
ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)

Hospital Pirovano
-----**El tortícolis del recién nacido**

por los doctores

Castelfort Lugones y Carlos Carreño

Jefe de servicio

Médico agregado

Tortícolis es una actitud viciosa del cuello y de la cabeza, que puede ser congénita o adquirida.

Por lo general, la cabeza se encuentra en rotación, flexión e inclinación lateral.

Esta actitud viciosa puede ser el resultado: de una lesión osteoarticular o muscular, de una contractura, de una retracción muscular o cutánea y en muy raras ocasiones de un defecto auditivo o visual.

Todo tortícolis es desde el punto de vista clínico equivalente a una escoliosis craneocervical. Los de origen óseo resultan de una lesión traumática o inflamatoria, siendo habitual que resulten de una osteitis bacilosa (mal de Pott).

Los tortícolis que se conocen como causados por una alteración funcional o anatómica del músculo esterno-cleido-mastoideo, son los más frecuentes.

Los agentes principales de la estática normal de la cabeza y del cuello, son los músculos escalenos y los esterno-cleido-mastoideos. Las alteraciones funcionales o anatómicas de los primeros pueden

también producir tortícolis y más excepcionalmente las del músculo trapecio, con una sintomatología especial. Los tortícolis producidos por alteraciones del músculo esterno-cleido-mastoideo son los más frecuentes.

Los tortícolis musculares son el resultado de una contractura o de una retracción. Los primeros, llamados dinámicos, se producen generalmente a causa de procesos inflamatorios vecinos: artritis, celulitis, adenitis, etc. Pero hay casos en los que el proceso inflamatorio se desarrolla en el músculo, al que llega directamente o por propagación.

Los producidos por una retracción muscular, reconocen una causa traumática o inflamatoria, que trae como consecuencia inevitable la transformación esclerosa del músculo y su acortamiento consecutivo.

Para Dieffenbach, el tortícolis es una afección congénita, que se produce en el claustro materno por causas desconocidas. Esta teoría imperó hasta que Stromayer (1838) describe como lesión inicial de todo tortícolis, un hematoma del músculo esterno-cleido-mastoideo como resultado de una distensión, contusión o ruptura del músculo producida en el momento del parto. El hematoma se reabsorbe en parte y se transforma en un nódulo de esclerosis intersticial, que invade el músculo y los tejidos vecinos (Mikulicz-Kader).

Los tortícolis así producidos serían obstétricos y no congénitos, como habitualmente se los designa.

Pero esta teoría es sólo aplicable a todos aquellos casos en que la lesión inicial visible es un hematoma de origen traumático.

Pero ocurre que un apreciable número de niños que vienen al mundo sin necesidad de maniobras violentas y aún de partos fisiológicos, presentan poco tiempo después del nacimiento una desviación lateral de la cabeza, que gradual y progresivamente adquiere todos los caracteres de un verdadero tortícolis, presentando en ocasiones hasta un nódulo duro, liso, indoloro, adherido al músculo esterno-cleido-mastoideo. Otras veces en el momento del parto se ha producido una lesión traumática con hematoma consecutivo y "a posteriori", se constata también en la biopsia o en la autopsia, una profunda degeneración en el músculo esterno-cleido-mastoideo, *del lado opuesto*.

Por otra parte, y como uno de nosotros ha tenido oportunidad de observarlo varias veces, no todos los hematomas traumáticos del

esterno-cleido-mastoideo traen como inevitable consecuencia un tortícolis.

Quiere decir, entonces, que la clásica teoría de Stromeyer no es aplicable a todos los casos de tortícolis y que el número de tortícolis congénitos es mayor que el aceptado generalmente.

Si el número de tortícolis congénitos figura en las estadísticas con cifras tan bajas, se debe a que en ellas sólo se mencionan los casos de deformidad extrema, pasando desapercibidos los casos con muy pequeñas lesiones, que se agravan con el crecimiento.

Petersen acepta el tortícolis congénito, que se produciría durante la vida intrauterina debido a la inclinación anormal de la cabeza en el claustro materno. Al aproximarse las inserciones del músculo, éste terminaría por acortarse.

Esta opinión es muy discutible y no puede aceptarse sin reservas. En efecto; las influencias mecánicas pueden, sin duda alguna, provocar actitudes viciosas que por lo general son transitorias. El crecimiento ulterior en libertad, generalmente las rectifica. Las influencias mecánicas en la patogenia de las afecciones congénitas tienen sólo un valor relativo y cuando actúan intervienen como factores secundarios.

Völcker, Beely y Kempf, sostienen que la posición viciosa y prolongada de la cabeza fetal en el claustro materno, ocasiona una compresión arterial, una isquemia, de la cual resultaría: primero, una contractura, luego una retracción. Esta opinión ha sido también aceptada por Nove - Jossierand y Viannay.

Reconocería este proceso la misma patogenia que la enfermedad isquémica de Volkmann, producida, para muchos, por lesión del nervio simpático perivascular. La posición viciosa de la cabeza determinaría un obstáculo en la circulación de la arteria esternomastoidea media, que irriga el cabo esternal del músculo y que es terminal.

Si bien es cierto que esta teoría seduce por lo anatómica y por la frecuencia de la presentación de nalga en los casos de tortícolis publicados, no es menos cierto que no tiene aplicación en los casos de tortícolis que se acompañan de otras distrofias congénitas, que son frecuentes (historia N.º 1), ni para aquellos en que no hubo traumatismo (parto espontáneo de vértice, como los tres nuestros y los por cesárea [Stern]).

Para Couvelaire, los tortícolis congénitos no son excepcionales, constatándose en el músculo esterno-cleido-mastoideo, lesiones con-

génitas, acompañadas o no de infiltraciones sanguíneas difusas, en relación etiológica con las dificultades de extracción fetal. Serían lesiones traumáticas, favorecidas por un estado patológico del músculo. Complicadas o no de lesiones traumáticas obstétricas, las lesiones congénitas del músculo sobran para explicar las modalidades clínicas del tortícolis congénito.

Pero dejemos las teorías para concretarnos al análisis de los estudios histopatológicos realizados hasta el presente, tratando de encontrar fundamento a una de ellas.

En la autopsia de 4 niños, pudo comprobar Couvelaire equimosis en el músculo esterno-cleido-mastoideo, uni o bilaterales, que interesaban sobre todo el cabo esternal. Uno solo de esos niños había sufrido un traumatismo obstétrico, a pesar de lo cual las lesiones eran idénticas en los 4 casos. En ellos existía una miositis intersticial, caracterizada por grupos nodulares y franjas de pequeñas células, situadas entre los haces musculares. La poca infiltración existente entre las fibras musculares, respondería a la pequeñez de la arteriola que acompaña a los pequeños troncos nerviosos. La infiltración es muy escasa alrededor de los grandes vasos, cuando existe. Los filetes nerviosos presentan un aumento de sus núcleos conjuntivos.

Estas lesiones se constatan donde hay equimosis como donde no existen. Y en los casos de equimosis unilaterales, también se las ha comprobado en el lado opuesto, donde el músculo tenía aspecto normal.

Las hemorragias se producen en los grandes espacios conjuntivos, pero secundariamente invaden los espacios intrafasciculares, disociando las fibras musculares.

Estos elementos presentan lesiones variables. En los focos equimóticos, abundante degeneración de Zenker.

Donde la degeneración falta, se nota una intensa proliferación de los núcleos y diversos grados de regresión celular. En los cortes transversales se observa una gran desigualdad de los diámetros de las fibras, que oscila entre 8 y 15 micrones.

Para Durante los caracteres histológicos de estas lesiones y sobre todo, las alteraciones vasculares, aún cuando diferentes a los gomas y a la miositis sifilítica clásica, habla en favor de la sífilis.

Durante y Couvelaire aceptan que el tortícolis muscular reconocen como causa una miositis y que los hematomas atribuidos a traumatismos obstétricos, dependen de lesiones anteriores de mio-

sitis. Que estos derrames sanguíneos cuando existen, se producen en músculos precedentemente alterados.

Los 4 casos descriptos por Durante concuerdan con esta opinión. En ellos las equimosis se producen en músculos ya alterados, en los cuales existían lesiones de miositis antigua.

En los casos estudiados por estos dos autores, las lesiones encontradas pueden sintetizarse diciendo que reproducen el tipo de lesiones denominada *degeneración de Zenker*.

Este tipo de degeneración cérica, descripto por Zenker, es producida por toxinas o sustancias tóxicas de diverso origen. Con relativa frecuencia se la ha comprobado en los músculos abdominales de los tifoideos, aun cuando también en músculos que han sido contusionados más o menos intensamente.

Al microscopio, se caracteriza: porque la parte contráctil se divide en bloques homogéneos, agrietados, redondos, grandes y pequeños, sin estriación y separados unos de los otros por espacios de ancho variable. Algunas veces alternan con estas formas, grandes extensiones de fibras sanas, colocadas entre las degeneradas. Por lo general, el sarcolema se encoge entre los bloques que lo estrangulan, tomando la forma de reloj de arena. Las porciones del músculo afectadas tienen un color amarillento, translúcido y de consistencia sólida, semejantes a la cera.

En nuestros dos casos existen en el músculo esterno-cleido-mastoideo lesiones semejantes, que por su naturaleza histopatológica, como por los antecedentes, concuerdan con los casos estudiados por Durante y Couvelaire, lo que nos permite aceptar la existencia de lesiones congénitas del *músculo sin la intervención de traumatismo alguno*.

Del estudio histopatológico de dos casos no podemos llegar a determinar la etiología de este tipo de degeneración muscular, que muy bien podría resultar la consecuencia de una infección, es decir, de una miositis.

Esta hipótesis ha sido aceptada por muchos observadores y, en efecto, hay hechos de positivo valor, que permiten admitir como posible esta etiología.

Oppenheim describe con el nombre de *myatomie*, una afección del recién nacido, caracterizada por hipotonía de los músculos de los miembros y del tronco, que puede llegar a la parálisis, y sin trastornos sensitivos. Las únicas lesiones comprobadas son: una

esclerosis muscular, con vasos rodeados de células y signos de regresión de las fibras musculares.

Erb y Goldflam, con el nombre de *myatonia*, han descripto una afección que parece tener relaciones con la precedente. Aparece en los adultos, interesa los músculos inervados por los pares bulbares, pero puede atacar los músculos de los miembros. Tiene como característica clínica una fatiga excesiva, que puede llegar hasta la paresia, sin trastornos sensitivos. Como en la *myastemie* los centros están indemnes, revelando sólo infiltración muscular en bandas o grupos de nódulos de pequeñas células, dispuestos alrededor de los pequeños vasos.

Las fibras musculares presentan algunas veces una ligera degeneración grasa y signos de regresión celular.

Anatomopatológicamente, ambas afecciones tienen como característica una miositis infecciosa, tal vez sifilítica.

Maternidad del Hospital Pirovano
(Director: Prof. Dr. Enrique A. Boero)

Año 1930. Historia N.º 137. C. C. de M., de 25 años de edad, argentina, quehaceres domésticos. Ingreso: 7 de febrero de 1930, a las 9 horas. Primigesta.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Sarampión y coqueluche.

Vientre globuloso. Utero ovoide, paredes tensas.

Presentación cefálica, hay encaje. Posición y variedad, O. I. I. A.

Auscultación, 140, normales

Pelvimetría externa: B. T., 34; B. I., 29; B. E., 26; S. P., 20.

Conformación pelviana: Normal.

Parto: Comienza el 6 de febrero, a las 22 horas.

Encajada, posición O. I. I. A. Dilatación completa, febrero 8 a las 12 horas. Duración del período de dilatación, 36 horas.

Roturas membranas: Tempestiva.

Líquido amniótico: Claro. Variedad en momento del desprendimiento: O. P.

Expulsión del feto: Febrero 8, a las 13 horas. Duración del período de expulsión: una hora.

Cantidad de sangre, durante y después hasta alumbramiento: Normal.

Lesiones vulvoperineales: No hubo. Duración total del parto: 37 horas.

Alumbramiento: Presentación de la placenta, cara fetal. Encaje a los 15 minutos, expulsión a los 20 minutos.

Cantidad de sangre perdida: Normal.

Anexos: Forma, circular; peso, 750 grs.; relación con el feto, 1 a 5; particularidades, ninguna.

Niño: Juan Antonio; estado físico, bueno; talla, 50 cms.; peso nacimiento, 3.600 grs.; circunferencia craneal, 33 cms.; modelaje, no hay; brote carnoso umbilical después de la caída del cordón (quinto día); tiene los siguientes diámetros cefálicos: O. M., 13; O. F., 12; S. O. B., 9.5; S. O. F., 10; Bi. P., 9.5; Bi. T., 8.5; S. M. B., 10.5.

Febrero 11: Llama la atención, además de criptorquidia, el pie bot talus derecho. Inflamación umbilical sin placas, sin supuración; no hay temperatura (37°). El pie ha sido vendado en posición correctora.

Diagnóstico materno: Embarazo a término, parto y puerperio normales.



Pie bot. Brote carnoso ombiligo del recién nacido.

Tratamiento: Tópico al nitrato de plata. Vendaje del pie.

Alta: Febrero 14 de 1930, a su pedido.

A los 15 días de edad, la madre lo trae porque nota un pequeño tumor del tamaño de un garbanzo, en el espesor del músculo esternocleido-mastoideo izquierdo, que ha aparecido recientemente, tumorcito colocado dentro de la vaina muscular, de consistencia elástica sin ser fluctuante y que no se desplaza con facilidad en ningún sentido. Por su ubicación, consistencia, falta de relación con los tejidos vecinos, se trata del llamado hematoma del esternocleido-mastoideo, sin ningún signo externo que haga presumir derrame sanguíneo por ruptura de fibras musculares y con la particularidad de presentarse en un niño nacido de parto espontáneo, de vértice.

Se le hicieron masajes bisemanales (12 en total), y el tumor tiende a desaparecer (1).

La actitud de la cabeza, que fué siempre de inclinación a la izquierda y rotación del mentón a la derecha, se ha modificado sensiblemente, mejorando, hasta tenerla casi derecha a los 4 meses, en que pesa 6.450 grs.

Maternidad del Hospital Pirovano

Año 1931. Historia N.º 141. E. M. de G., de 24 años de edad, casada, argentina, quehaceres domésticos. Ingreso: enero 21 de 1931, a las 11 horas.

Antecedentes hereditarios: Padre falleció de parálisis. Madre viva y sana. Seis hermanos vivos. Esposo sano.

Antecedentes personales: Nada anormal. Sarampión a los 7 años.

Embarazos: Primero, a término, intervención, feto muerto. Segundo, a término, parto espontáneo, feto vivo, sano, lactancia materna. Tercero, a término, es el actual.

Ligeros edemas en miembros inferiores; no hay várices.

Senos grandes; buena glándula, pezón bien conformado, hay calostro.

Vientre globuloso; útero lateralizado a la izquierda. Tensión paredes, elástica.

Hay encaje. Presentación cefálica.

Auscultación: Positiva a la izquierda, por debajo del ombligo.

Pelvimetría externa: B. T., 41; B. I., 35; B. E., 32; S. P., 24.

Conformación pelviana: Normal. Leucorrea amarilla.

Parto: Comenzo el 21 de enero a las 11 horas; variedad de posición, O. I. I. A. Dilatación completa a las 16 horas 50 minutos. Rotura membranas, precoz. Líquido amniótico, claro; variedad de posición en el momento del desprendimiento, O. P. Expulsión del feto a las 17 horas 30 minutos. Duración del período de expulsión, 40 minutos. Cantidad de sangre perdida, normal. Lesiones vulvoperineales, no hay. Duración total del parto, 6 horas 40 minutos.

Alumbramiento: Encaje a los 5 minutos. Extracción simple a los 20 minutos. Sin observaciones. Anexos: placenta, forma redondeada; peso, 700 grs. Relación feto, 1 a 6. Alteraciones: cotiledones separados por surcos profundos y abundante degeneraciones calcáreas.

Septiembre 15 de 1931: Reacción de Wassermann en la madre: Negativa (Dr. Franzani).

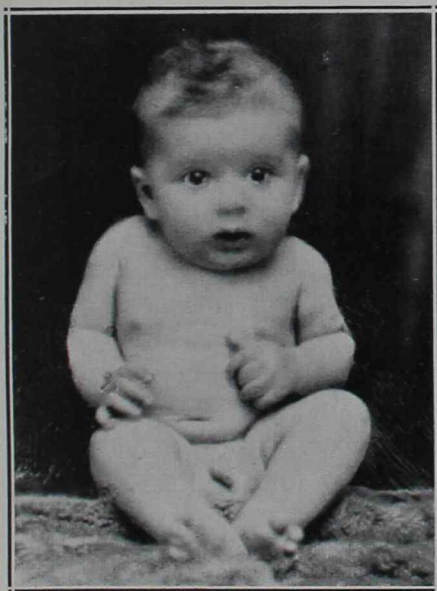
Niño: Alfonso, de estado físico bueno; peso de nacimiento, 4.150 grs.; talla, 53 cms.; tumor serosanguíneo en el parietal izquierdo, y con los siguientes diámetros de la cabeza: O. M., 13; O. F., 11.5; S. O. B., 9.5; S. O. F., 10; Bi. P., 9.; Bi. T., 8.5; S. M. B., 10.5. El niño nace con una circular de cordón.

(1) Los masajes tienden más bien a corregir la actitud cefálica, ya que son desaconsejados por Mouchet ("Presse Médicale", enero 1928).

Enero 22: Peso, 4.150 grs.; talla, 53 cms.; circunferencia cefálica, 37.5; circunferencia torácica, 36.5.

Piel dura y tensa, turgor aumentado, color rojo subido.

Cráneo: Fontanelas chicas, suturas consolidadas. Tonos cardíacos normales, no se palpa bazo. No se nota otra anomalía fuera del pie izquierdo, menos desarrollado a simple vista que el derecho. Parto de 6 horas de duración. Tercer hijo. De los anteriores, uno murió de ataques de eclampsia — según la madre —. El segundo nace con 2.250 grs. por el régimen alimenticio a que se somete a la madre, pero a los 6 meses pesaba 12 kgrs. Hoy tiene 5 años de edad y pesa 24 kgrs. (padre y madre grandes). Se nota pequeña hemorragia subconjuntival de ambos lados, en forma de un pequeño arco lineal de sangre roja, abrazando el iris.



A las 3 semanas la madre lo trae para hacer examinar una dureza del tamaño de una avellana, en el músculo esterno-cleido-mastoideo, haz esternal, que está dentro de la vaina del músculo. Indoloro, no se desplaza sino con el músculo mismo y no hace cuerpo con los tejidos supra-yacentes ni con la piel, que a su nivel es perfectamente normal. Es el conocido hematoma del esterno-cleido-mastoideo. El niño no presenta nada más anormal.

Intervención (Dr. Lugones): Se comprueba un nódulo duro, blanco grisáceo, de consistencia firme al corte y que no da sangre. Se extrae una pequeña porción del mismo; se sutura y 8 días después se sacan los puntos de la herida cicatrizada por primera.

Informe histopatológico del Prof. Ilambías. Inclusión 11.913. Preparado 28.809:

Hacia la periferia se encuentran bloques de tejido muscular en medio de tejido fasciculado.

En el tejido muscular unas fibras conservan todavía su estriación, mientras que otras se presentan como masas homogéneas, irregulares, con núcleos en la periferia, algunos núcleos muy grandes, abollonados y en otros lugares como formando células gigantes, por fusión de varios de ellos.

El tejido conjuntivo fasciculado contiene núcleos alargados, muy irregulares, que van hacia la pignosis; en ciertos puntos recuerdan estos haces la disposición de los nerviosos.

Hacia la parte central se observan algunos capilares, rodeados de células conjuntivas jóvenes, las que rodean los vasos de una manera irregular.

Maternidad del Hospital Pirovano

Año 1931. Historia N.º 983. T. I. de F., de 21 años de edad, española, primigesta.

Antecedentes hereditarios: Madre fallecida de ataque cardíaco. Padre vivo y sano. Cinco hermanos vivos y sanos.

Antecedentes fisiológicos y patológicos: Sin importancia.

Examen general: Sin particularidades.

Examen obstétrico: Idem.

Parto: Comienza el 7 de julio, a la 1 hora. Rotura membranas, tempestiva. Líquido amniótico, claro. Expulsión del Feto, a las 23 horas, 30 minutos.

Abundamiento: Presentación, cara fetal; expulsión, a los 25 minutos; cantidad de sangre, normal.

Placenta: Forma circular; peso, 600 grs.; ninguna particularidad.

Cotiledones oscuros de surcos profundos. Membranas completas.

Longitud: 28 y 12, respectivamente. Cordón: inserción lateral; longitud, 50 cms.

Diagnóstico: Embarazo a término, parto espontáneo.

Alta con su hijo el 16 de julio de 1931.

Niño: Alejandro Emilio; estado físico, bueno; talla, 50 cms.; peso de nacimiento, 3.600 grs.; 33 cms. de circunferencia craneal, sin modelaje y con los diámetros: O. M., 13.5; O. F., 13; S. O. B., 11; S. O. F., 13; Bi. P., 9; Bi. T., 8; S. M. B., 13. Desciende de peso el cuarto día a 3.100, y luego comienza a aumentarlo (3.200 el quinto día).

Alta el noveno día.

A las 3 semanas vuelve la madre, notando que el niño presenta: en la región lateral del cuello, un pequeño tumor, del tamaño de un garbanzo, liso, de consistencia firme, indoloro y que hace cuerpo con las fibras esternales del músculo esterno-cleido-mastoideo. La piel que lo recubre tiene aspecto normal y el tumor no adhiere a los planos adyacentes.

El niño presenta circulación colateral muy marcada en el tórax, cara anterior. Fontanela anterior, grande, de 4 cms. en ambos diámetros mayores.

Agosto 4: Peso, 3.200 grs.; talla, 51.5; circunferencia torácica, 32; circunferencia cefálica, 37. Reacción de Wassermann en la madre, negativa (Dr. Franzani).

Intervención: Anestesia general cloroetérea. Incisión vertical sobre el borde interno del músculo esterno-cleido-mastoideo, de unos 2 ½ cms. de extensión. Al descubrir al músculo se percibe: un nódulo del tamaño de un garbanzo, de aspecto y consistencia fibrosa, que hace cuerpo con las fibras musculares, las que tienen en la vecindad del nódulo una coloración blancogrisácea y están como soldadas unas con las otras. La vaina muscular hace parte integrante de este nódulo fibroso, que se continúa infiltrándose en el cuerpo carnoso del músculo. No existiendo plan de elivaje y para no producir una resección de todo el cuerpo muscular, se extirpa un trozo del nódulo, que al corte resulta totalmente fibroso e íntimamente adherido a la vaina, sin dar sangre. Se pone un punto de catgut, para aproximar los bordes de la hendidura que resulta de la resección parcial y se sutura la piel con erin. Apósito simple. A los 7 días se sacan los puntos; la herida cicatriza "per primam".

Agosto 29: Previa reactivación, una segunda Wassermann es negativa (Dr. Franzani).

Informe histopatológico del Prof. Dr. Mosto:

En los cortes del trozo de músculo fijado primeramente en formol al 10 % y luego en líquido de Dubos y Brasil, incluídos en parafina y coloreados con hematoxilina y eosina, se observan dos partes diferentes.

Una de ellas, con el músculo constituido por sus fibras que conservan

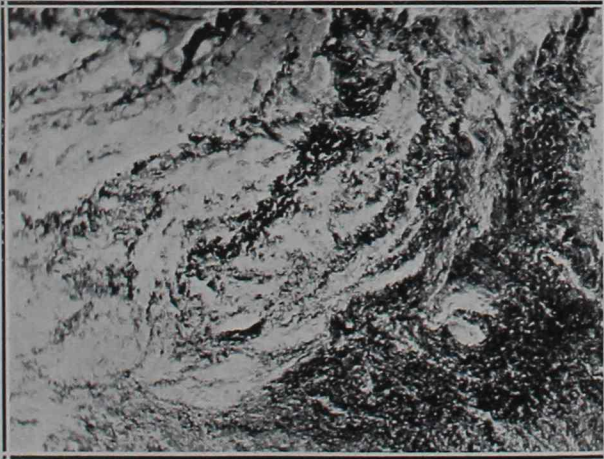


Figura 1

su estructura, y otra, con lesiones que modifican acentuadamente su aspecto, con una zona de lesiones de intensidad progresiva entre ambas.

En la porción del músculo donde las lesiones son más marcadas, ellas

pueden notarse tanto en las *fibras musculares* como en el *tejido conjuntivo intersticial*.

Este último se halla notablemente aumentado, constituido por grue-

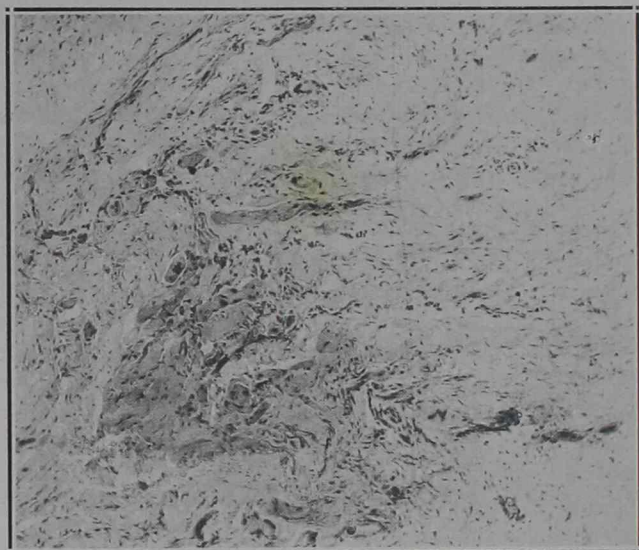


Figura 2

sas fibras y trabéculas, irregulares, orientadas en diversos sentidos, fuer-

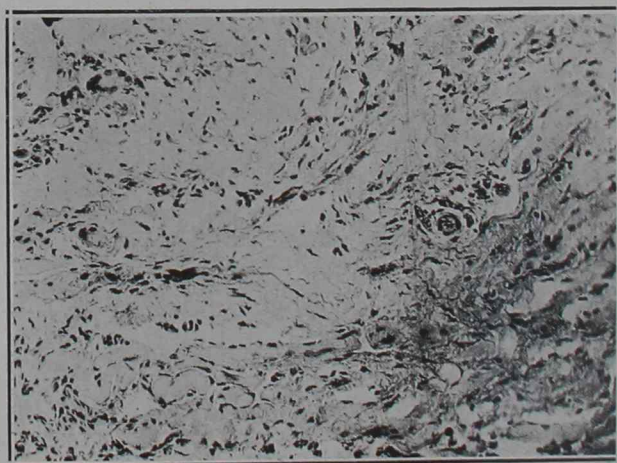


Figura 3

temente colágenas y que la picrofucsina de van Giesson tiñe intensamente de rojo (Fig. 1).

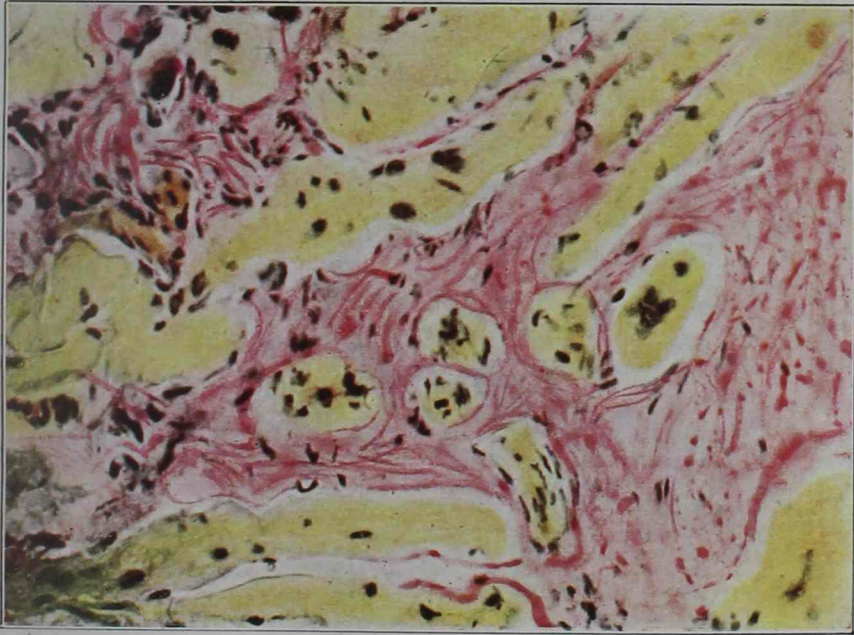


Figura 4

Las fibrillas conjuntivas que nacen alrededor de los vasos, formando como anillos se expanden y se extienden entre los fascículos musculares, a los que disocian y sustituyen en parte. El tejido colágeno disminuye en



Figura 5

cantidad y sus fibras son más delgadas a medida que avanza hacia la parte de músculo sano.

En las partes donde es mayor se observan restos de fibras muscula-

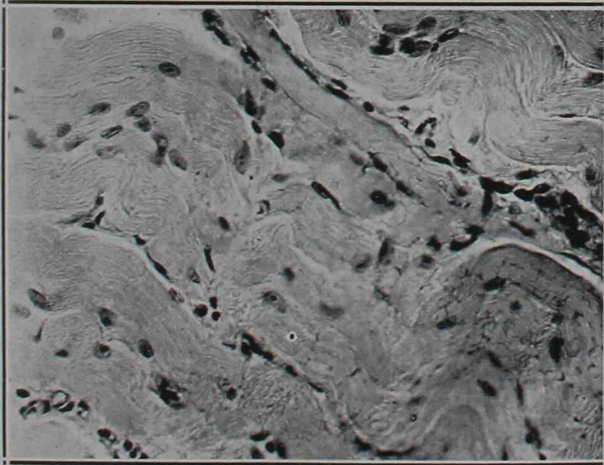


Figura 6

res, perdidas entre sus mallas, y segmentos de músculo, cortados por la hiperplasia conjuntiva (Fig. 2).

En gran parte, las fibras musculares han perdido su estriación (Figura 3), notándose zonas extensas de degeneración cética de Zenker (Fig. 4).

Teñidas por la hematoxilina fosfotúngstica de Mallori, las fibras musculares ofrecen, en partes, un aspecto fragmentado (Fig. 5).

A nivel de los extremos terminales de las fibras musculares, seccionadas por la proliferación conjuntiva, se hallan partes en regeneración con mioblastos con numerosos núcleos (Figs. 2 y 4). En la microfotografía (Fig. 3), se ve un mioblasto con núcleos periféricos, que se asemeja a una célula gigante.

En la parte del músculo situada lejos del foco fibroso (Fig. 6), se ven las fibras musculares conservando su estriación normal.

La *infiltración inflamatoria* es medianamente abundante y se acumula sobre todo alrededor de los pequeños vasos (Fig. 3), entre el tejido conjuntivo fibroso (Figs. 3 y 4), propagándose y disminuyendo entre las

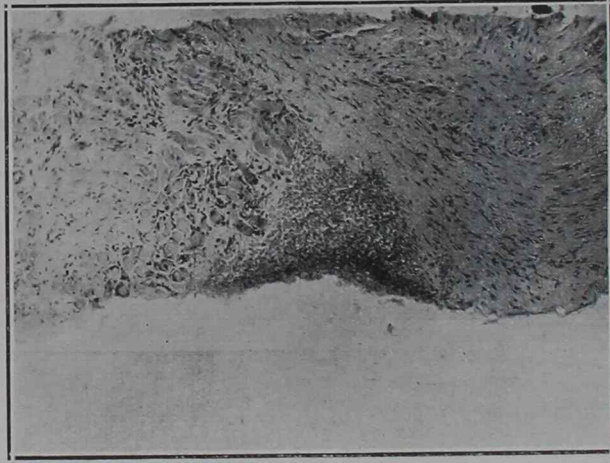


Figura 7

fibras musculares normales (Fig. 6). La forman linfocitos, pequeños mononucleares, algunos plasmazellen y muy escasos leucocitos polinucleares.

El endotelio de los vasos con inflamación a su alrededor, se encuentra tumefacto y obstruye parcialmente su luz vascular.

Los glóbulos rojos extravasados son escasos; se hallan en mayor cantidad en algunos pequeños focos hemorrágicos, en número de 2 ó 3, que se encuentran en toda la pequeña porción de músculo extirpado. La hemorragia la forman glóbulos rojos perfectamente conservados en su forma y contenido, lo que permite presumir que sea muy reciente y no guarde relación con lo avanzado del proceso de fibrosis. Parecen más bien debidas al acto quirúrgico de la biopsia.

En el corte transversal (Fig. 7), se ve muy bien la fibrosis con su infiltración que se propaga hacia el músculo y la hemorragia situada en uno de los bordes del corte.

Es de advertir que en este caso, el proceso inflamatorio domina sobre el proceso degenerativo muscular.

La infiltración celular y las lesiones endotelíticas permiten sostener la idea de una inflamación primitiva y se encuentra más apoyo en esta hipótesis, al observar el infiltrado que se extiende entre el músculo más o menos sano, y se puede descartar la suposición de una inflamación secundaria a la degeneración muscular, que constituye la llamada inflamación reparatoria de Weigert.

En cuanto a la naturaleza del agente causal de la inflamación, es muy difícil de encontrar. La sífilis no puede ser negada por las lesiones esclerosas y periarteriales, pero tampoco puede ser afirmada. Sería necesario comprobar espiroquetas, que no han sido investigadas en este caso.

En resumen: se puede clasificar la lesión como inflamatoria, de agente causal desconocido, miositis fibrosa con infiltración, lesiones arteriales y lesiones degenerativas del músculo asociadas a regeneración muscular.

Faltaría, pues, en los casos que describimos, el *traumatismo causal*: la ruptura muscular parcial, la formación del hematoma, que termina constituyendo una *miositis fibrosa traumática* (Mikulicz y Kader) y cuya organización fibrosa se acompaña de retracción del músculo, origen de la posición viciosa.

En nuestras observaciones, si bien el tortícolis recién pudo ser establecido a las pocas semanas de vida, los exámenes histológicos, en cambio, no han permitido reconocerles caracteres de hematoma.

La actitud viciosa intrauterina, acompañada de enfermedad del amnios con formación de bridas o poco líquido, podrían haber fijado la cabeza en actitud viciosa (Petersen). En la historia N.º 1 vemos que tal causa podría ser invocada, pues el tortícolis se acompaña de pie bot y ectopia testicular.

Pero discutiendo esta teoría hace notar Couvelaire que la posición viciosa intrauterina no puede ser la causa única, pues nunca ocurre que los niños que tuvieron en el claustro materno una posición de nalga incompleta, variedad nalgas, presenten después del parto sus miembros inferiores colocados como férulas delante del abdomen y del tórax.

En el estado particular del músculo es donde debe buscarse la causa de la miositis y las biopsias y anatomía patológica le han establecido así (Nove-Josserand, Paviot, Couvelaire), confirmadas en nuestros casos por Llambías y Mosto. Consiste en una miositis intersticial con degeneración cérea de Zenker, susceptible de terminar en esclerosis y retracción. La fibra muscular presenta una

estriación anormal y hasta placas granulosas, sin ninguna estría, o bien, presenta una alteración de los núcleos. Predomina la lesión sobre el haz esternal del músculo, pero ni está presente en todos los haces, ni en todas las fibras de cada haz.

Ni siquiera en los casos de Couvelaire, en los que la pieza proviene de niños fallecidos en seguida del parto, fué posible establecer rastros de hematoma.

Pero lo que es más particular aún, es que pudo comprobarse la misma lesión en músculos en los que la clínica no había mostrado ni induración ni posible hematoma.

La teoría isquémica o la de una infección hereditaria, en cuya interpretación no entraremos, nos parece más verosímil.

Sólo nos proponemos agregar algunos casos, que muestran la ausencia del traumatismo seguido de hematoma, provenientes de partos espontáneos, de vértice y de poca duración.

Por el contrario de los casos descriptos en la literatura médica, cuya regla es la presentación de nalgas, nuestros 3 casos lo son de vértice y agreguemos que se trata de partos espontáneos, que no necesitaron de intervención obstétrica, cuya duración total fué de: dilatación de 36 horas y 1 hora de expulsión, en el primer caso; de 6 horas 40 minutos en el total del parto, en el segundo, y un total de 23 horas, en el tercero. El traumatismo obstétrico de los casos de la literatura no está presente o por lo menos no puede ser invocado en forma válida en los nuestros, ya que no fué diferente del que sufre cualquier recién nacido que no presenta ulteriormente tortícolis. Con lo que debemos admitir que el traumatismo no puede ser considerado como lesión indispensable.

En aquéllos, los casos de tortícolis congénito, los niños no parecían ser sanos, aunque no presentaran traza alguna de enfermedad, como en el caso de Stern. En los nuestros, el peso de nacimiento, el desarrollo ulterior, la Wassermann negativa, no nos permiten confirmar estas vistas, pues los niños Alfonso y Alejandro no han presentado signo alguno y Juan Antonio un excelente estado si se prescinde de sus malformaciones (pie bot, criptorquidia) y con pesos de nacimiento de 3.600, 4.150 y 3.600 grs., respectivamente.

La sífilis que pudo sospecharse, no fué comprobada por la Reacción de Wassermann de la madre, que era negativa (historia N.º 2), aún después de reactivación (historia N.º 3).

La existencia del núcleo muscular fué comprobada por la ma-

dre en el curso del primer mes de vida del niño, sin signo exterior alguno que nos lo hiciera sospechar, hasta el alta de la madre, en los exámenes sistemáticos que realizamos de los recién nacidos en la Maternidad del Pirovano.

La lesión histológica comprobada en la primera biopsia (profesor Llambías) y la segunda (Prof. Mosto), muestra la identidad de las lesiones de degeneración, consistente en ataque de un número variable de fibras musculares, que terminan en el tipo de degeneración de Zenker, con hiperplasia conjuntiva más o menos acentuada.

Esta lesión muscular congénita, lesión esencial en el tortícolis congénito, no iba acompañado, por tratarse de partos espontáneos de vértice, de infiltración sanguínea difusa, en relación etiológica con los partos distócicos.

La teoría isquémica, emitida por Belly, que invoca una compresión excesiva del músculo, lo que obstaculiza su circulación (Volkman, Nové-Josserand), concilia la hipótesis del origen congénito con el origen adquirido del tortícolis.

Convelaire trató de averiguar por qué se encuentra en algunos casos una inflamación hereditaria y por qué en otros coexisten con el tortícolis otras malformaciones, hechos ambos que permiten suponer una causa más profunda de la lesión del esterno-cleido-mastoideo, sea una infección intrauterina, sea la sífilis (Durante).

En resumen: se acepta que el tortícolis congénito está bajo la dependencia de una lesión profunda del esterno-cleido-mastoideo, existente ya en la vida intrauterina (enfermedad infecciosa y particularmente la sífilis o una perturbación de la irrigación de los haces musculares). O bien la lesión se produciría en el momento del parto, favorecida por el estado patológico de la fibra.

Vemos entonces, que no puede desconocerse en algunos casos, la influencia del traumatismo obstétrico y el hematoma consiguiente, capaces, según algunos, de provocar el tortícolis obstétrico, pero esos son los menos de los casos. El hematoma no está siempre presente (partos espontáneos o por cesárea), ni siquiera con frecuencia, ni su influencia parece tan importante que justifique el designar toda la afección como hematoma del esterno-cleido-mastoideo.

Mucho más frecuentes son los casos que clínicamente se comprueban en el curso de las primeras semanas de la vida, en forma del conocido núcleo indurado, que histopatológicamente es una miositis fibrosa, congénita (?), sin hematoma, al progreso de cuya le-

sión se atribuye, en todo o en parte, el tortícolis de la primera infancia.

BIBLIOGRAFIA

1. *Henoch*.—Maladies des enfants, 1885.
 2. *Couvclaire*.—‘‘Rev. de Gin. et Obst.’’, 1910, p. 598.
 3. *Rocher*.—‘‘Rev. Gin. et Obst.’’, 1910, p. 155.
 4. *Durante*.—‘‘Soc. d’Obst. de París’’, 1912, tomo 9.
 5. *Mouchet*.—‘‘Presse Méd.’’, enero 1928.
 6. *Leblond - Dramez*.—These París, 1928.
-

Enfermedad celíaca

Infantilismo intestinal de Herter. Insuficiencia digestiva crónica del niño mayor de Heubner

por el

Dr. Arnaldo Rascovsky

Médico del Hospital de Niños
y del servicio de Niños del Hospital Alvear

Presento a la consideración de los Sres. médicos que me escuchan el presente caso, colocado nosológicamente dentro del cuadro clínico, de una enfermedad sumamente rara entre nosotros, dadas las condiciones raciales en que se presenta; pues la mayoría de los casos descritos en la bibliografía mundial, lo han sido en países anglosajones, especialmente en Inglaterra, E. Unidos y Alemania.

Fué descrito por vez primera en Edimburgo en el año 1888 por Samuel Gee (Saint - Barthol - Hosp. Reports) médico inglés, quien establece una clasificación de las diarreas, separando este cuadro y denominándolo "Enfermedad celíaca".

Posteriormente fué estudiado por algunos autores ingleses en especial Byron Branwell (Scott med. and Surg. Journ. 1904) que hace una descripción tanto más amplia y lo califica con el nombre de "Infantilismo pancreático"; y por Gibbons ("Edimb. Med. Journal" en 1889); Cheadle ("The Lancet" 1903) y alemanes Schütz "Jahrb für Kinderh" 1901 - 1905.

Pero es recién en 1908 y 1909 que Herter en Nueva York y Heubner "Jahrb für Kinderh" en Berlín, publican sendas monografías completas y crean una entidad aislada dándole el lugar que le corresponde en la patología de las enfermedades de la primera infancia.

Aunque la interpretación de Herter hoy no se admita, su mo-

no grafía constituye hasta hoy, una de las descripciones más completas de la enfermedad, a la que calificó de "Infantilitis no intestinal"; Heubner casi contemporáneamente la denomina "Insuficiencia digestiva crónica del niño mayor", haciendo una fundada crítica del trabajo de Herter y de la denominación de "infantilismo" que este le da ("Jahrbuch für Kinder Heilkunde", T. 70, página 667, 1909).

Posteriormente los trabajos se suceden con más frecuencia, siempre dentro de la rareza del cuadro; debiendo citar entonces los nombres de Schaap (Utrech), Robner, Bauman, Braun y Knäpfelmager; Comby, Marfan, Debenedetti, Oliaro y entre nosotros el trabajo del Prof. Bullrich, "Revista de la A. M. Argentina", tomo 28, año 18, pág. 303; y en Montevideo Merquío, Burghi y Etcheverri, "Boletín de la Sociedad Pediátrica de Montevideo", abril 1929, pág. 35, tomo 3.

Entraremos al estudio clínico de la enfermita para pasar luego a consideraciones posteriores.

L. W., cuatro años y medio, argentina.

Abuelo materno: Diabético Wasserman +.

Padre: Alemán, artrítico, neuropático.

Madre: Disendocrínica, neuropática. Un hijo nacido muerto, no hay abortos.

Antecedentes personales: Niña nacida a término, 3.800 gr., lactancia materna. Eutrófica, desarrollándose en perfectas condiciones durante su primer año, salvo un proceso diarreico agudo a los 6 meses. A los 10 meses comienza la alimentación mixta; pesa 9 kilos, leche de vaca, cocimientos; al año, puré de papas, sémola, quacker, tapioca, zapallo. Evolucionando bien hasta los quince meses en que comienza su trastorno después de un proceso gripal.

A los quince meses, es decir, en mayo de 1928, después de su proceso gripal, se niega a comer, admitiendo únicamente *leche*; esta anorexia se acompaña de vómitos cuando se la fuerza a comer y de un aumento progresivo de volumen neutral.

Contemporáneamente se empieza a notar, deposiciones claras, abundantes, pastosas, fétidas y con un brillo graso característico.

La niña que al año pesaba 10 kilos, pesa a los 18 meses, 9 kilos.

Se diagnostica entonces dispepsia; siendo tratada por un distinguido médico del Hospital de Niños, con leche de vaca, harina de arroz, extracto de Malta y rayos ultravioleta, sin constatarse ninguna mejoría, con oscilaciones diarias de peso que llegan a 100 grs. más o menos.

Solicita irse a Mar del Plata adonde pasa todo el verano, volviendo a insistir sobre una alimentación mixta con la que la enfermita mantiene su estado.

Así transcurre el año 1929 con intermitencias de anorexia y apetito voraz, delineándose recién los caracteres francos de orden neuropáticos y físicos que individualizan la enfermedad.

La niña entra en períodos de anorexia realmente extraordinarios, negándose a veces a ingerir más de 50 gr. de leche o cualquier otro alimento durante las 24 horas.

Este período que se suele prolongar sin término fijo, trae aparejada una acentuación de toda la sintomatología y entonces observamos un estado psíquico especial, con negativismo, intensa depresión, indiferencia a lo que la rodea, signos de intoxicación crónica enterógena, debilidad muscular, apatía, anemia, trastornos del carácter. Enorme distensión abdominal, constatándose radiológicamente una enorme dilatación cólica.

Disturbios digestivos con evacuaciones típicas, amorfas, desproporcionadamente abundantes, claras fétidas y una facies especial, denomi-



Niña cutrónica en su primer año de edad

nada facies celíaca o hábito de Herter, caracterizada por una expresión particular de su cara, pálida, redonda, no demacrada, con aspecto de sufrimiento, pereza, abandono y mal humor.

La estatura es escasa; contrastando con el enorme vientre, las extremidades delgadas, rodeadas de una piel seca y pálida. Estos signos que se acusan en este período anoréxico llamado por Heubner "catastrófico", pueden llevar a una crisis letalis por un proceso de caquexia de inanición.

Pero afortunadamente esto es lo excepcional, sobreviene generalmente, cuando la disminución de peso ha llegado al máximo y por consiguiente la deshidratación.

Cuando el estado de depresión físico y psíquico a llegado a su punto

culminante, he podido ver a esta enfermita con extremidades frías, pulso débil y raro, temperatura subnormal y respiración tipo Kusmaul, después de un descenso de 4 kilos en un período de un mes. Pesa entonces 8 kilos a fines de 1929, teniendo dos años y medio. Pero como decía afortunadamente sucede un período de mejoría extraordinario sin que podamos imputarlo a ninguna de las dietéticas instituidas, ni terapéuticas empleadas.

Preciso es confesar que la mejoría es espontánea, puesto que ni los regímenes albuminosos grasos o hidrocarbonados y la proporción variable de estos elementos combinados ni la terapéutica empleada hayan influido sobre esta evolución (sulfarsenol, materno hemoterapia, calcio, pancreol, jugo gástrico, bilis, mercurio). La evolución favorable es notablemente característica y tienen también sus signos propios.

A su anorexia sucede paulatinamente un período de hambre voraz que



llega hasta la bulimia. Algunos autores citan, sin que en este caso yo lo haya comprobado, verdaderas perversiones de gusto (Miller, niño que se comía las heces); pero en este caso el apetito se refería a un manjar determinado, que suele variar después de un período de predilección.

Así la niña puede comer, durante 10 ó 15 días, dulce de leche exclusivamente, llegando a cantidades fantásticas para su edad.

Arroz la he visto también comer en todas formas durante varios días; budín de arroz, torrijas de arroz, guiso de arroz, etc.

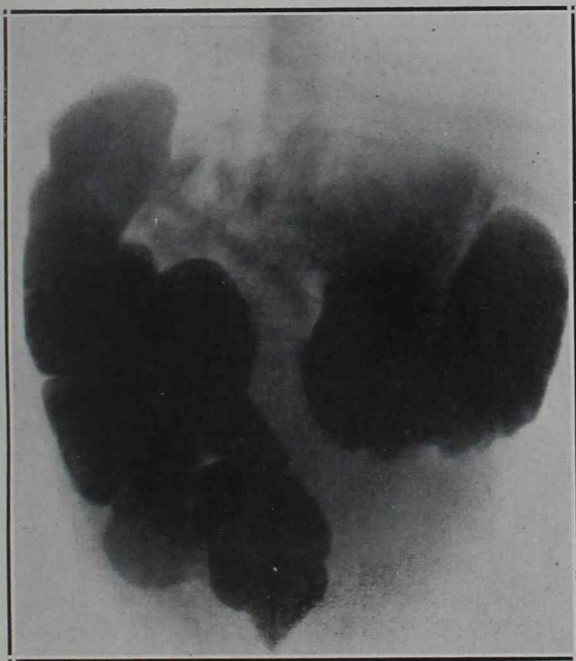
El carácter sufre igual evolución que su apetito y así la niñita muestra como quien sale de un estado inexplicable una inteligencia despierta y aun precoz con tendencias afectivas retornando a su vida normal.

No obstante, las características somáticas cuya representación más visible son su subnanismo relativo, su gran vientre y sus deposiciones, se mantienen para no fatigar al auditorio diré, que después del último proceso catastrófico de 1929, evolucionó bien hasta fines de 1930 en que cayó nuevamente en este estado en la forma más grave que hasta entonces había sufrido.

Pesando a los tres años y medio $8\frac{1}{2}$ y midiendo 82 cm.

Es de notar que en este período, a raíz de una angina sufrida, aparece un proceso nefrótico, como puede constatarlo los análisis de orina practicados y que adjunto.

Este proceso nefrótico curó bien, y hoy presento a la enferma en las mejores condiciones que ha llegado a estas hasta hoy, no obstante los signos que hacen el diagnóstico, están presentes; la evolución dirá si la en-



ferma está curada o no; ojalá no tenga que volver a presentarla ante el auditorio en estado negativo.

Examen parasitológico de materias fecales: El Dr. Daniel J. Greenway (h.) efectuó el análisis de la muestra que Vd. le remitió. No se encontraron parásitos. *Examen negativo.*

Habría que repetir el examen previo tratamiento de tres días con bilis.

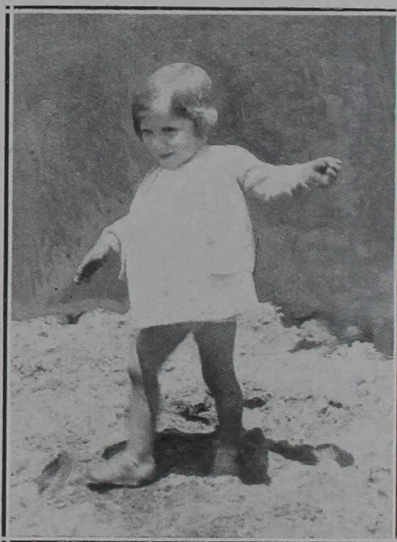
Examen químico de las materias fecales: El examen se ha efectuado sin previo régimen de Schmidt-Strasburger, a pedido del médico que conoce la dieta a que está sometida la enfermita.

Examen exterior macroscópico: Heces no moldeadas, pastosas, de color amarillo claro que por exposición al aire toman un color gris verdoso. No se observan estrías de mucus. No se observan restos alimenticios macroscópicamente visibles.

Presentan un aspecto poco compacto, aereado. No flotan en agua en la cual se disuelven muy poco y a la cual colorean débilmente. La suspensión en agua presenta un aspecto arcilloso. No se observan copos de mucus. No forman película grasa en la superficie. Olor aere y penetrante. No se observan cálculos (coprolitos).

Examen microscópico: No se observa tejido conjuntivo. Ausencia de fibras musculares. Escasos restos celulósicos. Escaso almidón. Apreciable cantidad de grasas neutras y de ácidos grasos. Muy escaso mucus. Ausencia de leucocitos y de hematíes.

Examen químico: Reacción al tornasol, ácida franca; ácidos grasos



volátiles (expresados en c.c. de hidróxido de sodio 0.1N), 3.1; amoníaco (expresado en c.c. de NH_3 0.1 N), 2.3; residuo seco, gramos por ciento, 21.8; agua, gramos por ciento, 78.2.-----

No se observa la presencia de albúminas solubles. Cantidad de mucina aparentemente normal. Las reacciones practicadas para estercobilina y estercobilinógeno han sido débilmente positivas. Ausencia de bilirubina. Las reacciones químicas para investigar la presencia de sangre no se afectuaron, dado el carácter de la dieta seguida.

Prueba de la putrefacción, negativa; prueba de la fermentación, débilmente positiva; fermentos, no se determinaron.

Examen bacteriológico: No se han efectuado cultivos. Sólo se han efectuado observaciones directas de algunos frotis obtenidos y coloreados según técnica de Weigert-Scherisch previa sedimentación según Strassburger. Se observa la presencia de una flora microbiana variada. Gram

positiva y Gram negativa en proporciones casi equivalentes. Muy escasos clostridios iodófilos. No se han efectuado investigaciones especiales para gérmenes patógenos (disenteria, tipoidea, etc.). Tampoco se ha investigado la presencia de bacilos ácido resistentes dado el carácter de la dieta instituída días antes de efectuar este examen.

Examen de orina: No se ha referido la diuresis de las 24 horas. Cantidad remitida 200 c.c. Orina de color amarillo ambar y de aspecto límpido. Sedimento muy escaso. Reacción ácida.

Densidad a 15°, 1.018.

Examen químico: Acidez total en $C^2O^4H^2$, gramos por mil, 1.40; sales amoniacaes, en NH^3 , gramos por mil, 1.30; cloruros en $CINa$, gramos por mil, 5.10; fosfatos en P^2O^5 , gramos por mil, 0.71; úrea, 19.21.

Prótidos: Albúmina, trazas; mucina, trazas; oxihemoglobina, no contiene.

Glúcidos: Glucosa, no contiene; levulosa, no contiene; lactosa, no contiene.

Cuerpos cetónicos: Acetona, vestigios; ácido acetoacético, no contiene; ácido betahidroxibutírico, trazas.

Bilis: Pigmentos biliares, no contiene; sales biliares, no contiene.

Indoxilo: Trazas.

Pigmentos escatólicos: Poca cantidad.

Urobilina: No se investigó debido a la pequeña cantidad de orina remitida.

Observación microscópica: Algunas células epiteliales planas. Algunos leucocitos aislados. Muy escasos cilindros hialinos.

En febrero del corriente año apareció como proceso intercurrente una nefrosis, con puerta de entrada amigdalina que evolucionó bien. Los análisis de orina practicados por el Dr. Ventura Morera dieron entonces albuminuria intensa, cilindruria, etc., en febrero 22, marzo 31, abril 1.º, abril 7, mayo 30 y en junio 30 estos elementos habían desaparecido.

Exámenes de sangre: Calcemia, contiene 10.2 miligramos por 100 c.c. de suero.

Glucemia: Contiene 1 gr. %.

Examen citológico: Glóbulos rojos, 3.900.000; glóbulos blancos, 8.800; hemoglobina, 65 %; relación globular, 1/443; valor globular, 0.83. Fórmula leucocitaria: Leucocitos neutrófilos, 65 %; basófilos, 0.50 %; linfocitos, 33 %; mononucleares, 1.50 %.

Reacción de Wassermann: Negativa.

DIAGNÓSTICO

Dentro de la obscuridad en que nos encontrábamos en las primeras fases de la enfermedad y a pesar de los diagnósticos establecidos por distinguidos profesores de la cátedra y de la escuela se creyó siempre en una peritonitis tuberculosa, diagnóstico que esta-

ba en oposición con 4 Mantoux practicadas con resultado negativo y 3 von Pirquet con idéntico resultado, la falta de temperatura a pesar de la observación minuciosa y la ausencia de signos de intoxicación bacilar.

El diagnóstico de enfermedad de Hirschprung quedaba descartado por las deposiciones y el examen radiológico.

La observación constante del enfermo, nos obligó a buscar en la bibliografía mundial y catalogarla dentro del cuadro descripto.

Marfan dice en "Le Nourrisson" 1929, pág. 321, que en los casos por él observados, estableció primero el diagnóstico de peritonitis tuberculosa y las razones anteriormente citadas son las que lo orientaron. El diagnóstico se basa por lo tanto, ante todo, en una observación minuciosa y constante del enfermo y en las pruebas de laboratorio que adjuntamos y en los caracteres que entramos a detallar.

- 1.º Retardo más o menos considerable del desarrollo somático.
- 2.º Signos de intoxicación enterógena (debilidad muscular, apatía, anemia, trastornos del carácter: indiferencia, irritabilidad, negativismo).
- 3.º Enorme distensión abdominal con timpanismo crónico.
- 4.º Disturbios digestivos con evacuaciones típicas amorfas, desproporcionalmente abundantes, claras y fétidas (similares a la diarrea de la Cochinchina).
- 5.º Persistencia del trastorno digestivo a pesar de la dietética que sólo produce modificaciones en los caracteres de las heces.
- 6.º Facies celíaca, hábito de Herter.

Entraremos a considerar cada uno de estos caracteres.

1.º *El retardo del desarrollo* ligado indudablemente, con las alteraciones de la asimilación, no es constante y así Schaap presenta un caso en que la talla era normal.

En el caso nuestro el subnanismo es evidente sin llegar a las proporciones que citan otros autores.

Hay alteraciones del esqueleto que en este caso hemos podido constatar a raíz de una fractura doble de tibia y peroné producida en 1930 a raíz de un traumatismo banal.

Otros autores citan estados raquíticos más acentuados y osteoporosis atribuibles a la hipofosfatemia propia en estos enfermos (Zanconi).

2.º *Signos de intoxicación crónica enterógena*: La fuerza muscular está considerablemente disminuída y una verdadera hipotrofia muscular que se nota sobre todo en los músculos de los miembros inferiores, músculos blandos, hipotónicos que hacen que la niña en sus estados de depresión intensa no pueda caminar.

Todavía podemos observar hoy en la enferma, la marcha de embarazada a que la ha obligado la necesidad de compensar el peso de su vientre con su escasa fuerza muscular.

Apatía, anemia, trastornos del carácter; indiferencia, irritabilidad, negativismo.

La niña durante sus estados críticos se niega en absoluto a hablar, suele permanecer en actitud contemplativa e indiferente a todas las sugestiones del medio que la rodea. Molestándole todas las atenciones y efusividades, que con ella se emplean, negándose a contestar a las personas más íntimas y a las preguntas más banales.

El análisis de sangre muestra un 65 % de hemoglobina; glóbulos rojos 3.900.000, es decir, una evidente anemia hipocrómica de donde su palidez.

El número de leucocitos es normal. En cuanto a la fórmula leucocitaria no ofrece interés.

Otras alteraciones de la sangre que no hemos podido constatar, es la disminución de la reserva alcalina y de los fosfatos.

La calcemia y la glicemia en nuestro caso son normales, Moncrief y Payne han constatado un aumento de los ácidos grasos en la sangre.

La *distensión abdominal* y los caracteres de las heces son los hechos más llamativos en el trastorno. El abdomen proeminente mostrando una intensa red venosa superficial con un timpanismo típico a la percusión suele adoptar dos caracteres; duro o blando, y modificaciones de su volumen que llegan a dar el cuadro de una pseudo ascitis.

Las radiografías que adjuntamos muestran un intestino sumamente dilatado y un signo descripto por Debenedetti, y que consiste en que el colón íliaco está formado de dos ansas en vez de una. Las heces más o menos numerosas 2, 3 ó 4; en gran cantidad de un color amarillo claro, con un brillo graso sumamente característico, son típicas.

Los autores que han visto, ya que para nosotros en una enfermedad exótica, las comparan con las de la diarrea alba de la In-

día (diarrea de Cochinquina Afta tropical o Sprue). Espumosas cuando la alimentación es farinácea; se tornan más clara cuando la alimentación grase se acentúa y mejora sobre todo, con alimentación albuminosa *predominante*.

Aparece en las heces un exceso característico de materias grasas. En los estados normales, éstas que constituyen el 25 % de residuo seco, llegan, según Marfan, al 50 y 70 % y más aun, alcanzando a encontrarse en las heces más grasas que las que el sujeto ha ingerido.

Este hecho ha servido para fundamentar una de las teorías patogénicas más aceptables. (Freise y Jahr).

Se encuentra además en las materias, granos de almidón e hidratos de carbono sin digerir. Los albuminoides son los mejor digeridos, sin que esto quiera decir que esta digestión sea normal. Las sales, calcio magnesia y fósforos se encuentran en gran cantidad en las materias fecales, de lo que se deriva una desmineralización que contribuye a detener el desarrollo óseo y que puede agravar un raquitismo preexistente o favorecer su evolución (Marfan "Le Nourrisson", 1929, pág. 330). Pero uno de los hechos que más ha llamado la atención a los primeros autores ha sido el desarrollo anormal de la flora microbiana.

Herter creyó que la retrogradación a la flora intestinal del lactante a pecho, sería la causa del trastorno. Según él, el bacilo bífido y un bacilo descrito por Kendall "El bacillus infantilis" serían la causa de una intoxicación enterógena que traerías aparejado el cuadro.

Otros autores se lo han atribuido a otros bacilos o a parásitos, hecho que en ninguna forma se ha demostrado.

Freise y Jhar han hecho una prueba interesante por medio del opio, demostrando que la travesía intestinal está acelerada.

Estos enfermos presentan una gran labilidad a la fijación del agua, lo que es evidente aun en los períodos de mejoría por la gran sed y la tendencia a los edemas.

En los períodos críticos este desequilibrio está exaltado al máximo de donde se explica las grandes oscilaciones de peso.

La evolución es muy irregular y la muerte suele sobrevenir o por caquexia de inanición, enfermedades intercurrentes, por tetania y hay cuatro casos descritos, uno de ellos entre nosotros, asociados con diabetes.

PATOGENIA.—Muchísimas teorías, casi tantas como autores, se han expuesto para explicar la causa del trastorno que nos ocupa, por lo que pasaré a resumir las más aceptables.

Samuel Gee, Branwel, Chcadle y Van Praet creen en una insuficiencia pancreática y hepática.

Herter, Stooss, Freman, abogan por un predominio de la flora del lactante y con una acción de intoxicación intestinal consecuente.

Mader, Freise y Jahr explican el proceso como un síndrome vagotónico con lientería.

Me Harrison, Steman; avitaminosis. Still; estado inflamatorio crónico de la mucosa entérica.

Miller, insuficiencia de la secreción biliar y trastorno del metabolismo graso.

Gotthe, disentería.

Comby, toxi-infecciones a repetición.

Langstein cree en un juego conspícuo de las variaciones de tono del sistema neuro vegetativo, influido por causas varias; nutrición inadecuada, toxi-infecciones y tratamiento psíquico que no corresponden a la individualidad del niño y por fin la teoría de Moncrieff y Payne que creen en una lipenua exagerada que han constatado y que explicaría el cuadro por trastorno del metabolismo graso.

TRATAMIENTO.—Al encarar el tratamiento dietético debemos considerar la dificultad con que se encuentra el médico para imponer un régimen en un enfermo con un fondo neuropático tan intenso, pero hay reglas generales que es forzoso adoptar, suspensión de las grasas, ya que son las menos toleradas y tratar de administrar la mayor cantidad de calorías posibles en proteínas e hidratos de carbono y de acuerdo a la evolución del enfermo se irá aumentando la cantidad de estos últimos pudiendo agregarse una mínima proporción de grasas.

Indudablemente esta dietética deberá modificarse de acuerdo con los caracteres de fermentación o putrefacción de las heces, disminuyendo los hidratos de carbono en las primeras o las proteínas en las segundas.

Heubner aconseja en los trastornos precoces y cuando ello es posible, retornar a la leche de pecho.

Mader aconseja en su defecto recurrir a la leche de burra por su pobreza en grasas.

Haas recomienda un régimen de bananas, con las que ha obtenido buenos resultados.

Por supuesto que habrá que combatir la avitaminosis en caso de presentarse por las vitaminas conocidas y los rayos ultravioleta.

Investigando el fondo específico se instituirá el tratamiento adecuado.

La gran desmineralización sufrida nos hará subsanar el déficit en lo que a las sales se refiere.

Los autores en general, y de acuerdo a las teorías patogénicas sentadas por cada uno de ellos han instituído los correspondientes tratamientos a saber: bilis, extracto pancreático, atropina, etc.

Los estados agudos que se presentaran en el curso de la enfermedad deberán ser sometidos al tratamiento sintomático correspondiente.

BIBLIOGRAFÍA

- Samuel Gee.*—On the coeliac affection. "St. Barthol. Hosp. Reports", 1888.
- B. Bramwell.*—Caso de infantilismo. Soc. Med. Chir. d'Edimburg, 1923; "Scott. Med. and Surg. Journ'", 1904
- Cheadle.*—De l'acholie. "The Lancet", 1903.
- Herter.*—Ueber Intestinalis Infantilismus Traduc. "Deutsche", 1909, Berlín.
- O. Heubner.*—Sobre una insuficiencia digestiva grave, en el niño, después del período de la lactancia. "Jahrb. für Kinderh.", 1909, LXX, 6.
- Knöpfelmacher.*—Infantilismo tipo Herter. "Wiener Mediz. Woch'", 30 enero 1926, N.º 5.
- Reg. Miller.*—Celiac Disease. "British Journ. of Child. Dis.", 1921, N.º 2, ibid, abril 1928, p. 119.
- Morquio.*—"Boletín de la Sociedad de Pediatría de Montevideo", abril de 1929, p. 37.
- L. Schaap.*—Enfermedad celiaca. "Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition", octubre 1926, N.º 8.
- R. Schutz.*—Diarrea dispéptica crónica y su tratamiento. "Samml. Klin. Vorträge von Volkmann", 1901, N.º 318.
- Mader.*—La insuficiencia digestiva idiopática. "Deutsche Med. Woch.", 9 mayo 1924.
- Marfan.*—"Journal des Practiciens", 3 septiembre 1927, p. 577; "Soc. Pédiatrie de París", 21 mayo 1929, p. 263.
- Bullrich.*—Crítica al infantilismo pancreático de Byron Bramwell. "Revista de la Asoc. Méd. Arg.", 1918, tomo 28, p. 303.

Síndrome tubero-ífundíbulo-hipofisario

por los doctores

José María Macera

Docente libre de Clínica Pediátrica
y Puericultura
Jefe del servicio

y

Francisco L. Fernández

Médico agregado

Paula C., de 10 años de edad, argentina.

Antecedentes hereditarios: Abuela paterna falleció de parálisis, siendo muy anciana. La abuela materna, al mes de casada y a raíz de un traumatismo psíquico (susto) pierde la razón por espacio de un mes, curando bien en su casa. Después de ello no tuvo nada de importancia. Padre vivo y sano. Madre viva, ha tenido 4 abortos espontáneos. Tuvo 4 hijos, uno de los cuales nace con 6 dedos y fallece por septicemia al querer la partera amputar el dedo supernumerario de la mano. Ambos padres sin taras neuropáticas.

Antecedentes personales: Nacida a término. Lactancia materna hasta los 2 años, luego alimentación mixta. Dentición a los 7 meses. Deambulación a los 9 meses. Al año y medio, coqueluche. A los 3 años, sarampión. A los 3 1/2 años, un impétigo generalizado que por reinfecciones sucesivas dura largo tiempo. Gripe a repetición, sobre todo en invierno.

Enfermedad actual: Hace aproximadamente 17 meses que la madre comienza a notar que la niña se queja de cefaleas, sobre todo nocturnas, siendo las cefaleas fronto-occipitales. Hay temporadas de acalmia en que la niña pasa hasta un mes sin cefaleas. La madre nota también dificultad en el entendimiento (retardo psíquico). Se levanta 2 ó 3 veces de noche para orinar, a pesar de que durante el día orina repetidas veces, siendo de abundante cantidad. Hace 3 meses que la madre nota en la enferma la aparición de una tumoración en el abdomen, localizada en la región periumbilical, que al comienzo pequeña, aumenta poco a poco hasta llegar al tamaño actual. Desde hace un mes la enferma comienza a tener mucho apetito; termina de comer a las 12 y 30 y a las 13 y 30 pide de comer nuevamente. Durante el día come a cada rato. Al mismo tiempo tiene mucha sed (en la escuela toma 3 vasos de agua por recreo, es decir, 9 vasos de agua en 3 1/2 horas). Desde hace 3 noche la enfermita sufre de insomnio, cosa que hasta el presente no había sucedido. Niña de

temperamento muy nervioso (peléase con los hermanos con frecuencia por motivos insignificantes). Sufre de dolores repetidos de muñeca, tobillo y rodilla.

Estado actual: Enferma en buen estado de nutrición, abundante pánículo adiposo.

Conformación esquelética normal. Altura, 1m.37. Peso, 38 kgrs.

Coeficiente de Pirquet y Mayet: 25.75.

Hay rugosidades en el borde anterior de ambas tibias. Se notan manchas acrómicas anecródérmicas en las piernas. Sudores abundantes en cabeza y manos (a nivel de la frente en ocasiones se aprecia la formación de una gota de sudor que se desliza por la cara).

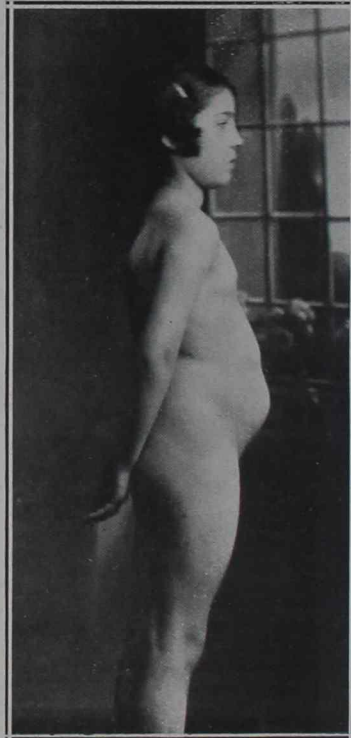


Figura 1

Acusa fenómenos vasomotores a nivel de la cara (enrojecimiento brusco de mejillas, etc.).

Cráneo: Dolicocefalo, no hay deformaciones. Cara asimétrica.

Ojos: Cejas normales. Conjuntivas de color rosado. Pupilas iguales, regulares, que reaccionan bien a la luz y a la acomodación.

Motilidad ocular normal. Fondo de ojo normal. Visión = 1.

Campo visual: Ligero estrechamiento concéntrico en ambos ojos (2 investigaciones con intervalo de 3 meses).

Los exámenes de la vista han sido efectuados por el Dr. Martínez Barrios.

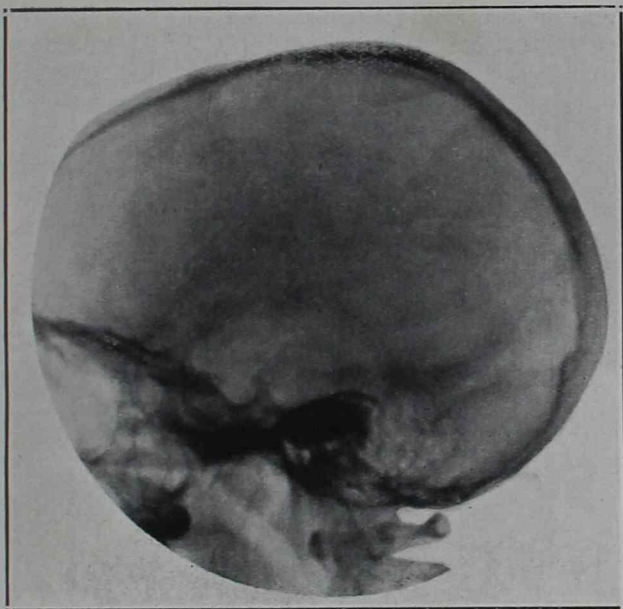


Figura 2



Figura 3

Labios de color rojo. Dientes con diastema de Gaucher. Paladar ojival. Lengua húmeda y saburral. Fauces libres.

Cuello corto, cilíndrico, con aumento de volumen de la glándula tiroideas. No hay adenopatías ni se observan latidos.

Tórax: Cilíndrico, bien conformado, sin deformaciones de pared. No hay adiposis a nivel de la glándula mamaria. Buena excursión respiratoria. Vibraciones vocales normales. Sonoridad a la percusión, normal. A la auscultación se notan algunos rales y roncus diseminados en ambos pulmones.

Corazón: Punta late en quinto espacio intercostal, línea mamilar. Se percute en sus límites normales. Tonos en sus focos y con los caracteres normales. No hay ruidos sobregregados.

Arritmia respiratoria. Pulso, 90 por minuto.

Tensión al Vaquez - Laubry: Mx., 12; Mn., 7.

Abdomen: Se nota a la inspección en la posición de pie (ver foto-



Figura 4

grafía), una tumoración en forma de faja, que va de una espina iliaca a la otra, más sobresaliente aún a nivel del ombligo, al cual rodea por sus lados y por su parte inferior. En el hipocondrio izquierdo se notan dos sobresalencias más en forma de faja y que disminuyen en la línea media, separadas las dos por un surco, donde la piel tiene el aspecto normal. A nivel de las caderas y en la cara anteroexterna, a la altura de las espinas ilíacas, se aprecia un esbozo de adiposis, que se extiende hasta el muslo. Cuando la niña hace esfuerzos para levantarse se notan más las saliencias abdominales que hacen cuerpo con la piel y se deslizan por sobre los planos profundos de la pared abdominal.

En posición decúbito dorsal se consigue levantar toda la tumoración (adiposis).

Estas tumoraciones son indoloras a la presión y a la palpación.

En el resto del abdomen no se nota nada de anormal.

Perímetro abdominal: 78 $\frac{1}{2}$ cms.

Hígado y bazo: Se percuten en sus límites normales.

Aparato urogenital: Organos genitales externos, normales, de acuerdo a su edad. Poliuria abundante, habiendo alcanzado a eliminar 3.500 gramos en las 24 horas. La eliminación varía entre esta cantidad y 2.500 gramos. Nicturia (se levanta a orinar 2 ó 3 veces por la noche). Como se ha dicho anteriormente la enferma ingiere abundante cantidad de agua. Habiendo sido puesta a régimen en cuanto a la cantidad de agua se refiere (700 grs. en las 24 horas), la niña eliminó 650, 750 y 1.000 grs. en los 3 días que duró la prueba.

Región renal, indolora. Puntos ureterales, ídem.

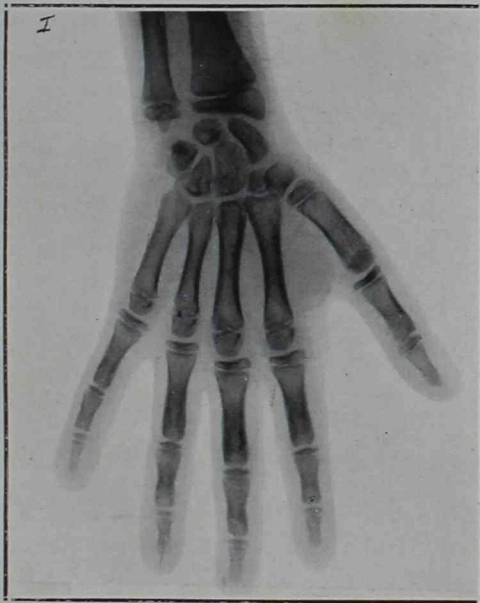


Figura 5

Análisis de orina: No han dado de anormal más que indican. En el último análisis efectuado (24 de julio), dió vestigios de sangre. La densidad se mantiene entre 1010 y 1015.

Sistema nervioso: Movimientos activos y pasivos, normales. Reflejos, normales. Sensibilidad superficial y profunda conservada. No hay temblor en actitud de juramento.

Psiquis: La niña en general es apática, pero cuando tiene alguna contrariedad reacciona violentamente, peleándose con los hermanos.

Se nota una disminución de la atención y de la comprensión. La madre dice por otra parte que le cuesta más que el hermanito más pequeño el aprender las tareas escolares.

Temperatura: Oscila entre 36 y 36 1/2 (observada durante varios días).

Metabolismo basal: Aumentado en 50 %.

Prueba de la glicemia provocada: Sangre en ayunas antes de la prueba: 0.80 gr. de glucosa por mil. Sangre a la hora de la ingestión de glucosa: 1.053 gr. de glucosa.

Pruebas funcionales del sistema nervioso vegetativo: Pruebas de la tiroidina, hipofisina y adrenalina: *negativas*.

Líquido cefalorraquídeo: Tensión al Claude, 25; albúmina, 0.40 %; glucosa, contiene; Pandy, negativa; Nonne-Appel, negativa; elementos por m. m., 3.20; cloruros, 7.605.

Análisis de sangre: Hematías, 5.100.000; leucocitos, 8.000; polinucleares neutrófilos, 57; polinucleares eosinófilos, 3; polinucleares basófilos, 0; linfocitos, 33; mononucleares grandes, 3; formas de transición, 1; glucosa en sangre, 1.053 %; cloruros en suero sanguíneo, 5.73 (método de Landat); reacción de Wassermann, negativa.

Los exámenes de laboratorio fueron efectuados por el Dr. M. di Fiore.

Examen radiológico: Silla turca normal. Seno esfenoidal: Pequeño de transparencia algo disminuída.

Tratamiento: Diez inyecciones de yodo bismutato de quinina, seguidas después de un descanso de diez inyecciones de 0.01 gr. de bicianuro de hidrargirio.

Evolución: A los tres meses se observa que el perímetro abdominal ha aumentado a 80 cm. Las cefáleas son menos intensas. Hay disminución de la polifagia, poliuria y polidipsia. Ha desaparecido el insomnio. Se queja de cansancio al leer. Persisten los fenómenos vasomotores periféricos.

INTERPRETACIÓN CLÍNICA: Consideramos a nuestra enferma que por sus antecedentes hereditarios de 4 abortos espontáneos y un hermano con polidactilia y por los elementos registrados en el somatismo, diastema de Gaucher, paladar ojival, rugosidades en ambas tibias y manchas acrómicas anectodérmicas, es portadora de una herencia que debe vincularse a la lúes. A su vez nuestra enferma padece de cefaleas intermitentes fronto-occipitales, manifiestas a predominio nocturno, desde hace año y medio, apreciándose a nivel del abdomen en la region periumbilical, el desarrollo de una franca adiposis subcutánea que se exterioriza hace alrededor de tres meses acompañada de un esbozo de adiposis a nivel de los muslos sin adiposis mamaria. Concomitantemente a estas manifestaciones nuestra enferma registra una diabetis insípida traducida por polidipsia acentuada polifagia y poliuria. Registra por otra parte un retardo psíquico evidente asociada a una apatía que contrasta por momen-

tos con reacciones nerviosas violentas sin causas reales, además una disminución de la atención y de la comprensión, existiendo insomnio transitorio. Del estudio realizado en el enfermo surgen las siguientes particularidades: metabolismo basal aumentado en un 50 % Trastorno del metabolismo glúcido revelado por la prueba de la glicemia provocada. Análisis de sangre y de orina normales. Radiografía de cráneo y mano normales.

Pruebas funcionales del sistema neurovegetativo, negativas. Fondo de ojo normal y ligero estrechamiento concéntrico del campo visual.

Por el cuadro clínico referido consideramos que nuestra enferma está afectada de un síndrome tubero-infundibulo-hipofisario pues acusa existencia de trastornos que se vinculan actualmente a estos síndromes; en efecto registra nuestra enferma:

1.º *Anomalía de la metabolia lípida*: adiposis regional acentuada periumbilical y esbozada en muslo.

2.º *Anomalía de la metabolia hidrosalina*: franca diabetes insípida traducida por la poliuria con nicturia.

3.º *Anomalía de la metabolia hidrocarbonada*: disminución de su tolerancia a los hidratos de carbono traducida por la prueba de la glicemia provocada.

4.º *Anomalía del sueño*: insomnio transitorio registrado recién últimamente.

5.º *Anomalía de la sed y del hambre*: franca polidipsia y polifagia.

6.º *Disturbios de la regulación vasomotora*: eritemas emotivos en mejillas; cefaleas intermitentes por vaso constricción cerebral.

7.º *Anomalías de la secreción sudoral*: sudor frecuente en cabeza y manos en pleno invierno.

Faltarían a nuestro enfermo algunos otros síntomas de los que se han asignado a este síndrome como ser: anomalía de la regulación térmica. Anomalía del aparato y función sexual. Anomalía de la metabolia protéica: (uremia sin lesión renal). Anomalías de la fórmula sanguínea (poliglobilias, anemias graves, etc.). Anomalías gástricas, etc.

Entre nosotros el Prof. Mariano Castex y el Dr. Armando Camauer se han ocupado de difundir en publicaciones hechas recién

temente los conocimientos realizados últimamente vinculados a éstos síndromes, que de su antigua patogenia considerada de naturaleza hipofisaria, es hoy día en cambio vinculada a los llamados síndromes diencefalo hipofisiario o tubero-infundibulo-hipofisiario con que lo aceptan los investigadores modernos, y cuyo fundamento se basa en el concepto anatómico funcional y fisiopatológico.

El Dr. Camauer en una reciente publicación dice que cuatro órdenes de hechos prueban la unidad de este sistema.

1.º Las conexiones nerviosas existentes entre el diencefalo y la hipófisis demostrada por Ramón y Cajal por fibras contenidas en el pedúnculo hipofisiario. (Cilindroejes que conectarían la región tuberiana con la neurohipófisis.)

Que Greving recientemente ha demostrado la existencia de un fascículo nervioso (fascículo supraóptico hipofisiario de Greving) que va del núcleo supraóptico hasta la neurohipófisis pasando por el tuber cinereum y el infundíbulo.

(Esto revelaría la unidad llamada anatómica del sistema).

2.º La orientación de la secreción hipofisaria, es decir la llamada neurocrinia de Collin y Berger que de acuerdo a Edinger y Cushing la secreción de la hipófisis llega al tercer ventrículo por vía linfática atravesando el tuber cinereum y el infundíbulo y viniendo a actuar sobre los núcleos vegetativos del diencefalo que Collin es el que denomina neurocrinia a los productos glandulares que pasan al sistema nervioso y que cree que una parte de la secreción coloide de la hipófisis se vuela al sistema circulatorio mientras por la llamada parsnerviosa llega al infundíbulo y al tuber cinereum, a través de las vainas perivascuales y por los intersticios vasculares de las fibras nerviosas y neuróglías actuando en definitiva sobre las células vegetativas de la región diencefálicas. Que Pende, Verger, Abel, Marró, etc., estudian y llegan a conclusiones que revelarían la realidad de la existencia de la neurocrinia de Collin.

3.º Influencia trófica que los centros diencefálicos ejercen sobre la hipófisis: Curtis y Giyono, Houssay y Biasotti (entre nosotros) aceptan que la lesión del tuber repercute sobre la neurohipófisis con una atrofia secundaria.

4.º Los hallazgos histopatológicos revelan esta unidad, puesto que las lesiones se extienden tanto a la parte glandular hipofisaria como a la parte nerviosa (diencefalo).

Por lo tanto, termina diciendo Camauer, con estos cuatro órdenes

de hechos parece indiscutible la unidad de este sistema y explicando el porqué si una lesión se localiza en una u otra parte puede provocar según la función perturbada un mismo cuadro clínico. Evidentemente son recientes los conocimientos que se tienen sobre la fisiopatología del sistema neurohipofisario (diencéfalo) o cerebrovegetativo región muy limitada y pequeña a la que se la asigna el rol de presidir varias funciones y capaz de determinar por lo tanto determinadas manifestaciones clínicas y variados síndromes según sea la zona afectada por un proceso determinado. Admítase por lo tanto hoy día que es el sistema llamado diencéfalo a la que están supeditadas las funciones vegetativas de la nutrición vale decir todas las mencionadas anteriormente cuyos centros estarían agrupados en un sólo sistema que será constituido por células de tipo especial que formarían la llamada constelación túberoinfundibular y que no se limita exclusivamente a la región túberoinfundibular sino que se relaciona por ramificaciones o prolongaciones de células del mismo aspecto, las que se irradian en varias direcciones unas hacia arriba y atrás por los núcleos denominados de Forel, del cuerpo de Luys, Locus niger, etc.; hacia afuera, infiltrándose en la región de la llamada substancia innominada de Reichart (región sublenticular); hacia adentro y arriba introduciéndose en el tálamo, pasando por la zona yuxtaventricular; hacia atrás, dirigiéndose hacia los tubérculos mamilares, etc.

Enfermedad celíaca

por los doctores

Pedro de Elizalde y Francisco E. White

Los términos “enfermedad celíaca” ó “celiaquia” (Lehndorff y Mautner), propuestos para designar el complejo clínico descrito por Samuel Gee en 1888, han tenido fortuna y se ha generalizado. Su empleo por otra parte es ventajoso pues permite mantener bajo una denominación única, mientras se estudian más a fondo los hechos, a todo un grupo de afecciones del comienzo de la segunda infancia que, aunque no son quizás de la misma naturaleza, tienen estas características comunes:

- 1.º Grandes deposiciones típicas.
- 2.º Gran abdomen.
- 3.º Hidroinestabilidad.
- 4.º Detención del crecimiento.
- 5.º Osteopatía.
- 6.º Hipotonía.
- 7.º Anemia.
- 8.º Trastornos del intercambio (desmineralización y acidosis intermediaria).

Caben en este grupo muchos estados que podemos con Fanconi clasificar de la manera siguiente:

- A. Dispepsias crónicas con síndrome celíaco.
 - a) Formas primitivas:
 - 1.º Que existen desde los primeros meses de la vida.
 - 2.º Que aparecen más allá de la primera infancia; infantilismo de Herter en sentido estricto.
 - b) Formas secundarias:

- 1.º Por dieta restringida prolongada.
- 2.º En el raquitismo.
- 3.º En las anemias graves.
- 4.º En la ascariidiosis.
- 5.º En la tuberculosis abdominal.

Dentro del margen que dá la clasificación anterior la observación que traemos hoy a la Sociedad de Pediatría encuadra en el síndrome celíaco.

OBSERVACIÓN

María. 42.049. Nació el 15 de septiembre de 1928. Ingresa al Servicio el 28 de mayo de 1930 con un largo pasado patológico. Nacida a término, hija de padre desconocido y madre afectada de tuberculosis pulmonar, es depositada en la Casa de Expósitos a la edad de 4 días, con una talla, de 0.49 mts.; peso, 3.180 grs.; circunferencia craneana, 0.34 mts.; circunferencia torácica, 0.33 mts. El aspecto de la niña es normal, pero se comprueba una catarata regresiva en el ojo derecho. Es entregada a una nodriza externa, quien la amamanta y cuida hasta el 1.º de abril de 1929. En este momento (6 ½ meses de edad), pesa 5.120 grs. y presenta un eczema impetiginizado para cuyo tratamiento se la interna. Durante la internación no obstante los cuidados dietéticos, el peso tiene una ligera tendencia al descenso, de tal manera que el 20 de julio de 1929, está en 4.800 grs. En esta época hace una rubeola sin que se modifique el eczema. El 24 de agosto de 1929, inicia un estado catarral de vías respiratorias con alta temperatura que termina en crisis a los 7 días. El 4 de septiembre de 1929 contrae sarampión y pocos días más tarde varicela, pasada la cual continúa durante 8 meses en el mismo estado general, con estancamiento de peso y sin que se modifique el eczema hasta que es internada en el Servicio a nuestro cargo.

Estado a la entrada: Edad, 20 meses; peso, 6.700 grs; talla, 0.74 mts.; piel blanca poco elástica, escaso panículo adiposo. Seborrea de cuero cabelludo y cara, eczema costroso de los miembros.

Sensorio despejado. La niña está, sin embargo, deprimida y tiene un evidente retardo de desarrollo intelectual. Es irritable, protesta cuando alguien se acerca a su cuna, pero queda tranquila cuando se le deja sola.

Escaso desarrollo muscular, hipotonía muy marcada, es incapaz de pararse aun con apoyo.

Cráneo bien conformado, eminencias frontales y parietales espesadas. Suturas y fontanelas soldadas.

Ligero estrabismo y catarata congénita de O. D.

Oído externo nada de particular.

Nariz ligeramente deprimida en su base.

Boca húmeda. Ocho incisivos.

Ligero rosario costal. Nada de particular al examen físico del tórax. Abdomen voluminoso. Paredes flácidas. No se palpa bazo. Hígado a tres traveses de dedo del reborde costal.

Reacción de Wassermann: Negativa; glóbulos rojos, 3.800.000; glóbulos blancos, 10.000; hemoglobina, 65; polinucleares, 60; linfocitos, 33; mononucleares, 7.

Se le sometió a un régimen lácteo-farináceo, 900 calorías por día. Hay poco apetito. Tendencia a la constipación. Deposiciones bien ligadas, féctidas. El peso, con oscilaciones tiene tendencia a estabilizarse. En estas condiciones continúa durante 40 días.

En julio 8 de 1930, tos, disnea, 39°. En los días subsiguientes se



Figura 1

comprueba una extensa localización torácica bilateral, con disminución de sonoridad, soplo rudo en ambos lados por delante y por detrás y gran cantidad de ruidos adventicios. Esta neumopatía se caracteriza por su larga evolución, alta temperatura que termina en lisis y la persistencia de ruidos agregados, diseminados por todo el tórax, meses después de haber desaparecido los soplos que se auscultaron durante 40 días.

Durante este episodio, la niña estaba muy deprimida, sin gran disnea e inapetente. Se consigue, sin embargo, alimentarla forzando sus defensas. El peso desciende en forma incontenible, llegando en dos meses a 5.600 grs., es decir, 1.200 grs. menos del que tenía al iniciarlo. Desapa-

recida la temperatura y coincidiendo esto con un agregado de vitaminas y factor antirraquítico a su ración, empieza un lento ascenso de peso. En septiembre 20 de 1930, un mes después de estar apirético pesa 6.100 gramos, es decir, ha aumentado 500 grs. A fines de septiembre hace un segundo episodio febril, caracterizado este, sobre todo por fenómenos catarrales que duran poco más de una semana.

Es en ese momento que empieza la lucha con la alimentación de esta niña. Hay una anorexia muy grande y si se la obliga a alimentarse, vomita. No tiene fiebre. Está extremadamente flaca, a veces irascible, a veces apática, llena de manías, no come sino le da el alimento determinada persona y de cierta manera. No permite que nadie se le acerque ni que la toquen otras personas que las que la cuidan. El peso se mantiene estacionario. Hay gran hipotonía muscular. Tiene una o dos deposiciones diarias muy abundantes y fétidas. El abdomen es enorme, tenso por momentos, pero disminuye y se ablanda por la evacuación provocada, de grandes masas fecales, con enemas. Estando el abdomen tenso la percusión da los signos característicos de la ascitis y se recoge la sensación de flote. Estos signos desaparecen después de la evacuación. De esta

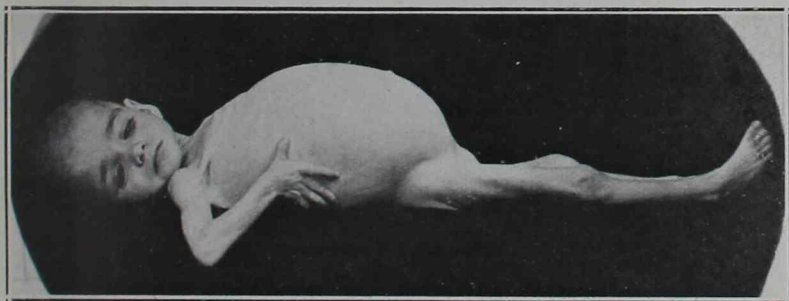


Figura 2

época son las primeras fotografías que acompañan este trabajo (Fotografía N.º 1 y 2).

Se comienza entonces (diciembre de 1930), con la alimentación más grosera. Se le da sopas, jugo de carne, carne cruda y purés. No obstante, el peso continúa estacionario. Se resuelve suspender totalmente la leche y se inicia un régimen vegetariano estricto: frutas frescas, especialmente bananas, compotas, el cual es muy mal tolerado, produce una irritación intestinal violenta, con eliminación de alimentos sin digerir y un nuevo descenso de peso casi 1.000 grs., en el término de un mes. Llega a pesar 5.000 grs. cuando tenía 28 meses de edad. (véase fot. N.º 3 y 4).

Fué necesario volver al régimen lácteo exclusivo que modifica enséguida las deposiciones dándoles el aspecto de la común deposición jabonosa. Con gran sorpresa de todos se produce en la enferma un cambio de carácter, está menos irascible y sonríe por primera vez después de haber estado hospitalizada 8 meses. Es posible entonces comenzar con agrega-

dos de harinas y más tarde de sopas y se consigue en dos meses que llegue a pesar 6.200 grs.

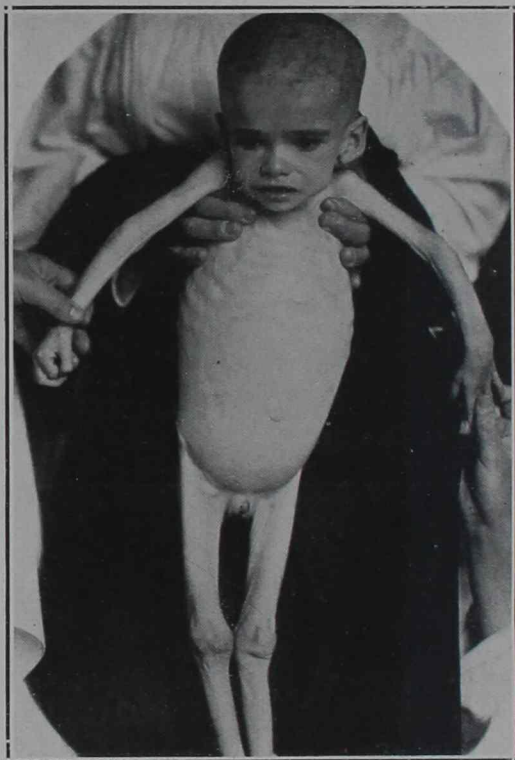


Figura 3

2 22 11



Figura 4

Se piensa en que quizá modificando la forma de cuidado pudiera con-

seguirse una mejor tolerancia a la alimentación. Con este objeto se la entrega a una cuidadora externa con gran experiencia en el cuidado de niños distróficos. A pesar de llevar indicaciones precisas y los mismos alimentos que la niña tomaba en el Servicio y no obstante su manifiesta buena voluntad, esta mujer no puede tener a la niña en su casa sino 48 horas, al cabo de las cuales tuvo que devolverla, pues no dormía, gritaba día y noche y se negaba a tomar todo alimento.

Este incidente le cuesta a la niña 300 grs. Vuelta al Servicio el 18 de marzo de 1931, se tranquiliza y como si nada hubiese sucedido toma el ritmo de su vida anterior. Se le da la misma alimentación que acepta bien, e inmediatamente se comienza con alimentos variados (sopas de hí-

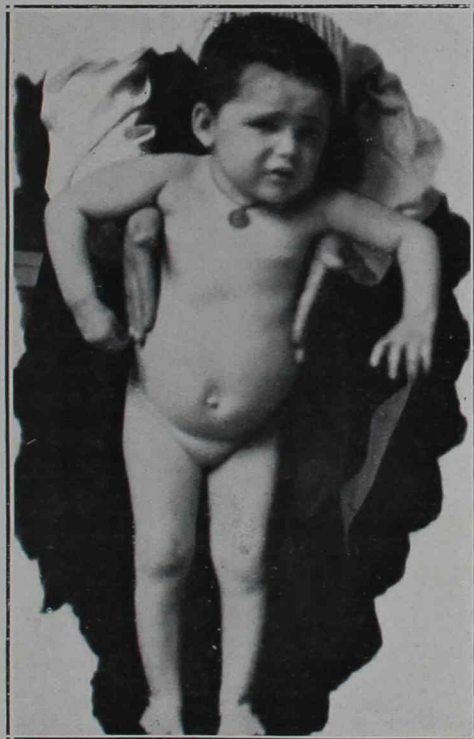


Figura 5

gado de ternera, miel de abejas, jugo de tomates y naranjas, dulces de leche y membrillo, arroz con leche, pastas, purés, carne, etc.), la cual es bien tolerada. Al mismo tiempo se nota una mejoría del eczema y pueden hacerse largas sesiones de helioterapia, que antes eran mal toleradas por la piel.

El peso desde entonces comienza un ascenso continuo, 5.500 grs. en 6 meses y se nota una transformación en el psiquismo de la niña, ahora es risueña, afable, juguetona y ha conquistado el afecto del personal.

En la fecha (noviembre de 1931), mide 0.81 mts.; pesa, 11.250 grs.

(fot. N.º 5). A fines de agosto de 1931, hizo una rinitis difterobacilar y una otitis media supurada derecha, que sanaron rápidamente, sin suero. Su régimen actual supera a 150 calorías por kilo de peso.

Durante su estada en el Servicio se le han practicado numerosas reacciones de Mantoux y de Schick, siempre con resultado negativo.

Tal es la observación. La comunicamos al solo objeto de enriquecer la casuística nacional sobre enfermedad celíaca, extremadamente pobre. Queremos sin embargo aprovechar ésta oportunidad para fundar el diagnóstico a que hemos llegado y discutir apoyados en nuestra observación personal al valor de algunas de las indicaciones terapéuticas que más se han difundido en los últimos años.

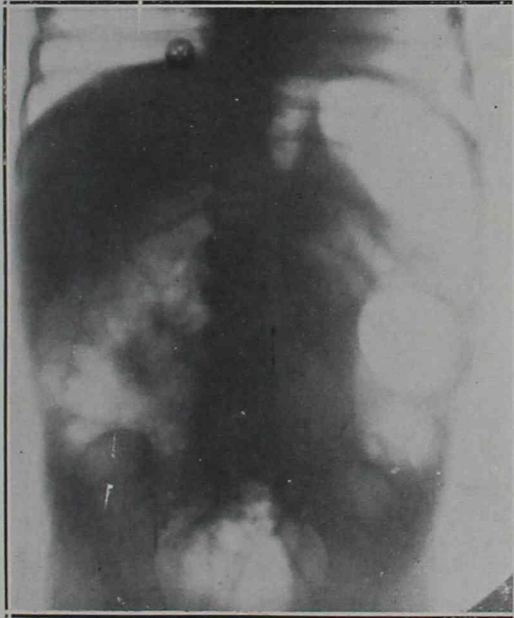
El aspecto clínico de nuestra enferma corresponde con todas las descripciones clásicas de la enfermedad celíaca. Flacura máxima, detención del desarrollo, hipotonía muscular, alteraciones del apetito, grueso vientre, deposiciones de gran volumen, trastornos psíquicos, etc.

En el momento de estado de la enfermedad el síntoma más llamativo fué el grueso vientre. ¿No se trataría de una localización tuberculosa en los ganglios abdominales o de una peritonitis de la misma etiología? En ciertos momentos el examen físico daba la impresión de un derrame ascítico (signos de percusión, sensación de flete) pero al evacuarse el contenido intestinal en forma brusca, lo que sucedió a veces espontáneamente y otras a raíz de la administración de purgantes, junto con la gran disminución de volumen del vientre desaparecían los signos de ascitis (pseudoascitis, ascitis aparente.) El desarrollo del abdomen era debido entonces a la retención fecal y a la distensión del intestino por gases que se evacuaban con dificultad. La radiografía mostraba un colon flexuoso uniformemente distendido. La palpación cuando disminuía la tensión de las paredes y podía realizarse profundamente, no demostraba la existencia de nódulos ni tumoraciones. Además durante su larga estada en el Servicio la reacción de Mantoux practicada regularmente todas las semanas dió siempre resultado negativo.

¿No se trataría de un megacolon? Es éste el diagnóstico que más debió discutirse en nuestra enferma y llama la atención que en la literatura no se encuentre sino excepcionalmente casos en que haya tenido que ponerse en tela de juicio el diagnóstico diferencial con esa enfermedad. El megacolon, tanto congénito como no congénito, puede

tener una aparición tardía y puede repercutir profundamente sobre el estado general, determinando enflaquecimiento, detención del desarrollo, anemia y trastornos de orden psíquico que tienen gran analogía con los que corresponden a la celiacía. La constipación sin embargo es rara en ésta última lo mismo que la distensión exagerada de las ansas intestinales que no se dibujan debajo de la pared como pasa en el megacolon ni trae borborismos. La constipación sin embargo y aun fenómenos de oclusión lenta pueden verse en ciertos casos de síndrome celíaco.

Uno de nosotros, tuvo oportunidad de observar en el año 1928, una niña de 2 años de edad, con un síndrome celíaco bastante característico, en que la evacuación del contenido intestinal se hacía con grandes dificultades necesitando continuamente la administración de parafina líquida e hidratos de carbono fermentescibles, para conseguir la defecación ayudada por enemas. El volumen de las materias fecales era muy grande, el



Radiografía N.º 1

abdomen tenía un enorme desarrollo y en un determinado momento detuvo por varios días la eliminación de fecales, lo que ocasionó un cuadro de oclusión que fué tratado con enemas drásticos que produjeron la evacuación de grandes masas fecales. La radiografía, no obstante el enorme volumen del vientre, no demostró en este momento sino un discreto delico-

colón de la porción descendente y un discreto megacolón de la porción sigmoidea (Dr. Casado), (radiog. N.º 1). Es de hacer notar que esta niña en toda su primera infancia y hasta la edad de 3 ½ años, no pudo ser alimentada sino con leche o mezclas líquidas en que predominase la leche, toda tentativa de alimentación semilíquida o sólida era tenazmente resistida. Pasado el incidente de oclusión continuó todavía pálida, flaca y con un abdomen muy abultado que fué desapareciendo lentamente hasta principios de 1930 en que ha mejorado mucho su estado general y el abdomen puede considerarse de volumen normal. El tratamiento de esta niña se ha hecho sin que dejara de tomar leche un sólo día, en la actualidad, 5 ½ años de edad, es una niña bien desarrollada, de muy buen color, vivaz, inteligente y perfectamente normal en todo sentido; es todavía un poco extravagante en sus predilecciones dietéticas.

Volviendo a nuestra observación actual. No obstante las dudas a que podría prestarse en conjunto no tenía el aspecto de una gran dilatación de colon y la radiografía no justificaba tampoco la suposición de esta enfermedad. El examen radiológico en los casos extremos de dilatación de colon aclaran naturalmente las dudas pero no tiene el mismo valor en los casos medianos donde el aspecto de las radiografías puede ser muy parecido.

A veces todo diagnóstico es imposible y sólo la evolución ulterior puede precisarlo. En nuestra enferma la evolución corresponde con la de los casos de celiacua a evolución favorable, lo que unido al cuadro clínico que también está de acuerdo con el de este trastornonos permite concluir en el diagnóstico de enfermedad celíaca.

Con un concepto demasiado restringido de lo que es la enfermedad celíaca podría en nuestra enferma objetarse este diagnóstico diciendo que en realidad su hipotrofia data de la primera infancia y debe considerarse como la prolongación más allá de los términos habituales de uno de los trastornos nutritivos comunes del lactante.

Adelantándonos a esta objeción no obstante que el cuadro sintomático corresponde a la celiacua y no a las distrofias o hipotrofiadas banales, diremos que los límites de la enfermedad celíaca no pueden fijarse en el sólo criterio del momento de aparición de sus manifestaciones, y que es posible observar cuadros indisecutibles de la enfermedad en el primer año de la vida (21 casos sobre 49 en la estadística de Fanconi).

Si en la gran mayoría de los casos la enfermedad comienza en aparición más allá del 1er. año, es porque seguramente los niños des-

tinados a hacer la celiacua, más frágiles que los normales, sucumben en un buen porcentaje cuando se afectan por trastornos graves alimenticios o infecciones antes de cumplir el año. Prueba de que los predispuestos a la enfermedad celíaca necesitan cuidados especiales, es la poca frecuencia del proceso en el medio proletario, lo que puede explicarse según Heubner porque los niños de las clases ricas han beneficiado de condiciones materiales favorables; colocados en medios menos ventajosos quizá hubieran sucumbido rápidamente.

Finkelstein y Mayer. (Feer, 3.^a edición española, pág. 341), dicen que los niños afectados por esta enfermedad a veces no presentan trastornos especiales durante la lactancia, pero en otros casos ya en aquella época se observan manifestaciones de susceptibilidad nerviosa y de debilidad funcional del intestino.

De la misma opinión son Czerny y Keller (Der Kinder Ernährung Bd II, p. 448), quienes dicen que ya en el primer semestre pueden observarse en algunos de estos niños trastornos digestivos que se intensifican y al iniciarse el segundo año toman las características de la enfermedad (Spätatrophie, de acuerdo con la designación genérica de estos autores, cuya forma más grave sería la insuficiencia digestiva crónica de origen neuroinfeccioso es decir la celiacua).

Con este criterio que es el lógico, pensamos que nuestra enfermita encuadra en la enfermedad celíaca, dentro de las formas que se inician en la primera infancia.

Estas formas de enfermedad que comienzan en la primera infancia constituyen para Stoos un tipo especial dentro de la celiacua. Según este autor, clínica y patogénicamente pueden separarse dos modalidades de infantilismo intestinal. En la primera (tipo Herter) los niños progresan bien en los primeros años de la vida, lo que habla en contra de la existencia de una anomalía constitucional y la enfermedad se desarrolla como consecuencia de una infección enteral o parenteral; el pronóstico es malo. En la segunda (tipo Heubner) los factores constitucionales hereditarios juegan un papel principal. La enfermedad comienza ya en el primer año de la vida y tiene un pronóstico menos grave.

Esta diferenciación es artificial dentro del terreno puramente clínico y no responde a la realidad en cuanto a caracterización etiológica, ya que en la gran mayoría de los casos de comienzo precoz puede comprobarse como se comprueba en el nuestro la interven-

ción de otros factores determinantes: infecciones y daños de cuidado.

No es fácil ni es el momento de hacer un juicio de conjunto sobre el valor práctico de las medicaciones propuestas en la cura de la enfermedad celíaca. Previamente habría necesidad de clasificar los enfermos en grupos homogéneos donde fuera posible hacer comparaciones y luego analizar en cada caso las circunstancias individuales que pudieran regir los resultados, cosas ambas irrealizables en el estado actual de nuestros conocimientos sobre la enfermedad celíaca y demás distrofias de la segunda infancia. Tenemos que contentarnos con verificar los resultados parciales tratando de apreciar globalmente el valor de las indicaciones.

Lo que más ha interesado a los investigadores ha sido la preparación de regímenes dietéticos. En esto se ha partido un poco de ideas empíricas y otro de conceptos patogénicos, no del todo comprobados. Mientras todavía algunos autores recientes siguen aconsejando los regímenes a base de leche o sus derivados, otros sostienen que tanto la leche de vaca como las demás leches (de cabra, burra o yegua), son mal toleradas y han instituído dietas totalmente privadas de leche, o en las que sólo se la utiliza desgrasadas, atribuyendo a la manteca el papel dañoso. Las dietas puramente vegetales del tipo de la recomendada por Faneoni, lo mismo que el régimen hiperazoado de Howland (high protein diet) se aconsejan vivamente por algunos, mientras otros ponen en duda la regularidad de su acción. En ciertos casos muy graves hay quien juzga indispensable recurrir a la leche de mujer, (Stolte, Pipping, Lichtenstein). Quizá muchos de los fracasos de los distintos regímenes se deban a defectos en su aplicación, pero lo más seguro es que la falta de regularidad en los resultados obedezca a la distinta naturaleza de la enfermedad en los distintos enfermos.

El criterio clínico general debe prevalecer sobre la sistematización, en la aplicación de los regímenes y los ensayos deben hacerse cautelosamente sin empeñarse en forzar una tolerancia insuficiente para determinados alimentos y sin abandonar demasiado pronto sistemas que no den de inmediato los resultados apetecidos.

No pensamos que puedan darse fórmulas concretas y en este sentido creemos de acuerdo con el prudente precepto dietético clásico que la cura debe iniciarse con un régimen de restricción (Scho-

rungstherapie) especialmente de los alimentos más incriminados (leche, azúcar, harinas), para pasar más tarde a la dieta de entrenamiento (Übungstherapie; Schick y Wagner) a regímenes más complicados.

En nuestro caso el régimen ha ido variando con las circunstancias tratando de adaptarlo a la preferencia de la enferma siempre que fuera tolerado: lacteofarináceo en las primeras semanas de su estada en el Servicio y más tarde enriquecido con agregados de alimentos más groseros (sopas, jugo de carne, carne cruda, purés), no obstante estos agregados el peso se mantiene estacionario y las deposiciones siguen siendo abundantes y fétidas.

Se tianta entonces con un resultado desastroso un régimen sin leche, con frutas frescas sobre todo bananas, compotas, etc.

Vuelta al régimen lácteo, esta vez exclusivo, que se mantiene durante 15 días, con el que se consigue la modificación de las deposiciones y del estado general. Más adelante se ensaya con cuidado el agregado de otros alimentos que van siendo tolerados hasta llegar a una dieta abundante en la que predominan los alimentos groseros.

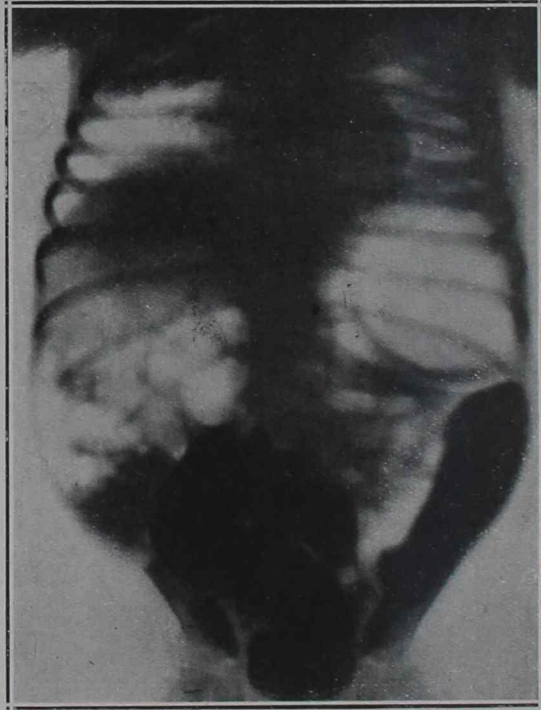
Como se ve, nuestra conducta dietética ha sido completamente empírica. Hemos ido ensayando la tolerancia de los alimentos especialmente de los naturales y complejos, que una vieja experiencia nos hace preferir para alimentación en las distrofias de la segunda infancia, hasta conseguir que se modificaran las deposiciones y se iniciara la aposición.

Los factores accesorios de la nutrición, vitaminas e irradiaciones ultravioletas, tienen en nuestro concepto un valor terapéutico considerable y debe formar parte de todos los regímenes.

Podemos presentar un ejemplo de acción indiscutible de R. U. V. :

Una niña nacida a término y bien desarrollada, mientras toma pecho materno, empieza a la edad de 4 meses, al tener que recurrir a la alimentación complementaria, a detener su desarrollo y se mantiene en hipotrofia, no obstante todos los cambios alimenticios hasta que llegó a la asistencia de uno de nosotros en 1927, cuando tenía 2 años y 3 meses de edad. En este momento su talla es de 0.72 mts., pesaba 7.000 grs., miembros muy delgados, caminaba con dificultad, tenía un abdomen enorme con dilatación uniforme de todo el colón, como puede verse en la radiografía (N.º 2), aerofagia y mericismo, grandes deposiciones muy fétidas, su carácter era retraído, no jugaba con los hermanos, estaba triste y decaída, sólo aceptaba que le diera alimento una determinada persona, no es irascible, duerme bien, de inteligencia despejada, habla correctamente. Se le indicó un régimen compuesto de sopas, purés, pastas y leche descremada e irradiaciones

ultravioletas. La mejoría fué inmediata, ya al cabo de dos meses habían desaparecido las deposiciones voluminosas, el abdomen comenzaba a disminuir de volumen, desapareció el mericismo y la aerofagia y toleraba una alimentación variada. La mejoría fué esta vez definitiva (había tenido antes de llegar a nuestra observación, grandes alternativas) y en la actualidad 6 1/2 años de edad, es una niña completamente normal. Como antecedente de interés queremos consignar de paso en esta observación, la madre nos informa que una hermana mayor que se desarrolló bien hasta los 2 1/2 años, había iniciado en esa edad un síndrome idéntico, tratado sin éxito durante mucho tiempo con distintos regímenes y que presentó una agravación manifiesta (fiebre, adelgazamiento brusco, diarreas), llegando casi al



Radiografía N.º 2

coma a raíz de una tentativa de alimentación con frutas frescas. Asistido en último término por el Dr. Siquot, de Rosario, ciudad donde entonces residía la enferma, sanó después de un laborioso tratamiento que duró un año. Este tratamiento se inició con alimentación fresca (leche de cabra cruda, baños de sol, pankreón y carbón de Belloc) y siguió más tarde con agregados progresivos de frutas cocidas, sopas y purés, hasta llegar a la tolerancia de casi todos los alimentos.

Con atribuir una gran importancia a la cura dietética nues-

tra experiencia nos ha enseñado, corroborando también en esto las observaciones clásicas que el tratamiento reposa, sobre todo, en la manera como se cuidan y corrigen los trastornos neuropáticos constantes en la enfermedad celíaca.

No siempre es posible determinar si los trastornos nerviosos (componentes nerviosos de Stolte) han precedido al complejo nutritivo de la celiacía o si son su consecuencia. Seguramente hay en todos los niños afectados un fondo neuropático constitucional pero no cabe duda que estos componentes nerviosos están íntimamente vinculados al trastorno nutritivo y mejoran o se agravan paralelamente a la mejoría o agravación de éste.

Ya uno de nosotros (1) se ha ocupado de la asistencia de los niños distróficos y ha puesto en evidencia las ventajas del cuidado individual fuera del medio hospitalario.

En la enfermedad celíaca, cuando el proceso se origina, como pasó en nuestro caso, en el Hospital puede convenir, disponiendo de una cuidadora capacitada, la traslación del enfermo a un ambiente de familia donde el cuidado se particularice; la hospitalización prolongada conduce fácilmente a la vida monótona sin estímulos afectivos que son esenciales para el niño. En ciertas condiciones de excepción el niño puede amoldarse a este género de vida que llega así a identificarse con su modalidad. Sólo con la observación individual de cada caso puede establecerse la conveniencia de la prolongación del cuidado hospitalario, nuestro enfermo no pudo beneficiar de un cambio en su género de vida porque llevado este a cabo, la reacción fué tan profunda que hubo que volver rápidamente al cuidado de Hospital al que se había adaptado por completo.

Inversamente, cuando el padecimiento se desarrolla en niños que viven en familia, muchas veces es necesaria la hospitalización para someterlos a una disciplina imposible de obtener en otras condiciones. Consideramos que el precepto de Langstein (*Infantilismo intestinal*, "La Medicina Germano-Hispano-Americana", octubre de 1925): "Poner a los niños con infantilismo intestinal al cuidado de una sola persona y trasportarlos a un ambiente que influya favorablemente sobre la vida psíquica de dichos niños" debe orientar siempre la acción del médico. Naturalmente si se tropieza con madres enérgicas y comprensivas que sean capaces de resistir

(1) *Elizalde Pedro de*: Un ensayo de alimentación artificial en "cuidadora externa" de niños enfermos o convalecientes. Soc. de Nipología, 29 de abril de 1930.

sin desmoralizarse, las incidencias de un tratamiento largo y decepcionante, puede continuarse con el cuidado materno.

BIBLIOGRAFIA

La bibliografía completa sobre celiacua hasta 1927 se encuentra en el trabajo de Lenndorff y Mautner, complementada hasta 1928 por Fanconi. Nosotros agregamos algunas publicaciones aparecidas después de 1928.

Bauer, Edward L.: Celiac Disease. "American Journal of diseases of children", 35, 414, 1928.

Bischoff, Georg: Die Wirkung oraler Gallensäuregaben auf die Resorption-verhältnisse im Darm bei Celiakie. "Arch. Kind.", 1930, 73.

Bloch, C. E.: Clinical and anatomical investigations of infantilismus intestinalis. "Acta Pediátrica." B., 7. S II S 207, 1928.

Burghi S. E. y Etcheverry J. C.: Enfermedad celiaca. "Soc. de Pediatría de Montevideo", 22, 3, 1929. Discusión: Morquio.

Cathala, Jean: La maladie celiacue. En Problemes actuels de pathologie medicale. Masson et Cie. Paris. 1929.

De Mortas, C.: Contributo clinico a la conoscenza del morbo celiaco. "Rev. de Clin. Ped.", 1930, 473.

Edgren, Margit: Ueber das sogenannten intestinalen infantilismus (en sueco) analizada en Zent. f. Kind. 24, 668.

Emslie, Margeret: Celiac disease. Analizado en Zent. f. Kind. XXII, 124.

Fanconi G.: Der intestinale Infantilismus (Celiakie). "Weitere Erfahrungen mit der Früchte Gemüse Diät. Kli. Wschr.", 1930, I, 553.

Fanconi, G.: Der intestinale Infantilismus und ähnliche Formen der chronischen Verdauungsstörung. Abhandlungen aus der Kinderheilkunde und ihren Grenzgebieten. Berlin, 1928.

Freise, R. und E. Wallenta: Tierexperimente Studien zur Pathogenese der Celiakie. "Mon. f. Kind.", 50, I, 1931.

Kerley, Charles Gilmore: A further contribution on celiac disease. "Arch. of Ped.", 47, 24, 1930.

Lehndorff, H. und Mautner, H.: Die Coeliakie. "Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde." Bd., 31, pág. 456, año 1927.

Marcialis, Italö: Sopra un caso de "Morbo celiaco". Analizado en "Zentralblatt f. Kind.", Bd., 24, 307.

Macrae, Olive. and Noah Morris: Metabolism studies in celiac disease. "Arch. Dis. Child.", 1931. Analizado en "Zent. f. Kind.", Bd., 25, S 602.

Marfan, A. B.: La maladie celiacue. "Le Nourrison", 1929.

Minkulowsky, Wladimir: Ein Fall der Gee'schen Krankheit oder der sog. Coeliakie. "Acta pediátrica", Vol. X, 592, 1931. La misma observación ha sido publicada por el autor en "Arch. de Med. des Enfants", 1930, 416.

Nelson, Martha van Kirk: Celiac disease. A report of metabolic observations on four cases. "American Journal of Dis. of Child.", 39, 76, 1930.

Parsons, Leonard G.: Coeliac disease. "The Lancet.", 1931, 61.

- Raskewsky*: Sociedad Argentina de Pediatría. (8.^a Sesión científica ordinaria, 1931).
- Ribadeau Dumas, Mathieu y Villemin*: Sur l'hipotrophie intestinale. Soc. de Ped. de Paris. 1929.
- Rice, C. V.*: The treatment of celiac disease from the standpoint of vitaminic deficiency. "Arch. of Ped.", 1930, 572.
- Rohmer, P.*: L'action de la vitamine C. dans la maladie celiacque. "Bull. Soc. Ped. de Paris", 1930, 128.
- Simonetti, Rina.*: Un caso di morbo di Herter. Sezione Piemontese della Società Italiana di Pediatria. 17, VI, 1930. Analizado en "La Pediatría", 1930, 1079. Niño de tres meses ? tratado con verduras y fruta fresca. No hemos podido consultar el original de este trabajo.
- Stransky, Eugène.*: Contribution a l'étude de l'infantilisme intestinale (coeliacque, maladie celiacque, maladie de Herter-Heubner). "Rev. Franc. de Pédiatrie", T.^a V.^a, 587, 1929.
- Steinen, Runhilt von den.*: Zur Behandlung der Heubner-Herterchen Krankheit. "Arch. f. Kind." Bd. 84, S, 144, 1928.
- Svesgard, Elisabeth.*: Blood sugar in normal and sick children, with especial reference to celiac disease. "Acta Pediatrica", Vol. XII, Supplementum IV, 1931.
-

Septicemia a ¿neumococos? en una niña de 23 meses Endocardítis. Localizaciones perióstica y abarticulares no supuradas

por los doctores

Pedro de Elízalde y Labrador Smith Bunge

María Estela, 43.588. Nació el 23 de octubre de 1929. Ha sido abandonada sin mayores antecedentes a la edad de 4 meses. Posteriormente ha debido ser hospitalizada varias veces por procesos pulmonares (octubre 13 de 1930: bronconeumonía; febrero 4 de 1931: neumonía lóbulo superior derecho; marzo 15 de 1931: sarampión, congestión pulmonar izquierda).

Ingresa al Servicio en septiembre 8 de 1931. La cuidadora que la criaba en su domicilio la devuelve sin dar mayores datos sobre su enfermedad actual.

Al recibirla (día 8, a las 17 horas), la guardia comprueba un cuadro infeccioso grave, con disnea, alta temperatura, anhelación y tumefacción de codo y rodilla izquierdas. Deja constancia en el boletín de admisión de un cambio de timbre en el primer tono de la punta.

Estado actual (9 de septiembre 1931): Peso 8.500. Temperatura 39.º. Facies ansiosas. Llama la atención la inmovilidad de ambos miembros superiores y del inferior izquierdo. El codo derecho está ligeramente tumefacto y doloroso a la presión y en los movimientos pasivos. El codo izquierdo está francamente tumefacto extendiéndose la tumefacción en un buen trecho hacia arriba y abajo (1/3 inferior de brazo; 1/3 superior de antebrazo). La piel en la zona afectada está infiltrada y distendida, formando parte de una infiltración que profundiza hasta el esqueleto; no tiene cambios en su aspecto y coloración. La rodilla izquierda presenta idénticas alteraciones que el codo, pero mucho más extensas, sobre todo hacia la pierna donde invaden por la parte externa casi hasta el 1/3 inferior. La piel tampoco presenta mayores alteraciones en este sitio. En el resto del esqueleto nada de particular.

Eseaso pániculo adiposo. Se palpan apenas ganglios superficiales en las ingles. Turgencia muy disminuída.

Cráneo bien conformado. Conjuntivas pálidas. En la piel del tabique nasal hay una pequeña pérdida de substancia, recubierta por una costra negruzca. Herpes labial. Costras de impétigo sobre el pabellón de la oreja derecha. 8 incisivos y 4 premolares. Mucosa bucal seca. Lengua despulida. Faringe roja.

Tórax bien conformado. 52 respiraciones por minuto. No hay tos. Submatítez por detrás en fosa supraespinosa derecha. Broncofonía y respiración brónquica a ese nivel.

Pulso 196. Area cardíaca aumentada. Choque difuso. ¿Frémito? La auscultación es difícil, por la gran taquicardia; se alcanza a percibir sin embargo un soplo cuya mayor intensidad parece estar en la base.

Abdomen globuloso, tenso. Bazo no se palpa.

Genitales, nada de particular.

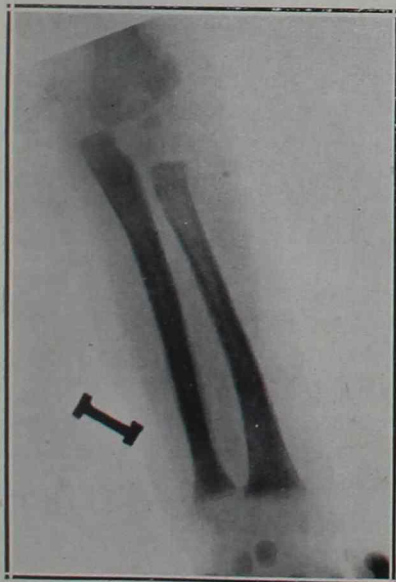
Indicaciones: Salicilato de sodio 2 grs. por día, jugo de naranjas, jugo de tomates, zanahorias machacadas, jugo de carne, leche sin hervir, sopas purées.

11 de septiembre: 38°4. Estado general sin modificaciones. Pulso 200. Las tumefacciones de los miembros en el mismo estado, salvo la del codo derecho que retrograda. El examen respiratorio nada de particular. Radiografía de torax, no muestra ninguna sombra anormal.

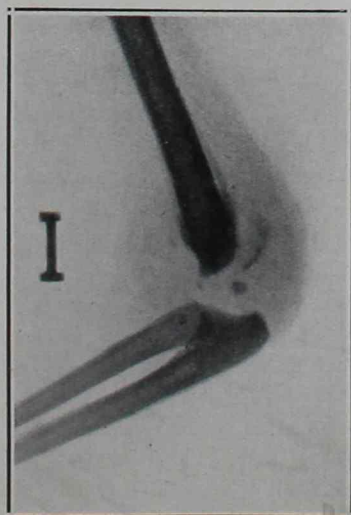
12 de septiembre: 38°. La tumefacción de la rodilla ha aumentado de tamaño. La piel está a este nivel tensa, caliente, brillante.

Hemocultura: Negativa.

Examen de sangre: Glóbulos rojos, 4.440.000; hemoglobina, 42; valor globular, 0.48; glóbulos blancos, 5.800; granulocitos neutrófilos, 63 %; granulocitos eosinófilos, 0.50 %; granulocitos basófilos, 0.00 %; linfocitos,



Radiografía N.º 1



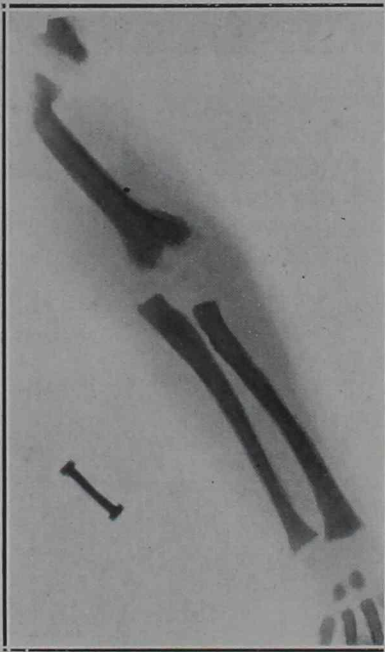
Radiografía N.º 2

tos, 33.50; monocitos, 3%. Anisocitosis, poiquilocitosis, anisocromia con predominio de hipocromia.

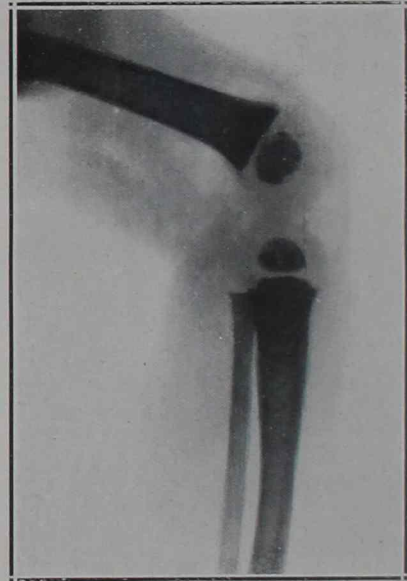
En la radiografía (N.º 1) de codo izquierdo, antero posterior se ve rarefacción de la metafisis y la línea epifisaria del húmero, irregular; a ambos lados de la extremidad de la diáfisis el periostio espesado en todo. Epífisis superior de cúbito y radio, normales; líneas epifisarias superiores borradas y en forma de cúpula. En la radiografía de perfil (N.º 2), las mismas alteraciones.

La radiografía de rodilla no da mayor alteraciones en el esqueleto. Lo mismo la de tórax.

17 de septiembre: El estado general se ha mantenido hasta ahora en las mismas condiciones. La temperatura ha oscilado alrededor de 38.º El



Radiografía N.º 3



Radiografía N.º 4

examen físico pulmonar, normal. Pulso 160. Se prescribe netamente un soplo sistólico rudo intenso en la punta. Toma bien el alimento y ha aumentado de peso. Desde su internación ha tolerado 2 gramos diarios de salicilato de sodio. Se suspende.

El codo izquierdo aumentado de volumen en toda su circunferencia, está en semiflexión; relieves óseos desaparecidos. La tumefacción se ha extendido hacia arriba hasta la parte media del brazo. No hay modificaciones del estado de la piel. Impotencia funcional, marcada. Se palpa la cápsula articular distendida. Movilidad pasiva dolorosa. El miembro

inferior izquierdo se halla en semiflexión y aducción máxima adosado al plano de la mesa. La piel brillante rosada, con edema que se extiende hacia abajo.

Examen de orinas: Vestigios de albúmina. Pus.

18 de septiembre: Apirética. Aumenta la palidez. Más animada. La radiografía del codo izquierdo (N.º 3), muestra la línea epifisaria humeral irregular, rarefacción del hueso y espesamiento del periostio en la metafisis. Cúbito y radio, sin modificaciones. En la radiografía de perfil de rodilla izquierda (N.º 4) se ve claramente la distensión de la cápsula articular, irregularidad de la línea epifisaria de tibia, espesamiento del periostio en la parte anterior de este hueso.

19 de septiembre: Reacción de Wassermann, negativa.

21 de septiembre: Continúa apirética. Se ha acentuado la palidez. Las tumefacciones de codo y rodilla izquierda comienzan a retrogradar. Mantoux, negativo.

Examen de sangre: Glóbulos rojos, 3.330.000; hemoglobina, 38; valor globular, 0.57; glóbulos blancos, 13.700; granulocitos neutrófilos, 35.00 %; eosinófilos, 0.00 %; basófilos, 0.00 %; linfocitos, 61.50 %; monocitos, 3.50 %. Anisocitosis, marcada; poiquilocitosis, ligera hipocromia, policromatofilia, mediana; eritroblastos, 1 % leucocitos.

28 de septiembre: Se nota una ligera impotencia de miembro inferior derecho con tumefacción dolorosa de la rodilla. Temperatura 37°5. Hemocultura, negativa.

29 de septiembre: Apirética. Menor tumefacción, menor impotencia y menor dolor en la rodilla derecha. Las radiografías no revelan lesiones de esqueleto.

2 de octubre: Mantoux, negativo. Se ha aumentado la alimentación. Ha aumentado 400 grs. desde su ingreso.

9 de octubre: Reacción de Schick, negativo.

26 de octubre: Ha aumentado 5000 grs. más de peso.

Pasa a cuidadora externa a completar su convalecencia. Persiste en este momento la palidez de piel y mucosas. Se ausulta el soplo sin modificaciones. La tumefacción de codo y rodilla, muy reducida. No hay edema. Ligero dolor en los movimientos pasivos. No camina.

Era difícil al ingreso precisar un diagnóstico en este enfermo. Lo llamativo era el cuadro infeccioso grave y las tumefacciones abarticulares. ¿Estaríamos en presencia de localizaciones de la enfermedad de Bouillaud? Los síntomas cardíacos inclinaban a esta suposición. Sin embargo la reacción periarticular era de una extensión desproporcionada para lo que son habitualmente las localizaciones del reumatismo poliarticular agudo. En cambio las lesiones articulares propiamente dichas eran limitadas. Se indicó de todas maneras una dosis de 2 grs. diarios de salicilato "per os" bastante elevada para la edad y peso de la niña. Después de siete días se sus-

pende este tratamiento más por su ineficacia que por intolerancia. El diagnóstico de enfermedad de Bouillaud quedaba descartado.

¿No se trataría de escorbuto febril o de coincidencia en el mismo enfermo de un estado infeccioso agudo con lesiones osteopérmicas de origen escorbútico? La fiebre puede ser una manifestación de escorbuto y anteceder a la aparición del síndrome hemorrágico o coincidir con él (1). Por otra parte, se acepta generalmente que en el escorbuto manifiesto o durante el período que precede a la eclosión de los síntomas hemorrágicos, es frecuente comprobar procesos infecciosos concomitantes. La infección en la distrofia escorbútica tiene el mismo significado que en las demás distrofias infantiles, puede desencadenar un proceso hasta entonces latente.

No se conocía el género de alimentación que había sido sometido el niño. El estado local no era el que corresponde al escorbuto, donde las lesiones óseas, aún en los casos en que son muy extendidas no tienen tipo inflamatorio ni dan el calor local y el edema que presentaban en nuestra enferma. Faltaban además signos radiográficos (2). Se instituyó, sin embargo, un régimen antiescorbútico sin que se viera ninguna influencia favorable. Antes por el contrario, al comienzo se notó una progresión de las lesiones que sólo fueron retrogradando más tarde y con mucha lentitud. La fiebre que, cuando está vinculada al escorbuto, cede con rapidez a la dieta conveniente, persistió durante diez días. La anemia de grado moderado en el momento del ingreso, lejos de mejorar con el régimen, se acentuó en forma manifiesta.

El mismo interrogante cabía con respecto a la sífilis. ¿Una osteopatía específica no podría determinar por sí sola o por asociación con una infección piógena el cuadro que presentaba nuestro enfermo. La supuración de las localizaciones tempranas osteocondrales, aunque muy rara, puede verse. Con Viola (3), uno de nosotros ha comunicado hace algunos años una observación de esta

(1) *Abels H.*—Die Dysergie als pathogenitische Faktor beim Skorbut. "Erg. der Inn. Med. und Kinderh.", Bd. 26, pág. 734, 1928.

Lelong M. et Chalirun J.—Fièvre et alimentation. La fièvre scorbutique. "Rev. Franç. de Ped.", 1931, pág. 229.

(2) *Wimberger H.*—Klinisch - radiologische. Diagnostik von Rachitis, Skorbut und Lues congénita im Kindesalter. "Erg. der Inn. Med. und Kinderh.", Bd. 28, S 264, 1925.

Filippi F. de.—Diagnóstico diferencial radiográfico entre las enfermedades de Parrot, raquitismo y escorbuto en el lactante. Tesis. Buenos Aires, 1931.

(3) *Elizalde P. de y Viola J.*—Artritis purulenta en un niño de un mes con osteocondritis sífilítica. "Sociedad Argentina de Pediatría", 7 de septiembre de 1928.

naturaleza. Dada la edad de nuestra enferma no cabía ya pensar en la osteocondritis de Wegner, manifestación que data de la vida intrauterina y se exterioriza en los primeros meses. Las lesiones periósticas (4), menos tempranas hacen, no obstante, su aparición mucho antes de lo que se ha constatado en nuestra enferma. Pero dada la posibilidad de una evolución retardada, es necesario comparar su aspecto radiológico con lo que se considera típico para las lesiones sífilíticas.

Una característica importante es la simetría; el doble contorno se observa con una extensión más o menos igual en los huesos de ambos lados y con una localización más o menos idéntica. Recién en las etapas alejadas de la evolución de la sífilis, las lesiones osteoperiósticas son unilaterales, pero entonces toman un aspecto completamente distinto al del nuestra enferma: son más exuberantes, se acompañan de rarefacción y deforman el hueso de un modo grosero. Un ejemplo muy típico de estas lesiones puede verse en la observación N.º 43 del reciente trabajo de Mc Lean en un niño de la misma edad de nuestra enferma (4).

Ni clínica y ni radiográficamente las lesiones osteoperiósticas de nuestra enferma correspondían a las que se presentan en la lúes congénita. La niña por otra parte había sido observada con anterioridad por nosotros y no había presentado ninguna secuela ni manifestación de lúes. Las reacciones serológicas eran negativas.

Descontados el reumatismo articular agudo, el escorbuto y la sífilis, el diagnóstico se simplificaba: estábamos frente a una simple determinación osteoperióstica de una infección piógena.

Bacteriológicamente no pudimos precisar etiología porque no creímos oportuno realizar una punción exploradora en plena lesión. Las dos hemoculturas que se hicieron dieron resultado negativo. Por la mayor frecuencia de la etiología neumocócica en las lesiones del tipo de la que estudiamos, pensamos que el neumococo puede haber intervenido en nuestro caso. La alta temperatura, el cuadro general, los síntomas iniciales respiratorios, el herpes labial, justificaban esta suposición.

(4) *Péhu, Policard et Boucomont.*—Etudes d'anatomo-radiologie. "Le Journal de Méd. de Lyon", 20 de febrero de 1931.

Mc. Lean L.—The correlation of the clinical picture with the osseous lesions of congenital syphilis as shown by the X rays. "Ann. Jour. of D. of Ch.", mayo 1931.

En este caso resultan interesantes por su poca frecuencia: 1.º, la endocarditis; 2.º la evolución de las localizaciones periósteas y abarticulares.

1.º La intensidad, la rudeza, la persistencia del soplo, excluyen la suposición de un soplo anorgánico. Se trata de una lesión adquirida, reciente, pues el niño había estado hospitalizado con anterioridad y había sido examinado por nosotros a la edad de 19 meses sin que se comprobaran signos físicos ni trastornos funcionales de cardiopatía, lo que excluye una lesión congénita.

En el momento de la admisión llaman la atención la disnea y la taquicardia y en el boletín de ingreso (8 de septiembre, a las 17 horas), el médico de guardia deja constancia de que el primer tono en la punta está modificado. Al día siguiente ya se ausculta soplo con las características apuntadas. No cabe duda que una lesión cardíaca se instalaba en ese momento. ¿Cuál era su localización? La sintomatología funcional indicaba una insuficiencia del miocardio; los síntomas físicos eran los clásicos de una localización endocárdica valvular. La evolución ha confirmado este diagnóstico; pasada la etapa aguda el ritmo se ha regularizado, el volumen cardíaco ha vuelto a lo normal y sólo persiste el soplo sistólico, indicando una insuficiencia de la válvula mitral.

La endocarditis aguda es extraordinariamente rara en los primeros años de la vida. En nuestro Servicio no recordamos haber visto un sólo caso con sintomatología tan clara como el actual. La bibliografía es pobre. Casaubon (5), que ha dedicado entre nosotros un estudio especial a las cardiopatías infantiles, dice que las endocarditis agudas siguen una curva paralela al reumatismo y la coxa y que son excepcionales en la primera infancia por la sencilla razón que aquellas dos infecciones etiológicas no existen prácticamente a esa edad. Finkelstein (6) encuentra también que la endocarditis es excepcional antes de los dos años, sobre todo si se la compara con la frecuencia de las edades ulteriores. Según sus observaciones la etiología más frecuente es la gripal y en menor grado, la sepsis. El diagnóstico se apoya en tres síntomas principales: palidez con tendencia a la cianosis; respiración acelerada y profunda; y ataques de cianosis, que pueden deberse también a

(5) *Casaubon A.*—Cardiopatías de la infancia. Buenos Aires, 1928. E. Spinelli, editor.

(6) *Finkelstein.*—Tratado de las enfermedades del niño de pecho. Ed. española, 1924.

una endocarditis aguda. El soplo puede faltar, lo mismo que el aumento del área cardíaca.

Más recientemente Sansby y Larson (7), al publicar un caso personal de endocarditis aguda en un niño de 5 semanas, han hecho una revista de la literatura, no encontrando sino muy escasas observaciones por debajo de los 2 años.

La endocarditis en nuestro enfermo, afirma el diagnóstico de infección general septicémica que ya surgía de sus otras manifestaciones. Por ahora, la lesión valvular es tolerada; será interesante seguir a este niño en el tiempo para ver la evolución a la distancia, de esta modalidad de cardiopatía.

2.º Cualquiera que sea el germen causante (neumo, gono, meningococo, estrepto, etc.) las osteoartropatías del tipo de las que padecía nuestra enferma, llegan generalmente a la supuración. Es ésta la primera vez que asistimos a la resolución de uno de estos procesos, en un momento de su evolución que, a juzgar por el edema y la reacción local, daba ya la impresión de haber supurado.

Revisando la literatura no hemos encontrado mencionado una evolución semejante sino en Finkelstein (loc. cit.), quien ha concretado sus observaciones en las siguientes palabras, perfectamente aplicables a nuestro caso.

“Tal vez con mayor frecuencia de lo que se ha admitido hasta ahora se presentan *osteitis* y *periostitis no purulentas*, benignas, que curan sin dejar rastro. El estudio de estas formas no sólo es importante por ellas mismas sino también por el interés que ofrece su diagnóstico diferencial con la sífilis y la enfermedad de Barlow. Sobre todo, su distinción con esta última enfermedad puede resultar sumamente difícil cuando la osteitis se combina con petequias cutáneas y hematurias. En estas condiciones tendrán importancia decisiva la comprobación de leucocitosis y aspecto de la radiografía.”

“El curso favorable no sólo es posible cuando se trata de focos solitarios, sino también en las afecciones múltiples que al principio presentan un aspecto clínico grave.”

Es interesante conocer la posibilidad del curso favorable de estas localizaciones, pues ello nos autoriza a no precipitarnos en

(7) Sansby J. M. and Larson L. M.—Acute bacterial endocarditis in infancy. “Am. J. of D. of Child”. Vol. 39 pág. 1261. Año 1930.

intervenciones prematuras, que no conducirían en el mejor de los casos sino al mismo resultado terapéutico que la abstención.

Antes de terminar queremos hacer presente que este niño no ha recibido ningún tratamiento de los llamados antipiógenos. Se ha llegado a la sanación, simplemente, dejando librado el enfermo a los recursos de sus defensas naturales, que tratamos de estimular con una medicación higiénica y dietética.

Sociedad de Pediatría de Montevideo

SESION DEL 1.º DE SETIEMBRE DE 1931

En homenaje al Prof. Alberto Eckstein

Preside el Dr. J. A. Bauzá

Palabras del señor Presidente

Saluda al Prof. Eckstein en nombre de los pediatras uruguayos y le invita a ocupar la tribuna, para pronunciar su conferencia.

La encefalitis vacunal (1)

Prof. A. Eckstein.—Analiza los casos observados en Inglaterra y en Holanda, desde 1922, y luego en los demás países europeos. En Alemania han sido señalados 92 casos, hasta 1929, fuera de toda epidemia de poliomielitis y de encefalitis. La encefalitis vacunal comienza ruidosamente con cefalalgia, vómitos, a veces diarrea, luego convulsiones, espasmos, parálisis, ligera prostración, sopor. Raramente los enfermos presentan rigideces; más bien hay relajamiento muscular. Por lo común hay hipertermia. El líquido cefalorraquídeo raramente presenta hipertensión; es límpido, pobre en células o con escasa reacción celular. El período normal de incubación dura desde 5 hasta 14 días. La edad ha variado entre 2 meses y 70 años, siendo mayor la frecuencia después de los 2 años. Es más común en los vacunados por primera vez. La mortalidad es de 33 %. Entre los que curan, son frecuentes las secuelas. Como tratamiento se ha empleado el suero de convalecientes, en dosis de 8 a 10 c.c., por vía intrarraquídea, con felices resultados. La proporción de casos de encefalitis vacunal, con respecto al número de vacunados, es de 1 por 90.000 en Alemania y en Holanda. Las lesiones anatómo-patológicas encontradas, han sido: engrosamiento, edema y hemorragia de las meninges; puntos hemorrágicos en el cerebro y en la médula; histológicamente

(1) Véase el texto *in extenso* en el número de septiembre de este año.

las alteraciones consisten en encefalitis difusa con infiltraciones perivasculares. Concluye admitiendo que la encefalitis vacunal es producida por el virus de la vacuna, pero que se necesita cierta predisposición individual. Finalmente, opina que no por ello debe vacilarse en realizar la vacunación en los países amenazados por la viruela. En ciertos niños se apreciará la oportunidad de ella, tomando en cuenta los factores constitucionales. Debe admitirse el derecho a una indemnización, para el caso de accidentes.

SESION DEL 5 DE SETIEMBRE DE 1931

En honor del Prof. P. Nobécourt

Preside el Dr. J. A. Bauzá

Sr. Presidente.—La Sociedad de Pediatría de Montevideo tiene hoy el honor de recibir en sesión extraordinaria al Dr. P. Nobécourt, profesor de clínica médica de niños en la Facultad de Medicina de París. En pocos casos como en el presente creemos más justificado este sencillo pero expresivo homenaje. Si el consenso unánime puede ser alguna vez consagratario de una personalidad científica, debe serlo hoy para nosotros. Todos los pediatras de Montevideo aquí presentes, consagran al Prof. Nobécourt como el más genuino representante de la verdadera clínica infantil francesa.

Todos los que hemos frecuentado por más o menos tiempo la vieja pero famosa clínica infantil del Hospital de "Enfants Malades", los que hemos escuchado las lecciones del Prof. Nobécourt en aquella sala Parrot, por la que han desfilado los más grandes pediatras del mundo, no podemos olvidar que en todo momento hemos sido cordialmente recibidos. Su clínica ha sido siempre una demostración del espíritu amistoso de su profesor.

Para nosotros los uruguayos, la visita de profesores como el Dr. Nobécourt tiene una alta importancia. Nos da ocasión para demostrarles lo que significamos desde el punto de vista científico y social. Con orgullo no disimulado enseñamos nuestros progresos, que suponemos poco menos que desconocidos. Sin embargo, una salvedad deseo hacer en este momento. La Sociedad de Pediatría de Montevideo, que fundara hace 16 años el espíritu tesonero y renovador del Dr. Morquio, es hoy conocida en todos los centros pediátricos europeos y sus trabajos, frecuentemente comentados en las revistas de ese continente. Salimos de la infancia para entrar en la adolescencia.

Prof. Nobécourt: al tratar de hacerlos grata vuestra permanencia en esta ciudad, no sólo cumplimos un grato deber y retribuimos la cordial recepción,

que tanto vos como vuestros compatriotas nos habéis siempre prodigado. Desde hoy estáis en vuestra casa; soís uno de los nuestros. La Sociedad de Pediatría de Montevideo os confiere el título de Miembro de Honor.

Prof. Nobécourt.—Comienza manifestando que su vinculación con los pediatras uruguayos comenzó hace 30 años cuando trabó relaciones con el Prof. Morquio. Transmite los saludos de los pediatras franceses y especialmente los del Prof. Hutinel, quien al despedirlo, le recomendó especialmente esta misión. Dice que en el mundo hay diversas escuelas de pediatría. En lo que a él se refiere ha procurado acercarse siempre a la realidad, valorando más la observación clínica que la observación aislada del laboratorio y procurando no perder de vista al enfermo. Sería para él un orgullo el haber contribuido en algo a formar ese espíritu. Agradece emocionado la distinción que se le ha conferido.

Hemiplejía postdiftérica por embolia cerebral. Trombosis cardíaca

Dres. Eugenia Yannuzzi, B. Delgado Correa y A. Volpe.—Niña de 8 años, que ingresa al pabellón "Dr. L. Morquio", con una angina diftérica bilateral, muy extendida, adenopatía submaxilar, voz y tos roncas. Recibe 50 c.c. de suero antidiftérico por vía intramuscular y 50 por la subcutánea. Las culturas desarrollaron bacilos de Loeffler y estafilococos. Recibe 40 c.c. de suero el tercer día de hospitalización y es dada de alta en buenas condiciones al décimo día. En resumen, angina diftérica y crup en el primer período, que curaron rápidamente. Tres días después del alta, los padres notaron parálisis facial y de los miembros del lado izquierdo, razón por la cual la llevaron nuevamente al Hospital. Se constata entonces: palidez, abatimiento, disnea, pulso chico (138 por minuto), temperatura 37°8, parálisis total del facial izquierdo, desviación conjugada de la cabeza y los ojos hacia la derecha, parálisis flácida de los miembros izquierdos con abolición de reflejos tendinosos, de la sensibilidad superficial y de la profunda, Babinski positivo a la izquierda, ausencia de dolor, ausencia de alteraciones de la deglución, palabra normal, tonos cardíacos marcados, tendencia al ritmo embriocárdico, presión arterial Mx. 10.5 y Mn. 6 (Vaquez-Laubry). Al día siguiente el Prof. Morquio constata miosis, parálisis absoluta del brazo izquierdo, menos marcada del miembro inferior de ese lado, flacidez completa, abolición de reflejos. Ese día, por la tarde, bruscamente sobreviene disnea, contractura generalizada, opistótonos, convulsiones de los miembros derechos, gran taquicardia y fallece en la noche. Autopsia: bronconeumonía bilateral; corazón en sístole, de tamaño normal, sin alteraciones valvulares; en la extremidad del ventrículo izquierdo se encontraron dos pequeños coágulos adheridos a los músculos papilares, del tamaño de un pequeño poroto; degeneración grasosa en el hígado; extensa zona de reblandecimiento y de infarto rojo en los lóbulos frontal y parietal derechos; al romperse esa zona, salió una papilla puriforme rojiza. El examen histológico no reveló alteraciones de las fibras miocárdicas al nivel de los trombos. Es un caso semejante al citado por Marfan en sus lecciones sobre la difteria (1905; pero en él se trataba de una difteria maligna, mientras que en el caso presentado, no.

Dos casos de leucemias linfoideas

Dres. A. Volpe y F. Nicola Reyes.—El primer caso se refiere a un niño de 11 años, sin antecedentes patológicos de importancia, que 5 días antes de ingresar al Servicio del Prof. Morquio, a raíz de un traumatismo del muslo que determinó un hematoma, presentó una erupción purpúrica petequeal, generalizada. No tenía fiebre; no guardaba cama. Presentó, después, gingivorragias. Al ingresar tenía una erupción purpúrica generalizada, un hematoma del muslo, hemorragias en las encías, bazo apenas palpable, algunos ganglios inguinales y axilares, estado general bueno, inteligencia normal. El examen de sangre dió: glóbulos rojos, 4.2000.000; glóbulos blancos, 752.000; hemoglobina, 80 %; metamielocitos, 1 %; polinucleares neutrófilos, 1 %; polinucleares eosinófilos, 1 %; linfocitos medianos, 4 %; infoblastos, 81.66 %; monocitos, 1 %; células monocitoides, 2 %; células de Rieder, 0.35 %; glóbulos rojos nucleados, 4 por cada 250 glóbulos blancos; discreta anisocitosis y poikilocitosis; muy escasas plaquetas; enorme cantidad de sombras nucleares de Gumprecht (en algunas láminas eran tan numerosas como las células íntegras. Prueba de Duke, 3 minutos; prueba del lazo, positiva; tiempo de coagulación, 7 minutos; coágulo irretráctil. El buen estado general persistió 4 días; un nuevo examen de sangre dió el mismo resultado anterior. En la noche del cuarto día (novenó de enfermedad) subió la temperatura, presentó un estado confusional, delirio, hematuria, melena, vómitos oscuros y abundantes, sudores profusos; finalmente estado comatoso y muerte en la tarde del día siguiente. Como se ve, es un caso de leucemia linfoide, de evolución sobreaguda, evolucionando en el término de 10 días bajo una forma engañosa, con estado general bueno hasta 24 horas antes del deceso.

El segundo caso era un niño de 9 años, hijo de madre bacilar, que inició su enfermedad 6 meses antes de ingresar al Servicio del Prof. Morquio, con inapetencia, decaimiento y adelgazamiento; dos meses más tarde presentó dolores yuxta-articulares, rebeldes al salicilato de soda; luego, fiebre, palidez. Al ingresar aparecía infiltrado, con edema de los párpados y de los pies, con tinte anémico, bazo palpable, hígado grande, ruido de galope, micropoliadenopatía inguinal y axilar, cutirreacción positiva; radiografía de tórax, normal; febril, orina normal. Examen de sangre: glóbulos rojos, 3.060.000; glóbulos blancos, 47.000; mielocitos, 2 %; polinucleares neutrófilos, 30 %; polinucleares eosinófilos, 6 %; linfocitos, 58 %; linfocitos medianos, 3 %; anisocitosis y poikilocitosis. Agravación progresiva, intensificación de la anemia. Un nuevo examen de sangre reveló intensa hipoglobulia y la aparición de células linfoideas con caracteres embrionarios, que pudieron clasificarse como infoblastos típicos, mostrando el pasaje de la aleucemia a la leucemia. La evolución clínica de este caso ha sido más larga; ha adoptado la máscara de una anemia febril; el diagnóstico no ha sido firme en los primeros 7 días de hospitalización, pero pudo hacerse después de varios exámenes de sangre, que comprobaron la existencia de una leucemia, la que se fué instalando progresivamente bajo el aspecto de una anemia grave. La muerte se produjo a los 13 días de hospitalización. En la autopsia se confirmó el diagnóstico de leucemia, por las lesiones halladas en el hígado, en el bazo, en los ganglios y en la médula ósea.

La cloremia en las azoemias infantiles

Dres. M. A. Jáuregui y W. Ayala.—Relatan el caso de un niño con retención azoada moderada y sintomatología evidente de eclampsia urémica. Pudieron asistir a la agravación rápida, llegando al período de coma y de convulsiones, del que salvó gracias a la sangría y a la punción lumbar. Durante ese período, la presión arterial llegó a cifras excepcionales en el niño, normalizándose después. La tensión del líquido cefalorraquídeo también fué muy elevada. Había acidosis, retención ureica muy discreta e hipocalcemia. Después de la mejoría de las hipertensiones arterial y del líquido cefalorraquídeo, mejoró también la acidosis. Mientras el enfermo estuvo sometido al régimen clásico habitual, hipoclorado, la retención ureica se mantuvo irreductible. En cuanto se dieron 5 grs. de cloruro de sodio por día, descendió la urea y ascendió la cifra de los cloruros en la sangre, lo que demuestra evidentemente la estrecha relación entre ambos factores. Recalcan la importancia de estos hechos, porque es la segunda observación de uremia en el curso de nefritis aguda, que han observado, cediendo al tratamiento por la recloruración. Esto indica que entre la complejidad de factores que llevan a la uremia, además de la hipertensión, etc., tiene importancia el equilibrio clorurado. Como terapéutica, en esos casos, conviene no prolongar el régimen hipoclorurado para conseguir la disminución de la urea en la sangre.

Quiste hidático de la base del cráneo

Dres. A. Carrau y J. E. Moreau.— Niño de 13 años, que entra al Hospital "Dr. P. Visca" en diciembre de 1928, ignorándose antecedentes familiares y personales. El enfermo procedía de la campaña y había sido remitido al Instituto de Ciegos, a causa de la pérdida de su visión. Esta parecía haberse producido muy rápidamente. En los últimos tiempos acusaba, también, vómitos y cefalalgias en forma de crisis. Trasladado al Servicio de Oftalmología del Hospital, a cargo del Dr. A. Buenafama Uriarte, se constató la existencia de una atrofia bilateral de los nervios ópticos, ausencia de alteraciones del líquido céfalorraquídeo y reacción de Wassermann negativa en éste y en la sangre. Un tratamiento intensivo, a base de arsenicales, no dió resultado favorable alguno. Al ingresar al Servicio de Medicina se constató: talla muy inferior (25 cms., menos que la normal), peso también inferior (16 kgrs. menor), cráneo normal, conformación general buena, adiposis segmentaria en forma de cintura, alrededor del ombligo, separada por un surco de la adiposidad suprapubiana, también muy desarrollada; adiposidad al nivel de las caderas y de las regiones lumbares; esqueleto normal, sin síntomas de raquitismo; ausencia de alteraciones de la marcha, salvo las dificultades puestas por la ceguera; ausencia de alteraciones de los reflejos, de los esfínteres y de la sensibilidad; hipoplasia manifiesta de los órganos genitales externos; ausencia de alteraciones urinarias; voz aflautada, infantil; cutireacción a la tuberculina, positiva débil; reacción de Cassoni, positiva muy intensa; reacción de Wassermann, negativa; en la sangre, ligera anemia, leucocitosis moderada, eosinofilia de 3%; inteligencia normal; radiografía del cráneo: separación de las sutu-

ras, aspecto cerebriforme de los huesos, destrucción completa de la silla turca, con una gruesa neoformación en su parte profunda (Dr. Cunha). Al cabo de algunos meses comienza a enflaquecer, baja de peso, se observa narcolepsia, los vómitos son continuos, aparecen alteraciones de los esfínteres; se notan rigideces en los miembros inferiores, que se mantienen en hiperflexión; finalmente, la caquexia se pronuncia, así como la somnolencia y la muerte sobreviene en mayo de 1931.

Como diagnóstico, pensaron en el quiste hidático del cerebro, a causa de la presencia de un síndrome de tumor cerebral en un niño procedente de la campaña, de la reacción de Cassoni positiva, de la ligera eosinofilia y del resultado de la radiografía. Pensaron, también, en la probable naturaleza tuberculosa del tumor, a causa de la cutirreacción positiva. El estado avanzado de las lesiones ópticas y óseas les detuvo para aconsejar la intervención quirúrgica. Señalan la existencia de un síndrome adiposogenital, tipo Babinski-Froelich. En la autopsia encontraron un quiste hidático del tamaño de un huevo de gallina, alojado en la silla turca, entre las meninges, por fuera del encéfalo, desplazando a la hipófisis, que estaba reducida a un pequeño núcleo.

Septicemia en un recién nacido, determinando un síndrome de ictericia grave

Dres. J. A. Bauzá y C. M. Domínguez.— Niño que ingresó a la Cuna de la "Casa del Niño", por el Torno, en setiembre de 1928, sin antecedentes. Era un débil congénito que medía 45 cms. y pesaba 2.400 grs., con el cordón umbilical infectado y que ofrecía una ictericia por retención, con acolia y manifestaciones hemorrágicas, que determinaron la muerte al 16º día de vida, en medio de síntomas de ictericia grave. Se observaron, fiebre en los últimos días, gran hipertrofia del hígado y del bazo, presencia de pigmentos biliares en la orina, retardo de la coagulación sanguínea y numerosos normoblastos; reacción de Wassermann, negativa. Como factor etiológico aceptan la sepsis. En la autopsia se encontró un hematoma que comprimía el origen del canal colédoco y que debía necesariamente impedir el pasaje de la bilis al intestino. Creen que la puerta de entrada de la septicemia puede haber sido la herida umbilical y que quizás haya existido, también, una diatesis hemorrágica, como lo comprueba el retardo de la coagulación de la sangre, que pudo constatarse.

La superposición anatómica a las imágenes radiográficas pulmonares

Dr. P. Cantonnet Blanch.— Destaca la importancia que para la enseñanza y la investigación de la tuberculosis pulmonar infantil tiene el método que se designa con el nombre de superposición o de control clínico-anatómo-radiográfico. Últimamente en Francia, Armand-Delille y Lestoequoy lo han descrito. El responde a varias condiciones necesarias: 1º, fijar el pulmón en su forma exacta, conservando sus relaciones normales con la parrilla costal, el mediastino y el corazón; 2º, seccionamiento del pulmón, previamente fijado, en cortes bien finos, para evitar que pudiesen escapar, sin caer estudiadas, las más pequeñas lesiones; 3º, conservar los cortes sin retracciones ni deformaciones; 4º, obtener "cortes" macroscópicos de pulmones seccionados en sentido frontal, oblicuo

o transversal, para que puedan ser superpuestos a las radiografías obtenidas en esas mismas posiciones, frontales, oblicuas o de perfil. Para poder hacer la superposición que estudiamos, es necesario poseer toda una serie de moldes de tórax, de distintas dimensiones. Ellos se obtienen vaciando el contenido torácico de un cadáver y llenándolo de yeso, con lo que se obtiene el molde macizo, del que hay que obtener uno hueco, dentro del cual se van a fijar los pulmones que se quieren estudiar. El contenido torácico sometido a estudio se debe sacar del cadáver, en un solo block; se coloca en el molde hueco a cuya capacidad corresponda y se deja al formol al 10 % durante 15 días. De esta manera, los pulmones, el corazón y los vasos forman un block endurecido, con una pequeña retracción, pero conservando las relaciones que mantenían en vida del sujeto. Una vez obtenida la fijación, se practican los cortes, en sentido transversal, oblicuo o anteroposterior, de acuerdo con la orientación de la imagen radiográfica. Se recolorean con alcohol a 90 %, en donde se dejan de 12 a 24 horas. Para conservar los cortes y poder superponerlos a las imágenes radiográficas correspondientes, se colocan en la solución de Kaiserling núm. 2 o también en cajas de Petri, lo que resulta muy cómodo para la enseñanza, utilizando la mezcla de Kaiser (gelatina, 70 grs.; agua destilada, 420 grs.; glicerina, 500 grs. y tincl, 50 grs.). Demuestra todo el interés que presenta este método relacionándolo a un caso práctico: niña de 6 años con un proceso bronconeumónico crónico, tuberculoso, seguido durante varios meses por exámenes clínicos y radiográficos. Por medio del método descrito anteriormente pudieron controlarse los exámenes clínicos y radiográficos, con los cortes del pulmón. Termina manifestando que el método de control anatómico de los exámenes radiográficos, ha sido uno de los factores que más han contribuido, en estos últimos años, a la revisión de muchos capítulos que parecían definitivos, en patología tuberculosa pulmonar del niño.

Constitución epiléptica y estado de mal epiléptico con hemiplejía derecha

Drs. J. M. Estapé y F. Nicola Reyes.— Niño de 10 años, ingresado al Servicio del Prof. Morquio (Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura) en julio de este año. Padre alcoholista crónico y epiléptico; abuela paterna, epiléptica. Madre sana; que ha tenido 12 embarazos a término. Ocho hijos muertos a causa de meningitis (1), procesos broncopulmonares (6) y de mastoiditis (1). La víspera del ingreso presentó cefalalgia, cara vultuosa, accesos de mal humor, indiferencia, fiebre, decaimiento y somnolencia. Al ingresar se constata: estado subcomatoso, desviación de la cabeza hacia la izquierda, paresia facial derecha, hiperestesia izquierda, hipoestesia derecha, hemiplejía flácida derecha con abolición de reflejos cutáneos y signo de Babinski, conservación de reflejos tendinosos; temperatura alta. Al día siguiente el estado comatoso era evidente; habían convulsiones de todo el lado izquierdo, parálisis facial y hemiplejía derechos, conservación de reflejos tendinosos, nistagmo lateral, incontinencia de esfínteres, apagamiento de tonos cardíacos, taquicardia, catarro bronquial. Poco a poco va saliendo del coma, cesan las convulsiones y la hemiplejía, desaparece la fiebre. Conserva, sin embargo, impulsividad e iracundez con los compañeros, pero luego se arrepiente y olvida; no es

egoísta. Líquido cefalorraquídeo, normal; orina, también; úrea del suero, 0.66 grs.; reserva alcalina, 30.3 grs.; reacción de Wassermann, negativa. Se le administró "luminal sódico" (0.05 grs. por vía hipodérmica), enemas de hidrato de cloral (0.50 grs.), régimen lácteo-vegetariano-frutariano. En resumen, niño heredoalcohólico; con tara neuropsicopática epiléptica, cargada, explicando su constitución psicopática epiléptica que, bajo la influencia de un factor congestivo intercurrente, produjo un estado de mal epiléptico con hemiplejía derecha. El pronóstico lejano es reservado, pues por su constitución está predispuesto a los diversos síndromes de la serie epiléptica.

Dos casos de púrpura reumatoide

Dr. L. M. Petrillo.—El primero era un niño de 6 años, que ingresó a la clínica del Prof. Morquio con dolores articulares, fiebre, tumefacción articular generalizada, dolores intensos, poliarticulares, óseos y del cráneo, y del vientre. Impresionó como un reumatismo articular agudo y fué tratado por el salicilato de soda, produciéndose la atenuación del proceso poliarticular; pero, entonces, aparecen elementos purpúricos en las plantas de los pies; luego, hematuria, vómitos repetidos y más tarde hemorragia intestinal, que se repitió dos días después, aunque menos abundante. El salicilato de soda fué substituído por el cloruro de calcio. Los dolores articulares desaparecieron; el corazón no fué afectado. El segundo enfermo era un niño de 7 años de edad, sin antecedentes de hemopatías. En mayo último los brazos y las piernas se cubrieron de una erupción como de urticaria; al mismo tiempo existían dolores en las piernas, que impedían la marcha, dolores abdominales y vómitos. Tres días después ingresaba al Servicio del Prof. Morquio con equimosis, petequias y pápulas hemorrágicas en los antebrazos; en ambos codos, una flictena con líquido hemorrágico; elementos análogos en los pies y piernas; articulaciones de los codos, dolorosas, con limitación de movimientos; vientre balonado y doloroso; deposiciones sanguinolentas. Los dolores articulares desaparecieron al cuarto día. Persistían las hemorragias cutáneas y la hematuria. Luego aparecieron: albuminuria, edemas. En la sangre se observaba ligera anemia, leucocitosis, cifra normal de plaquetas; no existían alteraciones del sangrado, ni de la coagulación. Lentamente todos los síntomas fueron desapareciendo y al cabo de 30 días el enfermo estaba curado. Son, pues, dos casos de púrpura reumatoide. En la misma clínica se han estudiado, en los últimos años, 36 casos de púrpura primitiva, 14 de los cuales fueron de la forma reumatisal. Todos ellos se caracterizaron por su benignidad.

Induración cutánea curable del recién nacido

W. Piaggio Garzón.—Describe las particularidades de una observación referente a un niño de 16 días de edad, nacido a término pero con estado asfíxico (extracción a forceps) que requirió ligera flagelación en la espalda. Lo interesante es que el padre y 4 hermanos presentan lesiones análogas. La palpación permitía reconocer múltiples nudosidades; al nivel del dorso y de la nuca, una especie de plastrón bien limitado, haciendo cuerpo con la piel y

bien limitado; múltiples nódulos en las regiones deltoidea, braquial posterior, cervical lateral, geniana izquierda e inguinocrural derecha; de tamaño variable. Ligeramente leucocitosis, eosinofilia e hipopolinucleosis. A los pocos días había desaparecido casi totalmente el empastamiento dorsal; por el contrario, habían aumentado las del hombro y aparecido nuevos nodulitos cervicales. A las 9 semanas habían disminuido mucho de tamaño. A las 10 semanas casi no se percibían núcleos de induración subcutánea. Estado general, excelente; aumento regular de peso. El padre, de aspecto sano, presentaba tumores subcutáneos del tipo lipoma, pudiendo descartarse la neurofibromatosis. Una tía del niño presentaba 12 induraciones subcutáneas en distintas regiones del cuerpo. Opina que se trata de la induración descrita por Marfan y Hallez y estudiada anatómicamente por Woringer y Weiner. Destaca la rareza del síndrome frente al hecho común de las maniobras obstétricas y adhiere a la opinión de Gironcoli de que es el estado asfíxico y no la flagelación, originando un traumatismo nervioso simpático, el que determinaría la alteración cutánea. El estudio anatomopatológico de un trozo extraído en el niño, realizado por el Dr. Lasnier, director del Instituto de Anatomía Patológica, reveló la similitud con las alteraciones descritas por Woringer y Weiner.

El estudio de la biopsia practicada en el padre reveló que se trataba simplemente de un lipoma.

Sociedad Argentina de Pediatría

NOVENA SESION CIENTIFICA ORDINARIA: 19 de Noviembre de 1931

Presidencia del Dr. Juan P. Garrahan

Enfermedad celiaca

Dres. P. de Elizalde y F. White.—Comunican la observación de una niña, seguida en el Servicio del primero en la Casa de Expósitos, que encuadra en el síndrome celiaco.

Discuten, apoyados en los datos de la literatura y en observaciones personales, el diagnóstico de este caso y algunas de las indicaciones terapéuticas de la enfermedad.

Septicemia a neumococos en una niña de 23 meses. Endocarditis.

Localizaciones perióísticas y abarticulares no supuradas

Dres. P. de Elizalde y S. Smith Bunge.—Presentan una niña que a los 23 meses fué afectada por una infección general piógena aguda, posiblemente neumocócica, con localizaciones endocárdicas, osteoperiósticas y articulares. Insisten sobre la poca frecuencia de las endocarditis agudas en la primera infancia y lo raro de la evolución no supurada de las lesiones osteoarticulares.

Hacen notar que la curación se obtuvo con tratamiento higiénico, sin recurrir a ninguna de las medicaciones llamadas antiatóxicas.

Nódulos subcutáneos hemorrágicos

Dres. P. de Elizalde y P. K. Cervini.—Se ocuparon de un niño que a los pocos días de vida presentó unos nódulos subcutáneos de color morado, algunos rodeados de una zona equimótica.

Pudieron caracterizar también en él una anemia simple y esplenomegalia.

La Wassermann y Khan de la madre resultaron negativas.

Extrajeron un nódulo para estudiar su histopatología y comprobaron se trataba de un lóbulo grasoso bien circunscripto, con hemorragia en su interior, las arterias próximas presentaban su túnica muy espesada.

La evolución posterior del enfermito fué favorable, lo único que persistía en el examen practicado 2 meses después, era la esplenomegalia.

Hicieron a continuación consideraciones de orden clínico y etiopatogénico, para terminar analizando algunos trabajos al respecto, de publicación reciente.

Consideraciones al margen de una observación de ictericia hemolítica

Dres. P. R. Cervini y A. Grecco.—Presentaron la observación de una anemia negativa hemolítica con ligera leucocitosis y reacción mieloide, en una niña con un desarrollo pondoestatural casi normal, con caries dentarias y Wassermann positiva.

Discutieron el resultado de los diversos tratamientos instituidos y su carácter familiar, para finalizar refiriéndose a su estado actual, después de 15 meses de haber sido esplenectomizada.

Discusión: *Dr. Casaubón.*—Recordó un caso igual que pudo seguir en el Servicio del Dr. Acuña, para significar que en él (después de la esplenectomía), ni el tinte subictérico, ni los exámenes hematológicos, se modificaron mayormente.

Aplasia congénita de fémur

Dres. M. Gamboa y S. I. Nudelman.—Comunicaron los autores la observación de un niño de 3 años, quien presentaba su miembro inferior muy acortado por agenesia femoral. La reacción de Wassermann en el líquido cefalorraquídeo dió resultado positivo.

A raíz del caso presentado analizaron las posibles etiopatogenias propuestas, así como las clasificaciones más generalizadas al respecto, agregando al final algunas citas bibliográficas.

Osteoporosis dolorosa post-traumática de la rótula (Patellitis)

Dr. J. M. Macera.—Analizó el caso de una niña de 6 años de edad, cuyos padres no estuvieron libres de enfermedades de significación.

La niña misma padeció en edad temprana vómitos incoercibles, luego enterocolitis y más tarde, varios ataques de gripe.

La enfermedad actual se caracterizó por un dolor localizado en el borde superior de la rótula derecha, dolor que apareció al día siguiente de un golpe que la enferma se dió en las rodillas y que sólo se ponía en evidencia cuando el miembro inferior derecho estaba en extensión.

El comunicante mostró varias radiografías, en donde pudo verse la rarefacción ósea de ambas rótulas.

Pasó luego revista a las diversas patogenias propuestas para explicar el mecanismo de éste proceso y terminó ocupándose del tratamiento a seguir, el que debe ser médico o quirúrgico, según la evolución de la dolencia.

Discusión: *Dr. Gamboa.*—Se refirió a su escasa frecuencia.

Respecto a su etiología, opinó que debía ser el traumatismo, por los trastornos circulatorios que origina.

En consecuencia sostuvo que los procesos de ósteocondritis por reducción en los dislocados, ha de obedecer a la misma razón.

Dr. Maróttoli.—Siendo practicante estudió un caso, que cree fué la primera publicación hecha en el país. En él practicaron la resección del vértice de la rótula y el resultado fué óptimo.

Agregó que el traumatismo no siempre está presente y que Leriche demostró la rarefacción ósea en la ósteocondritis, pero no en todos los casos de este malestar.

Por ello dijo que la denominación más apropiada debía ser la de apofisitis rotuliana.

Dr. Macera.—Sostuvo que la denominación era la apropiada.

- 1) Por la existencia de ósteoporosis.
- 2) Por el antecedente del traumatismo.
- 3) Por el dolor.

Hizo resaltar el hecho interesante de haber constatado en su enfermita una ósteoporosis de ambas rótulas y sólo síntomas de enfermedad, en el lado derecho.

Análisis de Libros y Revistas

M. LAFFITTE.—*Cinq observations de péritonite á pneumocoque*. Rapport de H. Mondor. "Bull. et. Mem. Societé de Chirurgie de Paris". T. LVII, N.º 20, 13 de junio de 1931, pág. 835.

Estas observaciones dice el autor, nos ha parecido interesantes, porque ellas permiten confirmar ciertos puntos sobre los cuales muchos ya han insistido y formular un problema terapéutico que no le parece resuelto aun, de una manera definitiva.

Relaciona el cuadro clínico que presentaron sus enfermos con los conocimientos clásicos que se tiene sobre dicha entidad; destaca que todos los casos fueron del sexo femenino y que en dos ocasiones existía una vulvovaginitis en las cuales el examen bacteriológico mostró la existencia de abundantes neumococos.

En todos sus pacientes el comienzo fué brutal, en estado de perfecta salud, el estado general rápidamente fué atacado, la temperatura ascendía de inmediato a 39º ó 40º y el pulso estaba en relación con aquella.

Todas las veces hallaron diarrea, por lo cual le asigna la importancia de un síntoma casi patognomónico. Los cinco casos fueron intervenidos, cuatro veces con el diagnóstico de peritonitis apendicular y el restante como peritonitis indeterminada.

Los resultados son poco halagadores: dos terminaron con la muerte y los otros casos presentaron una evolución larga, interrumpida por accidentes infecciosos secundarios con la aparición de otras colecciones purulentas que debieron incidirse.

El problema más difícil es el de la indicación terapéutica, dadas las dificultades prácticas del diagnóstico diferencial con procesos apendiculares graves.

El autor sostiene que si se está seguro del diagnóstico de peritonitis a neumococos, debe aconsejarse la abstención sistemática, pero si existe duda, debe correrse el riesgo de no intervenir y dejar un apéndice gangrenado?

El autor define su conducta terapéutica en los siguientes términos:

"En las niñas que presentan un síndrome abdominal febril con diarrea, haremos un examen bacteriológico vaginal sistemático y si el neumococo es hallado no haremos más que un tratamiento médico apropiado. Si el examen de laboratorio es negativo y si los signos clínicos no constituyen un conjunto de pruebas suficientes, no dudaremos en verificar el apéndice, de miedo de

dejarlo a su propia mente con una gangrena de este órgano, convencidos por otra parte, de la escasa repercusión de esta exploración sobre el estado general”.

El relator analiza minuciosamente el trabajo y con justo motivo cree exagerado la importancia que asigna Laffitte a las vulvovaginitis.

Respecto a la indicación operatoria comenta la conducta de varios autores; cita en primer término a Ombredanne, quien afirma que toda peritonitis difusa purulenta debe ser operada sin dilación, que la naturaleza del microbio se discutirá luego.

Poco después aparecen numerosos trabajos demostrando que la intervención precoz no ha dado más que decepciones. Así lo afirma la estadística de Budde: operación en los tres primeros días, mortalidad en el 90 %; operación más tardía, mortalidad del 6.7 %.

Los médicos y cirujanos dice Mondor, se encuentran antes un dilema muy severo: por una parte creen agravar una peritonitis a neumococos cuando se interviene con el diagnóstico erróneo de apendicitis y por otro lado, dejar morir por apendicitis desconocida si se hace el diagnóstico de peritonitis neumocócica y si este diagnóstico implica la abstención operatoria. Cree que nada aun está rigurosamente comprobado; que la gravedad de los gestos quirúrgicos prematuros no tienen a su disposición que estadísticas poco extensas y personales y por lo tanto son necesarios trabajos numerosos para establecer sucesivamente si la peritonitis neumocócica, de comienzo violento, tienen probabilidades de llegar por tratamiento médico a la fase favorable de la abscesación y enquistamiento; si la laparotomía disminuye el número de estas probabilidades y si los elementos de un diagnóstico de certidumbre pueden ser reunido desde el primer día.

En estas condiciones, este interesante problema de terapéutica quirúrgica, tendrá su solución definitiva.

Oscar R. Maróttoli.

R. MATHIEU y J. CHABRUN (París). Relatores al Congreso de Pediatría de 1931.—*La fiebre alimenticia en clínica*. “La Presse Médicale”, 28 de octubre de 1931.

Reacciones febriles provocadas por ciertos alimentos (leche seca, ClNa) o que aparecen como consecuencia de un desequilibrio en la composición del régimen (fiebre de sed, de concentración, etc.). En lactantes hasta los 10 meses.

Fiebre de leche seca: Aparece por debajo del quinto mes, después de una latencia de 5 a 8 días de usarla, por lo tanto su aparición no es inmediata; fiebre alta como único síntoma, pues el estado general, digestión, crecimiento, etc., normales. Su supresión trae la temperatura a la normal antes de las 24 horas, pudiendo reaparecer con nueva ingestión. Rara.

Fiebre de sal: Interés experimental, pues en dietética infantil no se usan grandes cantidades de ClNa. Puede aparecer por inyecciones salinas, sobre todo en ataques de infecciones agudas o subagudas presentando un estado hipercloremia, en su reemplazo usar suero glucosado o bicarbonatado.

Fiebre de sed: Excepcional en el lactante, es bastante frecuente en el recién nacido en que aparece en la primera semana, lo más a menudo del segundo al cuarto día, 39° y hasta 40°, desaparece en días o en horas, se acompaña importante caída del peso. Puede aparecer cuando la cantidad total de líquido dado no pasa de 25 a 50 c.c. por kilogramo (Finkelstein). El lactante tiene necesidad de un mínimo de agua de 150 grs. por kilogramo.

Se mencionan otros tipos de fiebre (concentración, deshidratación, por azúcar, etc.), pero son tan raras que su diagnóstico debe quedar un diagnóstico de exclusión.

La infección probada, latente u oculta, suelen ser las causas más frecuentes de la fiebre, de ahí que deba siempre buscarse. La infección del lactante repercute muy pronto en su nutrición y peso.

Recordar también que ciertas alteraciones del sistema nervioso central (hemorragias meníngeas de origen obstétrico), suelen producirla, como también las variaciones físicas del medio exterior (golpe de sol, vientos, etc.) (Moriwand).

Martín C. Corlin.

PAUL BERTOYE, relator al VII Congreso de los Pediatras de Lengua Francesa (octubre de 1931).—*Las avitaminosis en el lactante. Formas frustras y latentes.* "La Presse Médicale", noviembre 4 de 1931.

Las avitaminosis no difieren de las otras enfermedades de la nutrición. En un *primer* grado encuéntrase la *forma latente*, difícil de descubrir, en que es más bien un terreno especial creado por la carencia; un *segundo* grado, la *forma frustra* y *tercero* las *formas completas*.

En clínica las dos primeras, observadas en lactantes, resultan de carencias parciales (uso exclusivo de leche condensada, harinas, etc.) en que el factor C es dado insuficientemente; igual hecho se efectúa por carencia de la A, teniendo importancia para su aparición: a) la edad, puesto que cuanto más joven hay mayor necesidad de vitaminas, salvo durante las primeras semanas de vida en que trae reservas; b) las infecciones, éstas intervienen en la formación de un terreno sensible a la carencia y por sus repeticiones, aún atenuadas, a la terminación probable de un síndrome de avitaminosis frustras; c) las intoxicaciones, que actúan igualmente.

Avitaminosis C.—Estudio clínico: Unánimemente se considera el escorbuto, beriberi, xerostalmia y el raquitismo como avitaminosis.

El escorbuto típico aparece en el lactante después del sexto mes de vida; es entonces en la corriente de los primeros 6 meses que se debe observar más frecuentemente el escorbuto latente (pero estacionario o disminuido, pérdida del apetito, palidez, ligeros edemas en párpados superiores, irritabilidad, etc.) y al aproximarse al sexto mes los signos del escorbuto frustrado dando las formas monosintomáticas, caracterizadas sobre todo por hemorragias (cutáneas y mucosas), anemias (simples o tipo clorótico), a veces dolores epifísicos y caja torácica, que pueden aparecer mucho antes del confirmado.

Pero el diagnóstico de estas dos formas se hará con los rayos (tests radioscópicos de gran valor).

Tratamiento preventivo: Durante los 3 primeros meses, diariamente, 1 ó 2 cucharaditas de jugo de naranja, limón o tomate; después del cuarto o quinto mes agregar espinacas, zanahorias o papas. Curativo aún del latente, dosis considerables, 100 a 200 grs. de jugos de frutas, por día.

Avitaminosis A.—La típica se observa en lactantes cuya alimentación es demasiado pobre en grasas (Babeurre en Francia, frecuente; leche descremada en Dinamarca, se la observa; etc.); da sus signos oculares (queratomalacia el más característico), después de manifestaciones infecciosas, digestivas. El factor A no ha sido aislado.

En las formas latentes y frustras, diversas alteraciones (diarreas, anemia, distrofias, edemas, anasarca, etc.), preceden la queratomalacia.

El empleo de leche completa, aceite de hígado de bacalao e hígado, como tratamiento.

Avitaminosis B.—Se han aislado 4 vitaminas B. De interés para el médico, 2: la antineurítica (su ausencia trae parálisis, que en el lactante se localiza en los nervios craneanos), y la del crecimiento.

Como frustra de ésta: Anorexia, insomnio, tonicidad exagerada de los músculos de los miembros.

La levadura de cerveza fresca, contiene gran cantidad de estas vitaminas.

Avitaminosis D.—Su falta influye en la aparición del raquitismo, sin poder precisarse la importancia y los factores múltiples que pudieran engendrarla.

La carencia en vitaminas suele ser múltiple, pero una de ellas puede predominar, de ahí la indicación de dar al niño gran cantidad de vitaminas, teniendo cuidado de variar suficientemente su alimentación.

Martín C. Corlín.

AUREL STROE (de Bucarest).—*A propósito de una enfermedad epidémica con exantema miliar en los niños y lactantes. (Svette miliare infantile).* "Revue Française de Pédiatrie", 1931, tomo 7, N.º 4, páginas 467 a 472.

El autor trata de demostrar, en contra de la opinión de Ritschel, que ésta es una enfermedad distinta de la "svette miliare".

Período de incubación, 6 a 14 días; invasión, 2 a 5 días, con temperatura elevada que se mantiene en el período de exantema. El período de descamación puede durar hasta 8 días.

En los lactantes, las recaídas son frecuentes; cita casos hasta de 3 y 4 recaídas, con intervalos de 5 a 6 días entre una y otra, dándole a la duración del proceso una extensión desmesurada.

El examen de sangre de estos niños le muestra una linfocitosis muy acentuada.

Promete para una publicación próxima la anatomía patológica resultante de ciertos trabajos experimentales.

No es éste un trabajo clínico bien documentado.

S. I. Betinotti.

BIBLIOGRAFIA PEDIATRICA ARGENTINA

correspondiente al año 1924 (1)

(Recopilada a iniciativa de la Sociedad Argentina de Pediatría)

por

José Alejandro Trillo

ABANDONADOS.

Pozzo Fernando.—La ley Agote y la Asociación Tutelar de Menores. "La Clínica Psicopedagógica", 1924, II, n.º 3-4, página 28.

ABSCESO CEREBELOSO.

Podestá Roberto y Arauz Santiago L.—Otitis media supurada crónica. Colesteatoma. Laberintitis supurada. Laberintectomía. Absceso del cerebelo. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 38, pág. 46.

ABSCESO PERINEFRÍTICO.

Salleras Juan.—Absceso perinefrítico consecutivo a un flemón de mano. "La Semana Médica", 1924, I, 1216.

ABSCESO RETROFARÍNGEO.

Samengo Luis.—Irrigoaspiración continua eléctrica en otorino-laringología (abscesos retrofaríngeos). "La Semana Médica", 1924, II, 521.

ADENITIS FLEGMONOSA DE LA REGIÓN MASTOIDEA.

Becco Raúl.—Linfangitis, adenitis y adenoflegmón de la re-

(1) Por resolución de la Sociedad Argentina de Pediatría, en esta bibliografía solo figuran los trabajos de autores argentinos.

gión mastoidea. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 20 págs. (inédito). (Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas).

ADENITIS ILÍACA AGUDA.

Rivarola.—Adenitis ilíacas agudas. “Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires”, 1924, VIII, 195.

ADENITIS DE LA REGIÓN MASTOIDEA.

Becco Raúl.—Linfangitis, adenitis y adenoflegmón de la región mastoidea. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 20 págs. (inédito). (Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas).

ADENOPATÍA TRAQUEOBRONQUIAL.

Benítez Miguel E.—Adenopatía traqueobronquial. “Revista de Ciencias Médicas”, 1924, VIII, 2.

ADIPOSIS DOLOROSA.

Obarrio Juan M. y Marotta Aquiles S.—Sobre un caso de distrofia endocrinosimpático muscular, con un síndrome adiposogenital, una adiposis dolorosa y una miopatía primitiva pseudohipertrófica. “Tribuna Médica Argentina”, 1924, IX, 729.—“Revista del Hospital de Niños”, 1924, n.º 36, pág. 38.

AFASIA.

Programas para el curso de perfeccionamiento de maestros especiales (afasia). “Boletín de Higiene Escolar”, 1924, IV, n.º 16, pág. 8.

ALERGIA.

Barlaro Pablo M.—Sobre la alergia y la anergia. “La Prensa Médica Argentina”, 1924, XI, 19.

ALCOHOLISMO (HERENCIA).

Rueda Pedro.—Algo sobre alcoholismo y heredoalcoholismo. “Revista del Centro Estudiantes de Medicina de Rosario”, 1924, IV, 1360.

ALCOHOLISMO (PROFILAXIS).

López Julio A.—La enseñanza antialcohólica en las escuelas.

"Boletín del Museo Social Argentino", 1924, XIII, 253, 457.

Rodríguez Fermín.—Represión del alcoholismo. "Anales del Departamento Nacional de Higiene", 1924, XXX, 84.

Varela María Josefa.—Proyecto sobre enseñanza científica antialcohólica. "Boletín del Museo Social Argentino", 1924, XIII, 304.

ALIENACIÓN (FISONOMÍA).

Catalán Emilio.—La fisonomía de los alienados. "Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal", 1924, XI, 653.

ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL.

Garrahan Juan P.—Sobre técnica de la alimentación artificial. "La Semana Médica", 1924, I, 147.

Garrahan Juan P.—Trastornos digestivos y nutritivos en los niños alimentados artificialmente. Generalidades y clasificación. "La Semana Médica", 1924, I, 227.

ALVEOLITIS TUBERCULOSA.

Elizalde Pedro de.—Alveolitis tuberculosa en un niño de 17 días. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 450.

AMBIENTE HUMORAL.

Busco Juan.—Desarrollo neuropsíquico y ambiente humoral. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 450.

AMORALES.

Programas para el curso de perfeccionamiento de maestros especiales (amorales). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 8.

ANATOMÍA INFANTIL.

Programa para el curso de perfeccionamiento de maestros especiales (anatomía infantil). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 6.

ANEMIA ALIMENTICIA.

Schwitzer F. y Pacheco M.—Un caso de anemia alimenticia

del lactante. "La Semana Médica", 1924, II, 417.—"Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 522.

ANEMIA ESPLÉNICA.

Acuña Mamerto, Bazán Florencio y Correas Carlos A.—Dos casos de "Síndrome de Banti" tratados por esplenectomía. Estudio anatomopatológico del bazo y de la médula ósea. "La Prensa Médica Argentina", 1924, X, 605.—"Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 193.

ANEMIA GRAVE.

Navarro Juan C. y Munin José L.—Dos casos interesantes de anemias graves en la infancia. "La Prensa Médica Argentina", 1924, XI, 19.

ANERGIA.

Barlaro Pablo M.—Sobre la alergia y la anergia. "La Prensa Médica Argentina", 1924, XI, 19.

ANGIOMA MUSCULAR.

Cúneo Domingo S.—Angiomas circunscriptos de los músculos estriados. Biceps braquial derecho. "Revista Médica del Litoral", 1924, IV, 843.

Sarmiento Laspiur.—Angiomas circunscriptos de los músculos estriados (relato del trabajo del Dr. D. S. Cúneo). "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 667.

ANO CONTRA NATURA.

Rivarola R. A. y Detschessahy R.—Año contra natura en la atresia total del colon. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 102.

ANOMALÍAS BUCODENTARIAS.

Gallego Eduardo.—Anomalías bucodentarias en los niños retardados. Tesis de doctorado en odontología. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 93 págs.—"La Clínica Psicopedagógica", 1924, II, n.º 5, pág. 18; n.º 6, pág. 1.

ANORMALES (EDUCACIÓN).

Acquafresca Fanny.—Educación de los anormales. "Boletín del Museo Social Argentino", 1924, XIII, 259, 464.

Ameghino Arturo.—La educación de anormales en la República Argentina. Reseña crítica. "Revista del Círculo Médico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina", 1924, XXIV, 277.

Ciampi Lanfranco.—Curso de perfeccionamiento para preparar maestros para niños anormales y retardados. "La Clínica Psicopedagógica", 1924, II, n.º 5, pág. 26.

Morzone Luis.—El médico psicólogo y el maestro de niños anormales. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, página 4.

Curso de perfeccionamiento para maestros encargados de la enseñanza de niños retardados, pedagógicos y anormales. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 6.

Programas para el curso de perfeccionamiento de maestros especiales (anormales). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 7.

ANQUILOSIS DE LA MANO (CONGÉNITA).

Schneideweind.—Anquilosis congénita de los dedos de la mano bilateral y familiar. "La Semana Médica", 1924, II, 988.

ANQUILOSIS DE RODILLA.

Hernández Rodolfo V.—Anquilosis de rodilla en ángulo menor de 60° y en luxación posterior por artritis tífica. "La Prensa Médica Argentina", 1924, XI, 534.

ANQUILOSIS TEMPOROMAXILAR.

Rivarola.—Anquilosis temporomaxilar. Resultado operatorio inmediato. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 231.

Rivarola Rodolfo A.—Sobre un caso de anquilosis temporomaxilar. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 38, pág. 23.

ANQUILOSTOMIASIS.

Bacigalupo Juan.—La anquilostomiasis en la provincia de Buenos Aires. "La Semana Médica", 1924, II, 248.

Bacigalupo Juan.—La anquilostomiasis en la provincia de Buenos Aires. "Revista de la Asociación Médica Argentina" (Sociedad de Medicina Interna), 1924, XXXVII, 471.

Vaccarezza Raúl F.—La anquilostomiasis en la República Argentina. "La Semana Médica", 1924, I, 943.

ANQUILOSTOMIASIS (TRATAMIENTO).

Destéfano Francisco y Vaccarezza Raúl F.—Tratamiento de la anquilostomiasis por el tetracloruro de carbono. "La Semana Médica", 1924, I, 403.

APENDICITIS AGUDA.

Pavlovsky Alejandro J.—Consideraciones sobre apendicitis aguda (207 casos de observación personal). "La Semana Médica", 1924, I, 189.

APENDICITIS SEPTICOPHOÉMICA.

Lagos García Carlos.—Consideraciones sobre dos casos de apendicitis septicohémicas. "La Semana Médica", 1924, I, 506.

ARSENICISMO CRÓNICO ACCIDENTAL.

Giría Corbella Raúl.—Arsenicismo crónico accidental en la provincia de Buenos Aires. "La Semana Médica", 1924, II, 904.

ARTRITIS TÍFICA.

Hernández Rodolfo V.—Anquilosis de rodilla en ángulo menor de 60° y en luxación posterior por artritis tífica. "La Prensa Médica Argentina", 1924, XI, 534.

ARTROPATÍA DE LA CADERA (CRÓNICA).

Tagliavacche N.—Artropatías crónicas de la cadera en la infancia (relato del trabajo de los Dres. Donovan y Chevalier Boutell). "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 938.

ARTROPATÍA HEMOFÍLICA.

Monteverde R.—Consideraciones sobre un caso de artropatía hemofílica. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 37, página 40.

ASCARIS LUMBRICOIDES.

Bacigalupo Juan.—La evolución del ascaris lumbricoides. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 311.

Bacigalupo Juan.—Neumonía experimental por larvas de ascaris lumbricoides. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 39, pág. 34.

Bacigalupo Juan.—El ascaris lumbricoides. Su evolución. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 17 págs. (inédito). (Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas).

Lagos García Carlos.—La oclusión intestinal por el ascaride lumbricoide. "La Semana Médica", 1924, I, 413.

ASCITIS.

Acuña Mamerto, Bazán Florencio y Correas Carlos A.—Dos casos de "Síndrome de Banti" tratados por esplenectomía. Estudio anatomopatológico del bazo y de la médula ósea. "La Prensa Médica Argentina", 1924, X, 605.—"Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 193.

ASMA.

Barlaro Pablo M.—El asma. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 66 págs.

ASMA BRONQUIAL.

Beretervide Enrique A. y Pozzo Fernando.—Bronquitis asmática y sífilis congénita en la infancia. "La Semana Médica", 1924, I, 308.

ASMA (TRATAMIENTO).

Celasco Juan Luis.—Las indicaciones terapéuticas en el asma. "La Semana Médica", 1924, II, 536.

ASOCIACIÓN DE IDEAS.

Programa para el curso de perfeccionamiento de maestros especiales (asociación de ideas). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 7.

ATENCIÓN.

Programa para el curso de perfeccionamiento de maestros es-

peciales (atención). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 7.

ATRESIA DEL COLON (TOTAL).

Rivarola Rodolfo A. y Detchessarry R.—Ano contra natura en la atresia total del colon. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 102.

ATROFIA DEL CÓNDILO EXTERNO.

Chutro Pedro.—Luxación congénita de la rótula y atrofia del cóndilo externo. "Revista de Cirugía", 1924, III, 165.

ATROFIA DEL SACO LAGRIMAL.

Miranda Gallino Martín.—Radiología de las vías lagrimales. (atrofia del saco lagrimal). "La Semana Médica", 1924, I, 722.

AVULSIÓN INTERGLENIOIDEA.

Finschietto Ricardo.—Fractura de la espina tibial. Avulsión interglenioidea. "Revista de Cirugía", 1924, III, 17.

BANCO ESCOLAR.

Cometto Carlos S.—Instrucciones al personal directivo y docente de las escuelas de la provincia de Buenos Aires. (El Banco Escolar y la estadística de los alumnos). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 14, pág. 2.

BILIRUNEMIA.

Bonorino Udaondo C. y Carulla Juan E.—Investigaciones clínicas sobre la bilirunemia. Dosaje de la bilirubina de la sangre por el método de Meulengracht. "La Prensa Médica Argentina", 1924, X, 705.

BIOMETRÍA.

Busco J. y Paperini H.—Algunos datos biométricos de recién nacidos argentinos. "Revista de la Asociación Médica Argentina", 1924, XXXVII, 53.

BLENORRAGIA INFANTIL.

Castaño E.—Estrechez filiforme de la uretra en un niño por blenorragia infantil. "Revista de la Asociación Médica Argentina" (Sociedad Argentina de Urología), 1924, XXXVII, 68.

BOCIO ENDÉMICO.

Krauss y Rosembusch.—Los problemas de sanidad nacional. Bocio, Cretinismo y Enfermedad de Chagas. "Revista de la Cruz Roja Argentina", 1924, I, n.º 9-10, pág. 71.

Lewis Juan T.—Características del bocio endémico en las provincias del Norte. "La Semana Médica", 1924, II, 713.

BOCIO ENDÉMICO (PROFILAXIS).

Aráoz Alfaro Gregorio y Pañilla Tiburcio.—Lucha contra el bocio endémico. "Anales del Departamento Nacional de Higiene", 1924, XXX, 62.

BOCIO EXOFTÁLMICO (RADIOTERAPIA).

Gutiérrez José.—Radioterapia del bocio exoftálmico. "La Semana Médica", 1924, I, 579.

BOTÓN DE ORIENTE.

Fernández Antonio A. y Bigati Alberto.—Unu caso de Botón de Oriente. "La Semana Médica", 1924, I, 1074.

BRADICARDIA.

Schweizer Fernando.—Sobre un caso de bradicardia en un lactante. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1923, XVIII, 445.

BRONCOECTASIA.

Muniagurria Camilo.—La dilatación bronquial en el niño. "Revista Médica del Rosario", 1924, XIV, 343.

BRONCOECTASIA (COMPLICACIONES).

Segura Gerardo.—Las inyecciones intratraqueales de lipiodol "como medio coadyuvante diagnóstico". (Tuberculosis pulmonar bilateral a forma bronconeumónica con muy pequeñas dilata-

ciones bronquiales). Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 37 págs. (inédito). (Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas).

BRONCONEUMONÍA.

Guglielmetti Juan.—Acción farmacodinámica y terapéutica del clorhidrato de emetina. (Disentería ambiana aguda y bronconeumonía). In "Libro de homenaje a la memoria de Juan Guglielmetti". Buenos Aires, 1924, pág. 17.

BRONCONEUMONÍA SARAMPIONOSA.

Goldemberg León.—Enfisema intersticial y subcutáneo por bronconeumonía sarampionosa. "La Prensa Médica Argentina", 1924, X, 647.

BRONCONEUMONÍA (TRATAMIENTO).

Melfi José.—Tratamiento de la bronconeumonía. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 81 págs. (inédito). (Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas).

BRONQUITIS ASMÁTICA AGUDA.

Carulla Juan E.—La tensión venosa y su valor como método de exploración clínica. (Bronquitis asmática aguda). "Revista del Círculo Médico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina", 1924, XXIV, 567.

BRONQUITIS ASMÁTICA (COMPLICACIONES).

Beretervide Enrique A. y Pozzo Fernando.—Bronquitis asmática y sífilis congénita en la infancia. "La Semana Médica", 1924, I, 308.

CÁLCULO RENAL.

Beretervide E. y Pozzo F.—Pionefrosis calculosa en un niño de nueve años. "Revista de la Asociación Médica Argentina", 1924, XXXVII, 126.—"Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 449.

CAMPTODACTILIA CONGÉNITA.

Chutro Pedro.—Camptodactilia congénita. "Revista de Cirugía", 1924, III, 81.

CÁNCER.

Roffo Angel H.—Informe presentado al Departamento Nacional de Higiene. (Cáncer). "Anales del Departamento Nacional de Higiene", 1924, XXX, 16.

CANTINAS MATERNALES.

Ferreya Pedro N.—Acción medicosocial de las cantinas maternales. "Revista de la Cruz Roja Argentina", 1924, I, n.º 9-10, pág. 25.

CARBUNCLO.

Risotto Atilio A.—Carbunclo. "La Semana Médica", 1924, I, 812.

CARIES DENTARIA.

Cooke Genaro W.—Causas directas y predisponentes de caries dentarias. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 4.

CARREAU SIFILÍTICO.

Valdez José M. (h.)—Peritonitis crónica exudativa, hipertrofia de los ganglios del mesenterio (carreau sifilítico), por sífilis hereditaria. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 255, 311.

CAUSALGIA NERVIOSA.

Sácco.—Causalgia del nervio mediano y simpaticotonía secundaria plexual. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 331.

CERTIFICADO PREMATRIMONIAL.

Busco Juan.—Por la implantación del certificado médico prematrimonial. "Revista de la Asociación Médica Argentina" (Sociedad Argentina de Nipiología), 1924, XXXVII, 67.

CIEGOS (EDUCACIÓN).

Ayrola Bartolomé.—Educación de los ciegos. "Boletín del Museo Social Argentino", 1924, XIII, 260, 464.

Pérez Mendoza José.—Sobre enseñanza y protección de los

niños ciegos. "Boletín del Museo Social Argentino", 1924, XIII, 260, 465.

Programas para el curso de perfeccionamiento de maestros especiales. (Ciegos). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 8.

CIEGOS (PROTECCIÓN).

Pérez Mendoza José.—Sobre enseñanza y protección de los niños ciegos. "Boletín del Museo Social Argentino", 1924, XIII, 260, 455.

CIRROSIS HEPÁTICA.

Acuña Mamerto, Bazán Florencio y Correas Carlos A.—Dos casos de "Síndrome de Banti" tratados por esplenectomía. Estudio anatomopatológico del bazo y de la médula ósea. "La Prensa Médica Argentina", 1924, X, 605.—"Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 193.

Navarro Juan Carlos y Ferreyra Pedro N.—Un caso raro de cirrosis hepática. "Archivos Latino Americanos de Padiatría", 1924, XVIII, 527.

CÓLERA INFANTIL.

Acuña Mamerto.—La leche albuminosa en los trastornos nutritivos e infecciones enterales del lactante. (Cólera infantil). "La Semana Médica", 1924, I, 323.

COLESTESTOMA.

Podestá Roberto y Arauz Santiago L.—Otitis media supurada crónica. Colesteatoma. Laberintitis supurada. Laberintectomía. Absceso del cerebelo. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 38, pág. 46.

COLITIS INFECCIOSA ENDÉMICA.

Brito Guillermo X. de.—El uso de la Vacuna Anticoli Croveri y del Fermentol en numerosos casos de colitis infecciosa endémica. "Tribuna Médica Argentina", 1924, IX, 497.

COLITIS A LAMBLIA INTESTINALIS.

Lezama Luis.—Dos casos de colitis a lamblia intestinalis. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 435, 524.

COLONIA DE VACACIONES.

Bortagaray Mario H.—Colonias de vacaciones para niños débiles. "El Monitor de la Educación Común", 1924, LXXXVIII, 43.

COMEDORES INFANTILES.

Gallo Angel G.—Comedores infantiles. "Boletín del Museo Social Argentino", 1924, XIII, 301.

CONFUSIÓN MENTAL.

Ciampi Lanfranco y Ameghino Arturo.—La confusión mental en el infantilismo. "La Clínica Psicopedagógica", 1924, II, n.º 2, pág. 1.

COQUELUCHE (TRATAMIENTO).

Acosta de Roberti Leticia.—El éter y el reposo en cama en el tratamiento de la coqueluche. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 6, pág. 27.

Bordot Enrique.—Tratamiento de la coqueluche de los lactantes por las inyecciones de éter (método de Audrain). "Revista de la Asociación Médica Argentina" (Sociedad Argentina de Nipiología), 1924, XXXVII, 11.

Peña y Lillo S.—Tratamiento de la tos convulsa por el éter. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 3, pág. 5.

CORTICOPLEURITIS SUPERFICIAL.

Goyena Juan Raúl.—Corticopleuritis superficial. In "Lecciones de clínica médica" (1924). Buenos Aires, 1924, pág. 250.

COSTILLA CERVICAL SUPERNUMERARIA.

Taubenschlag.—Costilla cervical supernumeraria. (A propósito de la comunicación del Dr. Aree). (Discusión). "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 188.

CRETINISMO.

Krauss y Rosembusch.—Los problemas de sanidad nacional. Bocio, Cretinismo y Enfermedad de Chagas. "Revista de la Cruz Roja Argentina", 1924, I, n.º 9-10, pág. 71.

CUERPO EXTRAÑO DEL ESÓFAGO.

Jorge.—A propósito de cuerpo extraño del esófago. “Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires. 1924, VIII, 673.

CUERPO EXTRAÑO EN ODONTOLÓGÍA.

Erausquin Rodolfo.—El cuerpo extraño en odontología. “La Tribuna Odontológica”, 1924, VIII, 78.

DEBILIDAD CONGÉNITA.

Velasco Blanco León.—Protección del prematuro débil y congénito. “Revista de la Asociación Médica Argentina” (Sociedad de Nipiología), 1924, XXXVII, 5.

DEBILIDAD CONGÉNITA (TRATAMIENTO).

Velasco Blanco León.—Resultados del tratamiento de la debilidad congénita. “Archivos de la Conferencia de Médicos del Hospital Ramos Mejía”, 1924, VIII, 77.

DEBILIDAD INFANTIL.

Garrahan Juan P.—La defensa del niño débil. “Revista de la Asociación Médica Argentina” (Segundo Congreso Interno), 1924, pág. 41.—“La Semana Médica”, 1924, I, 62.

Tonina Teodoro A.—La debilidad infantil. (Estudio sumario). “La Semana Médica”, 1924, I, 351.

DEFORMACIONES SEXUALES.

Lagos García Carlos.—La transfiguración sexual en los genitales externos. (Deformaciones sexuales). “Revista de Cirugía”, 1924, III, 90.

DELINCUENCIA (PROFILAXIS).

Ciampi Lanfranco.—Contribución a la pedagogía correctiva. El estudio de la personalidad del menor en los reformatorios. “La Clínica Psicopedagógica”, 1924, II, n.º 2, pág. 19.

Costas Saturnino.—La educación como factor del delito y la educación como preventivo del mismo. “El Monitor de la Educación Común”, 1924, LXXXIX, 91.

Pozzo Fernando.—La ley Agote y la Asociación Tutelar de

Menores. "La Clínica Psicopedagógica", 1924, II, n.º 3-4, página 28.

DELIRIOS ONÍRICOS EN LA INFANCIA.

Obarrio Juan M.—Delirios oníricos en la infancia. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 38, pág. 5.

DEMENCIA PRECOZ.

Beretervide Enrique A. y Pozzo F.—Sobre un caso de demencia precocísima. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 314.

DEMOGRAFÍA.

Fleming Patricio.—Movimiento habido en la sala III durante el año 1923. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 37, página 57.

Foster Enrique.—Memoria del Servicio de Lactantes. Año 1923. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 38, pág. 51; n.º 39, pág. 39.

Marque Alberto M.—Cuadro estadístico del movimiento habido en el Instituto de Fisioterapia durante el año 1923. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 37, pág. 61.

Rivarola Rodolfo A.—Movimiento habido durante el año 1923 en la sala VIII, del Servicio de Cirugía del Hospital. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 37, pág. 53.

DESARROLLO.

Marienhoff Rosa S. de.—Influencia de la higiene bucal en la salud y desarrollo de los niños. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 5, pág. 27.

DESARROLLO FACIAL.

Cooke Genaro W.—El desarrollo estético de los contornos faciales. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 14, pág. 5.

DESCOMPOSICIÓN DE FINKELSTEIN.

Acuña Mamerto.—La leche albuminosa en los trastornos nutritivos e infecciones enterales del lactante. (Descomposición de Finkelstein). "La Semana Médica", 1924, I, 323.

DESINFECCIÓN ESCOLAR.

Cometto Carlos S.—Instrucciones al personal directivo y docente de las escuelas de la provincia de Buenos Aires. (Limpieza y desinfección de las escuelas). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 14, pág. 1.

DETERMINACIÓN DEL SEXO.

Lagos García Carlos.—El determinismo del sexo. "Revista de Ciencias Médicas", 1924, VII, 36, 62.

DEXTROCARDIA.

Medeiros J.—Un caso de dextrocardia con heterotaxia. "La Semana Médica", 1924, II, 1403, 1482.

DIABETES INFANTIL.

Navarro Juan Carlos y Dabusti Horacio J.—Un caso de diabetes infantil tratado por insulina. "La Semana Médica", 1924, I, 1255.—"Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 442.

DIFTERIA FARÍNGEA.

Rodríguez Germinal.—La forma común y la maligna en la difteria faríngea. "Revista de la Asociación Médica Argentina" (Sociedad Argentina de Higiene y Microbiología), 1924, XXXVII, 5.

DIFTERIA (INFECCIÓN).

del Carril Mario J.—Patogenia de la infección diftérica. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 36, pág. 11.

DIFTERIA (PROFILAXIS).

García L. A.—Estado actual del tratamiento y faz preventiva de la difteria. "La Semana Médica", 1924, II, 1404.

DIFTERIA (TRATAMIENTO).

García Lucio A.—Estado actual del tratamiento de la difteria. "La Semana Médica", 1924, II, 845.

García L. A.—Estado actual del tratamiento y faz preventiva de la difteria. "La Semana Médica", 1924, II, 1404.

DIFTERIA (VACUNACIÓN).

Tonina Teodoro A.—La vacunación antidiftérica. "La Semana Médica", 1924, I, 1154.

DIGESTIÓN.

Garrahan Juan P.—Nociones básicas sobre digestión y metabolismo en el lactante. "La Semana Médica", 1924, I, 763.

DISENTERIA AMEBIANA AGUDA.

Guglielmetti Juan.—Acción farmacodinámica y terapéutica del clorhidrato de emetina. (Disenteria amebiana aguda). In "Libro de homenaje de Juan Guglielmetti". Buenos Aires, 1924, pág. 17.

DISFAGIA.

Programas para el curso de perfeccionamiento de maestros especiales. (Disfagia). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 8.

DISLACERACIÓN.

Cabrini Andrés A.—Fractura intrafolicular. (Dislaceración). Tesis de doctorado en odontología. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 70 págs.

DISLALIA.

Coscolla Antonio.—Ortofonía. (Rinolalia abierta con dislalia). Tesis de doctorado en odontología. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 57 págs.

DISPEPSIA.

Acuña Mamerto.—La leche albuminosa en los trastornos nutritivos e infecciones enterales del lactante. (Dispepsia). "La Semana Médica", 1924, I, 323.

DISTROFIA ADIPOSEGENITAL.

Bosco Guillermo.—El metabolismo basal en el síndrome de Frölich. "La Semana Médica", 1924, II, 573.

Obarrio Juan M. y Marotta Aquiles S.—Sobre un caso de distrofia endocrinosimpaticomuscular, con un síndrome adiposogenital, una adiposis dolorosa y una miopatía primitiva pseudohipertrófica. “Tribuna Médica Argentina”, 1924, IX, 729.—“Revista del Hospital de Niños”, 1924, n.º 36, pág. 38.

DISTROFIA ENDOCRINOSIMPATICOMUSCULAR.

Obarrio Juan M. y Marotta Aquiles S.—Sobre un caso de distrofia endocrinosimpaticomuscular, con un síndrome adiposogenital, una adiposis dolorosa y una miopatía primitiva pseudohipertrófica. “Tribuna Médica Argentina”, 1924, IX, 729.—“Revista del Hospital de Niños”, 1924, n.º 36, pág. 38.

ECZEMA.

Rueda Pedro.—Eczemas y seborreas del lactante (traducción de S. Di Rienzo). “Revista del Centro Estudiantes de Medicina de Rosario”, 1924, IV, 1057.

ECZEMA (TRATAMIENTO).

Rueda Pedro.—Tratamiento de eczemas y seborreas del niño por el páncreas. “La Semana Médica”, 1924, II, 1190.

EDEMA ELEFANTIÁSICO.

Lagos García C. y Ruiz Moreno M.—Edema elefantiásico del miembro superior. “Revista del Hospital de Niños”, 1924, n.º 39, pág. 5.

EDUCACIÓN FÍSICA.

Franco Pedro B.—La cultura física sin ejercicios metodizados. “Boletín del Museo Social Argentino”, 1924, XIII, 250.

Salas M. D.—Gimnasia artificial y gimnasia natural comparadas. “El Monitor de la Educación Común”, 1924, LXXXVIII, 96.

Sarvery A.—La ejercitación física en la escuela primaria. “El Monitor de la Educación Común”, 1924, LXXXIX, 103.

ELEFANTIASIS EDEMATOSA.

Lagos García C. y Ruiz Moreno M.—Edema elefantiásico del miembro superior. “Revista del Hospital de Niños”, 1924, n.º 39, pág. 5.

ELEVACIÓN DEL OMOPLATO (CONGÉNITA).

Lagos García C. y Ruiz Moreno M.—Consideraciones sobre un caso de elevación congénita del omoplato. “Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires”, 1924, VIII, 301.

Tamini.—Elevación congénita del omoplato. “Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires”, 1924, VIII, 480.

ENCEFALITIS LETÁRGICA.

Navarro Juan Carlos.—Secuelas de encefalitis letárgica. “Revista de la Asociación Médica Argentina”, 1924, XXXVII, 7.

ENCEFALOPATÍA.

Casaubon Alfredo.—Encefalopatías. “Revista del Círculo Médico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina”, 1924, XXIV, 559.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS (PROFILAXIS).

Cometto Carlos S.—Instrucciones al personal directivo y docente de las escuelas de la provincia de Buenos Aires. (Profilaxis de enfermedades infecciosas). “Boletín de Higiene Escolar”, 1924, IV, n.º 14, pág. 2.

ENFERMERAS VISITADORAS.

Aráoz Alfaro Gregorio.—Los progresos sanitarios del Brasil y la acción de Carlos Chagas. (Enfermeras visitadoras). “Anales del Departamento Nacional de Higiene”, 1924, XXX, 6.

Velasco Blanco León.—Enfermeras visitadoras. “Revista de la Cruz Roja Argentina”, 1924, II, n.º 18, pág. 75.

Velasco Blanco León.—Protección a la infancia por intermedio de las enfermeras visitadoras de la Cruz Roja. Su adaptación al ambiente americano. “Archivos de la Conferencia del Hospital Ramos Mejía”, 1924, VIII, 7.

ENFISEMA INTERSTICIAL.

Goldemberg León.—Enfisema intersticial y subcutáneo por bronconeumonía sarampionosa. “La Prensa Médica Argentina” 1924, X, 647.

ENFISEMA SUBCUTÁNEO.

Goldemberg León.—Enfisema intersticial y subcutáneo por bronconeumonía sarampionosa. "La Prensa Médica Argentina", 1924, X, 647.

EPIFISITIS TIBIAL ADOLESCENTE.

Tamini y Mosoteguy.—Enfermedad de Schlatter. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 39.

EPILEPSIA.

Garciso Aquiles.—Consideraciones sobre la epilepsia en la infancia. (Observaciones clínicas). "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 65.

ERISIPELA FACIAL.

Noceti Adolfo y Tiscornia Atilio.—Necrosis de ambos párpados consecutiva a un flemón erisipelatoso de la cara. "Revista de la Asociación Médica Argentina" (Sociedad Argentina de Oftalmología), 1924, XXXVII, 44.

ERISIPELA (TRATAMIENTO).

Chait Elías.—Tratamiento de la erisipela por el suero normal de bovino. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 2, pág. 16; n.º 3, pág. 14.

ERITEMA NUDOSO.

Chait Elías.—Un caso de eritema nudoso. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 5, pág. 17.

ERITRODERMIA ICTIOSIFORME (CONGÉNITA).

Garzón Rafael.—Eritrodermia congénita ictiosiforme con hiperpidermotrofia de Brocq. "Revista del Círculo Médico de Córdoba", 1924, XII, 21.

ERUPCIÓN PENFIGOIDE POSTVARIÓLICA.

Palma J. C. y Miraya S.—Un caso de erupción penfigoide postvariólica. "La Semana Médica", 1924, I, 133.

ESCARLATINA.

Cibils Aguirre R.—Sobre un caso de escarlatina en un lactante. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 526, 574.

ESCARLATINA (COMPLICACIONES).

Podestá Roberto.—Sobre otitis media escarlatinosa a forma necrosante. "La Prensa Médica Argentina", 1924, X, 654.

ESCLERODACTILIA.

Fracassi T.—La esclerodactilia. "La Clínica Psicopedagógica", 1924, II, n.º 1, pág. 1.

ESCLERODERMIA GENERALIZADA.

Acuña Mamerto y Macera José María.—Esclerodermia generalizada a forma progresiva. "La Semana Médica", 1924, II, 1114.—"Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 446.

ESCUELAS AL AIRE LIBRE.

Tonina.—Funciones de las escuelas al aire libre. "El Monitor de la Educación Común", 1924, LXXXVIII, 39.

Tonina Teodoro A.—Escuelas al aire libre para niños débiles. "La Semana Médica", 1924, I, 101.

Programa de la prueba escrita para proveer puestos de médicos inspectores, secretario del cuerpo médico escolar y médicos para las escuelas para niños débiles. "El Monitor de la Educación Común", 1924, LXXXVIII, 49.

ESPLENOMEGALIA PRIMITIVA.

Acuña Mamerto, Bazán Florencio y Correas Carlos A.—Dos casos de "Síndrome de Banti" tratados por esplenectomía. Estudio anatomopatológico del bazo y de la médula ósea. "La Prensa Médica Argentina", 1924, X, 605.—"Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 193.

ESPLENO-NEUMONÍA DE GRANCHER.

Casaubon Alfredo.—Espleno-neumonía de Grancher. "Revis-

ta de la Asociación Médica Argentina" (Sociedad Argentina de Nipiología), 1924, XXXVII, 92.

ESTADOS DEPRESIVOS.

Obarrio Juan M.—El tono muscular de la lengua y los estados depresivos. "Revista de la Asociación Médica Argentina" (Sociedad Argentina de Neurología y Psiquiatría), 1924, XXXVII, 185.

ESTENOSIS SUBGLÓTICA POST-TUBARIA.

Viñas M.—Fístula traqueal y estenosis subglótica post-tubaria. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 165.

ESTRABISMO ANÓMALO MUSCULAR CONGÉNITO.

Adrogué Esteban.—El estrabismo anómalo muscular congénito (Lagleyze). "La Prensa Médica Argentina", 1924, XI, 562. "Revista de la Asociación Médica Argentina" (Sociedad Argentina de Oftalmología), 1924, XXXVII, 70

ESTRABISMO (TRATAMIENTO).

D'Alessandro Adolfo.—Contribución a la cirugía del estrabismo. "La Semana Médica", 1924, II, 710.

ESTRABISMO VERTICAL.

Dodds Lionel G.—Estrabismo vertical. "Revista de la Asociación Médica Argentina" (Sociedad Argentina de Oftalmología), 1924, XXXVII, 102.

ESTRECHEZ URETRAL FILIFORME.

Castaño E.—Estrechez filiforme de la uretra en un niño por blenorragia infantil. "Revista de la Asociación Médica Argentina" (Sociedad Argentina de Urología), 1924, XXXVII, 68.

ESTRIDOR LARÍNGEO CONGÉNITO.

Schweizer F.—Sobre un caso de estridor laríngeo congénito. "La Semana Médica", 1924, II, 6.

ETMOIDITIS SUPURADA.

Layera Juan.—Etmoiditis supurada en un niño de cuatro años. "Revista de la Asociación Médica Argentina" (Sociedad de Oto-Rino-Laringología), 1924, XXXVII, 76.

EXOFORIA.

Gil Rómulo.—Contribución al estudio del tratamiento quirúrgico de la exoforia. "Revista de la Asociación Médica Argentina" (Sociedad Argentina de Oftalmología), 1924, XXXVII, 107.

FIEBRE TIFOIDEA.

Carbonell Manuel.—La fiebre tifoidea en Buenos Aires. "Revista de la Cruz Roja Argentina", 1924, I, n.º 9-10, pág. 121.

FIEBRE TIFOIDEA (COMPLICACIONES).

Hernández Rodolfo V.—Anquilosis de rodilla en ángulo menor de 60° y en luxación posterior por artritis tífica. "La Prensa Médica Argentina", 1924, XI, 534.

FIEBRE TIFOIDEA (FORMA MENÍNGEA).

Silva Cárcano Julio.—Un caso clínico interesante. Fiebre tifoidea a forma meníngea en un lactante de 20 meses. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 2, pág. 11.

FIEBRE TIFOIDEA (VACUNOTERAPIA).

Doyle Eduardo y Robert Héctor.—Contribución al estudio del tratamiento abortivo de la fiebre tifoidea por la vacunoterapia. "La Prensa Médica Argentina", 1924, XI, 566.

FILARIOSIS.

Biglieri Romirio.—Memoria presentada sobre paludismo, filaria y uncinariosis en Tucumán. "Anales del Departamento Nacional de Higiene", 1924, XXX, 119.

Biglieri Romirio.—Índice endémico filárico en La Calera, provincia de Tucumán. "La Prensa Médica Argentina", 1924, X, 598.

FISIOLOGÍA INFANTIL.

Programas para el curso de perfeccionamiento de maestros especiales. (Fisiología infantil). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 6.

FISIONOMÍA DE LOS ALIENADOS.

Catalán Emilio.—La fisionomía de los alienados. "Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal", 1924, XI, 653.

FISURA PALATINA (TRATAMIENTO).

Crespi Ricardo A.—Tratamiento de las perforaciones y fisuras palatinas y velo-palatinas. Tesis de doctorado en odontología, 1924, Buenos Aires, 1 vol. de 188 págs.

FISURA VELO-PALATINA (TRATAMIENTO).

Crespi Ricardo A.—Tratamiento de las perforaciones y fisuras palatinas y velo-palatinas. Tesis de doctorado en odontología. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 188 págs.

FÍSTULA TRAQUEAL.

Viñas M.—Fístula traqueal y estenosis subglótica post-tubaria. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 165.

FLEMÓN DE MANO.

Salleras Juan.—Absceso perinefrítico consecutivo a flemón de mano. "La Semana Médica", 1924, I, 1216.

FLEMÓN FACIAL (ERISIPELATOSO).

Noceti Adolfo y Tiscornia Atilio.—Necrosis de ambos párpados consecutivo a un flemón erisipelatoso de la cara. "Revista de la Asociación Médica Argentina" (Sociedad Argentina de Oftalmología), 1924, XXXVII, 44.

FLORA MICROBIANA.

Sagastume Carlos A. y Guerello Luis M.—Flora microbiana y valor nutritivo de leches crudas y tratadas. "La Semana Médica", 1924, II, 1487.

FRACTURA DEL BRAZO (TRATAMIENTO).

Calcagno.—Aparato para fracturas del brazo. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 485.

FRACTURA DEL CODO (SUPRACONDÍLEA). (TRATAMIENTO).

Ruiz Moreno M.—Fracturas supracondíleas del codo. Reducción cruenta por incisión anterior. "Revista de Cirugía", 1924, III, 169.

FRACTURA DEL FÉMUR (COMPLICACIONES).

Pérez M. L. y Ricarola R. A.—Sobre una complicación interesante de fractura del fémur en el recién nacido. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 303.

FRACTURA DEL MAXILAR.

Bracco Italo A.—Fractura de los maxilares. Tesis de doctorado en odontología. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 17 págs.

FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR.

Porter Aarón.—Fractura del maxilar inferior. Tesis de doctorado en odontología. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 73 págs.

FRACTURA DE LA ESPINA TIBIAL.

Finochietto Ricardo.—Fractura de la espina tibial. Avulsión interglenoidea. "Revista de Cirugía", 1924, III, 17.

FRACTURA DE LA PELVIS.

Rophille Carlos F. y Aprile Humberto.—Un caso de fractura de la pelvis. "La Semana Médica", 1924, I, 700.

FRACTURA (ESTADÍSTICA).

Tagliavacche Nicolás.—Comentario estadístico de las fracturas. In "Hospital Parmenio Piñero. Servicio de Clínica Quirúrgica. Salas V - VI, por el Dr. Guillermo Bosch Arana". Buenos Aires, 1924, págs. 63.

FRACTURA INTRAFOLICULAR.

Cabrini Andrés A.—Fractura intrafolicular. (Dislaceración). Tesis de doctorado en odontología. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 70 págs.

FRACTURA (TRATAMIENTO).

Fitte Marcelo J.—La evolución de las fracturas operadas con osteosíntesis metálica extraósea. Buenos Aires, 1924, 1 vol de 15 págs. (inédito). (Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas).

FERNASTENIA.

Rossi Alberto.—Algunas consideraciones a propósito de episodios psicopáticos poco frecuentes observados en un frenasténico. "La Clínica Psicopedagógica", 1924, II, n.º 1, pág. 18. Programas para el curso de perfeccionamiento de maestros especiales. (frenasténicos). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 8.

GASTROPATÍA.

Mayorga José.—La miseria y la ignorancia como causas indirectas de las afecciones digestivas en la primera infancia. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 2, pág. 10.

GLAUCOMA.

Noceti Adolfo.—Glaucoma infantil. "Revista de la Sanidad Militar", 1924, XXIII, (Octubre a diciembre), pág. 173.

GERODERMIA.

Acuña M. y Vallino M. T.—Caso curioso de gerodermia en un lactante. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad Argentina de Nipología), 1924, XXXVII, 49.

GLIOMA HEMORRÁGICO DEL CEREBELO.

Aburralde Mariano.—Glioma hemorrágico del cerebelo. "Revista del Círculo Médico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina", 1924, XXIV, 233.

GRANULOMATOSIS GENERALIZADA.

Medeiros J.—Granulomatosis generalizada. “La Semana Médica”, 1924, II, 989.

GRIPE (CONPLICACIONES).

Luco Juan A. y Ojeda Ricardo.—Pleuresías purulentas gripales. “Revista Médica de Cuyo”, 1924, I, n.º 10, pág. 10.

GRIPE (PROFILAXIS).

Melfi José.—Estudio epidemiobacteriológico y profiláctico de la gripe. “La Semana Médica”, 1924, II, 1314.

Werner José F.—El simple resfrío durante el invierno. Su profilaxis en las escuelas. Algunos conocimientos clínicos. “Boletín de Higiene Escolar”, 1924, IV, n.º 14, pág. 6, n.º 15, pág. 6.

HEMIATROFIA FACIAL.

Obarrio Juan M.—Hemiatrofia facial. “Revista del Hospital de Niños”, 1924, n.º 39, pág. 9.

HEMÓFILIA ARTICULAR.

Monteverde R.—Consideraciones sobre un caso de artropatía hemofílica. “Revista del Hospital de Niños”, 1924, n.º 37, pág. 40.

HEMORRAGIA MÚLTIPLE.

Velasco Blanco León.—Hemorragias múltiples en el recién nacido. (Caso grave terminado por curación). “Archivos Latinos Americanos de Pediatría”, 1924, XVIII, 312.

HETEROTAXIA.

Medeiros Julio.—Un caso de dextrocardia con heterotaxia. “La Semana Médica”, 1924, II, 1403.

HIDROFOBIA (TRATAMIENTO).

Rodríguez Horacio M.—El Laboratorio Pasteur de Buenos Aires. Algunos detalles sobre la rabia y su tratamiento. “Revista de la Cruz Roja Argentina”, 1924, II, n.º 15, pág. 7.

HIGIENE BUCODENTARIA.

Alcalde Carlos.—Higiene escolar dentaria. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, 21.

Cohen David M.—El cuidado de la boca en los niños. Tesis de doctorado en odontología. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 25 páginas.

Elkin Miguel.—Higiene de la boca y su importancia en la salud infantil. "Revista de la Cruz Roja Argentina", 1924, I, n.º 9, - 10, pág. 19.

Fernández Rego.—Profilaxis dentaria. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 17, pág. 5.

Justo Sara.—Seguro mutual odontológico escolar obligatorio. "Boletín del Museo Social Argentino", 1924, XIII, 303.

Marienhoff Rosa S. de.—Influencia de la higiene bucal en la salud y desarrollo de los niños. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 5, pág. 27.

Reyna Alcibiades.—Higiene bucal. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 5.

Zawels Eduardo.—Cuidados para evitar las enfermedades de la boca y dientes, en los niños y adultos. "La Tribuna Odontológica", 1924, VIII, 230.

HIGIENE ESCOLAR.

Aguirre Roberto T.—Inspección higiénica de los alumnos. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 15, pág. 8.

Alcalde Carlos.—Higiene escolar dentaria. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 1, pág. 21.

Cometto Carlos S.—Instrucciones al personal directivo y docente de las escuelas de la Provincia de Buenos Aires. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 14, pág. 1.

Cometto Carlos S.—El uso de las pizarras en las escuelas. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 15, pág. 6.

Cometto Carlos S.—La mosca y sus peligros. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 2.

Cometto Carlos S.—Organización del Cuerpo Médico Escolar de la Provincia de Buenos Aires. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 17, pág. 4.

Olivieri Enrique M.—Organización de los servicios médicos

escolares. "Boletín del Museo Social Argentino", 1924, XIII., 241.

Rodríguez Sáa Ricardo.—Higiene moral e intelectual del escolar. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 12, pág. 14.

Zwanck Alberto.—Acción de la escuela en la lucha contra la tuberculosis. La enseñanza de la higiene. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 15, pág. 3.

Zwanck Alberto.—Nuevas orientaciones del cuerpo médico escolar de Buenos Aires. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad Argentina de Higiene y Microbiología), 1924, XXXVII, 16.

Programas de la prueba escrita para proveer puestos de médicos inspectores, secretario del cuerpo médico escolar y médicos para las escuelas de niños débiles. "El Monitor de la Educación Común", 1924, LXXXVIII, 49.

HIGIENE ESCOLAR (VISITADORAS).

Touina Tcodoro A.—Selección de los escolares débiles. Función de las visitadoras escolares. Buenos Aires 1924, I vol. de 57 págs. (inédito). (Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas).

Zwanck Alberto.—Visitadoras de higiene escolar. "Boletín del Museo Social Argentino", 1924, XIII, 241.

Reglamento de las visitadoras de Higiene Escolar. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 17, pág. 8.

HIGIENE INFANTIL.

Aráoz Alfaro Gregorio.—Los progresos sanitarios del Brasil y la acción de Carlos Chagas. "Anales del Departamento Nacional de Higiene", 1924, XXX, 6.

Coni Emilio R.—Proyecto de creación de una Subsecretaría de Higiene, Asistencia y Previsión Sociales anexa al Ministerio del Interior. "Revista de Ciencias Médicas", 1924, VII, 103. — Programas para el curso de perfeccionamiento de maestros especiales. (Higiene infantil). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 6.

HIGIENE INTELECTUAL.

Rodríguez Sáa Ricardo.—Higiene moral e intelectual del escolar. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 1-2, pág. 14.

HIGIENE MENTAL.

Ameghino Arturo.—Reseña y crítica de las instituciones de profilaxis mental. "Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal", 1924, XI, 417.

HIGIENE MORAL.

Rodríguez Saa Ricardo.—Higiene moral e intelectual del escolar. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 12, pág. 14.

HIGIENE SOCIAL (VISITADORAS).

Carbonell Manuel V.—Proyecto de creación del curso para visitadoras de higiene social. "La Prensa Médica Argentina", 1924, XI, 164.

Zwanck Alberto.—Visitadoras de higiene social. "Boletín del Museo Social Argentino", 1924, XIII, 239.

HIPEREPIDERMOTROFIA DE BROEQ.

Garzón Rafael.—Eritrodermia congénita ictiosiforme con hiperepidermotrofia de Brocq. "Revista del Círculo Médico de Córdoba", 1924, XII, 21.

HIPERTROFIA ESPLÉNICA.

Acuña Mamerto, Bazán Florencio y Correas Carlos A.—Dos casos de "Síndrome de Banti" tratados por esplenectomía. Estudio anatomopatológico del bazo y de la médula ósea. "La Prensa Médica Argentina", 1924, X, 605. — "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 193.

HIPERTROFIA GANGLIONAR MESENTÉRICA.

Váldez José M. (h.).—Peritonitis crónica exudativa, hipertrofia de los ganglios del mesenterio (carreau sífilítico) por sífilis hereditaria. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 255, 311.

HIPERTROFIA PILÓRICA.

Giustinian Virgilio y Antonelli Amadeo.—Síndrome pilórico en un lactante con hipertrofia del píloro. "La Semana Médica", 1924, II, 747. — "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 38, pág. 29.

HOGAR ESCOLAR.

Rawson de Dellepiane Elvira.—Hogar Escolar. Informe presentado en 1916 al Consejo Nacional de Educación, que explica el proyecto adjunto. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 17, pág. 2.

HOMENAJE A LA MEMORIA DE MÁXIMO CASTRO.

Copello Oscar.—Elogio de Máximo Castro. (1896-1924). "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, 1924, VIII, 61.

Rivarola Rodolfo A.—Máximo Castro. "Revista de Cirugía", 1924, III, 1.

ICTIOSIS.

Garzón Rafael.—Eritrodermia congénita ictiosiforme con hiperpidermotrofia de Brocq. "Revista del Círculo Médico de Córdoba", 1924, XII, 21.

IDIOCIA AMAURÓTICA FAMILIAR.

Laje Weskemp Rofolfo y Valdés José M. (h.).—Idiocia familiar amaurótica o enfermedad de Tay Sachs. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 523. — "Revista del Círculo Médico de Córdoba", 1924, XII, 34.

Obarrio Juan M.—Idiocia amaurótica familiar. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 36, pág. 7.

ILUMINACIÓN ESCOLAR.

Cometto Carlos S.—Instrucciones al personal directivo y docente de las escuelas de la Provincia de Buenos Aires. (iluminación del aula). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 14, pág. 2.

IMAGINACIÓN.

Programa para el curso de perfeccionamiento de maestros especiales. (imaginación). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 7.

INCLUSIÓN DENTARIA.

Gallo Alberto Enrique.—La inclusión dentaria. Tesis de doc-

torado en odontología. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 22 págs. "La Tribuna Odontológica", 1924, VIII, 240.

Lagomaggiore Carlos.—La radiografía en ortodoncia. Tesis de doctorado en odontología. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 28 págs.

INCUBADORA.

Fernández Ubaldo.—Un modelo práctico de incubadora para maternidades y servicios de lactantes. "Revista de la Asociación Médica Argentina. (Sociedad Argentina de Nipiología)", 1924, XXXVII, 71.

INCURVACIÓN DEL PERONÉ (CONGÉNITA).

Rivarola.—Incurvaciones raquílicas congénitas, incurvaciones congénitas y pseudoartrosis congénitas de la tibia y del peroné. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 712.

Ruiz Moreno.—Incurvación congénita de tibia y peroné "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 695.

INCURVACIÓN RAQUÍTICA CONGÉNITA.

Rivarola.—Incurvaciones raquílicas congénitas, incurvaciones congénitas y pseudoartrosis congénitas de la tibia y peroné. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 712.

INCURVACIÓN DE LA TIBIA (CONGÉNITA).

Rivarola.—Incurvaciones raquílicas congénitas, incurvaciones congénitas y pseudoartrosis congénitas de la tibia y peroné. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 712.

Ruiz Moreno.—Incurvación congénita de tibia y peroné. "Boletines y trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 695.

INFANTILISMO.

Ciampi Lanfranco y Ameghino Arturo.—La confusión mental en el infantilismo. "La Clínica Psicopedagógica", 1924, II, n.º 2, pág. 1.

INFANTILISMO GERODISTRÓFICO.

Waldorp Carlos P. y del Castillo E. B.—Infantilismo gerodistrófico. "Revista de la Asociación Médica Argentina. (Sociedad Argentina de Medicina Interna), 1924, XXXVII, 443.

INFECCIÓN ENTERAL.

Acuña Mamerto.—La leche albuminosa en los trastornos nutritivos e infecciones enterales del lactante. "La Semana Médica", 1924, I, 323.

Brito Guillermo X. de.—El uso de la Vacuna Anticoli Croveri y del Fermentol Croveri en numerosos casos de colitis infecciosa endémica. (infección enteral). "Tribuna Médica Argentina", 1924, IX, 497.

INSTINTO MATERNAL.

Ingenieros José.—El instinto maternal y la familia. "Revista de Filosofía", 1924, II, 161.

INTOXICACIÓN DE FINKELSTEIN.

Acuña Mamerto.—La leche albuminosa en los trastornos nutritivos e infecciones enterales del lactante. "La Semana Médica", 1924, I, 323.

INVAGINACIÓN INTESTINAL AGUDA.

Ruiz Moreno.—La apendicectomía en la invaginación intestinal aguda en los niños. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires. 1924, VIII, 740.

KALA - AZAR.

Acuña M.—Sobre un caso de Kala-Azar infantil. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 524.

Acuña Mamerto, Casaubon Alfredo y Bettinotti Saúl I.—Estudio anatomoclínico de un caso de Kala-Azar infantil. (primera observación en nuestro país). "La Prensa Médica Argentina", 1924, XI, 585.

Acuña Mamerto, Casaubon A. y Correas C. A.—Un caso de Kala-Azar infantil. "Revista de la Asociación Médica Argentina. (Sociedad Argentina de Nipiología)", 1924, XXXVII, 43.

LABERINTITIS SUPURADA.

Podestá Roberto y Arauz Santiago L.—Otitis media supurada crónica. Colesteatoma. Laberintitis supurada. Laberintectomía. Absceso del cerebelo. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 38, pág. 46.

LACTANCIA MERCENARIA.

Gailhac Héctor L.—Es indispensable la reglamentación de la lactancia mercenaria. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 12, pág. 12.

LAMBLIA INTESTINALIS.

Lezama Luis.—Dos casos de colitis a lamblia intestinalis. "Archivos Latino-Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 435, 524.

LECHE ALBUMINOSA.

Acuña Mamerto.—La leche albuminosa en los trastornos nutritivos e infecciones enterales del lactante. "La Semana Médica", 1924, I, 323.

Foster Enrique.—La leche albuminosa. "Revista del Hospital de Niños", 1934, n.º 37, pág. 5.

LECHE DE CONSUMO.

Anzorena Ricardo.—La leche de consumo. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 12, pág. 31.

LECHE CRUDA.

Sagastume Carlos A. y Guerello Luis M.—Flora microbiana y valor nutritivo de leches crudas y tratadas. "La Semana Médica", 1924, II, 1487.

LINFANGITIS DE LA REGIÓN MASTOIDEA.

Becco Raúl.—Linfangitis, adenitis y adenoflegmon de la región mastoidea. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 20 págs. (inédito). (Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas).

LITIASIS INTESTINAL.

Barlaro Pablo M. y Quirós Julio B. de.—Sobre litiasis intestinal. "La Prensa Médica Argentina", 1924, X, 863.

LITIASIS RENAL SÉPTICA.

Spurr Ricardo.—La constante ureosecretoria de Ambard; su valor comparativo como método de exploración funcional global del riñón. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Segundo Congreso Interno), 1924, pág. 131.

LITIASIS URINARIA.

Allende y Serfaty.—Sobre dos casos de litiasis urinaria en la infancia. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 377, 459.

Rivarola.—"Sobre la litiasis urinaria en la infancia". (A propósito de la comunicación de los Dres. Allende y Serfaty). "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, 1924, VIII, 425.

LUXACIÓN DE LA RODILLA.

Hernández Rodolfo V.—Ankilosis de rodilla en ángulo menor de 60° y en luxación posterior por artritis tífica. "La Prensa Médica Argentina", 1924, XI, 534.

LUXACIÓN DE LA RÓTULA (CONGÉNITA).

Chutro Pedro.—Luxación congénita de la rótula y atrofia del cóndilo externo. "Revista de Cirugía", 1924, III, 165.

MACROPOLIDACTILIA.

Castilla Caupolican.—Un caso de macropolidactilia. "Revista de Ciencias Médicas", 1924, VII, 67.

MALFORMACIÓN DENTARIA.

Cabrini Andrés A.—Fractura intrafolicular. (Dislaceración). (malformación dentaria). Tesis de doctorado en odontología. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 70 págs.

MALFORMACIÓN INTESTINAL CONGÉNITA.

Rivarola Rodolfo A., Gutiérrez Alberto y Detchessarry R.—Malformaciones congénitas del intestino delgado y del grueso. "Revista de Cirugía", 1924, III, 136.

MALFORMACIÓN OCULAR CONGÉNITA.

Widakovich Víctor y Deluca Francisco A.—Malformación congénita de los ojos de un recién nacido. "Tribuna Médica Argentina", 1924, X, 74.

MELENA DEL RECIÉN NACIDO.

Peralta Ramos A. y Pérez M. L.—La transfusión sanguínea citratada en la melena del recién nacido. "Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires", 1924, III, 257.

MEMORIA.

Programas para el curso de perfeccionamiento de maestros especiales. (memoria). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 7.

MENINGITIS AGUDA.

Elizalde P. de y Cervini P.—Dos casos de meningitis aguda en el lactante. "La Semana Médica", 1924, II, 1402.

MENINGITIS CEREBRO ESPINAL EPIDÉMICA.

Argonz Joaquín.—Meningitis cerebro espinal epidémica. "Revista cerebro espinal epidémica. "Revista Médica del Rosario", 1924, XI, 310.

Soria Benito.—Meningitis cerebro espinal epidémica en los lactantes. "Revista del Círculo Médico de Córdoba", 1924, XII, 1.

MENINGITIS NEUMOCÓCICA.

Acuña Mamerto y Casaubon Alfredo.—Meningitis a neumococos en la infancia. "Revista de la Asociación Médica Argentina", 1924, XXXVII, 105. — "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 520.

MENINGITIS PESTOSA.

Paso Juan Roberto.—Los procesos meníngeos en la peste. Meningitis pestosa en particular. Tesis de doctorado en medicina. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 87 págs.

MENINGITIS SÉRICA.

Macera José María.—Meningitis sérica. "La Semana Médica", 1924, II, 1461.

MENINGITIS SEROSA.

Casaubon Alfredo.—Síndrome meningíticos agudos y meningitis serosas. (Estudio clínico en la infancia). "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 11, 84.

MICROFILARIA TUCUMANA.

Biglieri Romirio.—Algunas observaciones sobre "microfilaria tucumana". "La Semana Médica", 1924, I, 1927.

MIOCARDITIS REUMÁTICA.

Bullrich Rafael y Rabuffetti Luis U.—Lesiones miocárdicas del reumatismo poliarticular agudo. "Revista de la Asociación Médica Argentina" (Sociedad Argentina de Medicina Interna), 1924, XXXVII, 518.

MIOPATÍA PRIMITIVA PSEUDO HIPERTRÓFICA.

Obarrio Juan M. y Marotta Aquiles S.—Sobre un caso de distrofia endocrinosimpático muscular, con un síndrome adiposo-genital, una adiposis dolorosa y una miopatía primitiva pseudo-hipertrófica. "Tribuna Médica Argentina", 1924, IX, 729. — "Revsta del Hospital de Niños", 1924, n.º 36, págs. 38.

MORBILIDAD.

Schweizer Fernando.—Sobre la elevada mortalidad y morbilidad de los niños de pecho en la estación calurosa. "La Semana Médica", 1924, I, 57.

MORTALIDAD INFANTIL.

Acuña, Schweizer y Cometto.—Informe de la Comisión encargada de estudiar los medios de combatir la mortalidad infantil en el país. "La Semana Médica", 1924, I, 26.

Acuña Mamerto.—Mortalidad infantil en la República Argentina. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Segundo Congreso Interno), 1924, pág. 55. — "La Semana Médica", 1924, I, 6.

Cometto Carlos S.—La mortalidad infantil en la provincia de Buenos Aires. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Segundo Congreso Interno), 1924, pág. 88. — "La Semana Médica", 1924, I, 16.

Eseverri Gainza J.—Nuestras niñeras consideradas como factor de mortalidad infantil. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 1, pág. 10.

Rueda Pedro.—La acción de la partera en la lucha contra la mortalidad infantil. "La Semana Médica", 1924, II, 1076.

Schweizer F.—Medios de combatir la mortalidad infantil en la primera infancia principalmente en la Capital Federal. "Revista de la Asociación Médica Argentina. (Segundo Congreso Interno), 1924, pág. 71.

Schweizer Fernando.—Sobre la elevada mortalidad y morbilidad infantil de los niños de pecho en la estación calurosa. "La Semana Médica", 1924, I, 57.

Silva Cárcano Julio.—Mortalidad infantil en la Provincia de Mendoza. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 8, pág. 11; n.º 9, pág. 15; n.º 10 pág. 16; n.º 12, pág. 24.

MUERTE APARENTE DEL RECIÉN NACIDO.

Bustos Morón Remigio.—Muerte aparente del recién nacido. Un nuevo método de respiración artificial. "La Semana Médica", 1924, II, 58.

MUERTE TÍMICA.

Velasco Blanco León y Bottaro Arnaldo M.—Patogenia de la muerte tímica en la infancia. "Archivos de la Conferencia de Médicos del Hospital Ramos Mejía", 1924, VIII, 23.

NATALIDAD.

Acuña Mamerto.—La natalidad en la República Argentina. "El Monitor de la Educación Común", 1924, LXXXVIII, 44.

NECROLOGÍA. (MÁXIMO CASTRO).

Aráoz Alfaro Gregorio.—Discurso pronunciado en el acto del sepelio del doctor Máximo Castro. "La Semana Médica", 1924, I, 280.

Rivarola Rodolfo A.—Discurso pronunciado en el acto del se-

pelio del doctor Máximo Castro. "La Semana Médica", 1924, I, 282.

Viñas Marcelo.—Discurso pronunciado en el acto del sepelio del doctor Máximo Castro. "La Semana Médica", 1924, I, 282.

NECROSIS ÓTICA.

Podestá Roberto.—Sobre otitis media escarlatinosa a forma necrosante. "La Prensa Médica Argentina", 1924, X, 654.

NECROSIS DEL PÁRPADO.

Noceti Adolfo y Tiscornia Atilio.—Necrosis de ambos párpados consecutivos a un flemón erisipelatoso de la cara. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad Argentina de Oftalmología), 1924, XXXVII, 44.

NEFROPATÍA.

Casaubon Alfredo y Winocur Perlina.—La prueba del agua de Volhard aplicado al niño. "La Semana Médica", 1924, II, 1269.

NEM DE PIQUET.

Garrahan Juan P. y Bettinotti S. I.—Investigaciones sobre índice de estado nutritivo en escolares. (estudio comparativo). "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVI, 120.

NEUMOCOCIA MENÍNGEA.

Acuña Mamerto y Casaubon Alfredo.—Meningitis a neumococos en la infancia. "Revista de la Asociación Médica Argentina", 1924, XXXVII, 105. — "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 520.

NEUMONÍA EXPERIMENTAL.

Bacigalupo Juan.—Neumonía experimental por larvas de ascaris lumbricoides. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 39, pág. 34.

NEUMOPATÍA.

García Lucio A.—Complicaciones broncopulmonares del sa-

rampión. Su tratamiento por el haptinógeno neuromo. "La Semana Médica", 1924, II, 1231.

NEUROFIBROMATOSIS.

Acuña Mamerto y Bazán Florencio.—La enfermedad de Recklinghausen en el niño. "La Semana Médica", 1924, II, 813. — "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad Argentina de Medicina Interna), 1924, XXXVII, 325.

NEUROFIBROMATOSIS (FORMA FAMILIAR).

Bazán Florencio.—Sobre un caso de enfermedad de Recklinghausen a forma hereditaria y familiar. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 474, 527.

NEUROFIBROMATOSIS (FORMA HEREDITARIA).

Bazán Florencio.—Sobre un caso de enfermedad de Recklinghausen a forma hereditaria y familiar. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 474, 527.

NIÑERAS.

Eseverri Gainza J.—Nuestras niñeras consideradas como factor de mortalidad infantil. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 1, pág. 10.

NIÑOS DÉBILES.

Bortagaray Mario H.—Colonias de vacaciones para niños débiles. "El Monitor de la Educación Común", 1924, LXXXVIII, 43.

Garrahan Juan P.—La defensa del niño débil. "Revista de la Asociación Médica Argentina. (Segundo Congreso Interno)", 1924, pág. 41. — "La Semana Médica", 1924, I, 62.

Tonina Teodoro A.—Escuelas al aire libre para niños débiles. "La Semana Médica", 1924, I, 101.

Tonina Teodoro A.—Selección de los escolares débiles. Función de las visitadoras escolares. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 57 págs. (inérito). (Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas).

Zwanck Alberto.—Organismos de protección del niño débil en

edad escolar. "Boletín del Museo Social Argentino", 1924, XIII, 232.

Programa de la prueba escrita para proveer puestos de médicos inspectores, secretario del cuerpo médico escolar y médicos para las escuelas para niños débiles. "El Monitor de la Educación Común", 1924, LXXXVIII, 49.

NOMA (TRATAMIENTO).

Abbate Vicente A.—Un caso de noma tratado con suero anti-gangrenoso. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 12, pág. 33.

OCLUSIÓN INTESTINAL.

Allende.—Sobre dos casos de oclusión intestinal. (Relato del trabajo del doctor P. L. Mirizzi). "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, 1924, VIII, 367.

Fernández Julio G. y Lagos García Carlos.—Consideraciones a propósito de un caso de oclusión intestinal. "La Semana Médica", 1924, II, 966.

Lagos García Carlos.—La oclusión intestinal por el ascárides lumbricoides. "La Semana Médica", 1924, I, 413.

OFTALMIA GONOCÓCCICA (TRATAMIENTO).

Gret Luis G. y Paperini Humberto.—Tratamiento de la oftalmía gonocócica por el Haptinógeno Gono. "La Semana Médica", 1924, II, 1472.

OFTALMIA INFECCIOSA (PROFILAXIS).

Aróz Alfaro Gregorio y Padilla Tiburcio.—Profilaxis del tracoma y oftalmias infecciosas. "Anales del Departamento Nacional de Higiene", 1924, XXX, 120.

OSTEOCONDRIITIS.

Ruiz Moreno M.—Sobre dos casos de osteocondritis. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 39, pág. 28.

OSTEOMIELITIS AGUDA (TRATAMIENTO).

Sussini Miguel y Serfaty Moisés.—Evolución clínica y anatómopatológica de un caso de osteomielitis aguda tratada por inci-

siones. "Revista del Círculo Médico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina", 1924, XXIV, 262.

OTITIS MEDIA AGUDA.

Errecart Pedro L.—A propósito de dos casos de tromboflebitis del seno lateral por otitis media aguda. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad de Oto-Rino-Laringología), 1924, XXXVII, 15.

OTITIS MEDIA ESCARLATINOSA.

Podestá Roberto.—Sobre otitis media escarlatínosa a forma necrosante. "La Prensa Médica Argentina", 1924, X, 654.

OTITIS MEDIA SUPURADA CRÓNICA.

Podestá Roberto y Arauz Santiago L.—Otitis media supurada crónica. Colesteatoma. Laberintitis supurada. Laberintectomía. Absceso del cerebelo. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 38, pág. 46.

PALUDISMO.

Biglieri Romirio.—Memoria presentada sobre peludismo, filaria y uncinariosis en Tucumán. "Anales del Departamento Nacional de Higiene", 1924, XXX, 119.

Navarro Juan Carlos y Beretervide Enrique A.—Notas sobre paludismo. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 315, 401.

PALUDISMO (PROFILAXIS).

Borzone Rodolfo A.—Profilaxis de paludismo en Argentina. "Revista de la Sanidad Militar", 1924, XXIII. (Julio a Septiembre), pág. 48.

Lozano Nicolás.—La acción de la Cruz Roja en la profilaxis del paludismo. "Revista de la Cruz Roja Argentina", 1924, II, n.º 8, pág. 3.

PARAMIOCLONO MÚLTIPLE (FORMA ATRÓFICA).

Maccera José María.—Sobre un caso aberrante a forma atrófica del síndrome de Friedreich. "La Semana Médica", 1924, II, 260. — "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 314.

PAROTIDITIS PURULENTA.

Gamboa Marcelo.—Parotiditis purulenta. “La Semana Médica”, 1924, II, 990.

PERFORACIÓN PALATINA (TRATAMIENTO).

Crespi Ricardo A.—Tratamiento de las perforaciones y fisuras palatinas y velopalatinas. Tesis de doctorado en odontología. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 188 págs.

PERFORACIÓN VELOPALATINA (TRATAMIENTO).

Crespi Ricardo A.—Tratamiento de las perforaciones y fisuras palatinas y velopalatinas. Tesis de doctorado en odontología. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 188 págs.

PERINEFRITIS (COMPLICACIONES).

Salleras Juan.—Absceso perinefrítico consecutivo a un flemón de mano. “La Semana Médica”, 1924, I, 1216.

PERIOSTITIS P. SÍFILIS.

Roffo A. H.—*La refractometría en el cáncer*, (periostitis p. sífilis). “La Prensa Médica Argentina”, 1924, XI, 200.

PERITONISMO MEDULAR.

Marín Moreno.—Peritonismo de origen medular. “Revista de la Asociación Médica Argentina”, 1924, XXXVII, 138.

PERITONITIS CRÓNICA EXUDATIVA.

Acuña y Casaubón.—Caso de peritonitis exudativa crónica por sífilis hereditaria con regresión total de los síntomas. “Archivos Latino Americanos de Pediatría”, 1924, XVIII, 528.

Valdez José M. (h.).—Peritonitis crónica exudativa, hipertrofia de los ganglios del mesenterio (carreau sífilítico) por sífilis hereditaria. “Archivos Latino Americanos de Pediatría”, 1924, XVIII, 255, 311.

PICADURA DE VÍBORA.

Robertson Lavalle Carlos y Dellepiane Rawson Julio.—Pie

bot varus equino secuela de picadura de víbora de la Cruz. "Archivos de la Conferencia de Médicos del Hospital Ramos Mejía", 1924, VIII, 59.

PIE BALANTE PARALÍTICO.

Rivarola.—Fijación del tarso en el pie balante paralítico. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 415.

PIE BOT VARUS EQUINO.

Robertson Lavalle Carlos y Dellepiane Rawson Julio.—Pie bot varus equino secuela de una picadura de víbora de la Cruz. "Archivos de la Conferencia de Médicos del Hospital Ramos Mejía", 1924, VIII, 59.

PIE BOT VARUS EQUINO CONGÉNITO (TRATAMIENTO).

Ruiz Moreno M.—Tratamiento del pie bot varus equino congénito. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 136, 151.

PIE PLANO.

Medeiros Julio.—Pie plano. Operación de Spitzzy. "La Semana Médica", 1924, I, 511.

PIE VALGO PARALÍTICO.

Finocchietto R.—Pie valgo paralítico. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 521.

PIONEFROSIS CALCULOSA.

Beretervide E. y Pozzo F.—Pionefrosis calculosa en un niño de 9 años. "Revista de la Asociación Médica Argentina", 1924 XXXVII, 126. — "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 449.

PIONEUMOTORAX.

Navarro Juan Carlos y Beretervide Enrique A.—Pionemotorax curado espontáneamente. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad Argentina de Medicina Interna). 1924, XXXVII, 232.

PLEURESÍA PURULENTA GRIPAL.

Luco Juan A. y Ojeda Ricardo.—Pleuresías purulentas gripales. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 10, pág. 10.

POLIOMIELITIS ANTERIOR AGUDA (FORMA CEFALOPLÉGICA).

Martínez Zuviría Efraín.—Forma cefalopléjica de la parálisis infantil. "La Semana Médica", 1924, II, 432.

Ormacchea Juan B.—Síndrome cefaloplégico en los niños. Forma cefalopléjica de la parálisis infantil. "La Semana Médica", 1924, II, 298. — "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad Argentina de Neurología y Psiquiatría), 1924, XXXVII, 40. — "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 442.

POLIOMIELITIS ANTERIOR AGUDA (FORMA DOLOROSA).

Beretervide Enrique A.—Sobre un caso de forma dolorosa de la enfermedad de Heine-Medin con gran reacción meníngea. "La Semana Médica", 1924, I, 220.

POLIPOSIS NASAL DEFORMANTE.

Errecart Pedro L.—Poliposis recidivante y deformante de la nariz de los jóvenes. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad de Oto-Rino-Laringología), 1924, XXXVII, 79.

POLIPOSIS NASAL RECIDIVANTE.

Errecart Pedro L.—Poliposis recidivante y deformante de la nariz de los jóvenes. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad de Oto-Rino-Laringología), 1924, XXXVII, 79.

PORADENITIS INGUINAL SUBAGUDA.

Del Castillo Enrique B. y Santoro Pascual.—Contribución al estudio de la poradenitis inguinal subaguda. "La Semana Médica", 1924, II, 488.

PROGNATISMO.

Lagomaggiore Carlos.—La radiografía en ortodoncia. (Pronasia y retromentonismo). Tesis de doctorado en odontología. 1924, 1 vol., de 28 páginas.

PSICOLOGÍA INFANTIL.

Busco Juan.—Desarrollo neuropsíquico del niño". "Archivos Latino Americano de Pediatría", 1924, XVIII, 315.

Busco Juan.—Desarrollo neuropsíquico y ambiente humoral. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 450.

Schweizer F.—Algo sobre el desarrollo psíquico del lactante. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad Argentina de Nipiología), 1924, XXXVII, 15. — "Revista del Círculo Médico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina", 1924, XXIV, 599.

Programas para el curso de perfeccionamiento de maestros especiales. (examen psicológico experimental). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 7.

PSICOPATÍA.

Rossi Alberto.—Algunas consideraciones a propósito de episodios psicopáticos poco frecuentes observados en un frenastésico. "La Clínica Psicopedagógica", 1924, II, n.º 1, pág. 18.

PSICOPEDAGOGÍA.

Barcala y Ramírez.—La Clínica Psicopedagógica de la Facultad de Medicina de Rosario, durante el año 1924. "La Clínica Psicopedagógica", 1924, II, n.º 6, pág. 22.

PSIQUIATRÍA INFANTIL.

Ciampi Lanfranco.—La clínica de psiquiatría infantil. "Revista de Ciencias Médicas", 1924, VI, 715.

Ciampi Lanfranco.—La clínica de psiquiatría infantil. "La Clínica Psicopedagógica", 1924, II, n.º 3-4, pág. 22.

PUERICULTURA.

Acuña Mamerto.—Defensa social de los hijos de las amas. "Revista de la Asociación Médica Argentina. (Sociedad Argentina de Nipiología), 1924, XXXVII, 58. — "La Semana Médica", 1924, II, 533.

Aróz Alfaro Gregorio.—Protección a la infancia. Los niños que sufren. "La Semana Médica", 1924, II, 793. — Archivos Latinos Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 531.

Aróz Alfaro Gregorio.—Los progresos sanitarios del Brasil

y la acción de Carlos Chagas. "Anales del Departamento Nacional de Higiene", 1924, XXX, 6.

Coni Emilio R.—Defensa social de los hijos de las amas. "Revista de Ciencias Médicas", 1924, VII, 165.

Delfino Víctor.—El problema de la raza. "La Semana Médica", 1924, II, 674.

Garrahan Juan P.—La defensa del niño débil. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Segundo Congreso Interno), 1924, pág. 41. — "La Semana Médica" 1924, I, 62.

Picarel Julio.—Por la infancia desválida. En el día de la patria. "Revista de la Cruz Roja Argentina", 1924, II, n.º 12-13, pág. 36.

Soria Benito.—Protección a la infancia. "Revista de la Universidad Nacional de Córdoba", 1924, XI, n.º 7, pág. 30.

Velasco Blanco León.—Protección del prematuro débil y congénito. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad Argentina de Nipiología), 1924, XXXVII, 5.

PUERICULTURA (ENSEÑANZA).

Caravías Dionisio E.—La puericultura en la enseñanza normal. "La Semana Médica", 1924, I, 1227.

PUERICULTURA (ESTADÍSTICA).

Oliva S.—Asistencia Pública. Sección protección de la primera infancia. Memoria del año 1923. "La Semana Médica", 1924, I, 613.

Velasco Blanco León y Paperini Humberto.—Clínica Obstétrica del Profesor Zárate. Servicio anexo de puericultura. Datos estadísticos correspondientes al año 1923. "Archivos de la Conferencia de Médicos del Hospital Ramos Mejía", 1924, VIII, 26.

PUERICULTURA (INSTITUCIONES).

Aróz Alfaro Fregorio y Padilla T.—Creación de una División de Protección y Asistencia a la Infancia en el Departamento Nacional de Higiene. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 59.

Coni Emilio R.—Proyecto de creación de una subsecretaría de

Higiene, Asistencia y Previsión Sociales, anexa al Ministerio del Interior. "Revista de Ciencias Médicas", 1924, VII, 103

Feinmann Enrique.—Con motivo de la sexta semana del nene. "Revista de Ciencias Médicas", 1924, VI, 703.

Velasco Blanco León.—Protección a la infancia por intermedio de las enfermeras visitadoras de la Cruz Roja. Su adaptación al ambiente americano. "Archivos de la Conferencia de Médicos del Hospital Ramos Mejía", 1924, VIII, 7.

Zwanck Alberto.—Organismos de protección del niño débil en edad escolar. "Boletín del Museo Social Argentino", 1924, XIII, 232.

PUERICULTURA PRENATAL.

Coni Emilio R.—Protección social de la madre soltera. "Revista de Ciencias Médicas", 1924, VII, 150.

PULSO LENTO PERMANENTE.

Rivas Miguez Laureano y Tonina Teodoro A.—Síndrome de Adams Stokes. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 36, pág. 23.

QUEMADURA CRUFOABDOMINAL.

Lagos García Carlos.—Sobre un caso de retracción cicatricial cruroabdominal por quemadura. "Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología", 1924, VIII, 245.

QUERATITIS INTERSTICIAL (TRATAMIENTO).

De la Vega.—Los rayos X en el tratamiento de las queratitis intersticiales. "Boletín del Instituto de Medicina Experimental para el estudio y tratamiento del cáncer", 1924, I, 265.

QUISTE HIDATÍDICO MAXILAR.

Timbaldi Francisco Alberto.—Sobre un caso de quiste hidatídico del maxilar superior. Tesis de doctorado en odontología. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 37 págs.

QUISTE HIDATÍDICO PULMONAR (DIAGNÓSTICO).

Bacigalupo Juan.—Diagnóstico biológico de los quistes hidatídicos del pulmón. "La Semana Médica", 1924, I, 725.

QUISTE HIDATÍDICO PULMONAR ABIERTO EN UN BRONQUIO.

Lagos García Carlos y Segers Alfredo.—Consideraciones sobre un caso de quiste hidatídico pulmonar abierto en un bronquio. "La Semana Médica", 1924, II, 756. — "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 316.

QUISTE HIDATÍDICO RENAL.

Suárez Aguirre Gustavo.—Sobre un caso de quiste hidatídico del riñón. Nefrectomía total. "La Semana Médica", 1924, I, 1213. — "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 37, pág. 32.

QUISTE QUILIFERO DEL MESENTERIO.

Caeiro José A.—Contribución al estudio de los quistes quilíferos del mesenterio. "La Semana Médica", 1924, II, 1253.

Tagliavacche.—Contribución al estudio de los quistes quilíferos del mesenterio. (Relato del trabajo del doctor Caeiro). "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 807.

QUISTE SIMPLE DE LOS HUESOS.

Gallo.—Sobre quistes simples de los huesos largos. (discusión). "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 131.

Sarmiento Laspiur.—Quistes simples de las huesos. (discusión). "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 154.

QUISTE SIMPLE DEL HÚMERO.

Taubenschlag.—Quiste simple del húmero. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 123, 131, 154, 187.

RAQUITISMO.

Lagos García Carlos.—El raquitismo y los miembros inferiores. "La Semana Médica", 1924, I, 221, 303, 464, 545.

REACCIÓN DE DEGENERACIÓN.

Marque A. M.—La reacción de degeneración absoluta no debe

ser designada con ese nombre. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 39, pág. 32.

REACCIÓN DIAGNÓSTICO.

Bacigalupo Juan.—Reacción diagnóstico de líquido céfalo-raquídeo patológico. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 36, pág. 32.

RECIÉN NACIDOS.

Busco J. y Paperini H.—Algunos datos biométricos de recién nacidos argentinos. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad Argentina de Nipiología), 1924, XXXVII, 53.

Navarro Juan Carlos.—Recién nacidos argentinos. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 241, 310.

RESPIRACIÓN.

Castronovo Angel.—Los ejercicios respiratorios en las escuelas. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, n.º 14, pág. 3.

RESPIRACIÓN ARTIFICIAL.

Bustos Morón Remigio.—Muerte aparente del recién nacido. Un nuevo método de respiración artificial. "La Semana Médica", 1924, II, 58.

RETARDADOS.

Gallego Eduardo.—Anomalías bucodentarias en los niños anormales. Tesis de doctorado en odontología. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 93 págs. "La Clínica Psicopedagógica", 1924, II, n.º 5, pág. 18; n.º 6, pág. 1.

RETARDADOS (ENSEÑANZA).

Ciampi Lanfranco.—Curso de perfeccionamiento para preparar maestros para niños anormales y retardados. "La Clínica Psicopedagógica", 1924, II, n.º 5, pág. 26.

Morzone Luis.—Clases diferenciales. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 15, pág. 5.

Curso de perfeccionamiento para maestros encargados de la enseñanza de niños retardados, pedagógicos y anormales. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 6.

RETRACCIÓN CRUROABDOMINAL.

Lagos García Carlos.—Sobre un caso de retracción cicatricial cruroabdominal por quemadura. "Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología", 1924, VIII, 245.

RETRACCIÓN PALMAR CONGÉNITA.

Jorge.—Retracción palmar congénita. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 834.

RETROMENTONISMO.

Lagomaggiore Carlos.—La radiografía en ortodoncia. (Prognasia y retromentonismo). Tesis de doctorado en odontología. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 28 págs.

REUMATISMO CRÓNICO.

Bazán F.—A propósito de un caso de reumatismo crónico infantil. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 283.

REUMATISMO CRÓNICO HEREDOSIFILÍTICO.

Acuña Mamerto y Bazán Florencio.—Reumatismo crónico heredosifilítico en la infancia. "La Semana Médica", 1924, II, 1159.

REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO.

Acuña Mamerto.—Reumatismo poliarticular agudo del lactante. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad Argentina de Nipiología). 1924, XXXVII, 99.

REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO (COMPLICACIONES CARDÍACAS).

Bullrich Rafael y Rabuffetti Luis U.—Lesiones miocárdicas del reumatismo poliarticular agudo. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad Argentina de Medicina Interna), 1924, XXXVII, 518.

RINITIS ESPASMÓDICA.

Riccitelli E. y Franchini Y.—Rinitis espasmódica. "Revista

de la Asociación Médica Argentina. (Segundo Congreso Inter-
no), 1924, pág. 273.

RINOLALIA.

Coscolla Antonio.—Ortofonía. (rinolalia abierta con dislalia).
Tesis de doctorado en odontología. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de
57 págs.

SARAMPIÓN. (COMPLICACIONES BRONCOPULMONARES).

García Lucio A.—Complicaciones broncopulmonares del sa-
rampión. Su tratamiento por el haptinógeno neumó. "La Se-
mana Médica", 1924, II, 1231.

Goldemberg León.—Enfisema intersticial y subcutáneo por
bronconeumonía sarampiónosa. "La Prensa Médica Argentina",
1924, X, 647.

SARAMPIÓN (PROFILAXIS).

Miravent Juan M.—La profilaxia y el tratamiento específico
del sarampión. "Revista de la Sanidad Militar", 1924, XXIII,
(Julio a Septiembre), pág. 102.

SARAMPIÓN. (TRATAMIENTO).

Miravent Juan M.—La profilaxia y el tratamiento específico
del sarampión. "Revista de la Sanidad Militar", 1924, XXIII,
(julio a septiembre), pág. 102.

SARCOMA CELULAR (REDONDAS) DEL HÚMERO.

Lenzi.—Sarcoma a células redondas del extremo superior del
húmero. Resección. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Ci-
rugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 769.

SARCOMA DE LA MEJILLA.

Roffo A. H.—Sobre la sedimentación de los eritrocitos en el
cáncer (sarcoma de la mejilla). "La Prensa Médica Argenti-
na", 1924, XI, 121.

SARCOMA DEL MESENTERIO.

Orrico Juan y Moyano Navarro Belzor.—Contribución clíni-

ca al estudio de los sarcomas del mesenterio. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 247, 310.

SARCOMA DEL TIMO. (RADIOTERAPIA).

Merlo Gómez José F.—La radioterapia del timo. "La Semana Médica", 1924, I, 459. — Trabajos del Instituto de Clínica Quirúrgica, 1924, IV, 279.

SEBORREA.

Rueda Pedro.—Eczemas y seborreas del lactante. (Traducción de S. Di Rienzo). "Revista del Centro Estudiantes de Medicina". Rosario, 1924, IV, 1057.

SEBORREA. (TRATAMIENTO).

Rueda Pedro.—Tratamiento de eczema y seborreas del niño por el páncreas. "La Semana Médica", 1924, II, 1190.

SEUDOARTROSIS.

Rivarola.—Incurvaciones raquíicas congénitas, incurvaciones congénitas y pseudoartrosis congénitas de la tibia y del peroné. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 712.

SEUDOHERMAFRODITAS.

Rojas Nerio.—Los pseudohermafroditas ante la medicina legal. "La Semana Médica", 1924, II, 949.

SÍFILIS EN LA ESCUELA (PROFILAXIS).

Garrahan Juan P.—Sugestiones sobre profilaxis de la sífilis y de la tuberculosis en la escuela. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad Argentina de Nipiología), 1924, XXXVII, 21.

SÍFILIS HEREDITARIA.

Acuña Mamerto y Bazán Florencio.—Reumatismo crónico heredosifilítico en la infancia. "La Semana Médica", 1924, II, 1159.

Acuña y Casaubón.—Caso de peritonitis exudativa crónica

por sífilis hereditaria con regresión total de los síntomas. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 528.

Beretervide Enrique A. y Beretervide Juan J.—Etude radiologique de l'aorte chez l'enfant et son importance dans la syphilis héréditaire. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad de Medicina Interna), 1924, XXXVII, 66.

Beretervide Enrique A. y Pozzo Fernando.—Bronquitis asmática y sífilis congénita. "La Semana Médica", 1924, I, 308.

Roffo Angel H.—La refractometría en el cáncer. (Periostitis p. sífilis). "La Prensa Médica Argentina", 1924, XI, 200.—"Boletín del Instituto Experimental para el estudio y tratamiento del cáncer", 1924, I, 93.

Valdez José M. (h.)—Peritonitis crónica exudativa, hipertrofia de los ganglios del mesenterio (carreau sífilítico) por sífilis hereditaria. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 255, 311.

SÍFILIS HEREDITARIA. (BISMUTOTERAPIA).

Beretervide Enrique A. y Thénon Jorge.—Bismutoterapia en la infancia. "La Semana Médica", 1924, I, 331.

SÍFILIS. (PROFILAXIS).

Garrahan Juan P.—Sugestiones sobre profilaxis de la sífilis y de la tuberculosis en la escuela. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad Argentina de Higiene y Microbiología), 1924, XXXVII, 21.

SIMPATICOTONÍA SECUNDARIA.

Sacco.—Causalgia del nervio mediano y simpaticotonía secundaria plexual. "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VII, 331.

SINDROME MENINGÍTICO.

Beretervide Enrique A.—Sobre un caso de forma dolorosa de la enfermedad de Heine - Medin con gran reacción meníngea. "La Semana Médica", 1924, I, 220.

Casaubon Alfredo.—Síndromes meningíticos agudos. "La Semana Médica", 1924, II, 899.

Casaubon Alfredo.—Síndromes meningíticos agudos y menin-

gitis serosas. (Estudio clínico en la infancia). "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 11, 84.

SINDROME PILÓRICO.

Giustinian Virgilio y Antonelli Amadeo.—Síndrome pilórico en un lactante con hipertrofia de píloro. "La Semana Médica", 1924, II, 747. - "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 38, pág. 29.

SINOSTOSIS RADIOCUBITAL.

Dellepiane Rawson Julio.—Sinostosis radiocubital superior bilateral y congénita. Presentación de un rotatómetro. "Archivos de la Conferencia de Médicos del Hospital Ramos Mejía", 1924, VIII, 50.

SISTEMA NERVIOSO INFANTIL.

Programas para el curso de perfeccionamiento de maestros especiales. (Sistema nervioso). "Boletín de Higiene Escolar" 1924, IV, n.º 16, pág. 8.

SORDERA.

Morzone Luis.—Clases diferenciales. (Sordastros). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 15, pág. 5.

SORDOMUDEZ.

Programas para el curso de perfeccionamiento de maestros especiales. (Sordomudez). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 8.

TALLA ESCOLAR.

Cometto Carlos S.—Instrucciones al personal directivo y docente de las escuelas de la provincia de Buenos Aires. (El banco escolar y la estatura de los alumnos). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 14, pág. 2.

TARTAMUDEZ.

Morzone Luis.—Clases diferenciales. (Tartamudez). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 15, pág. 5.

Programas para el curso de perfeccionamiento de maestros

especiales. (Tartamudez). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 16, pág. 7.

TÉTANO CEFÁLICO DE ROSE.

Vaccarezza Raúl F.—Tétanos cefálico de Rose. "La Semana Médica", 1924, II, 173.

TIÑA.

Facio Ludovico.—Tiñas. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 14, pág. 5.

TONO MUSCULAR LINGUAL.

Obarrio Juan M.—El tono muscular de la lengua y los estados depresivos. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad Argentina de Neurología y Psiquiatría), 1924, XXXVII, 185.

TORTÍCOLIS CONGÉNITO DE ORIGEN VERTEBRAL.

Viñas y Rivarola.—Síndrome de Klippel-Feil. (Tortícolis congénito de origen vertebral). "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 848.

TOS ESENCIAL NOCTURNA.

Obarrio Juan M.—Un caso de tos onírica. (Tos esencial nocturna). "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 367, 447.

TOS ONÍRICA.

Obarrio Juan M.—Un caso de tos onírica. (Tos esencial nocturna). "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 367, 447.

TRACOMA.

Barbieri Antonio.—Informe sobre el tracoma en la República Argentina. "Anales del Departamento Nacional de Higiene", 1924, XXX, 19.

Barbieri Antonio.—El tracoma en el República Argentina. Consideraciones y antecedentes. "La Semana Médica", 1924, II, 304.

De la Vega Estargidio.—Informe sobre el tracoma de acuerdo

a las investigaciones de la Comisión del 2 de agosto, en las provincias de Jujuy, Salta, Tucumán y Santiago del Estero. "Anales del Departamento Nacional de Higiene", 1924, XXX, 37.

Suárez Gabard S.—El tracoma en Mendoza. Su desarrollo y profilaxis. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 1, pág. 12.

Trigo L.—Algo sobre el tracoma en San Juan. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 9, pág. 27.

Urrets Zavalía Alberto.—Consideraciones sobre el desarrollo del tracoma en Córdoba. "La Semana Médica", 1924, I, 729.

TRACOMA. (PROFILAXIS).

Aráoz Alfaro Gregorio y Padilla Tiburcio.—Profilaxis del tracoma y oftalmias infecciosas. "Anales del Departamento Nacional de Higiene", 1924, XXX, 120.

Demaría Enrique B., Noceti Adolfo, Wernicke Otto, Ferro Publio B. y Barbieri Antonio.—Informe sobre el tracoma en la República Argentina. "La Semana Médica", 1924, II, 303.—"Anales del Departamento Nacional de Higiene", 1924, XXX, 17.

Suárez Gabard S.—El tracoma en Mendoza. Su desarrollo y profilaxis. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 1, pág. 12.

TRASTORNOS DIGESTIVOS.

Garrahan Juan P.—Trastornos digestivos y nutritivos en los niños alimentados artificialmente. Generalidades y clasificación. "La Semana Médica", 1924, I, 227.

Muniagurria Camilo.—Introducción al estudio de los trastornos digestivos y nutritivos del lactante. "Revista Médica del Rosario", 1924, XIV, 102.

TRASTORNOS NUTRITIVOS.

Acuña Mamerto.—La leche albuminosa en los trastornos nutritivos e infecciones enterales del lactante. "La Semana Médica", 1924, I, 323.

Garrahan Juan P.—Trastornos digestivos y nutritivos en los niños alimentados artificialmente. Generalidades y clasificación. "La Semana Médica", 1924, I, 227.

Muniagurria Camilo.—Introducción al estudio de los trastornos digestivos y nutritivos del lactante. "Revista Médica del Rosario", 1924, XIV, 102.

TRASTORNOS TRÓFICOS.

Benítez Miguel E.—Trofoedema congénito. Trastornos tróficos. “La Semana Médica”, 1924, I, 246.

TRAUMATISMO LARÍNGEO.

Del Piano Jorge I.—Traumatismos laríngeos. “Revista de la Asociación Médica Argentina”. (Sociedad de Oto-Rino-Laringología), 1924, XXXVII, 59.

TRAUMATISMO OCULAR.

Noceti Adolfo y Tiscornia Atilio.—Traumatismo de la órbita. “Revista de la Asociación Médica Argentina”. (Sociedad Argentina de Oftalmología), 1924, XXXVII, 82.

TRICOFICIA.

Roffo A. H.—Sobre la sedimentación de los eritrocitos en el cáncer. (Tricoficia). “La Prensa Médica Argentina”, 1924, XI, 124.

TRIPANOSOMIASIS.

Krauss y Rosembusch.—Los problemas de sanidad nacional. Bocio, Cretinismo y Enfermedad de Chagas. “Revista de la Cruz Roja Argentina”, 1924, I, n.º 9-10, pág. 71.

TROFOEDEMA CONGÉNITO.

Benítez Miguel E.—Trofoedema congénito. Trastornos tróficos. “La Semana Médica”, 1924, I, 246.

TROMBOFLEBITIS DEL SENO LATERAL.

Errecart Pedro L.—A propósito de dos casos de tromboflebitis del seno lateral por otitis media aguda. “Revista de la Asociación Médica Argentina”. (Sociedad de Oto-Rino-Laringología), 1924, XXXVII, 15.

TROMBOFLEBITIS OBLITERANTE.

Castex Mariano R. y Lorenzo Ramón.—Várices abdominales consecutivas a tromboflebitis obliterantes estables de las venas ilíacas comunes. “La Prensa Médica Argentina”, 1924, X, 629.

TUBERCULOMA CEREBRAL.

Jorge J. M. y Greco A.—Tuberculoma de la base del cerebro. "La Semana Médica", 1924, II, 1401.

TUBERCULOSIS.

Aráoz Alfaro Gregorio.—Tuberculosis. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 15, pág. 2.

Aráoz Alfaro Gregorio.—Creación de un instituto para el estudio y tratamiento de la tuberculosis. "La Semana Médica", 1924, II, 563.

Aráoz Alfaro Gregorio.—Estudios clínicos sobre tuberculosis. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 366 págs.

Garrahan Juan P.—La tuberculosis en la primera infancia y algunas nociones básicas sobre la infección tuberculosa. Buenos Aires, 1924. "El Ateneo", 1 vol. de 286 págs.

TUBERCULOSIS CERVICAL. (ULCERACIÓN).

Díaz P.—Sobre un caso de ulceraciones tuberculosas del cuello. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 39, pág. 25.

TUBERCULOSIS. (CONTAGIO).

Barlaro Pablo M.—Investigaciones serológicas en las tuberculosis. Las fuentes de contagio en la tuberculosis. "La Prensa Médica Argentina", 1924, X, 888.

TUBERCULOSIS. (DIAGNÓSTICO).

Barlaro Pablo M. y Rabinovich-Kempner.—Investigaciones serológicas en los tuberculosos. La reacción de Besredka. "La Prensa Médica Argentina", 1924, X, 592.

Lombardi Ernesto A.—Valor comparativo de la reacción de Besredka y del procedimiento de Röepke y Bandelier en el diagnóstico de la tuberculosis activa. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 46 págs. (inédito). (Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas).

Sayago Gumersindo y Scheingart Mario.—La reacción de Besredka. Su valor clínico. "La Semana Médica", 1924, II, 718.

Werner José F.—Los escolares pretuberculosos o con tuberculosis diagnosticada. Organización médica para descubrirlos y cu-

rarlos. Profilaxis. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 17, pág. 6.

TUBERCULOSIS. (DISPENSARIOS).

Puga Carlos G.—Dispensarios antituberculosos. Necesidad de su implantación en Mendoza. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 2, pág. 8.

TUBERCULOSIS EN LA ESCUELA.

Cabella Mario P. y Oliver Juan Carlos.—Investigaciones de tuberculosis latente en escolares. "La Prensa Médica Argentina", 1924, XI, 95.

Garrahan Juan P.—Sugestiones sobre profilaxis de la sífilis y de la tuberculosis en la escuela. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad Argentina de Higiene y Microbiología), 1924, XXXVII, 21.

Werner José F.—Los escolares pretuberculosos o con tuberculosis diagnosticada. Organización médica para descubrirlos y curarlos. Profilaxis. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 17, pág. 6.

TUBERCULOSIS. (HERENCIA).

Cibils Aguirre Raúl.—El problema de la herencia en tuberculosis. "La Semana Médica", 1924, II, 1233.

TUBERCULOSIS. (INFECCIÓN).

Garrahan Juan P.—La tuberculosis en la primera infancia y algunas nociones básicas sobre la infección tuberculosa. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 286 págs.

TUBERCULOSIS. (INMUNIZACIÓN).

Aráoz Alfaro Gregorio.—La lucha contra la tuberculosis en la infancia. Inmunización inconsciente y vacunación artificial. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 467.

TUBERCULOSIS LATENTE.

Cabella Mario P. y Oliver Juan Carlos.—Investigaciones de tuberculosis latente en escolares. "La Prensa Médica Argentina", 1924, XI, 95.

TUBERCULOSIS ÓTICA.

Riccitelli Emilio.—La cirugía de la tuberculosis del oído medio. "La Semana Médica", 1924, II, 973.

TUBERCULOSIS PRECOZ.

Werner José P.—Los escolares pretuberculosos o con tuberculosis diagnosticada. Organización médica para descubrirlos y curarlos. Profilaxis. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 17, pág. 6.

TUBERCULOSIS. (PROFILAXIS).

Aráoz Alfaro Gregorio.—La lucha contra la tuberculosis en la infancia. Inmunización inconsciente y vacunación artificial. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 467.

Garrahan Juan P.—Sugestiones sobre profilaxis de la sífilis y de la tuberculosis en la escuela. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad Argentina de Higiene y Microbiología), 1924, XXXVII, 21.

Howard Jorge W.—Acción científicosocial contra la tuberculosis. "Revista de la Cruz Roja Argentina", 1924, II, n.º 16, pág. 7.

Larguía Alfredo.—Profilaxis de la tuberculosis en la infancia. "Boletín del Museo Social Argentino", 1924, XIII, 231.

Schweizer Fernando.—Profilaxis de la tuberculosis en la primera infancia. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad Argentina de Nipiología), 1924, XXXVII, 80.

Werner José F.—Los escolares pretuberculosos o con tuberculosis diagnosticada. Organización médica para descubrirlos y curarlos. Profilaxis. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 17, pág. 6.

Zubizarreta Abel.—Asistencia familiar de los recién nacidos, hijos de tuberculosos. "La Semana Médica", 1924, I, 535.

Zwanck Alberto.—Acción de la escuela en la lucha contra la tuberculosis. La enseñanza de la higiene. "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 15, pág. 3.

TUBERCULOSIS PULMONAR.

Elizalde Pedro de.—Alveolitis tuberculosa en un niño de 17 días. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 450.

Navarro Juan Carlos.—Tuberculosis pulmonar infantil con once años de evolución. "La Semana Médica", 1924, II, 808.

TUBERCULOSIS PULMONAR BILATERAL. (FORMA BRONCONEUMÓNICA).

Segura Gerardo.—Las inyecciones intratraqueales de lipiodol "como medio coadyuvante diagnóstico". (Tuberculosis pulmonar bilateral a forma bronconeumónica con muy pequeñas dilataciones bronquiales). Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 37 págs. (inédito). (Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas).

TUBERCULOSIS PULMONAR. (NEUMOTÓRAX ARTIFICIAL).

Fossati Victor y Grapiolo Atilio.—Tratamiento de la tuberculosis pulmonar per el neumotórax artificial. "Revista Sudamericana de Endocrinología, Immunología, Quimioterapia", 1924, VII, 429, 485.

TUBERCULOSIS PULMONAR. (TRATAMIENTO QUIRÚRGICO).

Raimondi Alejandro A.—La compresión torácica en la tuberculosis pulmonar. "La Prensa Médica Argentina", 1924, XI, 36.

Sayago Gumersindo y Allende Juan M.—El tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar. "Revista Médica", 1924, XIV, 395.

TUBERCULOSIS. (SEROLOGÍA).

Barlaro Pablo M.—Investigaciones serológicas en las tuberculosis. Las fuentes de contagio en la tuberculosis. "La Prensa Médica Argentina", 1924, X, 888.

Barlaro Pablo M. y Rabinovich - Kemper L.—Investigaciones serológicas en los tuberculosos. La reacción de Besredka. "La Prensa Médica Argentina", 1924, X, 592.

TUBERCULOSIS. (TRATAMIENTO).

Aráoz Alfaro Gregorio.—Creación de un instituto para el estudio y tratamiento de la tuberculosis. "La Semana Médica", 1924, II, 563.

TUBERCULOSIS. (TUBERCULINOTERAPIA).

Viton Alfredo.—Tuberculinoterapia. Contribución a su estudio. "La Semana Médica", 1924, II, 1005.

TUBERCULOSIS. (VACUNACIÓN).

Aráoz Alfaro Gregorio.—La lucha contra la tuberculosis en la infancia. Inmunización inconsciente y vacunación artificial. "Archivos Latino Americanos de Pediatría", 1924, XVIII, 467.

Barlaro Pablo M.—La vacunación contra la tuberculosis. Los ensayos de la escuela de Calmette. "La Prensa Médica Argentina", 1924, XI, 457.

TUBERCULOSIS VERTEBRAL.

Rivarola.—A propósito del tratamiento del mal de Pott por el método de Albee. (Discusión). "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 190.

Tagliavacche N.—A propósito de la ausencia de signos radiográficos en ciertas formas de mal de Pott. "La Prensa Médica Argentina", 1924, XI, 628.

Tamini.—A propósito del tratamiento del mal de Pott, por el injerto óseo. (Discusión). "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1924, VIII, 243 .

TUMOR ABDOMINAL.

Dietsch.—Tumor de vientre. "La Semana Médica", 1924, II, 1403.

TUMOR CEREBRAL. (REGIÓN CUADRIGEMELAR).

Castex Mariano R., Romano Nicolás y Camauer Armando G. Contribución clínicoanatómica al estudio de los tumores de la región cuadrigemelar. "La Prensa Argentina", 1924, XI, 617, 661.

TUMOR HEPÁTICO CONGÉNITO.

Lagos García Carlos.—Consideracionse sobre tres casos de tumor congénito del hígado. "La Prensa Médica Argentina", 1924, X, 711.

TUMOR OCULAR. (INFLAMATORIÉ). RECIDIVANTE.

Lijó Pavía J.—Tumor inflamatorio fungoso recidivante de la conjuntiva palpebral. "Revista de la Asociación Médica Argentina". (Sociedad Argentina de Oftalmología), 1924, XXXVII, 31. — "La Semana Médica", 1924, II, 326.

TUMOR SANGUÍNEO.

Chutro Pedro.—Tumor sanguíneo comunicante con el seno longitudinal. "Revista de Cirugía", 1924, III, 88.

ULCERACIÓN CERVICAL TUBERCULOSA.

Díaz P.—Sobre un caso de ulceraciones tuberculosas del cuello. "Revista del Hospital de Niños", 1924, n.º 39, pág. 25.

UNCINARIOSIS.

Biglieri Romirio.—Memoria presentada sobre paludismo, filaria y uncinariosis en Tucumán. "Anales del Departamento Nacional de Higiene", 1924, XXX, 119.

VARICELA.

Roffo A. H.—Sobre la sedimentación de los eritrocitos en el cáncer. (Varicela). "La Prensa Médica Argentina", 1924, XI, 121. — "Boletín del Instituto Experimental para el estudio y tratamiento del cáncer", 1924, I, 151.

VÁRICES ABDOMINALES.

Castex Mariano R. y Lorenzo Ramón.—Várices abdominales consecutivas a tromboflebitis obliterantes estables de las venas ilíacas comunes. "La Prensa Médica Argentina", 1924, X, 629.

VENTILACIÓN ESCOLAR.

Cometto Carlos S.—Instrucciones al personal directivo y docente de las escuelas de la provincia de Buenos Aires. (Ventilación escolar). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, número 14, pág. 2.

VIRUELA. (COMPLICACIONES).

Palma J. C. y Miyara S.—Un caso de erupción penfigoide postvariólica. "La Semana Médica", 1924, I, 133.

VIRUELA. (VACUNACIÓN).

Cometto Carlos S.—Instrucciones al personal directivo y docente de las escuelas de la provincia de Buenos Aires. (Vacu-

nación en la escuela). "Boletín de Higiene Escolar", 1924, IV, n.º 14, pág. 2.

VISCOSIDAD SANGUÍNEA.

Beretervide Enrique A.—La viscosidad sanguínea y el índice esfimoviscosimétrico en la infancia. Buenos Aires, 1924, 1 vol. de 13 págs. (inédito). (Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas).

VÓMITO CÍCLICO ACETONÉMICO.

Baistrocchi Silvio.—Vómito cíclico acetonémico. "Revista Médica de Cuyo", 1924, I, n.º 9, pág. 24.

INDICE DE MATERIAS

Abandonados	1
Absceso cerebeloso	1
„ perinefrítico	1
„ retrofaríngeo	1
Acción científicosocial contra la tuberculosis	61
„ de la Cruz Roja en la profilaxis del paludismo	42
„ de la escuela en la lucha contra la tuberculosis	61
„ medicosocial de las cantinas maternas	11
Adenitis flegmonosa de la región mastoidea	1
„ ilíacas agudas	2
„ de la región mastoidea	2
Adenopatía traqueobronquial	2
Adiposis dolorosa	2
Afasia	2
Agua en las escuelas	28
Alergia	2
Alcoholismo (herencia)	2
„ (profilaxis)	2
Alienación (fisonomía)	3
Alimentación artificial	3
Alveolitis tuberculosa	3
Ambiente humoral	3
Amorales	3
Anatomía infantil	3
Anemia alimenticia	3
„ esplénica	4
„ grave	4
Anergia	4
Angioma muscular	4
Ano contra natura	4
Anomalías bucodentarias	4
Anormales (educación)	5

Anquilosis de la mano (bilateral)	5
" " " " (congénita)	5
" " " " (familiar)	5
" " " rodilla	5
" temporomaxilar	5
Anquilostomiasis	5
" (tratamiento)	6
Aparato para fracturas del brazo	25
Apendicectomía en la invaginación intestinal aguda	33
Apendicitis aguda	6
" septioplémica	6
Arsenicismo crónico accidental	6
Artritis tífica	6
Artropatía de la cadera (crónica)	6
" hemofílica	6
Artrosis falsa	53
Ascaris lumbricoides	7
Ascitis	7
Aseo personal del alumno	28
Asistencia a la infancia	46
" familiar de los recién nacidos hijos de tuberculosos	61
Asma	7
" bronquial	7
" (tratamiento)	7
Asociación de ideas	7
Asociación Tutelar de Menores	1
Atención	7
Atresia del colon (total)	8
Atrofia del cóndilo externo	8
" " saco lagrimal	8
Avulsión interglenoidea	8
Banco escolar	8
Bilirunemia	8
Biometría	8
Bismutoterapia en la sífilis congénita	54
Blenorragia infantil	9
Bocio endémico	9
" " (profilaxis)	9
" exoftálmico (radioterapia)	9
Botón de Oriente	9
Bradycardia	9
Broncoectasia	9
" (complicaciones)	9
Bronconeumonía	10
" sarampionosa	10

Bronconeumonía (tratamiento)	10
Bronquitis asmática aguda	10
" " (complicaciones)	10
Cálculo renal	10
Camptodactilia congénita	10
Cáncer	11
Cantinas maternas	11
Características del bocio endémico en las provincias del Norte ..	9
Carbunco	11
Cardiopatía reumática	37
Carie dentaria	11
Carreau sífilítico	11
Causalgia nerviosa	11
Causas directas de la carie dentaria	11
Certificado prematrimonial	11
Ciegos (educación)	11
" (protección)	12
Cirrosis hepática	12
Cirugía del estrabismo	22
" de la tuberculosis del oído medio	61
Clínica Psicopedagógica de la Facultad de Medicina de Rosario	46
" de Psiquiatría Infantil	46
Clorhidrato de emetina en la disentería amibiana aguda	17
Cólera infantil	12
Colesteatoma	12
Colitis infecciosa endémica	12
" a lamblia intestinalis	12
Colonias de vacaciones	13
Comedores infantiles	13
Complicaciones en la broncoectasia	9
" broncopulmonares del sarampión	52
" en la bronquitis asmática	10
" cardíacas del reumatismo poliarticular agudo ..	51
" en la escarlatina	21
" " " fiebre tifoidea	23
" " " fractura del fémur	25
" " " gripe	27
" " " perinefritis	43
" " " viruela	64
Compresión torácica en la tuberculosis pulmonar	62
Confusión mental en el infantilismo	13
Conjuntivitis granulosa	56
Constante ureosecretoria de Ambard	35
Contagio de la tuberculosis	59
Coqueluche (tratamiento)	13

Córticopleuritis superficial	13
Costilla cervical supernumeraria	13
Cretenismo	13
Crítica de las instituciones de profilaxis mental	30
Cuerpo extraño del esófago	14
" " en odontología	14
Cuidado de la boca en los niños	28
Cultura física sin ejercicios metodizados	18
Debilidad congénita	14
" " (tratamiento)	14
" infantil	14
Defensa del niño débil	40
" social de los hijos de las amas	46
Deformaciones sexuales	14
Delincuencia (profilaxis)	14
Delirios oníricos en la infancia	15
Demencia precoz	15
Demografía	15
Desarrollo	15
" estético de los contornos faciales	15
" facial	15
" neuropsíquico del lactante	46
Descomposición de Finkelstein	15
Desinfección escolar	16
Determinación del sexo	16
Dextrocardia	16
Diabetes infantil	16
Diagnóstico biológico de los quistes hidatídicos pulmonares ...	48
" de la tuberculosis	16
Difteria faríngea	16
" " común	16
" " maligna	16
" (infección)	16
" (profilaxis)	16
" (tratamiento)	16
" (vacunación)	17
Digestión	17
" (trastornos)	57
Dilatación bronquial	9
Disentería amibiana aguda	17
Disfagia	17
Dislaceración	17
Dislalia	17
Dispensarios antituberculosos	60
Dispepsia	17

Distrofia adiposogenital	17
„ endocrinosimpático muscular	18
División de protección a la infancia	47
Dosaje de la bilirubina de la sangre	8
Eczema	18
„ (tratamiento)	18
Edema elefantásico	18
Educación de los anormales	5
„ „ „ ciegos	11
„ como factor del delito	14
„ „ preventivo del delito	14
„ física	18
Ejercicios físicos en la escuela primaria	18
„ respiratorios	50
Elefantiasis edematosa	18
Elevación congénita del omoplato	19
Elogio de Máximo Castro	31
Encefalitis letárgica	19
Encefalopatía	19
Enfermedad de Banti	21
Enfermedad de Chagas	58
„ „ Friedreich	42
„ „ Heine - Medin	45
„ „ Recklinghausen	40
„ „ „ (forma familiar)	40
„ „ „ („ hereditaria)	40
„ „ Schlatter	20
„ „ Tay - Sachs	31
Enfermedades infecciosas (profilaxis)	19
Enfermeras visitadoras	19
Enfisema intersticial	19
„ subcutáneo	20
Enseñanza antialcohólica	2
„ de los ciegos	12
„ „ la higiene	61
„ „ „ puericultura	47
„ „ los retardados	50
Epidemiología de la gripe	27
Epifisitis tibial adolescente	20
Epilepsia	20
Episodios psicopáticos en un frenasténico	26
Erisipela facial	20
„ (tratamiento)	20
Eritema nudoso	20
Eritrodermia congénita ictiosiforme	20

Erupción penfigoide postvariólica	20
Escarlatina	21
" (complicaciones)	21
Esclerodactilia	21
Esclerodermia generalizada	21
Escuelas al aire libre	21
Esplenectomía en el síndrome de Banti	21
Esplenomegalia primitiva	21
Esplenoneumonía de Grancher	21
Estadística (cirugía)	15
" (clínica médica)	15
" (fisioterapia)	15
" (fracturas)	25
" (lactantes)	15
" (puericultura)	47
Estado nutritivo en los escolares	39
Estados depresivos	22
Estatura de los alumnos	55
Estenosis subglótica posttubaria	22
Estrabismo anómalo muscular congénito	22
" (tratamiento)	22
" vertical	22
Estrechez uretral filiforme	22
Estridor laríngeo congénito	22
Estudio de la personalidad del menor en los reformatorios	14
Etmoiditis supurada	23
Evolución del ascaris lumbricoides	7
Examen psicológico experimental	46
Exoforia	23
Exploración funcional global del riñón	35
" pulmonar	10
Fermentol Croveri en la colitis infecciosa endémica	12
Fiebre tifoidea	23
" " (complicaciones)	23
" " (forma meníngea)	23
" " (tratamiento)	23
" " (vacunoterapia)	23
Fijación del tarso en el pie balante paralítico	44
Filariosis	23
Fisiología infantil	24
Fisonomía de los alienados	24
Fisura palatina	24
" velopalatina	24
Fístula traqueal	24

Flemón de mano	24
„ facial erisipelatoso	24
Flora microbiana	24
Fractura del brazo (tratamiento)	25
„ „ codo (supracondílea). (Tratamiento)	25
„ „ fémur (complicaciones)	25
„ „ maxilar	25
„ de la espina tibial	25
„ „ „ pelvis	25
„ (estadística)	25
„ intrafoliocular	26
„ (tratamiento)	26
Frenastenia	26
Funciones de las escuelas al aire libre	21
„ „ „ visitadoras escolares	29
Gastropatía	26
Glaucoma	26
Gerodermia	26
Gimnasia artificial y natural comparadas	18
Glioma hemorrágico del cerebelo	26
Granulomatosis generalizada	27
Gripe (complicaciones)	27
„ (profilaxis)	27
Haptinógeno Gono en la oftalmia gonocócica	41
„ Neumo en las complicaciones broncopulmonares del sarampión	39
Hemiatrofia facial	27
Hemofilia articular	27
Hemorragia múltiple	27
Heredoalcoholismo	2
„ sífilis	53
„ tuberculosis	60
Hermafroditas falsos	53
Heterotaxia	27
Hidrofobia (tratamiento)	27
Higiene bucodentaria	28
„ escolar	28
„ „ dentaria	28
„ „ (visitadoras)	29
„ infantil	29
„ intelectual	29
„ mental	30
„ moral	30
„ social (visitadoras)	30

Hiperepidermotrofia de Brocq	30
Hipertrofia esplénica	30
" ganglionar mesentérica	30
" pilórica	30
Hogar Escolar	31
Homenaje al Dr. Máximo Castro	31
Ictiosis	31
Idiocia amaurótica familiar	31
Ignorancia como causa de las afecciones digestivas	26
Iluminación escolar	31
Imaginación	31
Implantación del certificado prematrimonial	11
Incisiones en la osteomielitis aguda	41
Inclusión dentaria	31
Incubadoras	32
Incurvación del peroné (congénita)	32
" raquítea (congénita)	32
" de la tibia (congénita)	32
Índice endémico filárico en La Calera	23
" esfimo-viscosimétrico en la infancia	65
" de estado nutritivo en escolares	39
Infancia desvalida	47
Infantilismo	32
" gerodistrófico	33
Infección diftérica	16
" enteral	33
" tuberculosa	60
Injerto óseo en el mal de Pott	63
Inmunización contra la tuberculosis	60
Inspección higiénica de los alumnos	28
Instinto maternal	33
Instituciones de profilaxis mental	30
" " puericultura	47
Instituto para el estudio y tratamiento de la tuberculosis	62
Insulinoterapia en la diabetes infantil	16
Intoxicación de Finkelstein	33
Invaginación intestinal aguda	33
Inyecciones de éter en la coqueluche	13
" intratraqueales de lipiodol en la tuberculosis pulmonar bilateral (forma bronconeumónica)	62
Irrigoaspiración continua eléctrica en oto-rino-laringología ..	1
Kala - Azar	33
Laberintectomía	34

Laberintitis supurada	34
Laboratorio Pasteur de Buenos Aires y la rabia	27
Lactancia mercenaria	34
Lambliia intestinalis	34
Leche albuminosa	34
„ de consumo	34
„ cruda (valor nutritivo)	34
Lesiones miocárdicas del reumatismo poliarticular agudo	51
Ley Agote y la Asociación Tutelar de Menores	1
Linfangitis de la región mastoidea	34
Litiasis intestinal	34
„ renal séptica	35
„ urinaria	35
Lucha contra el bocio endémico	9
„ „ la tuberculosis en la infancia	61
Luxación de la rodilla (congénita)	35
„ „ „ rótula (congénita)	35
Macropolidactilia	35
Malformación dentaria	35
„ intestinal congénita	35
„ ocular congénita	36
Mal de Pott	63
Médico psicólogo y maestro de niños anormales	5
Melena del recién nacido	36
Memoria	36
Meningitis aguda	36
„ cerebroespinal epidémica	36
„ neumocócica	36
„ pestosa	36
„ sérica	37
„ serosa	37
Metabolismo basal en el síndrome de Frölich	17
„ en el lactante	17
Método de Albee en el mal de Pott	63
„ „ Audrain en la coqueluche	13
„ „ Meulengracht en el dosaje de la bilirubina	8
„ „ respiración artificial	50
Microfilaria tucumana	37
Miembros inferiores y raquitismo	49
Miocarditis reumática	37
Miopatía primitiva pseudohipertrófica	37
Miseria como causa de las afecciones digestivas	26
Morbilidad	37
Mortalidad	37

Mosca y sus peligros	28
Muerte aparente del recién nacido	38
„ tímica	38
Natalidad	38
Necrología (Máximo Castro)	38
Necrosis ótica	39
„ del párpado	39
Nefrectomía total en los quistes hidáticos renales	49
Nefropatía	39
Nem de Pirquet	39
Neumococcia meningea	39
Neumonía experimental	39
Neumopatía	39
Neumotórax artificial en la tuberculosis pulmonar	62
Neurofibromatosis	40
„ (forma familiar)	40
„ „ hereditaria)	40
Niñeras	40
Niños débiles	40
„ que sufren	46
Noma (tratamiento)	41
Nutrición por la leche cruda y tratada	33
„ de escolares	39
„ (trastornos)	57
Oclusión intestinal	41
Oftalmia gonocócica	41
„ infecciosa	41
Operación de Spitzzy	44
Organismos de protección del niño débil en edad escolar	40
Organización del Cuerpo Médico Escolar de la Provincia de Buenos Aires	28
„ de los servicios médicos escolares	28
Ortofonía	17, 52
Osteocondritis	41
Osteomielitis aguda	41
Osteosíntesis metálica extra ósea en las fracturas operadas ...	26
Otitis media aguda	42
„ „ escarlatinosa	42
„ „ supurada crónica	42
Paludismo	42
„ (profilaxis)	42
Parálisis infantil	45
„ „ (forma dolorosa)	45

Paramioclono múltiple (forma atrófica)	42
Parotiditis purulenta	43
Patogenia de la infección diftérica	16
" " " muerte tímica	38
Pedagogía correctiva	14
Perforación palatina (tratamiento)	43
" velopalatina (tratamiento)	43
Perinefritis (complicaciones)	43
Periostitis p. sífilis	43
Peritonismo medular	43
Peritonitis crónica exudativa	43
Picadura de víbora	43
Pie balante paralítico	44
" bot-varus equino	44
" " " congénito (tratamiento)	44
" plano	44
" valgo paralítico	44
Pionefrosis calculosa	44
Pionemotórax	44
Pizarras en las escuelas	28
Pleuresía purulenta gripal	45
Poliomielitis anterior aguda (forma cefaloplégica)	45
" " " (" dolorosa)	45
Poliposis nasal deformante	45
" " " recidivante	45
Poradenitis inguinal subaguda	45
Predisposición a la caries dentaria	11
Prematuro congénito	47
" débil	47
Problema de la raza	47
Procesos meníngeos de la peste	36
Profilaxis del alcoholismo	2
" " " bocio endémico	9
" " " dentaria	28
" " " de la difteria	16
" " " las enfermedades infecciosas	20
" " " la grippe	27
" " " mental	30
" " " de la oftalmia infecciosa	41
" " " del paludismo	42
" " " resfrío	27
" " " sarampión	52
" " " de la sífilis	54
" " " del tracoma	57
" " " de la tuberculosis	61
" " " viruela	64

Prognatismo	45
Progresos sanitarios del Brasil	46
Propulsión de la proyección lingüiforme del tubérculo de la tibia	20
Protección de los ciegos	12
" " la infancia	46
" " del prematuro congénito	47
" " " débil	47
" " social de la madre soltera	48
Prueba del agua de Volhard	39
Psicología infantil	46
Psicopatía	46
Psicopedagogía	46
Psiquiatría infantil	46
Puericultura	46
" (enseñanza)	47
" (estadística)	47
" (instituciones)	47
" (prenatal)	48
Pulso lento permanente	48
Quemadura cruroabdominal	48
Queratitis intersticial	48
Quiste hidatídico maxilar	48
" " pulmonar (diagnóstico)	48
" " " abierto en un bronquio	49
" " renal	49
" quilífero del mesenterio	49
" simple de los huesos	49
" " del húmero	49
Rabia (tratamiento)	27
Radiografía en ortodoncia	32, 45, 51
Radiología de la aorta en la infancia	54
" " las vías lagrimales	8
Radioterapia en el bocio exoftálmico	9
" del timo	53
Raquitismo	49
Rayos X en el tratamiento de las queratitis intersticiales	48
Reacción de Bandelier	59
" " Besredka	59
" " degeneración	49
" " diagnóstico	50
" " meníngea	54
" " de Rœple	59
Recién nacidos	50
Reducción cruenta de las fracturas supracondíleas	25

Reglamentación de la lactancia mercenaria	34
Reglamento de las visitadoras de higiene escolar	29
Reposo en la coqueluche	13
Represión del alcoholismo	3
Resección de sarcoma a células redondas del extremo superior del húmero	52
Resfrío (profilaxis)	27
Respiración	50
" artificial	50
Retardados	50
" (enseñanza)	50
Retracción cruroabdominal	51
" palmar congénita	51
Retromentonismo	51
Reumatismo crónico	51
" " heredosifilítico	51
" " poliarticular agudo	51
" " " (complicaciones cardíacas) ...	51
Rinitis espasmódica	51
Rinolalia	52
Rotatómetro en la sinóstosis radiocubital superior	55
Sarampión (complicaciones broncopulmonares)	52
" (profilaxis)	52
" (tratamiento)	52
Sarcoma celular (redondas) del húmero	52
" de la mejilla	52
" del mesenterio	52
" " timo	53
Seborrea	53
" (tratamiento)	53
Secuelas de la encefalitis letárgica	19
Seguro mutual odontológico escolar obligatorio	28
Selección de los escolares débiles	40
Seudoartrosis	53
Seudohermafroditas	53
Sexta Semana del Nene	48
Sífilis congénita	53
" en la escuela (profilaxis)	53
" hereditaria	53
" " (bismutoterapia)	54
" " y bronquitis asmática	54
" " " cardiopatías	54
" " " peritonitis exudativa crónica	53
" " " reumatismo crónico	53
" " " " (profilaxis)	54

Simpaticotonía secundaria	54
Síndrome de Adams Stokes	48
" adiposogenital	18
" de Banti	21
" cefaloplégico	45
" de Fiedreich	42
" " Frölich	17
" " Klippel - Feil	56
" meningítico	54
" " agudo	54
" pilórico	55
Sinóstosis radiocubital superior bilateral	55
" " " congénita	55
Sistema nervioso infantil	55
Sordera	55
Sordomudez	55
Subsecretaría de Higiene, Asistencia y Previsión Sociales	29
Suero antigangrenoso en el noma	41
Suerología en la tuberculosis	62
Suero normal de bovino en la erisipela	20
Talla escolar	55
Tartamudez	55
Técnica de la alimentación artificial	3
Tensión venosa en la bronquitis asmática aguda	10
Tétano cefálico de Rose	56
Tetracloruro de carbono en la anquilostomiasis	6
Tiña	56
Tono muscular de la lengua	56
Tortícolis congénita de origen vertebral	56
Tos convulsa (tratamiento)	13
" esencial nocturna	56
" onírica	56
Tracoma	56
" (profilaxis)	57
Transfiguración sexual	14
Transfusión sanguínea en la melena del recién nacido	36
Trastornos digestivos	57
" nutritivos	57
" tróficos	58
Tratamiento de la anquilostomiasis	6
" del asma	7
" de la bronconeumonía	10
" " " coqueluche	13
" " " debilidad congénita	14
" " " difteria	16