólo desde el punto de vista médico, ahondando en su patología, sino, y muy especialmente, bajo sus otros aspectos: sociológico, jurídico, puericultural, higiénico, etc., es de su resorte el niño enfermo y considera los medios de curarlo, pero su mayor campo de acción visa al sujeto sano o sin enfermedad ostensible, lo cual le permite considerar, entre otras, las desviaciones de su fisiología, de su desarrollo y crecimiento, descubriendo los factores complejos, mórbidos, sociales y económicos, que amenazan en todo momento su salud presente y futura, para señalar, finalmente, el camino a seguir, la terapéutica ■

aplicar, los remedios a arbitrar en salvaguardia de la infancia amenazada. Y en este dominio de la medicina social, de la higiene médico-social, nuestras aspiraciones son idénticas, aproximándonos en una coincidencia de propósitos que cristalizan a diario en un conjunto de medidas, disposiciones, leyes, obras, instituciones, en favor del niño en ese período frágil de su existencia.

Fueron esos los motivos, entre otros, que nos indujeron a preparar y organizar conjuntamente la semana nipiohigiénica, trayendo a la discusión pública, problemas de interés colectivo, que, por estar vinculados a la protección y preservación de la infancia, interesan por igual al médico y al sociólogo, al higienista, al legislador y al filántropo, al estado como al individuo y a la sociedad, y que, por referirse a la vida misma del niño, tocan de cerca a la defensa del capital humano en el período preciso de su eclosión, que es, cuando, por constituir las reservas futuras de un país, han de ser más solícitamente cuidados en su génesis, desarrollo y evolución, para asegurarle el máximo de salud, vigor y energías que habrán de exigírsele, cuando, ciudadano, haya de intervenir en las lides por la patria.

La infancia puede muy justamente compararse a un vivero de tiernas plantas: cuidadas, abonadas a tiempo, cada ejemplar alcanza un lozano desarrollo, el porvenir es promisor; pero mal cultivadas o desatendidas, su raigambre será pobre, el ramaje espinoso, el fruto amargo.

Intensifiquemos nuestros afanes en el cuidado de los niños, en el cultivo de esa frágil flor humana, símbolo de alegría, de pureza, de inocencia.

Señores: todos los pueblos del mundo civilizado asignan, en la hora presente, valor inapreciable a la entidad "niño". El estado ha comprendido que, en una amplia medida, su existencia y porvenir reposan en el vigor físico, intelectual y moral de sus hijos; atributos y cualidades que se incorporan a la raza, cuando se cuidan con esmero y dirigen con acierto los primeros balbuceos, en esa hora incierta y nebulosa que constituye la infancia, y cuando, sobre todo, se ha podido velar por su destino desde los albores de la gestación.

Las sociedades modernas asignan también importancia grande a la vida sana, higiénica del niño, realizada en un ambiente propicio, como factor decisivo en el destino de los pueblos.

Nuestro país, con la clara comprensión del momento, participa igualmente en el movimiento universal en favor del niño.

Numerosas instituciones, leyes, medidas de protección y de salvataje, buscan por distintos medios y en forma múltiple, preservarle, alejándole de los males que lo acechan constantemente, sobre todo en el medio humilde, donde la ignorancia y la miseria son aliados perpetuos en su contra.

Instituciones públicas y privadas, científicas unas, caritativas otras, dependientes del estado, de la comuna o de la filantropía privada, surgen por todas partes, rivalizando en el noble afán de aminorar las laeras que amenazan su débil organismo, y esforzándose en prepararle una infancia más sana, más feliz, más en armonía con su elevado destino.

Por lo que acabamos de manifestar, podría suponerse que en materia de protección y asistencia al niño, está todo hecho entre nosotros

y colmada la medida; no es, sin embargo, así, por más meritorios que sean los progresos realizados.

Las altas cifras de mortalidad infantil en el vasto territorio de nuestro país, nos denuncian ante propios y extraños. No debemos ocultarlo, antes bien, digamos claramente que centenares de niños mueren en la Argentina por faltarles, en el momento oportuno, con el calor materno, el alimento que la naturaleza les destinó o, más comúnmente, en la mayoría de las veces, por no haberse prodigado los cuidados previsores que le deben el estado y la sociedad. Fallece, pues, sobre todo en las provincias del Norte, un contingente grande de niños: de niños que pueden ser salvados. Esas vidas no deben perderse: constituye ello una justicia; además, las necesita el país, la sociedad, la familia. Son las reservas vivas de las naciones en marcha.

Las causas de esta alta mortalidad son bien conocidas para nuestro país; los médicos las hemos denunciado desde todas las tribunas, y se han estudiado y propuesto las medidas para combatirlas.

En diversas oportunidades, médicos, sociólogos, higienistas, las han expuesto con la debida amplitud y conocimiento. Y esta capital, tan pródiga en obras a favor del niño, se señala el camino a recorrer, para conseguir el descenso paulatino de las cifras de mortalidad elevadas en la mayoría de nuestras provincias.

Pero es que aún aquí, en la prodigiosa capital sudamericana, y no obstante los grandes progresos realizados en materia de asistencia y protección, no obstante la preocupación de los poderes públicos y comunales, de la sociedad en general y de la prensa calificada por mejorar las condiciones de vida de la población infantil; no obstante ese vasto andamiaje levantado para auxiliar al niño antes y después de su nacimiento, perdemos, todavía, muchas vidas, alrededor del 8 % en el primer año; cifra elocuente que nos dice que, si mucho se ha hecho, mucho queda aún por hacer para acercarnos a las cifras que detentan algunos pueblos de Europa, que han alcanzado al mínimo del 3 y 1/2 por ciento.

El Dr. Araújo Alfaro, con la alta autoridad que le da su dedicación y experiencia, estudiará en esta primera sesión, bajo sus múltiples aspectos, los diversos organismos de protección infantil y maternal; nos dirá lo que tenemos, los perfeccionamientos que pueden introducirse y lo que nos hace falta para completar la obra que el progreso reclama en la hora actual.

Como la defensa del niño pequeño está estrechamente vinculada a su alimentación, constituirá este punto otro de los temas a tratar. Y si bien en nuestro país va penetrando en la conciencia popular el postulado de un célebre puericultor francés, Pinard, según el cual "el corazón y el seno de una madre son irremplazables", y no obstante saberse que el mejor seguro de vida que puede ofrecerse a un recién nacido es la leche de madre, existirán siempre, por mucho que se haga, y por mucho que se llegue a progresar en este sentido, criaturas sometidas prematuramente a la alimentación artificial. Estudiar bajo sus múltiples aspectos las características de las leches que se expenden a diario en Buenos Aires, e indicar las condiciones que deberá llenar la destinada a la crianza del niño pequeño, será motivo de disertación de los doctores Cervini y Bettinotti.

Estudiar la higienización de la leche en relación a su fuente de producción y de consumo, tratar de armonizar, en un plan de abastecimiento comunal, las exigencias de la higiene con el interés de los productores e in-

dustriales, será la tarea del Dr. Germinal Rodríguez. La importancia del tema, a que va unida la autoridad del relator, ha despertado justificado interés entre nosotros.

Finalmente, el profesor Dr. Zwanck disertará sobre las ventajas del servicio social en la protección maternal e infantil, abordando el problema bajo su moderno aspecto. Se ha dicho que el Servicio Social es una ciencia y un arte que exige de quienes lo practiquen aptitudes y conocimientos especiales, fuera de una particular sensibilidad cultural. Nadie más indicado que el Dr. Zwanck para abordar con éxito problema médico social tan magno, por las proyecciones, que en nuestro medio, está destinado a tener en el futuro.

He aquí rápidamente bosquejados el motivo, el alcance y el programa de estas reuniones que hoy inauguramos bajo tan lisonjeros auspicios; su éxito parece descontarse dado el interés que los temas han despertado en todas partes y sobre todo por el apoyo moral que las autoridades universitarias le han prestado, compenetradas desde el primer momento de que los problemas que se traían a la discusión científica eran problemas de interés colectivo, que conciernen no sólo a pediatras y higienistas, sino también a legisladores, sociólogos industriales, filántropos, y permítaseme destacar entre ellos, por su espíritu de abnegación y de bondad, en esta oportunidad, a la mujer, cuya colaboración reclamamos desde esta tribuna, al tratarse de cuestiones relacionadas con la madre y el hijo: pues, como ya lo dijéramos en otra oportunidad, su corazón y su altruísmo son necesarios para la realización práctica de toda obra emprendida a favor de la infancia.

Pero este certamen, tiene, para nosotros, un motivo más de satisfacción. Nos proporcióna el honor muy grande y muy grato de tener en nuestro seno a dos destacadas personalidades europeas, miembros actuales de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, y que por encargo de ésta, investigan en Sud América las causas médico-sociales de la mortalidad infantil: me refiero a los profesores Debré y Olsen, de paso en Buenos Aires, que han sido especialmente invitados a participar en él. Su versación en los temas que serán abordados para aportar a la discusión la autoridad de sus opiniones. Me honro en transmitirles nuestro agradecimiento y nuestra bienvenida.

Antes de terminar y después de agradecer especialmente a las autoridades de la Facultad de Medicina, así como a la mesa directiva de la Asociación Médica Argentina, por el decidido apoyo que nos ha prestado, que me sea permitido augurar el más lisonjero éxito a la jornada nipo-higiénica, deseando que ella pueda constituir el punto de partida de una cruzada redentora en favor de la infancia desvalida de nuestro país.

Nuestro reconocimiento, también, a las altas autoridades universitarias y médicas, así como a las distinguidas damas, por haber querido prestigiar con su presencia la inauguración de este certamen científico.

Señores: al declarar inauguradas las sesiones de la *Semana de Nipología e Higiene*, recordemos, para inspirarnos en su espíritu, el postulado que sirve de divisa a la proclamación de Ginebra sobre los derechos del niño: "*la humanidad debe dar a la infancia lo que tiene de mejor*".

Comunicación del Prof. Gregorio Aráoz Alfaro

Ocupó en seguida la tribuna el doctor Gregorio Aráoz Alfaro, que, después de manifestar que es un deber elemental de previsión patriótica y de economía social salvar la vida del mayor número de niños, agregó que la experiencia de los últimos años ha demostrado que es posible en breve tiempo reducir la mortalidad infantil. Citó el índice de fallecimientos infantiles en distintos países y agregó que en la actualidad Buenos Aires registra un 68 por mil.

Se ocupó más adelante de la obra que realizan las instituciones de caridad que sostienen salas de maternidad y realizan una obra efectiva de protección a la infancia. También se refirió a la necesidad de mejorar y multiplicar los dispensarios de lactantes, las salas cunas y los asilos maternales, y de extender su acción a todo el país.

También se ocupó de las afecciones pulmonares en los niños y terminó señalando la conveniencia de crear un departamento técnico para dirigir, coordinar y orientar todos los servicios relacionados con la protección de los niños y las madres.

Finalizó el doctor Aráoz Alfaro su exposición, diciendo que el país debía de contar con una ley tutelar de la maternidad y de la infancia, permanentes y amplios, mediante la institución del seguro social y del seguro de maternidad.

Puestas a la consideración de la asamblea las conclusiones formuladas por el doctor Aráoz Alfaro, solicitó la palabra del doctor Alberto Zwanck, que expresó que deseaba destacar dos puntos del estudio que acababa de oírse, por considerarlos de capital importancia para el estudio del problema que se trataba: la protección del niño a través de la madre y el seguro de maternidad. Expresó que estas dos conclusiones debían ser ampliamente difundidas, para que el alto concepto de previsión social que ellas encierran pueda ser comprendido y apoyado en forma eficiente.

La moción del doctor Zwanck fué apoyada por unanimidad, encomendándose a la presidencia el cumplimiento de la misma. Seguidamente se levantó la sesión.

Síntesis de la segunda sesión

Abrió el acto, el doctor Mamerto Acuña, que hizo la presentación del doctor Debré, diciendo que este hombre de ciencia era uno de los representantes más caracterizados de la Escuela de Medicina de París, casa que ha sabido conservar a través del tiempo la supremacía de la claridad científica, de la precisión del concepto y de su constante renovación y progreso.

Agregó que nuestro huésped ha sido discípulo predilecto de grandes maestros, entre ellos Dieulafoy, Vidal, Grancher y Hutinel, de los cuales heredó el espíritu clínico y el amor al estudio, forjado en austeras disciplinas y en el esfuerzo que exige Francia a sus hombres de ciencia.

Disertación del profesor Debré.

Ocupó seguidamente la tribuna el profesor Debré, quien agradeció en primer término, las palabras del doctor Acuña, y agregó luego que los resultados de la encuesta sobre las causas de la mortalidad infantil hecha por la comisión de higiene de la Liga de las Naciones, en lo que se refiere a nuestro país, se debía a la obra realizada por el profesor doctor Gregorio Aráoz Alfaro, encargado por esa comisión de cumplir dicha misión.

Pasó seguidamente a ocuparse de los principales puntos contenidos en una encuesta que comprende a Francia, Alemania, Austria, Países Bajos, Noruega, Inglaterra e Italia sobre la mortalidad infantil, para subsanar las omisiones de las estadísticas oficiales y mediante la cual se estudiaron durante un año, en los distritos rurales y urbanos de los países nombrados, las causas de la muerte de cada niño.

Ese estudio, añadió, comprende una encuesta individual y una social, destinada a definir exactamente las causas de la muerte de los niños de menos de un año y de los que nacen muertos. Terminada esa tarea, la comisión de higiene de la Liga de las Naciones comprobó, por medio de los informes reunidos, que las causas determinantes de la mortalidad infantil, débil, mediana y fuerte, cualesquiera que fueran las regiones estudiadas, las costumbres y las diferentes organizaciones sanitarias, eran las mismas y su importancia igual.

Estudió más adelante las medidas que deben adoptarse para evitar que la muerte continúe ocasionando víctimas entre la población infantil y se refirió a continuación a los resultados de las encuestas realizadas en la Argentina, Uruguay, Chile y Brasil sobre el mismo problema y dijo que las conclusiones de estos trabajos llevarían, sin duda, a interesantes comprobaciones al ser comparados con los estudios realizados en los países europeos mencionados.

En Europa como en América, terminó diciendo el profesor Debré, la base de la lucha contra la mortalidad infantil se encuentra en la asistencia prenatal, en el ataque a los trastornos digestivos y a las enfermedades infecciosas de la primera edad.

Al finalizar su disertación, que fué seguida con evidente interés por el auditorio, el orador fué objeto de expresivas demostraciones. Seguidamente se dió por terminado el acto.

Síntesis de la tercera sesión

Condiciones de la leche que se expende en Buenos Aires

Dres. Saúl I. Bettinotti y Pascual Cervini

Los autores definen primero lo que se entiende actualmente por leche nutritiva e higiénica, estudian el proceso actual que sigue la leche desde su

ordeñe hasta el momento de su consumo y los métodos de que se vale la municipalidad de la Capital para efectuar la fiscalización y el decomiso de este producto.

Estiman que el procedimiento de fiscalización es deficiente. Que la leche que actualmente se consume en Buenos Aires es en su mayor parte mala, después de haber comentado los trabajos practicados en nuestro medio por varios autores que han examinado la leche de consumo desde el año 1922 hasta ahora, concordantes en un todo con el efectuado en el mes de julio por los comunicantes. Piensan que la solución del problema de la leche higiénica está en poner la vista en el sitio de la producción, favoreciendo al tambero que la produzca en las condiciones requeridas, recolección, refrigeración y transporte por usinas responsables, pasteurización y embotellado por las mismas, y distribución al consumidor en el mismo envase, y, por último, la prohibición de expendio de leche libre al menudeo.

No creen en la utilidad de lo que se llama leche "certificada". Dicen que es indispensable una enseñanza a base de propaganda pública para ilustrar al consumidor de la conveniencia de exigir leche higiénica, desde el punto de vista de su salud y de la economía.

Plan de abastecimiento comunal para la leche higiénica

por el

Dr. Germinal Rodríguez

Estudió el Dr. Rodríguez en primer término las ventajas e inconvenientes que la higienización de la leche tiene para la infancia llegando a la conclusión que al pediatra debe interesarle el abasto total de la leche de la ciudad desde que comercialmente ha sido un fracaso la ordenanza de leches certificadas dedicadas para la infancia. Después de analizar con todo detalle el problema que para la economía social plantea la proyectada higienización resumió su larga exposición en estas conclusiones:

1°. En materia de aprovisionamiento de leche hay que partir del axioma "que vale más una leche higiénica, que una leche higienizada".

2°. Que mientras los consumidores no alcancen a diferenciar que para la infancia necesitan una leche de calidad especial y que tendrán que pagarla como tal, será necesario considerar en su total el problema de aprovisionamiento de la leche sin hacer distinción de la destinada especialmente a la infancia.

3°. Que la pasteurización tiene un valer científico cuando es hecha con los siguientes complementos:

- a) Cuando es obtenida de animales sanos.
- b) Cuando es ordeñada en condiciones higiénicas.
- c) Cuando es filtrada previamente a su pasteurización.
- d) Cuando es pasteurizada dentro de las cuatro horas del ordeño.
- e) Cuando es refrigerada a 4 grados C. de inmediato a su calentamiento.
- g) Cuando se la mantiene a menos de 10 grados C. hasta el momento del consumo que no debe ser mayor de 24 horas.

La pasteurización sin estos requisitos complementarios *no tiene valor higiénico y sí sólo un valor comercial.*

4°. Que en consecuencia no queda más camino que el de crear Usinas de Leche o Refrigeración en la campaña misma y esto será una imposición por fuera de un radio de 60 kms. de la ciudad para poderse autorizar como abastecedor de la misma.

5°. Que de establecer Usinas de Leche hay que hacerlas con un concepto comercial tanto como higiénico, es decir, que puedan aprovechar la industrialización y comercialización de los subproductos.

6°. Donde no pueda instalarse una usina de leche, habrá que substituirlo por un Centro de Refrigeración en las zonas colocadas por fuera de los 60 kms. y en los cuales se clasifique la leche por su limpieza, contenido en grasa y rapidez en la entrega para luego ser filtrada y enfriada a 4 grados C.

7°. El problema de la leche higiénica es antes que nada un problema de educación; educación productiva para nuestros tambos; educación comercial para las usinas; educación higiénica para el pueblo.

8°. No puede haber adelanto higiénico en el abasto de la leche sin un ligero encarecimiento del producto. La seguridad hay que pagarla y la higiene de la leche gira alrededor de un eje económico y este encarecimiento debe aceptarlo la ciencia como un fenómeno normal y necesario.

9°. Para estimular la instalación de usinas habrá que enseñar al pueblo a consumir más leche y esta educación de economía doméstica deben hacerla en primer término las autoridades municipales.

10°. El municipio debe ir hasta el tambo para educar, inspeccionar y autorizar y es una falta higiénica la de limitarse a pescar los fraudes químicos que la leche puede sufrir. Para la higiene le importa más su tenor bacteriano.

11°. El municipio deberá financiar la adquisición de tierras y entregarlas a productores auténticos en condiciones de arriendo y con imposiciones de técnica productiva y deberá hacer con esos particulares empresas de Economía Mixta, sobre bases cooperativas, para la instalación de Usinas de Leche y Centros de Refrigeración para la higienización de la leche y comercialización de los subproductos.

12°. El municipio debe aspirar hoy, tanto en la parte científica como en la comercial, la implantación del sistema de abastecimiento que en leche tiene la ciudad de Manheim de Alemania.

Estas comunicaciones sobre el tema “Leche” dieron lugar a una interesante discusión.

Dr. Echegaray: Hace algunas consideraciones a propósito de los distintos procedimientos de pasteurización a alta y baja temperatura. No cree que sea posible la pasteurización rural.

Se refiere también a ciertos defectos que cree que existen a propósito de la enseñanza que se imparte en nuestra facultad, a propósito de los asuntos de discusión y especialmente cuanto se refiere a la leche como alimento infantil.

Dr. Berges: Hace la defensa de la pasteurización, creyendo que el comunicante Dr. Germinal Rodríguez, no ha defendido suficientemente este principio.

No cree que la pasteurización total encarezca el producto.

Cree que deben cumplirse ordenanzas adecuadas, y exigir que el tambero entregue la leche en condiciones bien especificadas. Solicita al Dr. Rodríguez que influya ante el Concejo Deliberante para las ordenanzas sobre “Higiene de la leche” se cumplan debidamente.

Dr. Garrahan: Quiere aclarar lo que él ha entendido como una inculpación hacia los que enseñan en la Facultad de Medicina, que creen, según manifestó el Dr. Echegaray, no tiene mayor importancia lo relativo a las condiciones higiénicas de la leche.

Dijo que el Dr. Echegaray estaba en un error, que la higienización de la leche es un problema fundamental, y que esto se le repite diariamente a los estudiantes, y que este asunto debe de ser separado del problema de los trastornos gastrointestinales y nutritivos de los niños pequeños, en los cuales la esencia es mucho más compleja, y no puede atribuirse exclusivamente a la higienización de la leche.

Dr. Moreno: Cree que el Dr. Rodríguez debe, como médico, higienista, y concejal presentar al Concejo Deliberante una ordenanza de Pasteurización obligatoria para la leche que se consume en Buenos Aires.

Dr. Escudero: Después de interpretar y resumir lo que a su juicio ha expresado el Dr. Rodríguez y que quizás no hubiese sido bien compren-

dido por el auditorio, pasa a definir lo que debe entenderse por pasteurización o higienización de la leche. "Obtención de un producto que desde el momento que se ordeña de la vaca, hasta el momento que es consumida, esté sometido a un proceso bien ligado entre sí, y que es imposible de separar, comparándolo, a cuando decimos en medicina que se opera asépticamente, no nos referimos solamente a qué el cirujano tenga sus manos estériles, sino que todos los tiempos que van desde la preparación de la gasa, hasta levantar al enfermo de la mesa de operaciones están supeditadas a una serie de reglas que no pueden precisarse sino en un solo término". Cree que el problema científico está solucionado.

Cree que debe educarse al consumidor a propósito de la energía alimenticia que adquiere.

Cree que el médico de adultos no tiene conocimientos de dietología suficientes, porque en nuestra Facultad no se enseña, haciendo excepción de los pediatras, obligados a hacerla por la naturaleza de la materia.

Y por fin que el problema es de orden nacional, y que este congreso debe emitir un voto acerca de la necesidad imperiosa de que a la brevedad posible todas las ciudades importantes de la república se provean de leche higienizada o pasteurizada.

Dr. Rodríguez: Contestando a los que intervinieron en la discusión manifestó que únicamente deseaba agregar que había confeccionado un plan o proyecto del cual tenía redactados 80 artículos.

Cree que la ordenanza actual está en desuso por ser demasiado sintética, que en dos líneas quiere resolver un vasto problema, y que el sentir del profesor Escudero ha sido exactamente el mismo, que él ha enunciado a propósito de la pasteurización.

Dr. Acuña: Propone que se nombre una comisión para que estudie las conclusiones a que llega el Dr. Germinal Rodríguez, y las exponga más tarde, y que ahora se aprueben ellas en general.

Dr. Berges: Apoya la indicación del profesor Acuña.

Dr. Escudero: Que la moción debe ser más amplia. Por lo pronto la parte científica viene a cuenta por ser asunto resuelto y la parte comercial no la puede resolver una comisión de doctores. Entonces que estas reuniones emitan un voto para conseguir para la ciudad de Buenos Aires, leche higiénica.

Dr. Echeagaray: Apoya la moción del profesor Escudero, y recuerda que existe una ordenanza para niños y enfermos, que fué sancionada por la Municipalidad, él es el autor conjuntamente con el Dr. Foster, y fué elevada previa aprobación por la Sociedad de Nipiología, pero fué modificada en tal forma que se hizo irrealizable.

Sr. Presidente Zwanzk: Orienta la discusión y se aprueban después de un cambio de ideas las mociones de los doctores Acuña y Escudero.

Síntesis de la cuarta reunión

Ocupó la tribuna el Prof. Zwanck a invitación del Presidente doctor Garrahan.

Tomó la palabra el Prof. Alberto Zwanck para ocuparse de "El servicio social y la protección a la maternidad y a la primera infancia".

Comenzó recordando cuáles habían sido las causas médicas que determinan la muerte de los niños en su primera infancia, puestas en evidencia por la reciente encuesta realizada por la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, y cómo esos factores se ven influenciados por las condiciones de orden económico y social en que viven los pueblos. Demostró que la importancia de estos últimos por sí solos justifican la organización de una intensa lucha para contrarrestarlos, ya que los de orden médico, en la mayoría de los casos, están supeditados a la situación económica y social de la familia. Removerlos, si fuera posible, o atenuar sus efectos es el fin del servicio social, el que definió siguiendo a Mary Richmond, como el conjunto de procedimientos tendientes a reajustar al individuo y a la familia con el medio en que vive. Habló luego de la asistencia pública y de la social, fijando su concepto y sus alcances. Estableció que es la última la realmente beneficiosa, desde que al investigar las causas del estado que se trata de remediar se llega al llamado diagnóstico social, al que sigue como consecuencia obligada el tratamiento social que trata de remover las causas comprobadas.

La segunda parte de la conferencia versó sobre las distintas formas de asistencia social.

La preparación del personal que ha de hacer el servicio social ocupó luego al orador.

El relato terminó con la aplicación de lo expuesto a la protección de la maternidad y de la infancia, formulando un voto para que tanto las instituciones públicas como las privadas utilicen las visitadoras y el asistente social en toda obra de protección de la madre y del niño.

La lectura de este trabajo dió lugar a una discusión amplia, en la que tomaron parte los doctores Alberto Peralta Ramos, Juan P. Garrahan, Ubaldo Fernández y otros.

Discurso de clausura, pronunciado por el Dr. Alberto Zwanck

Sus primeras palabras fueron de agradecimiento para aquellos que con su concurso entusiasta contribuyeron al éxito de la Semana de Nipiología e Higiene. Analizó en seguida los temas tratados en las tres reuniones y su importancia científica, pero más que todo su trascendencia social, afirmando que si bien en el campo de la ciencia ellos han llegado al estado de verdades indiscutibles, en cambio mucho queda que andar hasta que se hagan prácticas las conclusiones establecidas, traduciéndose en organismos médico-sociales fuertes y estables. Los ejemplos de lo hecho entre nosotros mis-

mos por iniciativa privada y por la municipalidad demuestran acabadamente la posibilidad de realizar una obra completa y coordinada en favor de la madre y el niño.

El Dr. Zwanck se refirió seguidamente a la obra educativa y de propaganda de los congresos y en tal sentido manifestó la satisfacción de la Semana de Nipiología e Higiene por la gran concurrencia de personas de silgnificación social que habían asistido a las sesiones y a la valiosa cooperación de la prensa en la difusión de las ideas que se habían expuesto.

Terminó su discurso el profesor Zwanck relatando una parábola del evangelio de Ramakrishna y formulando votos por que las próximas semanas nipiohigiénicas cuenten, como la que se clausura, con la colaboración y con el apoyo de la opinión pública.

Nutridos aplausos saludaron las palabras pronunciadas en forma tan elocuente por el presidente de la Semana de Nipiología e Higiene, finalizando con esto la labor de la misma.

Resoluciones aprobadas

Luego, y a propuesta de varios de los asambleístas, fueron aprobadas las siguientes resoluciones: nombrar una comisión para que estudie las conclusiones de los trabajos presentados por los doctores Germinal Rodríguez, Pascual Cervini y Saúl Bettinotti a propósito de la higienización de la leche, la que deberá expedirse en la primera reunión nipiohigiénica; dar un voto dirigido a los poderes públicos como una espiración de la Semana de Nipiología e Higiene, para que dicte una ley sobre higienización de la leche; un voto dirigido a los poderes públicos para que en todas las instituciones públicas y privadas de asistencia a la maternidad y a la infancia tengan visitadoras de higiene diplomadas por la Facultad de Ciencias Médicas; dirigirse a los poderes públicos para que se organice en todo el país, bajo una ley, la tutela de la maternidad y de la infancia, de acuerdo al plan presentado por el Dr. Aráoz Alfaro; dirigirse a los poderes comunales manifestándoles su complacencia por la iniciativa reciente de transformar las simples maternidades de asistencia al parto en institutos de maternidad, según el concepto moderno de asistencia y protección.

CRONICA

SEXTO CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Con el mayor éxito tuvo lugar en Lima el Sexto Congreso Panamericano del Niño, al que concurrieron delegaciones de todos los países de América, las que fueron portadoras de más de trescientos trabajos vinculados a la atención médica, social y educacional de la infancia.

Las sesiones tuvieron lugar del 4 al 11 de julio próximo pasado, con la asistencia, en la reunión inaugural, del entonces Presidente de la República, don Augusto B. Leguía.

Numerosos votos, que traducían otros tantos anhelos en pro del niño, fueron sancionados en las reuniones plenarias.

Las delegaciones extranjeras fueron objeto de las más cordiales demostraciones de simpatía, tanto de parte de las autoridades gubernativas, como de las del Congreso, del cuerpo médico y de la sociedad limeña en general.

Por último, se resolvió que el próximo Congreso tuviese su asiento en la ciudad de Méjico.

José M. Macera.

* * *

Con motivo de la reciente fundación de la Sociedad Peruana de Pediatría, entre ésta y su similar argentina se cambiaron las siguientes notas:

Lima, 12 de julio de 1930.

Señor Presidente de la Sociedad de Pediatría de la Argentina.

S. P.:

La Sociedad Peruana de Pediatría, ha rogado al Sr. Dr. Juan Carlos Navarro, Presidente de la Delegación Argentina al VI Congreso Panamericano del Niño, que tenga la bondad de llevar su mensaje de simpatía y la expresión de su deseo de intenso acercamiento cultural con la Sociedad que Vd. preside.

Reciba el señor Presidente y todos los miembros de esa Sociedad de Pediatría, las manifestaciones de nuestra más distinguida consideración.

Dios guarde a Vd. S. P.

Enrique León García, Presidente. — Z. A. Cárdenas Sinclair, Secretario.

Buenos Aires, agosto 29 de 1930.

Señor Presidente de la Sociedad Peruana de Pediatría,

DR. DON ENRIQUE LEÓN GARCÍA.

De manos del Sr. Dr. Juan Carlos Navarro, y en su sesión del 19 del actual, la Sociedad Argentina de Pediatría ha tenido el agrado de recibir la nota mediante la cual su similar peruana envía un mensaje de simpatía y formula votos por el acercamiento cultural de ambas entidades.

En nombre de la Sociedad que me honro en presidir, me es particularmente agradable expresar a Vd., y por su intermedio a los colegas del país hermano, la satisfacción que en su seno ha causado el saludo recibido, que esta institución se complace en retribuir cordialmente. Y en lo que respecta al acercamiento cultural, nuevo vínculo a crearse y afianzarse entre las dos sociedades, la de este país, coincidiendo en aquella finalidad con la del Perú, se hace un grato deber en iniciarlo remitiéndole la colección de los "Archivos Argentinos de Pediatría", su órgano oficial, cuyas columnas quedan a disposición de los miembros de la Sociedad Peruana de Pediatría.

Me es grato saludar al señor Presidente con mi mayor consideración.

Alfredo Casaubon, Presidente. — Alfio Puglisi, Secretario de Actas.

Sociedad Argentina de Pediatría

QUINTA SESION CIENTIFICA ORDINARIA

El *Dr. J. C. Navarro* pide la palabra para manifestar que, siendo Presidente de la Delegación Argentina al Congreso celebrado en Lima y habiendo asistido a la fundación de la Sociedad de Pediatría de Lima, traía de ésta un saludo afectuoso para la Sociedad Argentina de Pediatría y al mismo tiempo la notificación de su fundación. Serán agradecidos los saludos y se le enviarán las revistas por Secretaría.

Síndrome de hipertensión craneana curado con tratamiento antilúético

Dres. E. A. Beretervide y E. Delfino.—Se trata de un niño de 13 años, que después de una gripe con otitis, le aparecen intensas cefaleas, mareos, vómitos, visión poco nítida, marcha insegura y diplopia, en el fondo de ojo edema de ambas papilas. No hay signos meníngeos, ni Romberg. Ausencia de reflejos patelares y aquilianos. Bradicardia. Casoni, negativa. Von Pirquet, positiva. Wassermann, positiva en sangre; negativa en líquido cefalorraquídeo. Punción lumbar; tensión, 70 al Claude, 80 en los esfuerzos; citología y examen químico normal. Se hace tratamiento con Hg mejorando lentamente el enfermo. Después del tratamiento tiene 23 de tensión al Claude. Consideran los comunicantes que dada la evolución, debido al tratamiento, creen que el síndrome tenía por causa a la sífilis; que no se trataba de una forma meningítica, sino puramente hipertensión. Recalcan los autores, que no existe bibliografía nacional o extranjera en los últimos seis años.

Discusión: *Dr. Navarro.*—Cita haber visto un niño de cuatro años, con un cuadro parecido. El tratamiento específico por boca trajo una gran mejoría; meses después continuaba bien.

Dr. Elizalde.—Cita un caso similar, donde el tratamiento al parecer no actúa; tiempo después curó. Cree que es poco frecuente que el tratamiento específico sea benéfico, pues casi siempre es necesario hacer craneotomía decompresiva.

Dr. Casaubon.—Se ocupó en otra época de las meningitis serosas. En algunos casos observó que la hipertensión era debido a la sífilis, en otras no. Un caso, con Wassermann positiva que cura por el tratamiento; otro caso, era un niño de cinco años con cefaleas que pierde bruscamente la visión, mejora con la sola punción, Wassermann negativa; en otra observación desde hace tres meses tenía cefaleas, se le hicieron 18 punciones, todas con líquido normal, con tratamiento específico mejora la cefalea; fallece tiempo después de tuberculosis. Otra observación en un niño que desde hacía dos días tenía vómitos, Kernig, 0.95 de albúmina en el líquido cefalorraquídeo, mejora con la punción, Wassermann positiva débil; a los 12 días se cura, sin poder afirmar si fué la sífilis que ha provocado el cuadro. Otro caso con hipertensión y estigmas de sífilis, el tratamiento no pareció actuar.

Dr. Segers.—Cita un caso: niño con sífilis e hipertensión craneana, se le hace tratamiento y mejora para volver a tener varias recaídas que siempre han mejorado el síndrome. Desde hace tres años no le aparece.

Dr. Beretervide.—Afirma que su caso está curado por ahora, pero que persiste la duda de si era realmente específico. Recuerda también un niño renal, que hace una cefalea continua, se creyó que fuera provocada por su lesión renal, pero muere repentinamente y se encontró en la autopsia un edema del suelo del cuarto ventrículo, que invadía los pedúnculos cerebrales.

Septicemia gonocócica con localización laríngea

Dres. J. C. Navarro, E. Pueyrredón y P. de Elizalde.—Se trata de una niña de cinco años con vulvovaginitis gonocócica y que súbitamente tiene dolores en las cuatro extremidades, sin artritis, temperatura, edema, palidez, erupciones en el cuerpo, etc. Poco después le aparece disfonía y disfagia. Examinada por un especialista encuentra úlcera grande de la parte superior de la epiglotis y algunas pequeñas en las cuerdas vocales. Días después tenía un estado comatoso y fallece. En la necropsia se encuentra una condropericondritis del aritenoides y un pequeño absceso vecino provocado por gonococos. Tuvo también una artritis supurada a gonococos de la falange y falangeta. Se vió también en la autopsia una endoarteritis en especial en las válvulas aórticas.

Discusión: *Dr. Beretervide.*—Vió una niña de 13 años con un cuadro peritoneal con dolores generalizados, sin artritis y hasta rigidez de nuca. Le aparece una anexitis gonocócica y por vacuna cura completamente.

Pseudoartrosis congénita del cúbito curada con injerto a lo Chutro

Dres. Rivarola y R. Monteverde.—Muestran los autores interesantes radiografías en las que se ve típicamente una pseudoartrosis del cúbito. Se hace un injerto óseo cruzado a lo Chutro y tiempo después fué posible observar cómo se restablecía la articulación del codo,

Tratamiento quirúrgico de las secuelas graves de la poliomielitis en la extremidad inferior

Dr. Rodolfo Rivarola.—Cree el autor que la cirugía ortopédica, resuelve actualmente los problemas más graves de las parálisis poliomielíticas y des- tierra completamente las prótesis mecánicas y aparatos, y todo consiste en saber utilizar lo poco que queda en estos casos. Cita el caso de una niña de seis años, con parálisis infantil desde los dos años. A excepción de los múscu- los sartorio y tensor de la fascia lata, todos los demás están completamente atrofiados incluso los glúteos y el psoas. Imposibilidad absoluta de mantene- se en pie. Con estos dos solos músculos y merced a varias intervenciones quirúrgicas muy interesantes, se consiguió que la enferma caminara.

Nevus múltiples asociados a distrofias óseas localizadas

Dres. A. Casaubon y E. Chaet.—Se trata de un niño de 20 meses, bien desarrollado, con numerosas malformaciones cutáneas y óseas de origen con- génitas. Consistían en un gran linfangioma en la región pectoral izquierda, además numerosos angiomas desparramados por la piel. Tiene también mal- formaciones óseas, gran tamaño de la mano izquierda por hipertrofia del es- queleto óseo y de los tejidos blandos; macrodaetilia del anular e índice, des- viación de este último hacia su borde cubital. En la mano derecha el meta- carpiano y falange del dedo índice están muy desarrollados. Después de ex- tenderse en consideraciones de orden clínico y patogénico muestran fotogra- fías que ilustran el caso expuesto.

Discusión: *Dr. Rivarola.*—Dice que se asemeja mucho a la macrofilia y que propone que dicho trabajo lleve tal título.

Dr. Maróttoli.—Cita dos casos parecidos publicados por Chabrou en la "Revue d'Ortopédie" y cuya patogenia parece ser una hipertensión de ciertas partes que incita al mayor desarrollo.

Análisis de Revistas

G. MILIO.—*Observaciones estadístico-clínicas sobre los prematuros en los primeros días de la vida (Osservazioni statistico-cliniche sui prematuri nei primissimi giorni di vita)*. "La Pediatria", N.º 15, agosto 1.º de 1930.

CONCLUSIONES

1.º Partiendo de la comprobación que los niños con peso inferior a 2.500 grs. se comportan, aun cuando hayan nacido a término, tanto desde el punto de vista clínico como anatomopatológico, de modo completamente diverso a los niños de peso normal, considero más exacto, siguiendo el criterio de Ilppö, catalogar como inmaduros todos los niños con peso de nacimiento inferior a 2.500 grs.

Así se unifican los conceptos de prematurez y de inmadurez y hasta ahora usados indiferentemente, separándolos por completo de los conceptos de debilidad congénita o vital, los cuales, si a menudo constituyen un necesario y coexistente atributo de la inmadurez, no es raro que nada tengan que hacer con ésta.

2.º En la Clínica Obstétrica de Messina la frecuencia de los nacimientos con peso inferior a 2.500 grs. ha sido del 12.9 %.

3.º Las principales causas etiológicas que han determinado la inmadurez han sido en orden de frecuencia: las enfermedades renales (21 %), la gemelidad (16.2 %), las enfermedades uteroanexiales (16 %), la sífilis materna (11.6 %).

Siguen en importancia decreciente: las enfermedades infecciosas agudas, las cardiopatías, la tuberculosis, la anemia. En el 21 % de los casos no se ha logrado encontrar factor etiológico alguno capaz de explicar el nacimiento en el estado de inmadurez. Probablemente estos casos se ligan a anomalías de posición de los órganos que intervienen en el parto. No es posible reconocer por el peso de la placenta si el inmaduro es o no sano, como lo quieren algunos.

4.º La mortalidad de los inmaduros es bastante elevada en los primeros cinco días de la vida, durante los cuales cerca del 40 % mueren. La mortalidad es máxima en los niños con peso inferior a 1.000 grs. (100 %), mien-

tras en aquellos cuyo peso se aproxima á los 2.500 grs. se mantiene en los límites del 25 %.

Desde el punto de vista pronóstico, además del peso, tiene notable importancia conocer la causa determinante del parto prematuro. Los factores etiológicos que según nuestra estadística, importan un pronóstico más grave para la vida del inmaduro son las anomalías placentarias, la eclampsia y las enfermedades renales. En estos casos la mortalidad es máxima en las primeras 24 horas de vida, superadas las cuales las probabilidades de supervivencia aumentan mucho.

Alfredo Casaubon.

OMBREDANNE.—*Los estigmas congénitos posteriores del hombro (Les stigmates congénitaux postérieurs de l'épaule).* “La Presse Medicale”, 18 de junio de 1930, pág. 827.

Se basa su trabajo sobre cuatro casos de una anomalía singular, congénita, que le parece no haber sido aún señalada.

He aquí los caracteres de dicho estigma: sobre la cara posterior de la región del hombro, en un punto que corresponde exactamente a la extremidad posterior del borde externo del acromion existe de cada lado una foseta bilateral y simétrica por consecuencia. Esta foseta es más o menos excavada; a veces su fondo parece adherente en su profundidad. Cuando el sujeto eleva el brazo a nivel de la horizontal la foseta toma el aspecto de un surco a dirección vertical pero curva, en “coup d'ongle”, a concavidad externa; el borde interno del surco parece más saliente. Esta malformación congénita ha presentado un carácter, sea hereditario, sea familiar, que es casi constante.

En un caso existía además de la malformación, una atrofia del deltoides y crujidos en la articulación del hombro; en otra observación descubierta en forma fortuita se obtenía en el hombro abundantes y netos crujidos articulares.

El autor sostiene que los estigmas congénitos cutáneos infundibuliformes, no son raros en los niños y se acompañan a veces de otras malformaciones, tales como pseudoartrosis, ausencia de un hueso, etc.

El origen de estos estigmas ha sido relacionado a la existencia de una adherencia amniótica que se produciría durante la vida intrauterina.

El autor cree haber demostrado por qué la adherencia o brida amniótica no puede ser la causa mecánica de la lesión, sino que era una secuela evolutiva de la llamada “enfermedad ulcerosa intrauterina”.

Los estigmas cutáneos infundibuliformes y las malformaciones esqueléticas profundas presentando a menudo el mismo carácter de herencia podrían tener un origen común en un mismo proceso patológico, la enfermedad ulcerosa intrauterina, susceptible de interesar los tejidos a una profundidad variable, según los casos. Puesto que los estigmas señalados son bilaterales y simétricos, es poco probable que las ulceraciones causales hayan sido accidentales o por un proceso infeccioso; más verosimilmente estarían en relación a un origen circulatorio o trofoneurótico.

La moción cierta, dice el autor, que nosotros aportamos, son cuatro casos

de estigmas congénitos infundibuliformes, simétricos, retroescapulares, acompañándose o no de perturbaciones funcionales de la articulación subyacente.

O. R. Maróttoli.

A. AIMES y H. ESTOR.—*Sobre el origen tuberculoso de ciertas escafoïditis tarsianas (Sur l'origine tuberculeuse de certaines scaphoïditis tarsiennes)*. "Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'appareil moteur", tomo XVII, N.º 4, 1930, pág. 319.

La escafoïditis tarsiana de los niños o enfermedad de Köhler está actualmente bien estudiada en lo que se refiere a sus manifestaciones clínicas; el aspecto radiológico de la lesión es bien conocido (aplastamiento, opacificación del escafoïdes según un tipo homogéneo, o con un aspecto estriado, como fragmentado), pero en lo que concierne a la etiología es todavía bastante obscura, dando lugar a que se hayan emitido las más diversas hipótesis. Algunos autores creen que se trata de una osteomielitis atenuada, apoyándose en estudios histológicos precisos; otros asignan gran importancia al traumatismo o hablan de anomalías del desarrollo, etc.

Los autores, basándose en un trabajo de Massabrian y Marchand que afirman la existencia de escafoïditis tuberculosa, traen una observación que según ellos entraría dentro de esa categoría.

Se trata de una niña de trece años, con antecedentes bacilosos, que ha tenido una artritis fungosa en la rodilla derecha y que presenta actualmente un proceso en el dorso del pie, con dolores, tumefacción, imposibilidad de la marcha y que la radiografía muestra el escafoïdes muy opacificado irregularmente, como fragmentado. Además la niña ha tenido en dicho pie dos abscesos fríos que fueron evacuados por la punción.

Los autores afirman la escafoïditis tarsiana por el aspecto radiológico y el origen tuberculoso por los antecedentes y las colecciones purulentas frías.

Nosotros nos preguntamos, sin aceptar aún el concepto unicista de la escafoïditis de Köhler, si la observación de los autores corresponde a una enfermedad de Köhler o se trata de una osteitis tuberculosa localizada en el escafoïdes.

O. R. Maróttoli.

ROBERT DEBRE, HENRI BONNET y PIERRE JOANNON.—*Los fracasos de la sueroterapia antisarampionosa*. "Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades", Madrid, N.º 795, 1927.

En la actualidad los partidarios de la sueroimmunización antisarampionosa no tienen ya que insistir sobre los éxitos que han obtenido con ella; por el contrario, deben llamar la atención sobre los fracasos que han tenido, precisando sus causas, etc., a fin de que el método no sea injustamente criticado y se tomen las precauciones necesarias para evitarlos. Se ocupan los autores solamente del suero de convaleciente y no del de adultos que tuvieron sarampión en otro tiempo.

Recuerdan los autores los fines del método y los modos de acción del suero según la época en que se emplea, distinguiendo así: a), la sueroprevención absoluta: evitando el sarampión, evita que otros gérmenes engendren trastornos y lesiones con frecuencia graves y a veces mortales. Se provoca así una inmunidad pasajera; b), la sueroatenuación: busca una inmunidad más duradera, sin hacer abortar la enfermedad pero disminuyendo su intensidad. En lo que se refiere a la inmunidad por otros gérmenes a pesar de hallarse momentáneamente aumentada por el sarampión atenuado, lo está menos que en el sarampión natural. Por lo tanto, sólo hay que preferir la sueroatenuación a la sueroprevención absoluta si los riesgos de una infección sobreagregada son mínimos.

Empleando un suero activo a dosis convenientes, la obtención de una u otra forma de inmunización dependerá de la fecha de inyección; así, practicándola durante los cuatro primeros días de la incubación generalmente se obtendrá una prevención absoluta y excepcionalmente una atenuación. Si se practica la inyección durante el séptimo y octavo día, el resultado será a la inversa. Entre el cuarto y séptimo día de incubación las probabilidades de una y otra son iguales.

Distinguen los autores los fracasos parciales y completos de la suero profilaxis. Los primeros, los llaman así, cuando deseando obtener una forma se obtiene la otra, por ejemplo, buscando obtener una prevención absoluta se provoca una sueroatenuación, sin complicaciones. Los segundos, cuando no se modifica en nada el sarampión o bien a pesar de la sueroatenuación se producen complicaciones graves.

Entre las causas de los fracasos distinguen los autores cuatro factores, a), calidad del suero; b), dosis; c), estado de salud del receptor, y d), fecha de elección.

Un suero puede ser "malo" por ser pobre en inmunizinas (suero recogido antes o después del séptimo a noveno día de la convalecencia, época ésta en que es más rico en inmunizinas) o bien por haber destruido las mismas por la acción del calentamiento, conservación prolongada, etc.

La dosis variable en ciertas circunstancias más adelante se indican.

El estado del receptor hay que tenerlo en cuenta; por la acción de afecciones concomitantes, ciertos organismos utilizarán el suero imperfectamente, lo cual obligará, cuando se sospecha esa eventualidad, a aumentar la dosis del mismo.

Por último, la época de la inyección: todo suero inyectado alrededor del noveno o décimo día, su incubación carece de efecto.

No obstante en ciertos casos, tener presente y evitar todos estos factores, el fracaso puede producirse, no pudiendo explicarse el por qué del mismo. En este grupo puede incluirse según los autores del 1 al 2 % de los casos.

Al lado de todos estos fracasos, existen toda una serie de hechos cuyo carácter desagradable se relaciona con una mala apreciación de las indicaciones de la sueroatenuación.

A continuación los autores precisan las indicaciones de la sueroatenuación y la técnica que debe seguirse.

A este respecto la experiencia les permite llegar a las siguientes conclusiones:

- a) El suero debe tomarse del séptimo al noveno día de la convalecencia.
- b) No tomar enfermos en recidiva por considerarlos malos fabricantes de inmunizinas.
- c) No calentarlo a 56°; recogerlo asépticamente.
- d) Si es posible, mezclar varios sueros para uniformar el valor en inmunizinas.

e) Dosis normales; 1 c.c. por año de edad y nunca menos de 3 c.c. antes de los tres años. Desde los quince años conformarse con un máximo de 15 a 20 c.c.

Si se inyecta suero de un solo convaleciente, agrega media dosis más por si fuera poco rico en inmunizinas.

Si ha sido recogido más tarde del noveno día de la convalecencia, aumentar la dosis en un tercio o medio, o bien, doblarla, según el tiempo (15, 10, 20 días después).

Si el sujeto a proteger no goza de buena salud, doblar la dosis.

Indicaciones de la sueroprevención absoluta:

- a) Hasta los dos años.
- b) En una colectividad.
- c) En niños que presentan signos de una enfermedad aguda, convalecientes, raquitismo grave, anémicos, pequeños bacilosos, caquéticos; en general, basta que el niño esté débil o padezca de un estado febril inexplicado.
- d) En los operados o que deben someterse a una intervención.
- e) En los que viven en lugares insalubres.
- f) En la mujer embarazada.

Indicaciones de la sueroatenuación:

a) Pasados los dos años, en niños sanos, en medio higiénico y que corran el mínimo riesgo de una enfermedad asociada; es, por lo tanto, en el medio familiar donde está indicada principalmente.

b) En los que deben permanecer mucho tiempo en medios expuestos al contagio es preferible la sueroatenuación a condición de estar en buen estado general, evitando así que contraigan en otra oportunidad un sarampión grave; tales los hospitalizados por tuberculosis osteoarticulares, ganglionar, serosa, etc.

c) Ciertos lactantes que correrán el riesgo más adelante de un contagio grave, a condición de estar en buenas condiciones de salud, que el contaminado tenga un sarampión benigno y que el medio no sea insalubre.

d) Por último, la existencia de una cutirreacción tuberculínica positiva, en ausencia de todo signo de tuberculosis evolutiva, no les parece hoy en día a los autores, sea un motivo suficiente para no emplear este método.