

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)

Hospital Rawson — Sala de Clínica Infantil — Jefe: Prof. Schweizer

Cardiopatía congénita. Ritmo nodal

por los doctores

F. Schweizer, F. de Filippi y A. Battro

Cayetano L., de 9 años de edad, argentino. Ingresó al Servicio el 13 de septiembre de 1929.

Antecedentes hereditarios: La madre falleció de parálisis general en el Hospicio de Alienadas. Era sobrina del esposo. La abuela materna y un tío son alienados. Padre sano. No hay abortos ni hijos fallecidos. Son tres hermanos más, uno de ellos con dextrocardía.

Antecedentes personales: Nacido a término, desarrollo y alimentación normal, a pecho durante dos años. Habló y caminó cerca de los dos años de edad.

Teniendo un año de edad tuvo una bronquitis que se acompañó de cianosis, por lo que consultaron un médico. Desde entonces la cianosis persistió. Al año y medio, sarampión, y seis meses después, coqueluche. Discretos antecedentes de etilismo. Cuando corre, su cianosis se hace más pronunciada y se fatiga fácilmente.

Estado actual: Niño bien desarrollado, piel blanca, con intensa cianosis en las extremidades, labios, orejas y mejillas. Dedos deformados, en palillos de tambor, uñas en vidrio de reloj.

Cráneo: Sin particularidades. Ojos con reacciones normales. Boca con dientes mal conservados. Amigdalitis críptica.

Cuello con latidos arteriales visibles en regiones carótideas y fosa supraesternal.

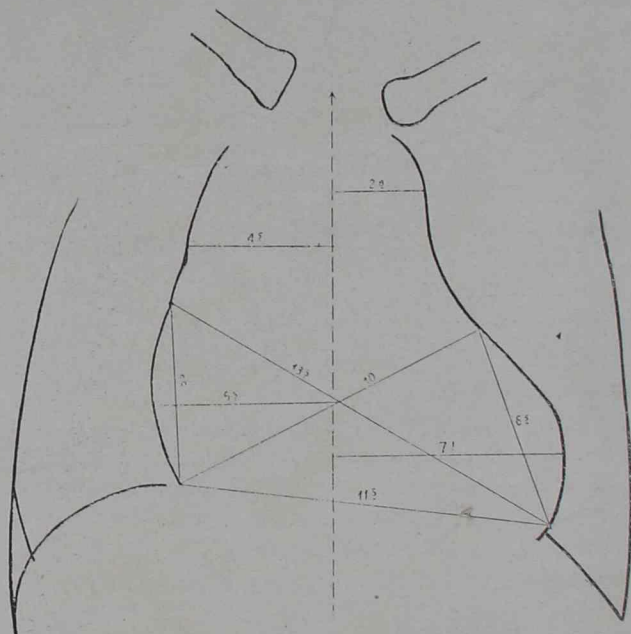
Tórax alargado, con abombamiento de la parte anterior más marcado en la mitad derecha. Respiración costo abdominal, frecuencia 28'.

Aparato respiratorio: normal.

Aparato circulatorio: Pulso: igual, regular, rítmico, frecuencia, 60 por minuto; Mx., 10. Mn., 4 al Pachon.

Corazón: La punta no se ve, se palpa y percute en el quinto espacio intercostal, línea mamilar. Es móvil, cubriéndose el choque coa la yema del dedo índice. A la palpación, frémito en la región de la base. Se percute el área cardíaca algo ensanchada, a predominio del ventrículo derecho.

Auscultación: Tono cubierto por la propagación de un soplo intenso en la válvula mitral. Foco tricuspídeo; se oye el doble tono correspondiente, siendo el primero casi cubierto por la propagación del soplo indicado.



Foco aórtico: Tonos normales. El soplo propagado se oye con más intensidad que en la punta. Foco pulmonar: Tono seguido por un intenso soplo, áspero, sistólico, que se propaga a todo el tórax, a la fosa supraclavicular y arterias del cuello. Segundo tono, normal.

Síntoma de Riva Rocci, negativo.

Síntoma de Giuffré, negativo.

Abdomen sin particularidades, el hígado se palpa a un través de dedo del reborde, siendo su consistencia aumentada; el borde superior se percute en el quinto espacio. Bazo no se palpa, riñones no se palpan.

Aparato genital y sistema nervioso, normales.

Septiembre 26: Tiene una crisis de taquicardia paroxística, 200 pulsaciones por minuto, cianosis intensa; dolor y angustia precordial. Duró tres horas, desapareciendo bruscamente.

La crisis se repitió en dos ocasiones, durando algunas horas.

Practicado un ortodiagrama de su sombra cardíaca, arrojó las siguientes medidas: Diámetro longitudinal, 13.5; horizontal, 12.6; diámetro basal, 10; cuerda ventricular izquierda, 6.5; cuerda ventricular derecha, 11.5; cuerda auricular, 5.5.

Se obtuvo un electrocardiograma que presentó las siguientes particularidades:

P. R. A veces no existe, en otras 0"07, 0"12, 0"14.

Q. R. S. 0"11.

R. T. 0"38.

R. R. 0"96, 0"90, 0"80.

Se trata de un *ritmo nodal por automatismo* del nódulo aurículo ventricular de Archoff Tawara.

El ritmo es *irregular* a consecuencia del traslado del *marcapaso* dentro mismo del nódulo: La *onda P* unas veces *coincide* con el complejo ventricular, otras lo *anticipa*, pero siempre variando el *espacio P. R.*, que es de corta duración.

El complejo ventricular es del tipo supraventricular, es decir, se origina *antes* de la división del haz de His.

La frecuencia es alrededor de 64 por minuto.

Existe una fórmula eléctrica de preponderancia derecha tipo hipertrofia ventricular.

Nos encontramos frente a una cardiopatía congénita, por la precocidad de su aparición y sobre todo por la intensa cianosis, que no guarda relación con los discretos síntomas de insuficiencia circulatoria.

Una cianosis tan intensa no suele verse en una lesión valvular adquirida, y cuando llega a instalarse, se trata de enfermos inválidos y con el cuadro completo de la asistolia.

Notemos aquí la falta de fenómenos de estasis viscerales en nuestro enfermito.

El hecho de haber transecurrido el primer año de vida sin trastornos apreciables no invalida nuestra presunción.

Es sabido que la cianosis puede presentarse en época mucho más tardía.

En nuestro caso es indudable la existencia de una estenosis de la arteria pulmonar, por las características semiológicas del soplo, la cianosis y la hipertrofia del ventrículo derecho.

¿Coexiste otra lesión?

Tratándose de lesiones congénitas, surge la idea de una comunicación interventricular. La forma pura, llamada Enfermedad de

Roger, no es frecuente. La comunicación coexiste en el 72 % de los casos con lesiones del orificio pulmonar.

En la enfermedad de Roger no existe, por lo común, cianosis, debido a que siendo el ventrículo izquierdo más poderoso y siendo en su interior la presión superior, la sangre arterial se introduce en la cavidad derecha, la que por otra parte, no sufre mayormente debido a que el orificio pulmonar es suficiente.

Desde luego, si coexiste una estenosis pulmonar, la mayor presión en la cavidad derecha hace que la corriente sea a la inversa, la sangre venosa se introduce en el ventrículo izquierdo, de allí la cianosis.

Estos cambios de presión recíproca explican por qué a veces la cianosis es intermitente.

Ahora bien; ¿existe aquí, además de la estenosis pulmonar, una comunicación interventricular?

Dice Cardarelli que cuando existe cianosis intensa la comunicación existe siempre, de tal manera que puede haber perforación sin cianosis, pero nunca se presenta cianosis tan caracterizada, sin perforación. Habiendo estudiado casos semejantes y teniendo presente todas las posibilidades, dice que una cianosis tan intensa, sin perforación no se observa en la clínica, o si se observa es rarísima excepción. Cualquiera sea la razón de la cianosis, cada vez que existe cianosis intensa duradera, que se soporta desde tierna edad sin fenómenos de descompensación cardíaca, cree debe admitirse forzosamente una perforación interventricular.

Podemos, sin embargo, ahondar la investigación.

Riva Ricci demostró que, normalmente, si se hace la experiencia de Valsalva, es decir previa inspiración forzada, una gran espiración con la glotis cerrada, se crea un gran obstáculo a la circulación, en su parte pulmonar, a consecuencia de lo cual se ve al pulso hacerse cada vez más pequeño hasta desaparecer.

En los casos de perforación interventricular, las dos circulaciones se comunican libremente y el pulso no se modifica.

Además, Giuffré observó que efectuando esta prueba de Valsalva, el soplo se hace mucho más intenso en los casos de comunicación interventricular.

En nuestro enfermito, ambas experiencias fueron negativas, es decir, que se encontraron normales y en el sentido de no admitir una comunicación.

El hecho de la localización del soplo, cuya mayor intensidad en

la enfermedad de Roger se halla en la parte interna de la cuarta costilla izquierda, su escasa propagación y la coexistencia de un fuerte frémito ayudan al diagnóstico en los casos no asociados.

Por lo demás, suele verse en las autopsias casos de cianosis intensas sin perforación interventricular.

Por todas estas consideraciones, creemos como más probable que nuestro enfermo tiene una estenosis pura de la pulmonar. Además, presenta una modificación muy rara de su electrocardiograma. Por eso lo presentamos.

Consideraciones sobre un caso de mal de Pott con absceso frío mediastinal

por los doctores

Alfio Puglisi
Jefe de Clínica

y

Oscar R. Marottoli
Méd. Int. del Hosp. y agregado al Serv.

Hace poco tiempo tuvimos oportunidad de observar en el servicio del profesor Dr. Acuña, un enfermo con mal de Pott, que presentó algunas particularidades de orden clínico, que creemos interesante presentar a la consideración de los colegas de la Sociedad de Pediatría, y cuya historia clínica es la siguiente:

Alfonso G., argentino, de 14 años de edad. Ingresó al servicio en mayo de 1930. Libro de historia N.º 7. Folio 65.

Antecedentes hereditarios y personales: El padre vive y es sano; la madre es enferma del pulmón desde hace mucho tiempo; recientemente tuvo pleuresía serofibrinosa. Tiene un hermano sano, dos hermanas fallecidas en la primera infancia, ignora la causa. No abortos. Nacido a término de parto y embarazo normal. Alimentación mercenaria durante los primeros tres meses; luego artificial, desarrollándose bien, sin ningún contratiempo. Hace tres años padeció una angina diftérica, que se repitió todos los años subsiguientes. El año pasado sufrió un proceso pleural que le duró 15 días, curando bien.

Enfermedad actual: Comienza hace tres meses, con dolores en la región lumbar y a predominio del lado izquierdo. Estos dolores se acompañan de temperatura y anorexia. Fue tratado por un facultativo como reumático, y los dolores cedieron en parte. Días después notan que el niño tiene una posición más rígida que habitualmente, la inapetencia se hace extrema, y los dolores reaparecen. La temperatura se ha mantenido siempre entre 37,5° y 39°. No es constipado. Ingresó al servicio con un peso de 45,600 gramos; no tiene tos.

Estado actual: Niño con desarrollo correspondiente a su edad. Piel blanca, húmeda, sana. Escaso pániculo adiposo, buen desarrollo óseo, escaso muscular. Se palpan ganglios pequeños, indoloros, libres en las regiones inguinales, submaxilares, axilares y carotídeas.

Cabeza de tipo normal. Cuero cabelludo sano. Cabellos bien implantados.

Motilidad ocular normal, pupilas iguales, céntricas, reaccionan bien a la luz y acomodación. Conjuntivas ligeramente rosadas. Lengua ancha, húmeda ligeramente saburral. Mucosa rosada; dientes en regular estado de conservación, existen algunas caries, no faltan piezas dentarias. Fauces libres. Cuello corto, delgado, simétrico, no se observan latidos anormales. Tiroides normal.

Tórax: No hay tos ni disnea. Elasticidad ligeramente disminuía en ambos lados. El espacio interesápulo vertebral de ambos lados está muy marcado. Por delante, ambas fosas subclaviculares están hundidas cerca del mango del esternón. Tipo respiratorio, costo abdominal. La columna vertebral se presenta rígida, con un aplastamiento al nivel de las últimas vértebras dorsales; por encima de esa fosa, la vértebra correspondiente aparenta ser más saliente que lo normal. Los variados movimientos activos y pasivos de la columna vertebral se hacen con dificultad, manteniendo siempre cierta rigidez en su parte inferior de la columna dorsal y provocándose dolor.

La percusión de la columna vertebral da una zona oscura desde la 5.^a dorsal hacia abajo. La percusión provoca dolor desde la 6.^a vértebra dorsal hasta la primera lumbar, y cuyo máximo corresponde a la vértebra dorsal más saliente (7.^a dorsal). El dolor se irradia espontáneamente hacia abajo y adelante.

Aparato respiratorio: Pulmones por detrás, derecho, las vibraciones vocales faltan en espacio intercápulo vertebral; en el resto, normal; percusión sonoridad normal en toda su extensión menos en espacio antes mencionado, que es mate desde la espina del omoplato hasta la extrema base. A la auscultación, respiración normal, a excepción de la zona oscura que tiene menor entrada de aire sin ruidos agregados; en el vértice, expiración prolongada. Izquierdo: palpación, percusión y auscultación normal, a excepción de una zona, escápulo vertebral, que es mate, cuyas vibraciones faltan con menor entrada de aire y con pectoriloquia áfona. Pulmones por delante y regiones axilares, normales.

Aparato circulatorio: Pulso frecuente, hipotenso regular, igual. Área cardíaca en sus límites, normales. Los tonos se oyen normales en sus focos respectivos. La percusión del mediastino superior da una zona ensanchada, sin ruidos anormales a su auscultación.

Traube libre.

Abdomen blando, indoloro, depresible. El borde superior del hígado se percute al nivel del quinto espacio intercostal; el borde inferior se palpa y percute al nivel del reborde costal. Bazo, no se palpa; se percute en sus límites normales.

Sistema urogenital normal.

Sistema nervioso: Motilidad activa y pasiva, normal, a excepción de los trastornos de la columna antes descritos. Sensibilidad conservada. Los reflejos tendinosos de los miembros inferiores, patelar y aquiliano, están exagerados, provocándose clonus del pie izquierdo con facilidad. No hay clonus de la rótula. No existen dolores espontáneos de los miembros in-

etc. En nuestro enfermo se inicia la afección con dolores en la región lumbar, a predominio izquierdo, poca temperatura y anorexia; se lo trató como reumático y en parte cedieron los dolores. Días después, su marcha es más rígida que de costumbre y reaparecen los dolores lumbares y la temperatura.

Una radiografía obtenida entonces de la región lumbar, no reveló nada anormal.

Hemos dicho que los síntomas esenciales del período de estado eran el dolor, la gibosidad y los trastornos nerviosos.

El dolor es espontáneo y provocado. En un principio sólo aparecen tras una paciente palpación y percusión; luego se lo provoca con la tos, la marcha, los cambios de posición, la caída sobre los talones, suele ser inconstante, aunque aparece siempre en el mismo lugar. Luego se hace constante, puede ser constrictivo o de aplastamiento, otras veces es una verdadera neuralgia a lo largo de un nervio o un plexo nervioso. Suelen ser pertinaces, lancinantes, que sólo calman con los sedantes habituales o con el reposo en decúbito. Es el momento de palpar y percudir con método todas las apófisis espinosas y transversas y de observar la rigidez de la columna, que casi nunca falta; ésta provoca el dolor que contrae los músculos e inmoviliza la columna, no nos detenemos a explicar estas maniobras, por ser múltiples y harto conocidas y tienen por objeto, poner de manifiesto una falta de elasticidad de la columna, la movilidad reducida y por último provocar el dolor. Este insensiblemente se acentúa y junto con estado general cada vez más lesionado se pasa al segundo período, o de gibosidad, o verdadero período de estado.

La gibosidad es generalmente mediana y angular. Se produce muy lentamente, en la mayoría de los casos se debe generalmente a fenómenos mecánicos que presionan los cuerpos vertebrales rel blandecidos o fusionados por el proceso baciloso. Es angular cuando un solo cuerpo vertebral está afectado, más o menos redondeado cuando son varios, en estos casos las apófisis espinosas se despliegan en abanico. Es casi siempre una cifosis, a veces, sin embargo, puede desviarse a los costados haciendo una escoliosis; sobre todo en la columna lumbar, probablemente porque la caverna tuberculosa no ocupa el centro del amplio cuerpo vertebral, en tal forma que el aplastamiento se hace lateralmente.

En ambos casos por encima y por debajo de la misma se producen curvaturas de compensación. En nuestro enfermo no existe

La cifosis sinó más bien un hundimiento que comprende las últimas vértebras dorsales, por encima de los cuerpos atacados existe una cifosis de compensación.

Los trastornos nerviosos se manifiestan en las zonas de distribución de las raíces que corresponden a la lesión o por debajo. Los fenómenos dolorosos provocados por la lesión en sí han sido descritos; los otros, por comprensión medular se manifiestan en los miembros inferiores especialmente y esfínteres, y se caracterizan por: a) trastornos sensitivos, caracterizados por dolores espontáneos en los miembros inferiores, calambres, hormigueos, hiperestesia; en un período más avanzado, trastorno de la sensibilidad táctil, térmica, dolorosa, profunda, variable, irregulares, a veces con disociación del tipo siringomiélico, etc. b) Trastornos motores, son del tipo irritación piramidal al comienzo, con hiperreflexia, clonus, Babinsky, etc.; si las lesiones avanzan se hace una paraplejia flácida, al poco tiempo se convierte en espasmódica, casi siempre en extensión, y aunque puede llegar a ser espasmódica en flexión cuando la degeneración del haz piramidal es completa. c) Trastornos esfinterianos con incontinencia de los emuntorios o retención según que las lesiones vertebrales sean inferiores o superiores. d) Trastornos tróficos y simpáticos, lesiones de piel, vesículas, escara, etc. Nuestro enfermo sólo tiene hiperreflexia de ambos miembros inferiores con clonus y Babinsky del pie izquierdo.

Absceso póstico.—El absceso frío de origen póstico es como decía Lannelongue un simple prolongamiento de la lesión tuberculosa de las vértebras; es en realidad un verdadero tuberculoma reblandecido, transformado en una bolsa conteniendo pus tuberculoso cuyo punto de partida ha sido la lesión cavitaria del cuerpo vertebral.

Se halla mucho más frecuentemente en las investigaciones necrópsicas que en la clínica; Mouchet dice que de acuerdo a las autopsias de Bouvier, de Lannelongue, de Nebel y de Mohr un 80 % de los casos de mal de Pott se complican con la supuración, mientras que sobre 1945 enfermos los abscesos no han sido diagnosticados más que en el 24, 5 % de los casos, especialmente en las localizaciones inferiores; los abscesos provenientes de las vértebras dorsales son los que escapan más a la observación clínica (Mouchet) hecho sobre el cual insistiremos de nuevo.

Excepcionalmente el absceso póstico queda estacionado frente a la vértebras enfermas; se desarrolla y crece progresivamente dada la actividad particular de su membrana limitante; en efecto ini-

ciada la formación del absceso llega debajo del periostio vertebral reforzado por el ligamento vertebral común anterior; bien pronto esta pared se hace fungosa siguiendo el proceso de tuberculización; la cara cavitaria o interna del absceso se infiltra de folículo degenerados, se destruye por caseificación y su contenido aumenta la colección mientras que la cara externa "zona activa" de Lannelongue invade con nueva proliferación de folículos las capas sucesivas de los tejidos adyacentes. Lannelongue fué quien demostró magistralmente esta forma de crecimiento de los absesos fríos; él decía: las influencias mecánicas deben ser relegadas a un segundo plano; no es el pus que se difunde como un líquido que se infiltra, es la tuberculosis que progresa por siembra sucesiva.

Los abscesos pósticos tienen por lo común una forma redondeada y son sesiles; cuando ellos crecen toman la forma piriforme o cilíndrica y entonces se pediculizan; siguen de preferencia los espacios conjuntivos, las vainas de los músculos, de los vasos y de los nervios explicándose esta electividad por ser vías de menor resistencia para su progresión y porque está constituido por tejido celular laxo ricamente vascularizado, medio muy favorable para la pululación bacilar; en esa forma el absceso frío de las espondilitis, eminentemente migrador puede aparecer superficialmente, bien lejos de su punto de partida.

El absceso osifluente nacido por lo común en la cara anterior de la columna somática, es limitado y detenido por delante por el poderoso ligamento vertebral común anterior al cual difícilmente puede perforarlo, debiendo por lo tanto descender por las partes laterales de la columna fraguándose camino en virtud de las actividades propias del absceso y favorecido por las condiciones anatómicas de la región. No nos vamos a ocupar de los distintos tipos de migración de acuerdo a la localización del foco de la espondilitis, hecho bien señalado por todos los autores; nos interesa solamente, dado que es nuestro caso, ocuparnos de los provenientes del mal de Pott dorsal.

Estos abscesos en la mayor parte de los casos son sesiles, se hallan adheridos por delante a la columna y hacen prominencia en el mediastino o en la pleura; en efecto por lo común, invade el tejido perivascular que rodea a la aorta y a la vena cava, franqueando con ellos el diafragma y siguiendo algún grueso vaso de la vaina hipogástrica e ilíaca externa; muy raramente según las arterias intercostales apareciendo entonces el absceso a los lados del tórax, simu-

lando un absceso frío de origen costal o pleurítico. Se deduce, pues, que el absceso póstico dorsal es en la mayor parte de las veces profundo, mediastinal, presentando una sintomatología clínica escasa por lo cual escapa muchas veces al control del médico si no se recurre a los rayos X; diferencia fundamental con los abscesos de origen cervical que se manifiestan por un absceso retrofaríngeo o por una colección supraclavicular y con los provenientes de una lesión póstica dorso-lumbar que forman las clásicas colecciones que siguiendo por la vaina del psoas se exteriorizan en la región del triángulo de Scarpa.

Los abscesos dorsales presentan además dos caracteres importantes como consecuencias de la dificultad de abrirse paso a través de las formaciones aponeuróticas: en primer término explicaría según Menard la frecuencia de la paraplejía en el mal de Pott dorsal, puesto que el absceso no encontrando vía libre para su migración queda aprisionado entre la pleura y la pared costal tendiendo a escaparse del lado del canal raquídeo y como resultado comprimir la médula; en segundo lugar justificaría su pronóstico serio dado que dichos abscesos se prolongan durante mucho tiempo debido a la imposibilidad de tratarlos activamente.

Radiología.—El caso que presentamos tiene desde el punto de vista clínico algunos rasgos peculiares y enseña al mismo tiempo que debemos esforzarnos en hacer el diagnóstico precoz no esperando la aparición de los grandes síntomas de la trilogía clásica; para ello la clínica cuenta con numerosos recursos entre los cuales la radiología juega un papel importante; nuestro enfermo además, lo cual justifica aún esta comunicación, es un ejemplo de absceso mediastinal póstico, con su imagen radiográfica característica por lo cual nos va a servir para plantear las dudas que existen en este punto del estudio radiológico del mal de Pott dorsal.

Trataremos sucintamente los caracteres radiográficos del mal de Pott porque no corresponde hacer un estudio integral dada la índole de este trabajo. En primer término debemos señalar como la mayoría de los autores lo aconsejan, la necesidad imprescindible de obtener las pruebas radiográficas en las dos posiciones, de frente y de perfil; cada uno de ellas, como veremos, tiene su importancia particular.

Los signos radiológicos de la espondilitis tuberculosa presentan dos caracteres fundamentales para el diagnóstico: su precocidad y su constancia; en efecto, Menard que ha estudiado desde hace mu-

chos años este asunto asegura que todo mal de Pott que no presenta signos radiológicos debe ser tenido por sospechoso.

Galland en su tesis del año 1919 hace el estudio radiográfico paralelo a la evolución anatómica del proceso considerando tres fases: 1.º de comienzo; 2.º de ulceración y destrucción y 3.º de reparación. El período de comienzo o de infiltración puede hacerse bajo dos formas perfectamente caracterizables desde el punto de vista anatomoradiográfico; en el primer modo que es el más frecuente el proceso comienza a nivel del cuerpo vertebral en una de sus caras adyacentes al disco intervertebral lo cual se manifiesta radiológicamente por el "pincement" del disco (signo precoz de mayor importancia) que se acompaña por una irregularidad de la sombra de la superficie ósea; posteriormente los cuerpos vertebrales se contactan por sus superficies ulceradas y forman así una sola masa cuneiforme a base posterior; este aspecto radiográfico se visualiza bien en las pruebas de perfil.

En la segunda forma de iniciarse según Galland, mucho más infrecuente, la lesión primitiva asienta en pleno centro del cuerpo vertebral, su consistencia disminuye rápidamente, el proceso cavitario se realiza en su interior por lo cual el cuerpo se achata; radiográficamente se traduce por la existencia de una sombra trapezoidal llevando un sólo arco posterior implantado por detrás de la euña.

Con la evolución del proceso se llega al segundo período o de destrucción; las radiografías nos demostrarán la gibosidad con sus caracteres propios, con su vértebra cuneiforme; nos enseñará el límite de las lesiones, el número de vértebras afectadas, etc.; las radiografías de perfil en las gibosidades muestra al decir de Roederer y A. Weil la disposición de las apófisis espinosas, la trama soldada de dos o más piezas posteriores, la enucleación de la vértebra central; hace conocer el grado del ángulo intersegmentario, si éste está o no en desproporción con el ángulo de la giba, si la inflexión es total o parcial, si las dos vértebras que limitan el ángulo de destrucción están en contacto o separados por un magma caseoso.

Si la espondilitis continúa su evolución progresiva las radiografías nos enseñarán las fracturas, los desplazamientos laterales, la escoliosis; mientras que cuando marcha hacia la reparación nos demostrará que la anquilosis comienza por las apófisis articulares, gana las láminas, luego los pedículos y finalmente las apófisis espinosas.

Veamos ahora lo que se refiere al absceso frío pottico dorsal. Se manifiesta radiográficamente en las placas obtenidas en proyec-

ción anteroposterior por una sombra densa que rodea la columna vertebral en forma de huso por lo común o de un embudo, o de un ovoide más o menos regular.

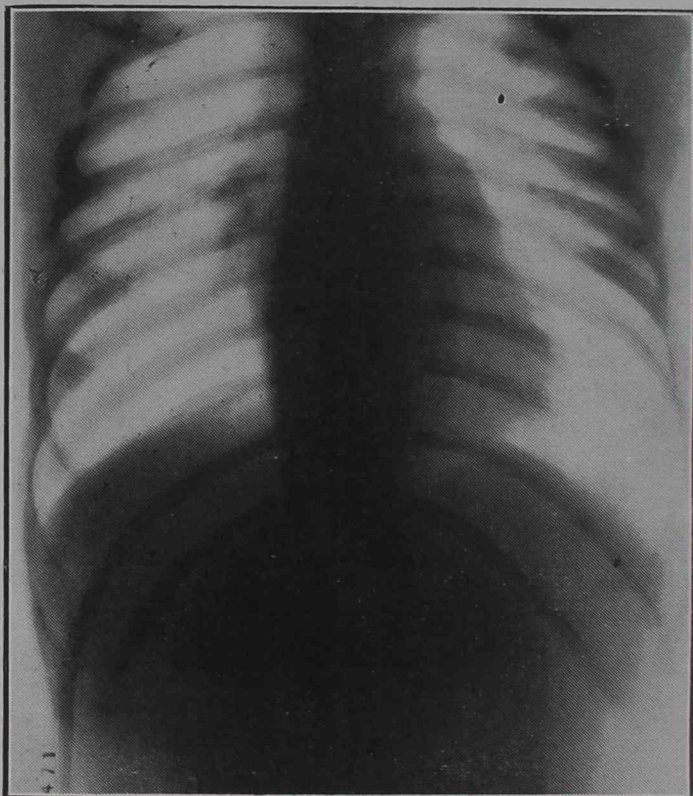
En la interpretación de esta imagen radiológica tan típica los autores no se hallan de acuerdo en lo que se refiere a su relación con el absceso frío... Así por ejemplo Forgue dice: en contradicción con el diagnóstico clínico la radiografía nos ha revelado la frecuencia de los abscesos en el mal de Pott dorsal...; en cambio Ombredanne afirma que el hecho que la radiografía muestra constantemente un huso perivertebral opaco sería exagerado creer que los abscesos mediastinales sean frecuentes; en otra parte dice: “¿cuál es la significación de esta opacidad fusiforme? sin ninguna duda es la masa del tuberculoma, pero sería excesivo concluir que un absceso se haya coleccionado a ese nivel.” Nosotros partiendo de la propia afirmación de Ombredanne al decir que el hueso perivertebral es la traducción de la masa del tuberculoma, creemos que frente a dicha imagen radiográfica debe hablarse de abscesos, puesto que el tuberculoma no es más que el conjunto de la lesión vertebral con la reacción perisomática tuberculógena que sufre el proceso de infiltración, caseificación y colección dentro de la “poche” y que en la región dorsal por los caracteres propios que ya señalamos adquiere dicha configuración.

Creemos exacto el concepto de Rauensbusch expuesto en un trabajo en Alemania en el año 1908, de que en el mal de Pott el absceso oculto es mucho más frecuente que el absceso reconocido, opinión que repiten Roederer y Weil al decir que los abscesos aparentes clínicamente son bastantes raros mientras que los abscesos profundos son al contrario extremadamente frecuentes.

Roederer y Weil analizan perfectamente desde el punto de vista anatomoradiológico el proceso de formación del absceso; el foco óseo de origen estaría circunscripto por una membrana adventicia bastante espesa que representa una especie de semimanguito delante de la columna vertebral; en su forma inicial esta bolsa hace entre dos vértebras una especie de pliegue a nivel del disco intervertebral; el contenido está compuesto de materias caseosas, grumos óseos, secuestros que dan la opacidad a la imagen. Esta masa agregan los autores citados, es sobre todo y aun podría decir constantemente visible en la región dorsal. Ella remonta a menudo por encima de las vértebras enfermas hacia el occipucio y puede recorrer un gran trayecto por delante de la columna.

Podemos concluir como Roederer y Weil diciendo que esta sombra fusiforme es el signo radiológico de un absceso, bien que su presencia sea mucho más frecuente que la de los abscesos; bien que sea cierto que ella existe ahí donde la clínica no muestra ni trazas de la colección purulenta fría.

Respecto al diagnóstico diferencial radiográfico de este tipo de imagen diremos que sólo puede confundirse con la sombra de los grandes vasos, aorta y vena cava, pero en este caso, la imagen



Radiografía N.º 1.—Tomada en sentido anteroposterior, muestra la imagen fusiforme característica

es mucho más fusiforme y sobre todo es siempre unilateral; además en los niños puede afirmarse después de un gran número de exámenes radiológicos de tórax normales y patológicos no se ven por así decirlo los gruesos vasos (Roederer y Weil).

Analícemos ahora lo que la radiología nos ha enseñado en nuestro enfermo. En las primeras radiografías sacadas (N.º 1) se

observa la extensa sombra fusiforme perivertebral que ocupa desde la 3.^a dorsal hasta el final de dicho segmento vertebral; la opacidad es de tal grado que impide observar ningún detalle de los cuerpos vertebrales; posteriormente se obtuvo una radiografía de perfil (N.º 2) que muestra el proceso destructivo predominante en dos piezas vertebrales (7.º y 8.º dorsal) con casi total desaparición del disco intervertebral; el espacio retrocardíaco se halla ocupado por



Radiografía N.º 2.—Tomada en sentido lateral muestra el proceso destructivo de la 7.^a y 8.^a vértebra dorsal

la sombra de los tejidos reaccionales perisomáticos. La última radiografía sacada en enero del corriente año nos enseña que la sombra fusiforme ha perdido parte de su opacidad, en tal forma que permite observar perfectamente la destrucción acentuada de los cuerpos vertebrales a nivel de la 7.^a y 8.^a dorsal,

Tratamiento.—Debemos considerar en general el tratamiento del mal de Pott en la infancia, aunque sea en una forma somera, para luego referirnos al caso particular nuestro; lo haremos exponiendo solamente los lineamientos generales del asunto para lo cual consideraremos primero los hechos clásicos aceptados por todos y que han pasado bajo el contralor de la experiencia clínica para terminar refiriéndonos al tratamiento quirúrgico, más moderno y novedoso sobre cuyos alcances y resultados no todos están de acuerdo.

El tratamiento del mal de Pott debe llenar dos condiciones fundamentales, que tienden a facilitar el proceso de curación de las lesiones: 1.º, conservar y mejorar el estado general de estos enfermitos, que son siempre deficientes, y 2.º, impedir el proceso de ulceración comprensiva que extiende el foco de la lesión; luego, pues, toda terapéutica en este tipo de tuberculosis ósea debe tender a cumplir estos postulados, sin lo cual todo esfuerzo sería estéril y hasta contraproducente; confesemos que aunque aparentemente esta terapia resulte sencilla, en la práctica muchas veces es de difícil aplicación, sobre todo en la clientela hospitalaria, por razones de orden social y económico. Así, Ombredanne dice con toda exactitud, al referirse a las bases del tratamiento del mal de Pott: “decúbito dorsal y paciencia: lo uno no es menos indispensable que lo otro, y los dos son tan difíciles de obtener de la familia durante los dos o tres años necesarios para la curación”.

La terapéutica del mal de Pott comprende el tratamiento general, el tratamiento local u ortopédico y el tratamiento de las complicaciones por así decirlo, esto es, de la gran gibosidad, del absceso y de la paraplejía.

En el tratamiento general debe considerarse en primer término la climatoterapia, cuya importancia es primordial, ya haciendo una cura de montaña, o bien a orillas del mar, debiendo el paciente permanecer al aire libre el mayor tiempo posible, lo cual se hará siempre en forma progresiva, para evitar las “poussées” congestivas. Esta estadía en la montaña o en la playa marítima se acompañará como indispensable con la helioterapia bien aplicada en forma gradual y constante, como lo reglara perfectamente Rollier.

El tratamiento general se completará con el reposo en decúbito dorsal, que es uno de los factores poderosos de curación y que se cumplirá de acuerdo y con los medios que el tratamiento ortopédico dispone; la alimentación de estos niños debe ser cuidadosa; ella será substancial y de fácil digestión y asimilación. La cura

medicamentosa tiene relativa importancia; se aplicarán los elementos estimulantes del organismo y recalcificantes, siendo de predilección el aceite de hígado de bacalao o los productos que poseen sus principios vitamínicos; el yodo, el arsénico y el calcio completan la terapéutica.

El tratamiento local u ortopédico tiene por objeto mantener el cuerpo del pótico en reposo horizontal, ya que es la única manera de calmar los dolores, suprimir la contractura muscular y substraer a los cuerpos vertebrales de la acción de la gravedad (úlceras de compresión). No se permitirá jamás en el primer período de la espondilitis la estación sentada, de pie y menos aun la marcha; es un consejo en que debe insistirse repetidas veces a las madres de estos enfermitos, puesto que la práctica hospitalaria nos enseña que muchas de estas personas, no sabiendo comprender la importancia de esta indicación terapéutica, toleran, tal vez por condolencia o por negligencia, la estación vertical y la marcha con gran detrimento para la curación de la afección.

El decúbito dorsal se cumplirá en una gotera de Bonneto en un lecho de Lannelongue o simplemente en una cama dura; se empleará solamente en las formas ligeras de mal de Pott, sobre todo en el tipo lumbar y en su iniciación; debe ser prolongado de 18 meses a dos años, de acuerdo a la marcha clínica y radiológica de la lesión.

En los otros tipos de mal de Pott con mayor tendencia evolutiva y con localizaciones más altas, es indispensable añadir al reposo horizontal la extensión continua o la declinación de la columna vertebral.

La extensión continua tiene limitadas aplicaciones en el tratamiento de la espondilitis tuberculosa en la infancia; sólo se usará durante un cierto tiempo para vencer las contracturas musculares y corregir así posiciones viciosas practicándose la extensión de la columna cervical para enderezar una desviación de la cabeza o del cuello, o bien se realizará la extensión de la cabeza y la tracción sobre las piernas para luchar contra la contractura en flexión del muslo producida por un absceso del psoas.

La reclinación de la columna vertebral se consigue ya sea con el lecho de Lorenz o bien con un corsé enyesado.

El lecho enyesado de Lorenz es el aparato ortopédico que empleamos con mayor frecuencia, porque estamos convencidos de su superioridad, dada la simplicidad de confección, permitiendo el

reposo de la columna colocada en posición de lordosis favorable para la curación sin gibosidad; además, hace más fácilmente posible y en mayor extensión la aplicación directa sobre el foco de la helioterapia y facilita la higiene general del niño; Mouchet dice que en los niños de uno a tres años y en algunos adultos el lecho enyesado debe preferirse al corset enyesado; no nos parece justificada esta limitación hasta la edad de tres años en la aplicación del lecho de Lorenz; se puede emplear en niños mayores con las mismas ventajas.

El corset enyesado se aplicará sobre todo en las formas muy evolutivas, febriles, con intensos dolores y toda vez que se deba luchar contra una gibosidad ya existente; también se hará el corset a los pósticos en pleno período de reparación, cuando la estación de pie y la marcha les sea permitida. Cuando la curación esté definitivamente consolidada, se reemplazará el corset de yeso fijo por uno movable o por un corset de celuloide.

El tratamiento de los abscesos osifluentes es regido por un precepto fundamental: "es necesario no abrir estos abscesos ni dejarlos abrir" (Mouchet). Para ello, cuando el absceso se halle bien coleccionado y antes que la piel se adelgace, se debe punzar, vaciar e inyectar cualquiera de los diversos líquidos modificadores que actualmente se emplean (es mejor el menos irritante). Esta conducta se adoptará desde luego, en los abscesos superficiales; en lo que se relaciona al absceso mediastinal, tal como nuestro caso, la punción y evacuación no debe ser practicada de acuerdo a los inconvenientes anatómicos que ya señalamos y que con tal motivo prolongan su permanencia y facilitan otras complicaciones; en estos casos el tratamiento del absceso será el tratamiento de la lesión ósea que le dió origen. En cambio, algunos autores como Whitman, son intervencionistas; indica en algunos casos la costotransversectomía y drenaje; en el Instituto Rizzoli lo evacúan por punción.

Respecto al tratamiento de la paraplejía, diremos que en la mayoría de los casos se limita al tratamiento ortopédico de la espondilitis; se practican, además, una serie de intervenciones quirúrgicas que no vamos a analizar; de todas ellas creemos, como A. Rodríguez Egaña, que la costotransversectomía de Menard es la operación que ha dado mejores resultados, puesto que va a atacar la causa más frecuente de la compresión medular: el absceso intrarraquídeo, drenándolo y disminuyendo así el síndrome de compresión.

Uno de los síntomas del póstico contra el cual se debe luchar

con más frecuencia es la gibosidad; no debe hablarse, en realidad, de un tratamiento especial para la gibosidad, puesto que ésta es en verdad parte integrante del cuadro clínico del pottico; pero en algunos enfermos es tan grande que indudablemente exige una preocupación particular para corregirla. La mejor manera de tratarla es previniéndola, dice Mouchet como la mayoría de los autores; en efecto, los recursos terapéuticos son muy contados y no del todo eficaces.

El enderezamiento brusco de la gibosidad bajo anestesia que hacía Calot y Chipault ha sido pronto abandonado aún por sus mismos autores en razón de su ineficacia y de sus peligros. Actualmente se consigue la corrección de la deformación por el enderezamiento lento y progresivo que pregonara Wolff, valiéndose de grandes trozos de algodón o de fieltros introducidos por la ventana del corset, realizando así una ligera compresión sobre la saliencia raquídea.

Réstanos ahora para concluir con este capítulo, considerar el tratamiento quirúrgico del mal de Pott en la infancia. Escaparía los límites de esta comunicación si tratáramos ampliamente este asunto, pero sí creemos que en el seno de esta Sociedad es necesario traer a colación este tema de terapéutica quirúrgica tan en boga en los últimos años, pues nos parece conveniente para el pediatra conocer por lo menos cuáles son las conclusiones a que ha sido posible arribar para que puede él también tener su orientación práctica.

En el Segundo Congreso Argentino de Cirugía, realizado el año pasado, este asunto fué uno de los temas oficiales; el relato oficial realizado por el Dr. A. Rodríguez Egaña, basado en su buena experiencia, es para nosotros un trabajo de mucho mérito, pues ha puntualizado perfectamente el valor, las indicaciones y los resultados del tratamiento quirúrgico del mal de Pott en los niños.

En un principio la mayoría de los cirujanos de niños eran contrarios al método cruento en el tratamiento del mal de Pott; se resistían a realizar la operación de Albee, que es de los procedimientos quirúrgicos la intervención que dió mejores resultados, permaneciendo fieles al tratamiento ortopédico, tan bien conocido desde muchos años atrás y con el cual obtenían un buen porcentaje de curaciones, no teniendo, además, en el niño que considerar el factor tiempo de curación, tan importante en el adulto. Pero otros ei-

rujanos se mostraron decididamente intervencionistas, comenzando así la discusión; pensaron obtener del tratamiento quirúrgico más de lo que podía dar; sin considerar la localización, sin tener un estudio radiográfico seriado, operaban precozmente y luego con o sin aparato de contención externa permitían la deambulación; los resultados fueron poco halagüeños.

Es indudable que el método quirúrgico tiene su aplicación en el niño, pero con muchas más restricciones que en el adulto; las indicaciones y la oportunidad operatoria deben ser objeto de un profundo análisis, teniendo la convicción de una acción exclusivamente mecánica y no curativa del injerto.

Para resumir, y teniendo en cuenta su gran valor, vamos a transcribir las conclusiones finales del relato del Dr. Rodríguez Egaña:

1.º En el estado actual de nuestros conocimientos, el tratamiento quirúrgico es incapaz de suplantar al tratamiento ortopédico clásico en las espondilitis tuberculosas del niño.

2.º La sinostosis vertebral, que constituye el tratamiento quirúrgico del mal de Pott, sólo puede servir, hoy por hoy, como coadyuvante del tratamiento ortopédico.

3.º La sinostosis vertebral por sí sola es incapaz de curar un foco somático tuberculoso, cualquiera sea su localización; sólo puede acelerar la cicatrización del proceso, actuando indirectamente por inmovilización de la columna.

4.º La sinostosis vertebral, como método del tratamiento del mal de Pott en el niño, no puede ni debe usarse sistemáticamente en cualquier enfermo.

5.º Se puede tratar con ella, con buen resultado, los enfermos con localizaciones dorsolumbares y lumbares; no deben tratarse sino por excepción los enfermos con localizaciones cervicodorsales o dorsales.

6.º No debe hacerse un sinostosis vertebral en enfermos con abscesos en evolución, excepcionalmente en enfermos fistulosos, nunca y bajo ningún concepto en enfermos con paraplejía o en inminencia de compresión medular.

7.º No efectuar intervenciones precoces en el niño; usando el método quirúrgico tardíamente, como medio mecánico de inmovilizar una columna enferma, cuyas lesiones tienden a la quietud, es como se obtienen los mejores resultados.

Después de haber analizado totalmente el capítulo del tratamiento del mal de Pott, se comprende la conducta terapéutica que hemos seguido con nuestro enfermo. Desde luego, nos creíamos estar distantes de las condiciones óptimas para practicar en nuestro caso el método quirúrgico, dado el poco tiempo de evolución del proceso, la localización dorsal mediana y la existencia de un absceso frío evolutivo. El tratamiento tenía que ser más simple, tal como lo hemos hecho, es decir, aprovechando todos los factores de curación del tratamiento general e inmovilizando la columna en reclinación por medio de un lecho enyesado de Lorenz.

Más adelante, después de un año por lo menos de la cura solar, climatérica y ortopédica bien realizadas, se podrá pensar en la conveniencia de favorecer el proceso total de reparación por medio de la sinostosis vertebral.

Iniciación de la vacunación antidiftérica en Buenos Aires

por el

Dr. R. Cíbils Aguirre

El relator comenta el informe presentado a la Asistencia Pública de Buenos Aires por la Comisión que él preside y acentúa que en el poco tiempo transcurrido, la vacunación sistemática en gran escala se ha iniciado ya con un éxito inesperado aún para la misma Comisión y que a la semana de iniciada la vacunación, ya se hace efectiva en más de 50 locales, no solamente Hospitales Municipales, Dispensarios de lactantes, Institutos de puericultura, sino también desde la Cátedra de Pediatría hasta en las instituciones de beneficencia, Casa de Expósitos, Hospital de Niños, hospitales y colectividades extranjeras, instituciones y empresas particulares, contando con la cooperación decidida del Departamento Nacional de Higiene y Consejo Nacional de Educación.

Y no solamente dentro de los límites de la comuna, se extiende esta campaña benefactora. De todas las provincias y algunas gobernaciones se piden a la Asistencia Pública las instrucciones originales y el material adecuado. Cree el relator que esta campaña, ha conseguido ya el éxito inicial, y que contando con el apoyo de poderes públicos, colegas y público en general, el éxito será definitivo y corresponderá al actual Director de la Asistencia Pública, Dr. Acosta y a la Comisión que lo secunda, la satisfacción de haber llevado a la práctica el más efectivo de los métodos de profilaxis antidiftérica.

Fundamentos para la organización de la vacunación antidiftérica en Buenos Aires

La comisión "ad hoc" presidida por el Dr. Raúl Cibils Aguirre e integrada por los Dres. Eduardo E. Centeno, Carlos M. Pico, León Velazco Blanco y secretarios Dres. Edmundo Smith Bunge y Enrique J. Saubidet, acaba de presentar el siguiente informe:

Buenos Aires, marzo 5 de 1931.

Al Señor Director General de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública,

DR. D. ROBERTO ACOSTA

La Comisión que suscribe, designada por esa Dirección General en la reunión de médicos Directores de Hospitales y Jefes de Servicios Infantiles dependientes de la Asistencia Pública, con el objeto de implantar y realizar la vacunación antidiftérica en la ciudad de Buenos Aires, tiene el honor de dirigirse al señor Director, elevando adjunto el proyecto de reglamentación correspondiente y los fundamentos de su dictamen, fruto de los estudios realizados en otros países durante años y de la experiencia personal de cada uno de los miembros que la integran.

A objeto de sintetizar sus conclusiones en tan amplio problema, ha creído conveniente esta Comisión dividir su estudio en dos aspectos que lo complementan y cuyo análisis sucinto pasamos a desarrollar, refiriéndonos ante todo a su faz científica y luego al carácter administrativo y práctico de la medida profiláctica en cuestión.

Debe esta Comisión, ante todo, dejar establecido que ya en nuestro país algunos estudios y publicaciones han tratado el punto: Aráoz Alfaro, Destéfano, Elizalde, Bazán, Tonina, Palermo, Bachman, Mendilaharsu, Cibils Aguirre, Saubidet, Smith Bunge, etc. Destéfano constantemente desde la Cátedra de Epidemiología y Aráoz Alfaro desde la Academia de

Medicina, preconizan la necesidad de intensificar la campaña profiláctica contra la difteria, a base de la vacunación y su reglamentación la sintetizan en un proyecto de Ordenanza de 1929 Germinal Rodríguez y González Maseda, creando la vacunación antidiftérica obligatoria, proyecto que nunca pasó de tal.

Además, en el Departamento Nacional de Higiene funciona desde hace algún tiempo una oficina para vacunación antidiftérica, establecida por iniciativa de los Dres. Aráoz Alfaro y Bazán, que no ha dado los resultados exigibles a tan loables propósitos.

I

Fundamentos científicos y estadísticos de la vacunación antidiftérica

Las comprobaciones efectuadas sobre 3.000.000 de niños en la mayor parte de los países civilizados, ratifican la *eficacia* y la *innocuidad* de la vacunación antidiftérica, efectuada en la forma que esta Comisión propone.

Para llegar conscientemente a concretar nuestra resolución en la forma más eficaz, inocua y práctica, debemos analizar, señor Director, rápidamente los siguientes puntos:

- 1.º Eficacia de la vacunación antidiftérica en general.
- 2.º Valor comparativo de las diversas vacunas utilizadas.
- 3.º Técnica de su realización.

EFICACIA DE LA VACUNACIÓN ANTIDIFTÉRICA EN GENERAL

Bastaría con analizar las estadísticas de los países donde se efectúa sistemáticamente la vacunación antidiftérica, para tener una idea exacta de su valor profiláctico. Para no citar sino algunos de ellos como Francia, Canadá, Hungría, Estados Unidos, donde la morbilidad se reduce a un décimo o un vigésimo en los vacunados, con respecto a los no vacunados, colocados en las mismas condiciones, llegando este porcentaje en algunas ciudades a ser tan mínimo, que pudiera decirse que la difteria ha desaparecido. Este sorprendente y benéfico resultado se puede observar aún más estrictamente en las localidades pequeñas o en los hospitales y asilos donde llega a establecerse la vacunación sistemática.

En Francia, por ejemplo, donde se establece la vacunación

sistemática por la anatoxina Ramón en 1927 y tiene ya en la actualidad más de un millón y medio de niños vacunados, se registran ejemplos elocuentes de la eficacia real de la vacunación.

Así, en el *Hospital Marítimo de Berck* la vacunación por la anatoxina diftérica, comenzada en diciembre de 1925 y efectuada ya en más de tres mil *tuberculosos externos evolutivos*, jamás ha producido accidentes serios y la vacunación sistemática ha *suprimido prácticamente* la morbilidad por difteria y absolutamente la mortalidad, pues los escasos casos de difteria producidos curaron fácilmente sin complicación alguna.

En una *Comuna de la Gironda*, diezmada por la difteria en los últimos años, bastó hacer la vacunación sistemática de todos los niños para concluir con la difteria; y aún si estos ejemplos no bastaran, podemos agregar, siempre, en Francia, el caso presentado en una reciente comunicación a la Academia de Medicina de París, donde en dos pueblos de los Altos Alpes todos los niños pudieron ser vacunados y la difteria desapareció, a pesar de nuevos casos sobrevenidos en adultos no vacunados que no contaminaron a ningún niño.

En *Norte América*, los últimos resultados de la vacunación antidiftérica son aún más elocuentes. Así, por ejemplo: en Auburn, Nueva York, la difteria ha sido prácticamente eliminada por la vacunación, pues en el plazo de un año y medio no se llegó a producir ni un solo caso de defunción. Esto constituye ya un ejemplo clásico; fué seguido aún por comprobaciones más impresionantes.

En junio de 1930, informa la Comisión para prevención de la difteria del Departamento de Sanidad de la *ciudad de Nueva York*, que durante los doce meses en los cuales la Comisión ha funcionado, la mortalidad por difteria disminuyó en un 56 %, y más de 230.000 niños menores de diez años han sido vacunados contra la difteria.

Se hizo propaganda por radio, avisos luminosos, avisos automóviles, habiéndose distribuído más de 12.000.000 de affiches.

Sobre un millón doscientos noventa y cinco mil cuarenta y nueve niños menores de diez años, la quinta parte ha sido ya inmunizada contra la difteria.

En el primer cuatrimestre de 1930 el número de casos de difteria fué de 1.325, con 82 muertos, comparados con los de 2.800 y 170 muertos en el mismo cuatrimestre de 1929.

Resultados definitivos no pueden ser sacados aún sobre la com-

paración del tercer cuatrimestre de 1929, pues la campaña recién se estableció en enero de 1929, y la inmunización no se hace efectiva hasta un tiempo después de la última inyección. Ninguno de los muertos por difteria había tomado su serie completa de inyecciones y dado estos brillantes resultados el Departamento de Sanidad pide la cooperación de los padres para que la ciudad de Nueva York quede libre de difteria al fin de 1931.

Los resultados posteriores hechos públicos en octubre de 1930 por la misma Comisión de Prevención de difteria, señalan una disminución del 58 % en morbilidad y mortalidad en los primeros ocho meses de 1930, comparados con el mismo período de 1929: 3.003 casos en lugar de 7.020 y 158 muertes en lugar de 374. Esta disminución de 4.017 casos y de 216 defunciones señala un nuevo record de la obra profiláctica de la vacuna antidiftérica en veinte meses de fundada.

En *Niágara Fall*, de 21.000 niños menores de catorce años han sido inmunizados 15.302, en la edad pre-escolar el 48,5 %, con un notable descenso de morbilidad y mortalidad.

En *California* el Departamento de Sanidad de la ciudad de San Diego, informa en octubre 1.º del año pasado que desde 1.º de enero no existe defunción alguna por difteria y sólo se han denunciado veinte casos. La campaña se inició en el año 1926, en que hubo 251 casos, 85 en 1929 y sólo 20 en los primeros nueve meses de 1930.

En *Filadelfia*, según informes de septiembre de 1930, es la primera vez en la historia que el Departamento de Sanidad Pública no anote un caso por difteria en la semana de agosto 16-23. En las correspondientes semanas de agosto desde 1921 a 1929, variaba de 51 a 11 casos. Tan eficiente ha sido la campaña, que habiéndose creado un hospital para difteria, hoy ya no se considera necesario y se lo dedica a otro uso.

En el *Canadá* existen ya más de 700.000 niños vacunados y en su reciente trabajo sobre el resultado de la vacunación, Fitzgerald demuestra, con gráficos, el gran descenso de la morbilidad y la mortalidad. Entre ellas, el de la Villa Hamilton puede considerarse como un ejemplo sugestivo.

En *Bélgica*, van Boeckel, director del Laboratorio de Bacteriología de la Administración de Higiene del Reino, cita más de 100.000 niños vacunados con éxito.

En *Alemania*, el Departamento Central de Sanidad de Berlín, comienza su obra en noviembre de 1927, y en junio de 1929 había ya logrado inmunizar 103.172 niños.

En *Austria* las estadísticas son difíciles de obtener, pero sólo en Viena, Strank inmuniza 10.000 con el método cutáneo de Löwenstein.

En *Dinamarca* se ha intensificado actualmente la vacunación, y Bie publica, a fines del año pasado, los resultados obtenidos en el Blegdam Hospital de Copenhague, donde por primera vez se ha conseguido evitar la difteria entre los estudiantes de nurses, con la introducción de la vacuna antidiftérica.

Para no insistir en esta larga enumeración, agregaremos que Hungría, Polonia, Checoeslovaquia, Suiza, Italia, Rusia, Japón, Egipto, etc., etc., realizan actualmente una activa campaña de vacunación.

Méjico, Chile y el Uruguay, donde sólo en Montevideo existen ya más de 8.000 niños vacunados, siguen en el mismo plan profiláctico.

Creemos, señor Director, que estos datos estadísticos son más que elocuentes y prueban terminantemente el valor preventivo de la vacunación antidiftérica en general, fundamentada en investigaciones científicas inobjectables, que la índole de este informe no nos permite detallar y que sólo rozaremos de paso, en el siguiente capítulo, al comparar el valor de las distintas vacunas utilizadas en los países antes mencionados.

Queda así demostrada la eficacia en general de la vacunación antidiftérica, y así como la seroterapia ha logrado reducir considerablemente la mortalidad por difteria en nuestro país, esforcémonos por que la organización sistemática de la vacunación nos permita reducir aún mucho más esa mortalidad y que ante la impotencia del suero para disminuir la morbilidad y los empujes epidémicos, sepamos utilizar el medio heroico de la vacunación que todos los países civilizados hoy aplican con el éxito que dejamos anotado.

Aconsejamos, señor Director, la vacunación sistemática, pero *voluntaria*, repitiendo con León Bernard, al fundamentar su pedido de que la Academia de Medicina de París votara la vacunación antidiftérica en esa forma: “Creemos que conviene avanzar en esta vía recién abierta, pero que hay que avanzar con prudencia y escalonadamente”.

VALOR COMPARATIVO DE LAS DIVERSAS VACUNAS UTILIZADAS

¿A qué vacuna conviene actualmente darle preferencia?

Dejando de lado, en el momento actual, la modificación de la toxina-antitoxina Behring, recientemente propuesta por H. Schmidt, bajo el nombre de T. A. F. (Toxina Antitoxina Floculada), que sólo ha sido ensayada en pequeña escala por Eberhard S. Mayer, etc., en Alemania, y que tendría la inmensa ventaja de inmunizar con sólo una inyección, según sus autores, pero de la que, en cambio, dadas las escasas estadísticas publicadas, no pueden sacarse conclusiones definitivas sobre su eficacia e inocuidad, representando sólo una esperanza para el porvenir; esta Comisión no puede, señor Director, entrar a considerar en este informe forzosamente sucinto, sino las vacunas que tienen en su haber derechos adquiridos y de las cuales los más amplios estudios y las más vastas estadísticas puedan darnos las mayores seguridades exigibles.

Eliminamos, así, diversas vacunas y procedimientos: vacuna profiláctica de Hoechst, anatoxina de García, procedimiento de Larson, rinovacunación, haptinogenina Méndez, método cutáneo de Löwenstein, vacunación por vía digestiva, etc., etc., para considerar únicamente los dos métodos de vacuna hoy más en boga: la mezcla toxina-antitoxina de Behring y la anatoxina de Ramon.

La primera, también primera en utilizarse, fué ensayada ante todo en Alemania y luego, bajo la propaganda admirable de Park y Zingher, en los Estados Unidos, donde el número de vacunados se mide por centenares de miles y donde uno de nosotros pudo, *de visu*, controlar su organización y sus resultados. En cambio, en Francia nunca se utilizó mayormente la toxina-antitoxina (T. A.), por los inconvenientes que su uso puede provocar.

Sin embargo, fué usada en Bélgica, Canadá, Australia, Austria, etc., y luego abandonada, como ya se la está abandonando en Norte América, siendo substituída por la anatoxina de Ramón, utilizada siempre en Francia.

Ya Park y Zingher, a pesar de ser los más eficaces defensores de la T. A. en Estados Unidos, sostienen que la anatoxina tiene las ventajas de ser de más fácil preparación, es más estable y no produce sensibilización a las inyecciones ulteriores de suero (conclusiones segunda y cuarta de su trabajo de 1924). A pesar de lo cual, se sigue con su uso, hasta que los trabajos de Dick en 1929, de Coopetock y Weinfeld en el mismo año y luego en 1930, de Schwarz y Ganney en 1930 y de Schwarz en una de las últimas reuniones de la Sociedad de Pediatría de Milwaukee, demuestran que con la anatoxina de Ramón se logra obtener un mayor porcentaje de inmunizados, variable del 93 al 98 %, en lugar del 80 al 85 %, que como el más favorable se obtenía anteriormente con la antigua toxina-antitoxina, y hoy la opinión dominante en Norte América es que debe elegirse de preferencia la anatoxina, como agente inmunizante de la difteria y que en el niño de edad pre-escolar constituye el método ideal de inmunización, por rendir el mayor porcentaje de inmunizados, por evitar la sensibilización al suero y por no provocar reacciones serias. Estas conclusiones están comprobadas además en los trabajos de Thomson en Indiana, de Wilford en Wisconsin y de Harrison, todos en 1930. Este último, en su trabajo comparativo sobre un gran número de niños escolares ya, obtiene el 95 % de inmunizados con anatoxina en contra del 74 % con la mezcla T. A. Resultados americanos todos que comprueban la opinión de Ramón y Debré en su reciente publicación en el "American Journal of Diseases of Children" de 1931, en que logran la inmunización del 95 al 98 % de los casos con el uso de la anatoxina.

En el Canadá se ha substituído casi completamente la T. A. por la anatoxina y los trabajos últimos de Lapierre, Maloney, Weld, Frasel, Fitz-Gerald, revelan también la superioridad de la anatoxina por idénticas razones: enorme porcentaje de inmunizados (hasta el 98 %), inocuidad absoluta, valor inmunizante rápidamente establecido y controlable, ausencia de reacciones serias ulteriores.

En Italia, la circular oficial del Ministerio del Interior a los prefectos del Reino, de diciembre de 1929, establece la vacunación voluntaria por la anatoxina, que podrá hacerse obligatoria en casos especiales.

En Rusia, Zdrowoski y Haliapine, por un lado, e Ysabolinsky, por otro, utilizan la anatoxina en gran escala, y para ellos "de todos los métodos actualmente conocidos, el basado en el uso de la

anatoxina debe ser considerado como el más eficaz y el más inofensivo".

En Dinamarca, Suiza, Checoslovaquia, Hungría, Turquía, Japón, Egipto, Uruguay, etc., etc., la anatoxina es la mayormente usada.

En Australia grandes discusiones se establecieron a raíz del dramático fracaso de la vacunación en Bundarberg, donde murieron doce niños consecutivamente a la vacunación por la mezcla T. A. contaminada probablemente. Actualmente se vuelve a vacunar en gran escala, pero sólo con la anatoxina, sin oposición alguna ni inconvenientes ulteriores.

Quizás de los países donde se hace vacunación sistemática queda únicamente Alemania sin aceptar en general la anatoxina, utilizando la mezcla toxina-antitoxina o la de Schmidt u otras, a pesar de que con estos métodos las estadísticas de Seligmann, en Berlín, demuestran sólo un porcentaje del 71 % de niños inmunizados, en contra del porcentaje del 98 % producido por la anatoxina. Sin embargo, la circular ministerial de Prusia en 1928, prevé la aplicación de la anatoxina en la vacunación antidiftérica.

En Bélgica, en 1921, la Administración de Higiene empezó sus ensayos de vacunación, por iniciativa de Bassemans, utilizando la mezcla T. A., y a fines de 1924 ésta fué abandonada y substituída por la anatoxina. En 1928 informa van Boeckel sobre los resultados obtenidos en 100.000 niños vacunados y al analizar las distintas vacunas no titubea en preferir la anatoxina de Ramón, cuyas propiedades esenciales son: inoecidad, poder antigénico, flokulabilidad y estabilidad.

Las mezclas T. A. pueden exponer a la intoxicación, sea por la presencia de un exceso de toxinas libres, sea por consecuencia de la disociación del complejo toxina-antitoxina, bajo la influencia de factores todavía mal determinados. Su poder antigénico es menos marcado y su acción más lenta que la anatoxina. Exigen una preparación y una conservación minuciosas, así como un control riguroso. La anatoxina, al contrario, es inofensiva, puesto que es atóxica.

La anatoxina tiene igualmente la ventaja de inmunizar más rápida y más intensamente. Las reacciones proteínicas producidas con la anatoxina son raras y generalmente benignas.

Y, por todas estas razones, van Boeckel da la preferencia a la anatoxina.

En Francia sólo la anatoxina se utiliza y el Instituto Pasteur

lleva ya utilizadas más de 1.600.000 dosis individuales, y el voto de la Academia de Medicina de París, que comentamos al final de este informe, ratifica la indiscutible superioridad de la anatoxina.

No entraría en la índole de este informe analizar detalladamente todos los fundamentos científicos que demuestran la superioridad indiscutible de la anatoxina, sobre las demás vacunas hasta ahora utilizadas. Sin embargo, a pesar de que tal conclusión ya fluye de los datos anotados más arriba, esta Comisión quiere insistir en los siguientes puntos:

Inocuidad de la anatoxina.—Se han podido inyectar de 10 a 20 c.c. de anatoxina, por confusión, a niños que no han experimentado trastorno alguno.

Eficacia absoluta del procedimiento de control de esta inocuidad.—Las reglas rigurosas de este control, determinadas por el Instituto Pasteur, son observadas en la preparación de la anatoxina que esta Comisión utilizará, provista por el Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene, a cargo del Dr. Sor-delli, consultor técnico de esta Comisión.

Valor de la inmunidad antitóxica conferida al hombre por la anatoxina diftérica.—Basta la lectura de las observaciones arriba anotadas, en diversos países, para poder afirmar que si es relativamente fácil, con las diversas vacunas utilizadas inmunizar a los niños contra la difteria en un porcentaje de 70 a 60 %, es incomparablemente más difícil llegar a porcentajes de 94, 98 ó 100 %, porcentaje de inmunizados que se adquiere regularmente, sólo por medio de la anatoxina correctamente empleada.

Los dosajes de antitoxina efectuados en el suero de los sujetos vacunados (Ramón, Debré, Maloney, Fraser, Mozer, etc., etc.), confirman y precisan los datos dados por la prueba de Schick, afirmando el valor de la inmunidad antitóxica conferida por la anatoxina.

Duración de la inmunidad conferida por la anatoxina.—Todas las últimas investigaciones llevan a esta conclusión: “No es ilógico ni prematuro afirmar y concluir, desde ya, que la inmunidad antitóxica, artificialmente conferida por la anatoxina y en ciertos casos aumentada y consolidada por la inmunidad natural de origen oculto, persista como ésta durante largos años y verosíblemente toda la vida. Nadie duda, en efecto, que esta inmunidad que se

nuestra tan estable durante más de cuatro años, no se mantenga durante largos años todavía bastante fuerte para preservar al individuo vacunado de la toxi-infección diftérica”.

Y si a estas comprobaciones irrefutables, agregamos, señor Director, el cúmulo de ejemplos citados en este informe, de ciudades donde la vacunación antidiftérica puede llegar a disminuir y aun a hacer desaparecer la difteria, esta Comisión preconiza decididamente, para utilizar en Buenos Aires, la anatoxina de Ramon, como la más inocua y la más eficaz de las vacunas actualmente bien estudiadas.

Esta Comisión aspira, señor Director, a que la medida propuesta disminuya la morbilidad y mortalidad por difteria en Buenos Aires, donde si la primera no puede determinarse exactamente por desidia de todo el cuerpo médico en denunciar los casos producidos, en cambio la mortalidad arroja un porcentaje de 400 defunciones por año y cerca de 6.000 en el lapso transcurrido desde 1901 a 1929.

Sírvanos de ejemplo, para ello, el caso de Francia, y sobre todo de Norte América, y sea el emblema de nuestra campaña profiláctica, el lema utilizado por el Departamento de Sanidad de Nueva York, que será la realidad si las madres y los médicos nos ayudan: “No más difteria en Buenos Aires para el año 1933”.

TÉCNICA DE SU REALIZACIÓN

De todos los países donde se realiza la vacunación antidiftérica, únicamente Méjico tiene una ley de vacunación obligatoria. En Italia sólo en casos especiales las autoridades locales pueden hacerla obligatoria, según la última circular de Mussolini, siendo, si no, voluntaria. En Norte América, donde existen tan diversos Estados que se rigen por leyes independientes, es también voluntaria en su casi totalidad. En los demás países, se ha seguido el ejemplo de Francia, donde la circular del Ministerio de Higiene y el informe de la Comisión de la Academia de Medicina, la establecen *sistemática, pero voluntaria*.

Esta Comisión opina, señor Director, que por momento sería inadecuado establecer la vacunación obligatoria. Es necesario primero inculcar al público en general y al cuerpo médico en particular, toda la eficacia e inocuidad de la vacunación por la anatoxina; la demostración para los incrédulos se hará paulatinamente

en el transcurso del tiempo, al comprobar los éxitos obtenidos, y entonces llegará el momento de pensar en la conveniencia de tal resolución.

Además, esta Comisión considera que dentro del radio de acción de la Asistencia Pública, iniciadora de este plan concreto de vacunación, conviene aplicarlo al principio sólo en los niños sobre los que ella pueda ejercer vigilancia directa o en colectividades infantiles no dependientes de la Municipalidad, a quien se puede y debe invitar a seguir su ejemplo, siempre bajo el control final de la Asistencia Pública, como se establece en el capítulo siguiente.

Por eso, señor director, opinamos que se debe iniciar esta campaña sólo en los niños de edad pre-escolar, es decir, de uno a siete años, procedimiento no sólo aconsejable por las consideraciones anteriores, sino también por la ventaja de que en esa edad la vacunación no trae aparejado inconveniente alguno, como puede suceder en épocas ulteriores de la vida, inconvenientes que si no encierran riesgo, pudieran perturbar el criterio del público, antojadizo y sugestionable.

Otro punto que debe merecer especial atención "es la inutilidad práctica de la reacción previa de Schick".

Fundamentamos nuestra opinión basados en las siguientes consideraciones:

a) La reacción de Schick constituye en realidad una prueba delicada para los médicos que no están habituados a su práctica. Es necesario contar con material siempre fresco y renovado constantemente y que debe ser preparado extemporáneamente y la misma lectura resulta delicada para un experimentador no suficientemente entrenado.

b) Dado que esta Comisión preconiza, por el momento, la vacunación sólo en los niños de uno a siete años, época de la vida en que la mayoría de ellos son receptivos a la difteria (*), "pueden ser vacunados sin preocuparse de practicar la reacción previa de Schick" (Comby), y a aquella minoría de Schick negativos que

(*) La reacción de Schick en las distintas edades:

En el recién nacido		Negativa
6 meses		30 % positiva
1 año	91 a	93 " "
3 años		60 " "
10 "		30 " "
15 "		15 " "
20 "		10 " "

recibieran su vacuna, ésta no podrá sino beneficiarlos, aumentando el poder antitóxico de su suero.

En la infancia más avanzada y en el adulto el problema cambia, como cambia el número de receptivos a la difteria, cada vez menor, y aumentan las reacciones a la vacuna, cada vez mayores. Entonces, y sólo entonces, podrá utilizarse la Schick previa y adquirir un valor no sólo experimental, sino también práctico.

c) Y siempre dentro del terreno práctico, la ejecución del Schick previo importa un inconveniente, que esta Comisión aconseja salvar y que dificultaría el éxito de la vacunación, como lo ha dificultado en otros países. Los que tenemos el hábito de tratar a la clientela hospitalaria, bien conocemos su falta de constancia y asiduidad, y por lo tanto, todas las medidas que tiendan a reducir el número de veces que el vacunado deba concurrir al consultorio, implicará mayor porcentaje de niños correctamente vacunados. Suprimiendo el Schick previo y de control, el número de visitas indispensables baja de seis a tres, es decir, a la mitad, y el niño queda listo en un lapso de tiempo menor de cuarenta días, en lugar de los tres o cuatro meses que exige el otro procedimiento, y como prácticamente el 95 a 98 % de los niños vacunados con el método que esta Comisión preconiza, queda inmunizado, puede y debe suprimirse tanto el Schick de control como el previo en la tarea diaria. Queden ellos, si se quiere, para la vacunación de asilos, colonias, etc., donde el niño está internado y donde este control, teniendo siempre valor científico y experimental, es fácil de obtener, pero eliminémoslo de la práctica diaria, por innecesario y por perturbador para el éxito colectivo de la vacunación. Cuantas más visitas al Consultorio se exija al niño, menos niños correctamente vacunados conseguiremos, y así, en Montevideo demuestras las últimas estadísticas que el 58 % dejó de concurrir después de la segunda inyección. Exijamos, entonces, sólo las tres visitas indispensables, dejando de lado las pruebas de Schick para otras edades y para otras circunstancias.

De acuerdo con las recientes adquisiciones al respecto (Comby, van Boeckel, Lereboullet, Boulanger, Pilet, Pelfort, Ramón, etc., etc.), prescindiremos de la reacción de Schick, por inútil prácticamente, dentro del fin que esta Comisión persigue, y aconsejamos, para la aplicación racional del método, la técnica última de Ramón: "Hacer una primera inyección subcutánea de medio centímetro cúbico de anatoxina; luego, después de un intervalo de tres

semanas, una segunda inyección de un centímetro cúbico, y quince días después de ésta, una tercera inyección de un centímetro cúbico y medio”.

En síntesis, señor Director, el procedimiento adoptado por esta Comisión—*vacunación sistemática, pero voluntaria, según la técnica de Ramon y sin Schick previo ni de control, en la edad pre-escolar*—representa, hoy por hoy, el método, si no ideal de inmunización antidiftérica, el más inofensivo, eficaz y práctico.

II

De acuerdo con lo expuesto en el capítulo anterior, esta Comisión concluye que debe preconizarse la vacunación antidiftérica *sistemática y voluntaria* en la Capital Federal, y a tal objeto aconseja los siguientes medios a utilizar que sintetiza en tres principales:

- a) Organización estricta y suficiente de los servicios.
- b) Colaboración de todos los médicos con las autoridades sanitarias.
- c) Amplia propaganda popular.

a) *Organización estricta y suficiente de los servicios.*—Como medida indispensable para conseguir los fines que se propone esta campaña profiláctica, es ante todo de necesidad imperiosa el crear de inmediato, dentro de la Asistencia Pública, una sección estable, destinada única y exclusivamente a organizar el complejo mecanismo indispensable para efectuar la vacunación antidiftérica y llevar el estricto control de sus resultados. Dicho organismo se denominaría Sección Vacunación Antidiftérica de la Asistencia Pública y estaría, por el momento, bajo la dirección inmediata del señor Director General y de la Comisión que suscribe, con asiento permanente en la Casa Central. Dicha sección tendría a su cargo todo lo que se refiere a propaganda, fichas, planillas, certificados, provisión de vacuna, relación con el resto de las entidades médicas del país, con el Registro Civil y con las Reparticiones Nacionales, Municipales, de Beneficencia o Extranjeras que tengan colectividades infantiles bajo su vigilancia, como ser Asilos, Internados, Colonias, etc. Tendría también a su cargo la organización de la vacunación en los hospitales, dispensarios y demás establecimien-

tos que dependen de la Asistencia Pública, así como también en la Casa Central.

Insiste esta Comisión en que la Sección de que se trata debe ser creada de inmediato para poder dar comienzo cuanto antes a la presente medida profiláctica e independiente de cualquier otra sección.

b) *Colaboración de todos los médicos con las autoridades sanitarias.*—La Sección vacunación antidiftérica a que antes hacemos referencia deberá preparar lo antes posible instrucciones técnicas para los médicos, en forma clara, práctica y sucinta, instrucciones que se repartirán en volantes a domicilio, insistiendo en su real utilidad y modalidades de aplicación, consiguiendo así la colaboración de todos los colegas, colaboración indispensable para obtener una campaña antidiftérica intensiva y una vacunación en gran escala con el material de niños que sólo una acción médica de conjunto es capaz de proveer.

c) *Propaganda popular.*—Además de la propaganda escrita, por affiches, carteles murales, ella se hará individual a domicilio; para lo cual, el Registro Civil informaría periódica y directamente a la “Sección Vacunación Antidiftérica” los nacimientos ocurridos en la Capital, en la misma forma que lo hace actualmente con el Instituto Jenner, a objeto de remitir a estos hogares una cartilla explicativa de las conveniencias de la vacunación y de las ventajas que ella acarrea, incitando a que se realice.

Conjuntamente con esa propaganda escrita, se realizará otra oral en los hospitales, dispensarios, consultorios y demás locales donde concurren niños, por medio de conferencias breves y claras, que realizarán los jefes de servicio o médicos agregados periódica y constantemente. A ese efecto se designarán días en la semana y turno entre los médicos de esos establecimientos, eligiendo las horas de mayor concurrencia de madres y niños a dichos locales.

Para que esa propaganda resulte eficaz en la edad que interesa, se impone además una acción conjunta con el Consejo Nacional de Educación, cuya colaboración deberá solicitar la “Sección Vacunación Antidiftérica” oficialmente, con el objeto que establezca también conferencias al respecto, que estarán a cargo de los maestros y del cuerpo de visitadoras.

Además de las formas de propaganda escrita y oral que dejamos esbozadas, se hará conocer al público que concurre a los ser-

vicios y consultorios hospitalarios las preferencias y ventajas de orden material que obtendrán por el hecho de haber sido vacunados y a los que serán acreedores con sólo exhibir su certificado que los acredite como tales.

PREFERENCIA A LOS QUE EXHIBIEREN EL CERTIFICADO CORRESPONDIENTE
A LA VACUNACIÓN ANTIDIFTÉRICA

Hospitales:

- 1.º Prioridad en la obtención de número en los consultorios de niños.
- 2.º Concesión de permisos a las madres para visitar fuera de hora y día a sus hijos hospitalizados.
- 3.º Facilidades para la introducción de ropas, alimentos (bajo control médico del jefe de servicio), paquetes, etc.
- 4.º Obtención de radiografías sin gasto de placa en ningún caso.
- 5.º Dotación de frascos gratuitos.
- 6.º Prioridad en el despacho de las recetas en las farmacias hospitalarias.
- 7.º Prioridad en el número para la vacunación antivariólica (época escolar) y para los consultorios a los miembros de la familia.
- 8.º Tratamiento de inyecciones fuera de las horas reglamentarias, que realizará la guardia, previa constatación.

Escuelas:

- 1.º Preferencia en la obtención de bancos en cualquier época.
- 2.º Eximir del pago de matrícula o reducción apreciable en su cuota.
- 3.º Preferencia al conceder los certificados que se otorguen en los hospitales para usufructuar de las Colonias de Vacaciones.
- 4.º Facilidad en las permutas de escuela que fueran más convenientes por razones de vecindad a los interesados.

No escapa al criterio de esta Comisión, señor Director, que el articulado de esta reglamentación, pudiera parecer pueril en alguno de sus detalles. Pero la experiencia hospitalaria nos enseña lo difícil que es atraer al público en ensayos de esta índole, cuando su

aplicación no puede ser sino voluntaria. Es necesario entonces extremar los medios de atracción e intensificar la reclame honesta en todas formas, para que esta campaña profiláctica rinda los frutos que debe rendir.

Así, ya en otros países, y especialmente en Italia, están reglamentadas las facilidades otorgables a las familias de los niños vacunados, y también recordemos el caso citado de Nueva York, donde en el primer año de lucha se logran vacunar 250.000 niños, habiéndose, fuera de otros medios, distribuido en ese año más de 12.000.000 de anuncios explicativos de las ventajas de la vacunación antidiftérica. En cambio, entre nosotros la Oficina de Vacunación del Departamento Nacional de Higiene, cuya existencia se ignora generalmente, languidece en el vacío más absoluto a pesar de la competencia reconocida de sus iniciadores.

Cuantos medios se empleen, entonces, señor Director, para que el público conozca y se sienta atraído por esta campaña, serán medios benéficos; realicemos en la práctica aquello de que "si la montaña no viene hacia nosotros, nosotros iremos hacia la montaña".

Cree esta Comisión, señor Director, que el proyecto de reglamentación adjunto puede y debe servir de base para la iniciación de la campaña profiláctica contra la difteria que nuestra ciudad exige, y al rogarle lo eleve al señor Intendente Municipal, no dudamos que interpondrá ante él toda su decisión y todo su entusiasmo, para poder contar con la ayuda moral y práctica de las altas autoridades, factor indispensable de éxito para que no se malogre, señor Director, su humanitaria y práctica iniciativa.

Recordaremos, así, el ejemplo ilustrativo de Francia, donde la práctica de la vacunación antidiftérica por la anatoxina adquiere en 1927 un gran empuje a raíz del voto emitido por la Academia de Medicina de París:

"Considerando que la difteria se ha manifestado el año último con una malignidad especial, acarreado una mortalidad elevada en nuestro país; que la vacunación antidiftérica, por medio de la anatoxina, ha sido ya utilizada con éxito en Francia y en otras naciones; que esta vacunación ha hecho prueba de su inocuidad y de su eficacia: pedir a los Poderes Públicos que este método sea instituido sistemáticamente, sobre todo entre los niños que frecuenten las escuelas, y sea realizado en los departamentos y villas donde esté organizada la Inspección Médica".

Inmediatamente, el Ministerio de Higiene de Francia nombró

una Comisión, presidida por el Dr. G. Renault, encargada de estudiar la aplicación sistemática de la vacunación antidiftérica, organizar sus servicios, planear sus indicaciones, propagar el método, etc., etc., y éste ha sido el punto de partida del movimiento de extensión tan amplio de la vacunación antidiftérica, contándose ya con un millón o millón y medio de sujetos vacunados con la anatoxina.

Fué tal la eficacia de la obra de la Comisión presidida por Renault y nombrada en 1927, que el Instituto Pasteur, proveedor de la anatoxina, que en el año 1926 sólo expende 30.000 dosis individuales, sube fantásticamente su expendio en 1928, a raíz del nombramiento citado, 300.000; en 1929 a 700.000, y sólo en los primeros meses del año 1930 a 500.000 dosis.

Si esta Comisión contara, señor Director, con el apoyo de los Poderes Públicos, como en el caso de Francia, creemos que la profilaxis de la difteria, ante todo en la ciudad de Buenos Aires y luego en la República entera, pues el buen ejemplo cunde, daría su más definitivo avance y no quedaríamos en esta cuestión a la zaga de la mayor parte de las naciones civilizadas.

Bien sabe esta Comisión, señor Director, que la tarea no es fácil y que para que cuajen en realidad todos sus esfuerzos, se necesita la cooperación de todas las instituciones y personas capaces de ayudarnos en la campaña profiláctica que planeamos y fe inquebrantable en el éxito, pues no reconocemos causas que nos impidan hacer lo que otros países han hecho.

Quizá la indolencia de nuestro público sea el único obstáculo para su realización, pero no hay indolencia que se resista, aun sin disposiciones obligatorias, a una campaña sistemática, científicamente fundamentada y hábilmente coordinada, como la que esta Comisión tiene la seguridad de proponer al señor Director.

Pelviperitonitis gonocócica en una niña de cinco años Curación

por los doctores

José María Macera

Jefe de sala. Docente libre de Clínica Pediátrica

Armando L. Domenech y Francisco L. Fernández

Médicos agregados

HISTORIA CLÍNICA.—L. I. R., de 5 años de edad, argentina. Fecha de entrada: 12 de febrero de 1931.

Diagnóstico: Pelviperitonitis gonocócica.

Antecedentes hereditarios: Padre y madre sanos, negando tanto el uno como el otro tener flujo purulento. Han tenido cuatro hijos, que gozan de buena salud. Un aborto espontáneo.

Antecedentes personales: Embarazo normal, la enfermita nace a término en un parto normal. Lactancia materna exclusiva hasta los dos meses de edad, luego alimentación mixta. Dentición normal a los nueve meses. Deambulación normal que comienza a los catorce meses. Desarrollo psíquico normal.

Enfermedad actual: Empieza la enfermedad de la niña con escozor vulvar, quejándose la enfermita de dolor en la misma región a los dos días: llamándole la atención de la madre la existencia de un flujo amarillo-verdoso que mancha las ropas interiores de la enferma y que ese flujo se produce en cantidad.

Es traída por la madre al Hospital, donde, examinada por la guardia, se le ordena un examen del flujo, que da como resultado la existencia de abundantes gonococos de Neisser.

Es llevada luego a la sala de Urinarias, donde se le practica un lavado en presencia de la madre, para que ésta aprenda cómo se hace y lo efectúe en la casa. Para esto ya esa mañana la enfermita comienza a tener dolores abdominales (12 de febrero de 1931), que la madre no da importancia y no lo manifiesta al médico.

Durante ese día los dolores aumentan de intensidad y son continuos, en vista de lo cual es traída al Hospital nuevamente por la madre; es

examinada por la guardia e internada en la sala X, donde se constata el siguiente estado actual:

Estado actual: Enfermita con facies ansiosa y contraída, pulso regular, igual, hipotenso con una frecuencia de 120 por minuto. Temperatura: axilar, 38 grados; rectal, 38,5 grados.

La enferma llora y se queja continuamente, llevándose la mano al bajo vientre como lugar de sus sufrimientos. Hay vómitos.

Siguiendo el examen clínico, se constata: decúbito activo con los muslos flexionados sobre el vientre y las piernas sobre los muslos en actitud de defensa, buen estado de nutrición, buen panículo adiposo y buena conformación ósea. Cabeza: Cráneo de forma braquicéfala con cabellos negros sedosos, sin nada de particular. Ojos: ojeras pronunciadas, conjuntivas, de tinte pálido, fondo de sacos conjuntivales libres. Pupilas: regulares, iguales, céntricas, que reaccionan bien a la luz y a la acomodación. Boca: Labios febriles, secos y rojos. Dientes bien implantados, en buen estado de conservación. Paladar ligeramente ojival; lengua húmeda y saburral. Fauces libres. Nariz y oído: sin nada de particular.

Cuello: Cilíndrico, bien conformado; no se ven ni se palpan latidos venosos ni arteriales. Micropoliadenopatía carotídea.

Tórax: Bien conformado, sin ninguna deformación. Buena excursión respiratoria. Légera disnea. A la palpación, vibraciones vocales normales. Sonoridad normal a la percusión y a la auscultación murmullo vesicular normal.

Corazón: Punta se ve y se palpa en quinto espacio intercostal izquierdo, línea mamilar. Se percute en sus límites normales y se auscultan en sus cuatro focos los tonos sin ninguna alteración. No hay ruidos agregados.

Abdomen: Se observa plano, tenso, con poca movilidad respiratoria.

A la palpación superficial y profunda, dolor en toda la mitad inferior del abdomen, con contractura muscular, impidiendo con tal motivo la palpación de algún tumor. Dolor más exquisito en puntos ovarios. A la percusión, matitez en la zona infraumbilical con timpanismo pronunciado en la zona supraumbilical. Hígado y bazo: Se percuten en sus límites normales.

Aparato urogenital: Labios mayores edematosos y rojos violáceos, entre ellos hay abundante secreción mucopurulenta de color amarillo-verdoso, que en parte se condensa en costras amarillentas. Por el meato urinario se nota igualmente secreción amarillo-verdosa. Se hace un *tacto rectal*, dando como resultado, en la línea media del fondo de saco de Douglas, bombée, doloroso y algo emplastado.

Sistema nervioso: No se encuentra nada de anormal.

Tratamiento: Reposo en cama, bolsa de hielo permanente en el bajo vientre.

Vacuna antigonocócica Pasteur, comenzando con un cuarto de ctgr. Lavajes con permanganato de K. Adrenalina V gotas tres veces por día. Urotropina: dos sellos de 0,50 ctgr. cada uno. Régimen lácteo-vegetariano.

EVOLUCIÓN.—(18 de febrero de 1931): La enferma se encuentra mejor, está apirética, ha recibido dos inyecciones de vacuna antigono Pasteur de 1/4 y 1/2 ctgr., respectivamente, y sigue con el hielo permanente en el abdomen. Se constata defensa muscular en el cuadrante inferior del abdomen, pero con menos dolor a la palpación, habiendo desaparecido el dolor espontáneo que provocara gritos hasta el día 16.

Ligera submatítez en toda la zona infraumbilical. No hay globo vesical. (Se le practica 1/2 c.c. de vacuna Pasteur).

23 de febrero de 1931: La enferma continúa en el mismo estado habitual, registrando picos de temperatura, que han llegado a los 38° 1/2.

Se le ha practicado la cuarta inyección de vacuna Pasteur de 3/4 de c.c. Al examen se constata dolor en ovario derecho; persiste ligera defensa en el cuadrante inferior de abdomen. Micción y defecación normal.

24 de febrero de 1931: Hoy la temperatura llega a 37,5°. La enferma acusa bruscamente una crisis de dolor a nivel del bajo vientre, que dura alrededor de media hora, provocando en la enfermita intenso llanto. Al examinar el abdomen se constata que el hielo no ha faltado, pues se aprecian las paredes abdominales intensamente frías. Se nota, además, defensa en todo el abdomen y dolor a la presión. Ha exonerado bien su intestino. La serena manifiesta que durante la madrugada ya había acusado pequeñas crisis dolorosas, traducidas en la enfermita por el llanto. La crisis dolorosa cede con la misma brusquedad con que comienza.

25 de febrero de 1931: Desde ayer a mediodía hasta hoy ha continuado con crisis dolorosas, que duran un par de minutos. En los intervalos está tranquila, llegando hasta tener momentos felices, que se traducen en cantos propios de su edad. Se constata aún la defensa generalizada a todo el vientre (vientre en tabla). A la percusión el cuadrante superior del abdomen es timpánico y en el cuadrante inferior existe submatítez. La percusión suave provoca crisis de llanto. Persiste una secreción abundante purulenta vulvovaginal. Lengua húmeda y saburral. Pulso, 140. Temperatura axilar, 38°; rectal, 38,4°. No hay vómitos ni arcadas. Lleva dos deposiciones fétidas, líquidas y escasas. Tacto rectal: fondo de saco de Douglas, dando la sensación de empastamiento.

26 de febrero de 1931: La enferma sigue más o menos en la misma forma; crisis dolorosas de breve duración.

27 de febrero de 1931: Durante todo el día la enfermita tiene retención de orina y materia fecales, retención que pasa sola al día siguiente, no volviéndose a repetir, exonerando en adelante su vientre regularmente y tres veces por día. Continúan las crisis dolorosas, no muy intensas y de corta duración.

2 de marzo de 1931: La enferma se encuentra afebril y con vientre flácido en su totalidad. Posición indiferente, sentándose en la cama y no sintiendo ningún dolor. Dos deposiciones diarias. Se efectúa un *análisis de sangre*, que da como resultado: Glóbulos blancos, 6.400; polinucleares neutrófilos, 73 %; pol-basófilos, 1 %; linfocitos, 24 %; mononucleares grandes, 2 % (Dr. di Fiore).

9 de marzo de 1931: Vientre flácido, indoloro a la percusión. dos

décimas de temperatura. Orina y defecación normal. Secreción vulvovaginal muy disminuída.

12 de marzo de 1931: La temperatura subió en pico a 39°. Baja en el mismo día a 37°. Vientre blando y depresible menos en la región pelviana, que está algo tenso.



13 de marzo de 1931: Aparece una nueva crisis dolorosa; como no se nota en la zona vesical la frialdad propia del hielo, se insiste en esta prescripción.

16 de marzo de 1931: Se hace una inyección de proteínoterapia, a base de leche, 1 c.c.

17 de marzo de 1931: Nueva crisis dolorosa, que pasa pronto. Afebril. Se le hace otra inyección de leche de 1 c.c.

24 de marzo de 1931: Ha continuado afebril; se han practicado otras dos inyecciones de leche, registrando otra pequeña crisis dolorosa. Se indica vigilar y continuar el hielo. Se continúa con lavajes diarios de permanganato de K.

29 de marzo de 1931: Continúa afebril. Registra otra nueva crisis dolorosa, que dura 15 minutos, desapareciendo gradualmente.

6 de abril de 1931: Es dada de alta en perfectas condiciones. Afebril completamente, con vientre flácido e indoloro. Desaparición de su vulvovaginitis, constatada bacteriológicamente por dos cultivos hechos por el Dr. M. di Fiore.

Ha registrado un aumento de peso, que de 16 kgs. que pesaba al ingresar al servicio de la sala de niños, pesa 17 kgs. el día 29 de marzo.

COMENTARIO

Estamos ante una niña que a los dos días de presentar una vulvovaginitis gonocócica, acusa intensos dolores a nivel de la zona hipogástrica, que provoca llanto y la obligan a adoptar la posición decúbito activo con los muslos flexionados sobre abdomen, con temperatura de 38,5°, vómitos y facies ansiosa.

Al examen de su abdomen se aprecia a la palpación una manifiesta contractura de los músculos de la pared abdominal en la zona existente por debajo de la línea transversa umbilical, constatándose a dicho nivel submatitez y aumento de dolor tanto a la palpación superficial como profunda, siendo más sensible a nivel de los puntos ováricos, y registrándose al tacto rectal el fondo de saco de Douglas bombée muy doloroso y con cierto grado de empastamiento.

Con estos elementos de juicio se formula el diagnóstico de pelviperitonitis gonocócica y se inicia el tratamiento correspondiente: bolsa de hielo en el hipogastrio, urotropina por vía oral *un gramo* diario, lavajes diarios vulvares con permanganato de potasio y vacunoterapia.

Se le practican en el curso de 26 días *siete* inyecciones de vacuna antigonocócica Pasteur con los intervalos correspondientes: la temperatura persiste durante el curso de un mes, acusando grandes oscilaciones, que ceden a la proteínoterapia en forma concluyente (tres inyecciones de 1 c.c. de leche).

Durante el curso del tratamiento la enfermita continúa teniendo crisis dolorosas, que en una ocasión fué tan intensa que

obligó a recurrir a la morfina (crisis registrada a los 14 días de estar en tratamiento y estando bajo la acción constante del hielo en la región hipogástrica). Acusó siete crisis dolorosas mientras estaba internada; la última crisis fué registrada a los cincuenta días de su internación al servicio, teniendo una duración de quince minutos.

Paulatinamente fué cediendo la contractura de la pared abdominal, como también la mayor sensibilidad a la palpación superficial y profunda, hasta llegar a ser indolora y perfectamente depresible su pared. A los 25 días de iniciado el tratamiento, acusa una gran disminución de su secreción vulvovaginal, secreción que al final desaparece totalmente con la particularidad digna de mención de que no se constata la presencia del gonococo tanto al examen directo como a los cultivos (dos investigaciones hechas por el Dr. M. di Fiore). La enferma es retirada por los padres para iniciar el tratamiento con diatermia, como corresponde a estos casos.

Trátase, por lo tanto, de una observación clínica muy interesante: primero, por lo raro de la complicación; primer caso observado en el servicio en el curso de cuatro años y medio, donde han desfilado más de 40.000 niños, y donde uno de nosotros (Dr. Macera) durante diez años de asistencia a la sala VI del Hospital de Clínicas, no ha visto ningún caso; en segundo lugar, éxito del tratamiento, éxito que podemos considerar como completo, desde el momento que ha llegado a curar de su vulvovaginitis, desde el momento que estamos con dos cultivos negativos, hecho que no siempre se registra en la clínica, pues sabemos que larga es esta afección y que rebelde es esta enfermedad.

Al recorrer la bibliografía nacional, hemos encontrado el trabajo del Dr. Fernando Pozzo, en los *anales del Instituto Modelo de Clínica Médica, año 1915*; corresponde también a una niña de cinco años de edad, con peritonitis aguda gonocócica, y que al cabo de un mes de tener su vulvovaginitis, acusa brusea y violentamente un fuerte dolor en el hipogastrio con escalofríos, 38,6° de temperatura, disnea, taquicardia, facies de tinte terroso, cediendo al tratamiento sintomático a los cuatro días y dada de alta a los catorce días de ese episodio en condiciones normales.

Otra observación nacional es la del Dr. R. Rivarola. (Rev. Asoc. Médica 1918, pág. 478). Peritonitis gonocócica en una niña de ocho años de edad; dada la gravedad de la paciente, es intervenida; se

constata pus serofibrinoso en peritoneo, existiendo gonococos en el examen de dicho pus.

Tiene la particularidad dicha observación, en que el Dr. Rivarola hace lavajes de permanganato de potasio al 0,25 por mil en la gran cavidad y al final lavajes de protargol al 5 %. Se comentan en ese trabajo otros casos observados, pero no publicados. Dos casos de la sala VI, sala del profesor Dr. Angel Centeno. Dos casos del Dr. Saccone. Un caso del Dr. Robertson Lavalle, del Hospital Ramos Mejía.

En la patogenia se menciona a las vías linfáticas sanguínea y genital como las productivas del cuadro peritoneal que cuando se hace la infección por vía genital (salpingoovaritis), el diagnóstico se hace difícil, pues simula en ocasiones el cuadro apendicular; el caso del Prof. Rivarola le había sido enviado con el rótulo de peritonitis postapendicular.

En la infancia los anexos (trompas y ovarios) están alojados en la cavidad abdominal y no han descendido en plena cavidad pelviana; es por lo cual que la infección no se limita a la pelvis, como sucede en el adulto, e invade todo el peritoneo. Rivarola piensa que, dada la gran cantidad de vulvovaginitis en la infancia, muchas peritonitis rubricadas como colibacilares, neumocócicas, etc., sean en realidad gonocócicas, pasando desapercibidas por no hacerse el examen microscópico minucioso del pus peritoneal.

En nuestro caso queda un interrogante sobre el estado en que han quedado sus órganos genitales internos.

Induración cutánea curable del recién nacido

por el

Dr. Carlos Carreño

Adscrito a la Facultad

Antes de entrar en la descripción de un nuevo caso de induración cutánea curable del recién nacido, que nos fué dado observar en la Maternidad del Hospital Pirovano, Servicio del Prof. E. A. Boero, reuniremos algunos otros esparcidos en la literatura médica.

A veces, el diagnóstico fué hecho *a posteriori*, pero creemos útil su recuerdo para la mejor comprensión de esta afección rara del recién nacido, afortunadamente de pronóstico favorable, ya que cura espontáneamente.

Seguiremos los distintos casos en el orden cronológico en que han sido descriptos.

Luis Morquio (1)

Niño de dos meses, al seno, nace a los 15 años de matrimonio. Parto difícil, largo, con forceps. Madre obesa, tomó tiroidina los cuatro primeros meses.

Piel espesada en anchas superficies, celular subcutáneo aumentado, espeso indurado; se siente plastron de un dedo de espesor en la raíz de los miembros y del tronco. Piel roja o rojiza.

Después de un tiempo, tiende a disminuir, con regreso lento, progresivo, al cabo de algunos meses no hay sino vestigios. *No es edema ni esclerema, recuerda un poco a la elefantiasis.* Más tarde la piel vuelve a la normal, algo de atrofia muscular en la cintura escapular.

Camina tarde. Sin embargo, a las 2½ años camina y habla bien. La piel es normal. Se puede considerar como curado.

Lieberthal (3)

Niño de 11 días, peso kgs. 4,190, cuarto hijo. Antecedentes hereditarios sin importancia. No hay datos del parto. Aparece al 9.º día, aumenta al 10.º, 11.º, 13.º; confluyen. Placa dorsal oval, de contornos irregulares netamente limitados. Extiéndose al homoplato derecho y allí tiene aspecto angiomatoso. No hay godet, acartonada, poco móvil sobre los planos profundos, otras placas en el homoplato izquierdo, palpación indolora, no es caliente al tacto. Color rojo vinoso.

No hay ningún cambio ocho días más tarde. A las cuatro semanas palidecen y se ablandan; a las seis semanas: normal.

Estado general bueno. Ponderal normal. Sin fiebre ni hipotermia. Lieberthal y Frankenthal: *esclerodermia*.

Según dermatólogos :forma especial de *esclerema*.

R. Pollitzer (Roma) (2)

Madre multipara de 36 años. Parto regular (?), niña de seis días, de kgs. 3,500; talla, 50 cms. Al seno; el peso al nacer, igual al de catorce días.

Wassermann de la madre negativo. En la cara externa del brazo izquierdo, placa de 4 x 2 cms. dureza de madera, de varios milímetros de espesor, hace cuerpo con piel, no dolorosa, sin godet. Superficie ligeramente manelonada, de bordes irregulares, color rojo vinoso.

Al noveno día otras placas. Al undécimo día palidece. Al décimo quinto color normal, espesamiento persiste. Vuelve a normal a las dos semanas.

Al vigésimo día placa desaparece, depresión central con piel adherente. Estado general excelente, acrecimiento ponderal algo débil.

Berheim Karrer (4)

Peso kgs. 4,380, quinto hijo, madre 45 años años, parto de cara, espontáneo; niño cianótico, estado de muerte aparente. (Maniobra de Schultze).

Cara y frente muy edematizadas, labios y lengua tumefacta, petequias numerosas en la frente. Atelectasia pulmón izquierdo: gran timo.

Segundo día. Examen de sangre: hemoglobina 104 %; glóbulos rojos, 3.540.000; blancos, 11.000; neutro 55.5; eosinófilos, 3.75; plazmatzellen, 1.75; linfocitos, 19; mononucleares, 4; matzellen, 2.75; normoblastos, 13.25; trombocitos, 53. Tiempo de coagulación (Fonio) 35'. Hacia el cuarto día: 23'; décimo día, normal: 7'.

Aparece lesión: séptimo día semeja esclerema. Al undécimo día se asemeja al esclero-edema. Del duodécimo al 33.º día aparecen focos nuevos, a los treinta y seis días comienza el regreso de la última lesión, la piel palidece y se deja plegar.

Al 50.º día es dado de alta casi curado. A los 68 días la piel es risa y blanda, de coloración normal.

Niño criado a pecho, progresiva. Wassermann y cutirreacción, negativa.

Del 3.º al 44.º día: ioduro de sodio 1 %. 2 cucharaditas de café.

B. Karrer, ibidem

Primer hijo, niño de 3,780 kgs. Madre de 31 años, presenta de frente, maniobra difícil. Fontanelas tensas, líquido sanguíneo, hemorragia mecánica.

Tiempo coagulación: 11'; al 11.º día examen de sangre; hemoglobina 55 % glóbulos rojos 2.420.000, bl. 18.400, neutróf. 56 %, eosinof. 1.2 linfocitos 28, mononucleares 10, Plasmazellen 0,8, glóbulos rojos nucleados 1,6.

Tiempo coag.: 8' (normal); el día 20.º aparecen 9 nódulos del tamaño de una lenteja o poroto, la piel roja, luciente, no dolorosos, parecen *intradérmicos* sobre planos profundos, dos nódulos derecha y dos izquierda, margen del ano.

Punción lumbar: normal.

Examen de la sangre: blancos 13.200, neutrof. 52, eosinof. 3,6, linf. 36,8, mononucl. 7,2.

Biopsia: fiebre efímera, 39,2°.

Día 22 y 23, nuevas pequeñas placas. Del 25.º al 35.º días, nuevos elementos.

El día 69.º la piel se ha hecho normal, blanda sin descamación ni cicatrices.

Los elementos están aislados.

Lactancia mixta. Wassermann y cut. negativa.

Crecimiento y estado general: perfectos.

B. Karrer, ibidem

Peso del niño: 3,900 kgrs.; madre primípara; de vértice, con forceps.

A los pocos días aparece en la mejilla izquierda en punta cuchara del forceps, placa de induración (tamaño de un poroto), no prominente, no dolorosa.

En la cara posterior del brazo, la placa aparece al octavo día.

Evolución: Desconocida.

B. Karrer, ibidem

Peso: 3,600 kgrs.. Parto normal, *sin forceps*.

Séptimo día: En el mentón, a la derecha, presenta dos nódulos lenteculares.

Octavo día: Nuevo elemento en la mandíbula inferior. Regresa a las tres semanas.

B. Karrer, ibidem

Peso: 3,800 kgrs. Al seno; traído por péñfigo.

Cara externa del brazo: Induración de 5×1 cms., de color azul violáceo.

En la parte superior del dorso presenta placa infiltrativa del tamaño de la palma de la mano; no hay godet ni movilidad. Aparecen otros. A los trece días: tiempo de sangría, cinco minutos. Cuatrigésimo quinto día: igual el dorso. Buen estado general.

A. B. Marfan, Debray (6) y Hallez (5), observan en octubre de 1924, un recién nacido con placas de edema duro, a consecuencia de un parto laborioso, con aplicación de forceps. Dura seis meses y opinan los autores que no puede ser considerado como esclerodermia.

Marfan y Debray observan un niño de un mes en iguales condiciones, con *esclerodermia obstétrica*, parálisis radicular del miembro superior izquierdo, hematoma del externo cleidomastoideo y fractura clavicular.

Tisier y Hallé, han visto un caso análogo que dura varios meses.

H. R. Gazia (12), refiere un caso de un niño de 22 días, nacido de madre primípara, a término, con 4.000 grs., asfíctico, pesando 4.150 grs. a los 22 días. Temperatura, 36,8°. Fué vigorosamente flagelado por la partera.

Sobre el dorso, simétricamente a ambos lados de la columna, la piel es saliente, roja y dura; el dedo no deja godet.

Los límites de la región atacada son bien netos.

Hay otras induraciones de igual aspecto en la cara externa de ambos brazos, en la parte superior, en *forma de charreteras*. Llama la atención la perfecta simetría, lo que no se aviene muy bien con la patogenia traumática invocada.

J. Comby (8), refiere un caso de recién nacido, de parto laborioso, que presenta edema de región pubiana y vecindad de los órganos genitales, que termina con curación después de meses de persistencia; caso que no pertenece al edema esclerema, ni a la esclerodermia, en su opinión.

Balard (9) (Société de Médecine et Chirurgie de Bordeaux, 5 de noviembre de 1926), comunica el caso de un niño que nace con 3.350 grs. y pesa a los once meses 4.100 grs. Presenta la lesión macroscópica típica, situada en el dorso y desaparece a los tres meses. Había sufrido flagelamiento durante largo rato para reanimarlo.

Duperié refiere igualmente dos casos observados en el Servicio de Moussous, uno de los cuales había sido interpretado como de elefantiasis nostras.

En 1912, Triboulet, Ribadeau-Dumas y Debré hablan de *esclerema adiposo en placas*; Morquio, en 1915, de *esclerema hipertrófico*; en 1922, Berheim Karrer estudia la cuestión y más recientemente Marfan y Hallez y Debray designan sus casos como *induración cutánea curable* del recién nacido por necrosis traumática del tejido celular subcutáneo.

Marfan y Hallez ("Le Nourison", página 32, 1927) recuerdan la discusión de la comunicación de Triboulet y otros, de la que Tollemer infiere que las maniobras para reanimar al recién nacido provocarían lesiones traumáticas del tejido celular subcutáneo, extendidas a grandes porciones de tegumentos. Esta patogenia explicaría la regresión progresiva y rápida de la lesión.

Con esto se aboga por la prioridad de la patogenia traumática de la induración cutánea curable dada por este autor (en 1912) antes que Lieberthal (1918) y Berheim Karrer (1922).

Según Duperié hay, además del traumatismo, una distrofia del tejido grasoso.

El examen anatomopatológico demuestra además de lesiones de esteatonecrosis, reacción irritativa con formación de células gigantes.

Le Lorier presenta un caso a la Sociedad de Pediatría de París, en la sesión del 15 de marzo de 1927.

Acuña y Winocour (13)

Niña de 25 días; peso, 4,550 kgrs.; talla, 57 cms.; temperatura rectal, 36,8°.

Parto: Se presenta de nalgas y dura 48 horas, con pérdida de meconio.

La niña nace asfíxiada habiendo sido flagelada por dicho motivo.

Presenta induración simétrica, leñosa, que va de la línea interglútea hasta espina ilíaca y en longitud desde la cresta ilíaca hasta el pliegue poplíteo. Piel espesada, adherente, semejante a la piel de naranja, de pliegue imposible. La induración tiene borde irregularmente recortado.

Existen otros muchos semejantes en la piel suprapúbica y región dorsal del pie izquierdo.

Vuelve a los cuatro meses de edad y comprobamos la desaparición de las lesiones, salvo un pequeño núcleo en la región glútea izquierda. La piel es flexible, se hacen pliegues fácilmente. La niña no fué sometida a tratamiento alguno. Peso, 7,750 kgrs.

El examen microscópico practicado de una biopsia de la parte indurada, tomada a los treinta días, es muy interesante (*).

Servicio de la Cátedra de Pediatría (Prof. Dr. Acuña), libro III, página 715.

Niña bien desarrollada, de 4 kgrs. de peso, nacida de parto normal.

Al tercer día la madre nota unas durezas en las partes externas de los muslos, que se extienden a las regiones glúteas y del dorso hasta la proximidad del cuello. La piel no presenta allí cambio de coloración, es adherente a los planos profundos, siendo imposible plegarla.

Estas lesiones existen, pero en forma mucho más discreta, en la parte externa de los brazos y antebrazos. Se indica baños y masajes.

Es traída a los cinco meses de edad. Peso: 7,090 kgrs. La piel de aspecto casi normal se deja plegar bien. Existen en el dorso unos nódulos del tamaño de un grano de maíz, blandos, que parece ingurgitarse, aumentando de volumen, cuando se los presiona.

De Gironcoli M. (14)

Un caso di indurimento cutaneo curable del neo nato (cossidetta sclerodermia del neo nato).

(*) "Semana Médica", 1928, N.º 1.

Se refiere a un niño de 27 días que presentaba en la mejilla dos nódulos del tamaño de una avellana, de consistencia dura, elástica, que se desplaza sobre los planos musculares y recubiertos de piel sana.

Después de una semana aparecen zonas induradas en la nuca y parte superior del dorso hasta en correspondencia con la región del deltoides y tríceps y regiones glúteas. Regreso progresivo, tanto que después de un mes, estaba curado.

Hasta que la histología no consiga aclarar bien el diagnóstico piensa el autor que debe conservar el nombre de induración cutánea curable.

Woringer et Weiner (15)

La citoesteatonecrose du tissu sous cutanéé chez le nouveau-né.

Los autores trazan el cuadro clínico a base de una observación y de los casos de la literatura.

La afección se presenta frecuentemente en recién nacidos bien desarrollados, cuyo parto fué laborioso; caracterizada por aparición en dermis al tercero o cuarto día, de nódulos o placas duras, adherentes a la piel y planos profundos; su curso dura semanas (algunos meses) con curación espontánea.

El examen histológico demuestra lesiones del tejido celuloadiposo-subcutáneo, con reacción inflamatoria y reabsorción de grasas saponificadas. El aspecto macro y microscópico, idéntico al observado en la esteatonecrosis abdominal, pero la afección se asemeja, sin embargo, más a la citoesteatonecrosis del adulto.

A pesar de no ser igual la lesión, se encuentra sin embargo la misma etiología traumática que obra por isquemia, en el tejido celulograsoso.

Placé M. (16)

Niña nacida a término; parto espontáneo pero prolongado, con estado asfíctico, que requirió respiración artificial y flagelamiento intenso. A la semana, la madre nota en el dorso algunas manchas rojas *muy dolorosas*, que fueron en aumento. Buen estado general; no hay temperatura. Peso, 3,900 kgrs. Sobre la piel del dorso se nota una gran placa roja infiltrada, haciendo relieve sobre la piel vecina. No hay edema. Algo de temperatura local.

A los veinticinco días la placa se extendía desde el cuello hasta tres o cuatro cms. debajo de la cresta ilíaca y había aparecido otra placa análoga en la región deltoidea derecha. Wassermann, negativa.

Lentamente se van borrando hasta desaparecer a los tres meses.*

Refiere dos casos más del Prof. Morquio,

Leo Leinez (27), a propósito de unos casos prueba que bajo la influencia del frío (un spray de cloruro de etilo de 30 a 50 segundos o por aplicación de hielo) se puede provocar una induración de la grasa

de los tejidos, análoga a la necrosis grasa. Se confirma así que el frío y los traumatismos provocan la enfermedad.

En dos de sus casos fué atribuída al baño del recién nacido con agua fría. La grasa subcutánea se transformaría después del cuarto o quinto mes, no reaccionando ya en la misma forma.

Praderi (17)

Niño de 4,100 kgrs., nacido con ligera asfixia azul, flagelado poco intensamente. A los doce días aparecen dos induraciones cutáneas en regiones glúteas, que comienzan a regresar a los 35 días, al tiempo que aparece una nueva placa en la región deltoidea izquierda.

Maternidad del Hospital Pirovano. Servicio del Prof. Dr. Enrique A. Boero

Historia N.º 423. Carmen F. de L., de 48 años de edad, italiana, casada, con seis hijos, séptimo embarazo.

Diagnóstico: Embarazo, octavo mes.

Hiposistolia: Embarazo.

Antigua reumática, fué internada en el año 1924, por hiposistolia.

Ingresa nuevamente en marzo 11, en hiposistolia marcada. Edemas generalizados, hígado voluminoso, marcada oliguria, congestión pulmonar. Arritmia con soplos orgánicos difíciles de localizar por la disnea. Presión sanguínea: Mx., 13; Mn., 9. Wassermann, negativa.

Parto: El período de dilatación fué prolongado, de 16 horas, pero en cuanto se completa, se rompe la bolsa de las aguas, en dos contracciones encaja la cabeza y se hace la expulsión del feto.

Parto espontáneo, después de prolongado período de dilatación.

Prematuro de ocho meses y medio.

La madre, asistida en el Servicio durante varias semanas, es dada de alta, en mayo 23, mejorada.

Roberto presenta una talla de 50 cms.; el peso es de 3,500 kgrs. Los diámetros cefálicos son: O.M. = 13; O.F. = 12; S.O.B. = 9,5; S.O.F. = 10,5; B.P. = 9; B.T. = 8; S.M.B. = 9,5.

Modelaje no hay. Circunferencia craneana, 34.

Los diámetros pelvianos de la madre son: B.T. = 33; B.I. = 28; B.E. = 25; S.P. = 21. Pelvimetría interna: no se alcanza promontorio.

En los casos de Lieberthal, Karrer y Pollitzer, las madres eran también múltiparas, de 45, 31 y 36 años; en otros, el recién nacido pesaba 4,190, 4,380, 3,780, 3,900 kgrs., o había presentaciones de frente, de cara, etc., o se habían practicado maniobras (forceps).

De manera tal, que siempre parece estar presente el elemento traumático, sea de causa materna, sea de causa fetal.

En nuestro caso no pudo ser aclarada. ¿Edema de las vías genitales?

El niño, normal en apariencia, es lactado por la madre en los primeros días, hasta conseguir otra ama. Se observa en el dorso, al cuarto o quinto día del nacimiento, dos placas de induración cutánea, placas de

color rojo violáceo, que en los dos o tres días siguientes confluyen para ocuparlo casi por completo, pues extiende desde la parte inferior de la región de la nuca (más arriba del lado derecho), abarcando la región supra e infraespinosa derecha completa, supra espinosa y la infraespinosa izquierda incompletamente.

La región deltoides del brazo derecho (Fig. 1), presenta otra placa que se une a la anterior por su borde superior. La región externa del brazo derecho presenta dos pequeñas placas y en el antebrazo derecho, cara de extensión, tres pequeños nódulos. El brazo izquierdo presenta tres pequeñas placas aisladas en la región posterior externa. En el tórax, en las regiones pectorales, las regiones lumbares y glúteas, han ido apareciendo placas y algunos nódulos discretos.

En ambas mejillas, placas duras, de regular tamaño, que no invaden ni el mentón ni la piel del cuello.

La placa dorsal está constituida por epidermis y el dermis, indurados como un cartón grueso, lo que no permite la formación de pliegues;

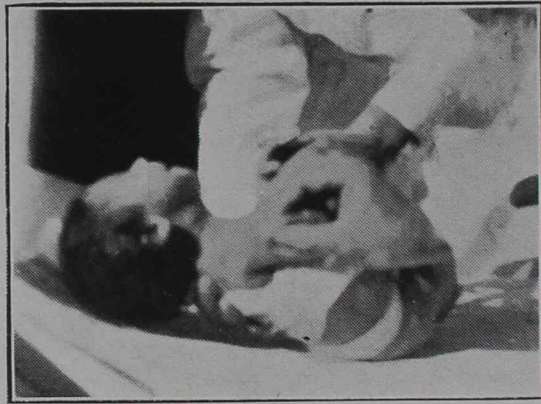


Figura 1

es adherente a los planos musculoponeuróticos subyacentes, pero puede ser desplazada ligeramente, sobre todo hacia arriba, pasando con su borde duro e irregular el relieve muscular de la región cervical derecha.

Las placas más pequeñas y sobre todo los nódulos son igualmente móviles y a su nivel el pliegue que se puede levantar de la piel, tarda en extenderse. Como lo muestra la fotografía N.º 1, esos pliegues son gruesos, dan al tacto una sensación granujienta y muestran por transparencia de la epidermis, una especie de granos blancoamarillentos, muy abundantes, que van del tamaño de un grano de alpiste al de munición o al de un garbanzo.

Elizalde (Segundo Congreso Nacional de Medicina, octubre de 1922), describe estos elementos en la región abdominal de un caso observado por él y que son indoloros, móviles, no adherentes a los planos profundos ni a la piel que las recubre, la que tiene aspecto normal.

En nuestro enfermito parecen situadas entre el dermis y la epider-

mis. Levantado un pliegue de la piel, la epidermis, distendida las deja ver más claramente.

Siendo así, es otra lesión que describe allí, que pudiera ser atribuída a inyecciones subcutáneas. Además que en nuestro caso se estaba seguro de no habérselas practicado.

Hay una observación reciente de Sysak y Wilfard, en que se practicó una biopsia de los tejidos alterados; ésta revela la presencia de nódulo de naturaleza pseudoxantomatosa, con células y masas de apariencia lipoi-dea, constituídas al parecer por éteres grasos de la colestearina, coexistiendo con el aumento de esta substancia en la sangre. El traumatismo, según aquellos autores, favorecería por irritación, la acumulación de compuestos colestearínicos en el tejido celular subcutáneo (Leone Bloise. "Arch. Lat. Am.", pág. 261, 1928).

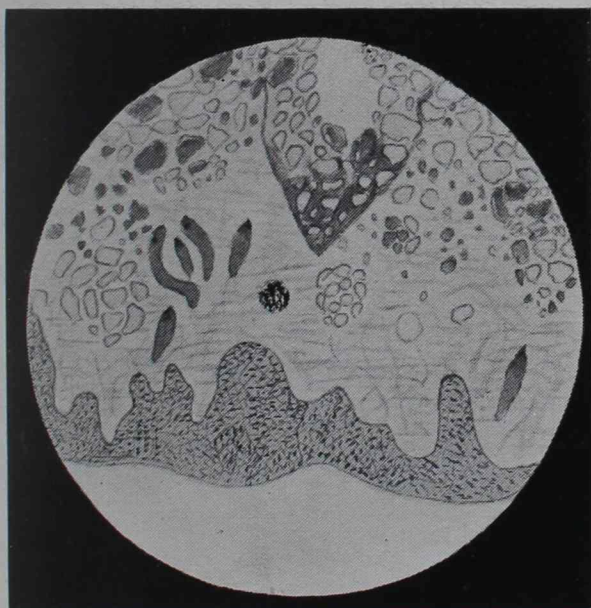


Figura 2
Tejido celular subcutáneo. Coloración azul de Nilo

Nuestro caso, de aspecto macroscópico muy semejante al descripto, el material tomado por biopsia da, según el Prof. Llambías, lo siguiente:

“Examen histopatológico (Prof. Llambías): Tejido grasoso, separado en lóbulos por tractus fibrosos espesos, en algunas partes el tejido grasoso aparece en perfectas condiciones. En otras, el tejido conjuntivo que envuelve las vesículas grasosas está espesado. Se colora difusamente con la hematoxilina y dentro de las cavidades correspondientes a las vesículas grasosas se encuentra una substancia incolora, hialina, amorfa, dispuesta, a veces, en forma vacuolada. A veces se ve, dentro de las vesículas, como

tablas vítreas. En el tejido circunvecino los tractus fibrosos que limitan esta porción se ve cómo el tejido grasoso se transforma en un tejido fibroso, quedando alguna vesícula grasosa en medio de la proliferación en la cual hay elementos variados fibroblastos, linfocitos mononucleares gran-

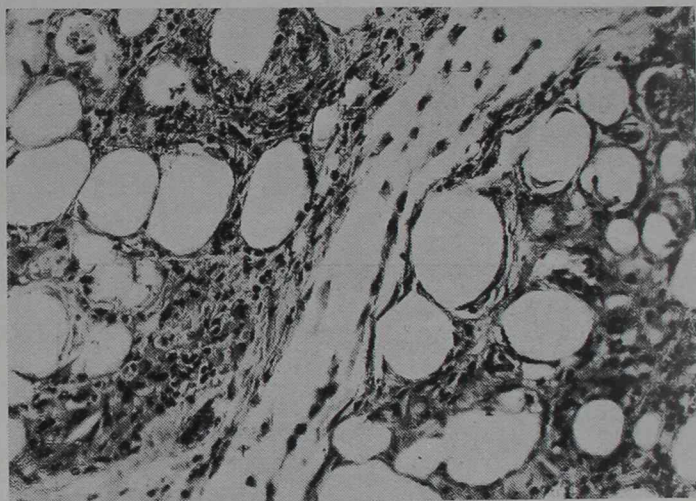


Figura 3

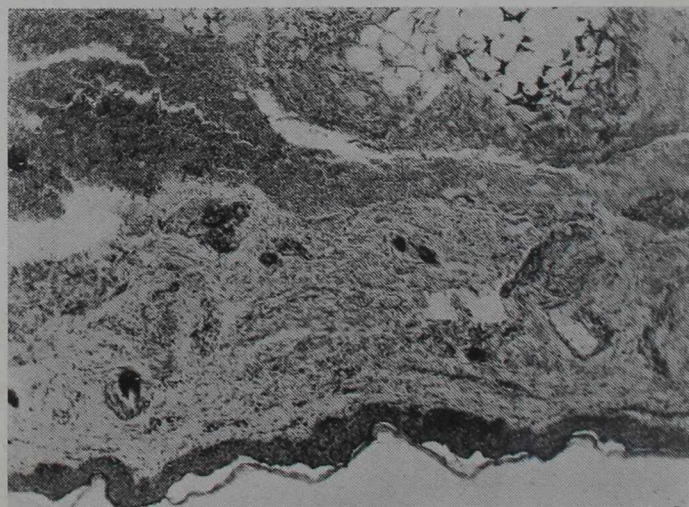


Figura 4

des y algunas células gigantes. En otros puntos se ve cómo la vesícula grasosa se ha convertido en un quiste en la que la membrana conjuntiva ambiente presenta núcleos que le dan un aspecto de membrana nucleada”

Al corte de la piel, se notó los granos estaban formados por sustancia de consistencia pastosa, de color blancoamarillento, constituyendo cada nódulo un verdadero depósito de la misma (Fig. 2).

A los doce días de edad del niño asistimos a una especie de brote, a una verdadera generalización del proceso, pues los pequeños depósitos intradérmicos de aspecto calcáreo, se hacen más abundantes y los hay en toda la piel respetando la de pies, manos y cuero cabelludo.

El caso de Bauzá, que cito más adelante, tiene un gran parecido en la aparición de abundantes elementos nodulares, intradérmicos, de color blanco amarillento y que constituyen un elemento no descripto en la mayoría de los clásicos.

El estado general del niño, después de haberse resentido al principio por hipoalimentación, mejora y se mantiene muy bien con la lactancia mixta establecida. A los 54 días sigue bien.

Ha disminuído la coloración roja, algo violácea y comienza a palidecer rápidamente. La dureza de la placa dorsal y de las de los miembros disminuye igualmente.

En la actualidad (ocho mese de edad) es visto de nuevo por nosotros, encontrándolo en plena salud.

La piel del dorso, ligeramente atrofada y a la búsqueda cuidadosa sólo se encuentra un pequeño nódulo subcutáneo bajo la piel de la fosa supraespinosa derecha. Sin coloración especial, movable, se diría un pequeño quiste sebáceo. Salud excelente.

La descripción de los casos recordados más arriba, de los distintos autores, ha sido hecha bajo muchas denominaciones.

Marfan, Elizalde, etc., las examinan, però si nos limitamos a los casos descriptos entre nosotros vemos que Morquio en 1915 la denomina esclerema hipertrófico; desde 1918, siguiendo a Lieberthal y Freudenthal, se la llama esclerodermia neonatorum (Elizalde, 1919). A partir de los estudios de Berheim Karrer y en relación con sus resultados anatomopatológicos, se le llama necrosis adiposa subcutánea (Elizalde, 1922), y después de los casos de Marfan y siguiendo a éste, induración cutánea curable del recién nacido.

Creemos, con Acuña y Winocour, que debe preferirse la denominación propuesta por Marfan y Hallez de *induración cutánea curable*, puesto que con ella no se prejuzga acerca de las lesiones encontradas en los exámenes anatomopatológicos.

Elizalde (loc. cit.) dice que lo que caracteriza estas lesiones es la necrobiosis de la grasa subcutánea y la existencia de cavidades a contenido oleoso, que podría ser explicada por la acción de cuerpos grasos inyectado (aceites) o por la "necrosis primitiva de la propia grasa subcutánea del enfermo, con una reacción conjuntiva

aisladora alrededor de cada foco de necrosis, necrosis que sería provocada por la intervención de un factor traumático o térmico”.

Esta *necrosis en foco* de la grasa subcutánea marca peculiaridades de la grasa del niño, manifiestas igualmente en otras afecciones de observación preferente en la edad infantil. (P. de Elizalde).

Y frente al concepto etiopatogénico dado por B. Karrer y Elizalde, fundado en algunas biopsias donde la lesión esencial es la necrosis del tejido celular adiposo subcutáneo con reacción fibrosa (que fundamenta la denominación propuesta por ellos), se alza el concepto de Sisak y Wilfand, que atribuyen dicha alteración cutánea a la presencia de pseudoxatomas dependientes de la hipercolesterinemia (Praderi). Hace notar Marfan que todas las biopsias publicadas han sido hechas relativamente tarde, por lo que quizá no alcanzan a establecer las alteraciones histológicas primitivas, que serían las más interesantes (Praderi, Arch. Lat. Am. Ped., págs. 261 - 1928).

Bauzá (23) en la descripción de un caso observado por él y de sorprendente parecido con el nuestro, cree (1919) que la enfermedad estaría determinada por deficiente funcionamiento de las glándulas de secreción interna, y cree poder apoyarla en la muerte súbita de su enfermito. “La consistencia especial del tejido celular adiposo hace pensar en el desarrollo del tejido conjuntivo que comprime los lóbulos adiposos, lo que daría, a la palpación, el aspecto granudo que se aprecia”.

Así se originaría el aplastamiento de vasos y trombosis capilares, con defectos de irrigación y degeneración grasa, con formación de cavidades quísticas en el tejido celular” (Bauzá).

Civatte, citado por Marfan, cree que la necrosis del tejido adiposo puede ser sólo uno de los elementos, sin que se pueda afirmar que es la lesión inicial ni preponderante.

Muy interesantes son las observaciones de Leone Bloise (loc. cit.), quien llama la atención sobre la poca frecuencia del síndrome de induración cutánea curable del recién nacido. En su servicio de recién nacidos de la I.^a Clínica obstétrica (Montevideo), lo ha buseado durante dos años, sin encontrar ningún caso.

El autor de este trabajo sólo ha visto este caso en 16 meses en la Maternidad del Hospital Pirovano. Y es bien sabido cuán común es la práctica de la flagelación con objeto de reanimar a los recién nacidos.

Lógico es aceptar entonces su opinión, de que el traumatismo

no basta para explicarlo, que es necesario aceptar la existencia de un estado orgánico especial, local o general, que predispone los tejidos para esta alteración particular.

Las causas de esclerodermia, dice Finkelstein (24), después de describir una forma especial del recién nacido, son desconocidas. "Quizá se trata de una autointoxicación, dependiente de las glándulas de secreción interna (mixedema, Basedow), o por lo menos se las observa con frecuencia juntas. Lo más verosímil es que se trata de un trastorno trofoneurótico sobre la base de una enfermedad de los ganglios o de los nervios".

La simetría de las lesiones, invocadas en el caso de Gironcoli para explicar un mecanismo nervioso simpático, no está siempre presente tampoco.

Es por esto, que siguiendo a Marfan y en espera del resultado de nuevas investigaciones, sea preferible designar este estado como induración cutánea curable del recién nacido. Y por razones como la distribución simétrica de la lesión, observada con frecuencia; la presencia de elementos de la misma en sitios no sometidos a traumatismo o presión; su rareza evidente, a pesar del uso constante del flagelamiento del recién nacido y de las estrecheces pelvianas, ambas invocadas como causas, inclinan a aceptar un factor endógeno, necesario para su establecimiento, sin negar al trauma su influencia, que bien pudiera ser tan sólo desencadenante.

BIBLIOGRAFIA

1. *Morquio L.*—Esclerema hipertrófico. "Arch. Lat. Am. Ped.", junio 1915.
2. *Politzer.*—"Riv. Clin. Ped.", 1921, pág. 435.
3. *Lieberthal.*—"Journ. Cut. Deass.", enero 1918, pág. 29.
4. *Bernheim Karrer.*—"Schw. Med. Woch.", 1922, N.º 1.
- *Bernheim Karrer.*—"Soc. Ped.", París 9 de febrero de 1926.
5. *Marfan et Hallez.*—"Arch. Med. Enf.", 1926.
6. *Marfan et Debray.*—"Arch. Med. Enf.", 1926.
7. *Tisier y Hallé.*—"Arch. Med. Enf.", 1926.
8. *Comby J.*—"Arch. Med. Enf.", 1926.
9. *Balard.*—"Soc. Med. et Chir.", Bordeaux, 5 novembre 1926.
10. *Triboulet, etc.*—(Citado por Marfan).
11. *Marfan et Hallé.*—"Le Nourrison", 1927, pág. 32.
12. *Gazia H. L.*—"Arch. Lat. Am. Ped.", noviembre 1926.
13. *Acuña y Winocour.*—"Sem. Méd.", 1928, N.º 1.
14. *De Gironcoli U.*—"Riv. Clin. Ped.", 1928, fasc. 3.
15. *Woringer et Weiner.*—"Rev. Franc. Ped.", 1928.

16. *Placé M.*—Soc. Ped. Montevideo. “Arch. Lat. Am. Ped.”, marzo 1928.
 17. *Praderi.*—Soc. Ped. Montevideo. “Arch. Lat. Am. Ped.”, marzo 1928.
 18. *Elizalde.*—“Arch. Lat. Am. Ped.”, 1919.
 19. *Elizalde P. de.*—Segundo Congreso Nac. de Med., 9 de octubre 1922.
 20. *Elizalde.*—“Semana Médica”, 1923, N.º 22.
 21. *Sysak y Wilfand.*—“Med. Klin.”, Set. 1927.
 22. *Leone Bloise.*—“Arch. Lat. Am. Ped.”, 1928, pág. 261.
 23. —*Bauzá.*—“Arch. Lat. Am. Ped.”, 1919, pág. 205.
 24. *Finkelstein, Galewsky, Halbstädter.*—“Hautkrankheiten”, Berlín, 1922.
 25. —*Erchanguet L.*—“Rev. Suis. Rom.”, mars 1918.
 26. *Lec Adair.*—“Surg. Gin. Obst.”, 1922, pág. 581.
 27. *Leo Leínez.*—“Zent. f. Kind.”, 1928, 46-323, cit. “Am. Journ. Dess. Chil.”, 1929, pág. 870.
 28. *Mensi E.*—cit. “La Pediatría”, 1930, pág. 807.
 29. *Bettinotti.*—“Rev. Especial. A. M. A.”, 1927, N.º 4.
-

CRONICA

Palabras pronunciadas por el Dr. Juan P. Garrahan al hacerse cargo de la presidencia de la Sociedad Argentina de Pediatría el 29 de abril de 1931

Señores :

Presidir esta institución es muy honroso para mí, siendo que de ella forma parte una falange brillante de pediatras, cuyos méritos son muy altos. Les debo, pues, profundo reconocimiento a los que han querido que yo llegara a este cargo.

La "Sociedad Argentina de Pediatría" tiene ya acumulada tradición. Los archivos de sus actas reflejan sus veinte años de vida, es decir, la ininterrumpida labor de varias generaciones de médicos, documentada en numerosos trabajos y en interesantes discusiones. En su seno han sido recibidos y escuchados muchos eminentes pediatras extranjeros. Y este sitial ha sido ocupado por nuestros más destacados médicos de niños.

La Sociedad descuella en nuestro medio médico con fuerte relieve, pues al pár que cuenta con ese pasado honroso, tiene vida cada vez más intensa, manteniendo siempre su tradicional ambiente.

Es bien cálido y acogedor, por cierto, para los que tenemos la vocación de la Pediatría, el hogar espiritual que esta Sociedad nos brinda.

Y bien, señores, si así pienso respecto de la institución que desde hoy he de presidir; si así valoro el cargo que por mandato de ustedes desde hoy ocupo, está de más que os declare cuánto esfuerzo y entusiasmo he de poner en el desempeño de mi misión.

Espero de ustedes, naturalmente, una eficaz colaboración: la vida y la eficiencia de la Sociedad dependen del aporte de comunicaciones y de la asistencia asidua de sus socios a las sesiones.

Las reuniones son forzosamente más proficuas cuando a ella asisten los pediatras más experimentados, la opinión de los cuales puede rectificar con autoridad un juicio erróneo, estimular la labor de los que se inician y sembrar enseñanzas. Encarezco, por lo tanto, la concurrencia asidua de los maestros.

Creo que interesan mucho y deben fomentarse, los trabajos de investigación y el estudio profundo y meticulado de los casos raros, y que con comunicaciones de tal naturaleza se da lustre a la labor realmente científica que todos estamos empeñados en producir, y con la cual se satisface una de las finalidades de la Sociedad.

Pero creo también que tienen mucho valor las observaciones de los casos corrientes que dejen enseñanzas útiles. En mi entender, corresponde que en esta Sociedad se siga tratando también, como se lo ha hecho hasta ahora, la casuística clínica. Interesa mucho que se traigan a discusión todos los casos que plantean problemas interesantes de diagnóstico y de tratamiento.

Realizaríamos sin duda obra eficiente si las discusiones que en esta Sociedad se producen llegaran a ser provechosas para el profesional y contribuyeran al perfeccionamiento del noble "arte de curar", que en la infancia especialmente puede ser tan eficaz, si se lo ejercita con acierto.

Al declararme tan en pro de la clínica, lejos de mí la idea de menospreciar a los trabajos de investigación y al valor del laboratorio en la asistencia de los enfermos. Pero sí, muy aferrado en mí, el propósito de llamar la atención—en especial de los que actualmente inician su profesión—sobre la importancia básica que tienen para el médico, la clínica clásica y las pruebas diagnósticas auxiliares ya bien sancionadas.

Esto suele ser olvidado por algunos novicios, y por los desprevenidos, que se inclinan a aplicar prematuramente lo que se desprende de cada nueva comprobación de las ciencias biológicas o de la patología experimental, disciplinas que contribuyen fundamentalmente al progreso de la medicina, pero cuyas conquistas no aportan todas de inmediato un beneficio real para el enfermo.

Finalmente, esta Sociedad debe ejercer también otra función, que si bien es subsidiaria, no debe descuidarse. Me refiero a la intervención que debe tener en los problemas de orden médico-social que atañen al niño, sobre los cuales oportunamente debe emitir su modo de ver y hacerlo llegar a quien corresponda.

Señores:

He querido manifestarles en pocas palabras mi concepto sobre la Sociedad que he de presidir, mi agradecimiento por el cargo con que me habéis honrado y mis vistas sobre la clase de labor que debemos realizar.

Terminaré expresando el propósito de continuar y acrecentar en lo posible, la obra progresista de mis antecesores, y de contribuir a que se conserve en esta Sociedad el elevado espíritu que la caracteriza.

Sociedad Argentina de Pediatría

Segunda sesión científica ordinaria

29 DE ABRIL DE 1921

Presidencia del Dr. Juan P. Garrahan

Palabras pronunciadas por el Dr. Juan P. Garrahan, al hacerse cargo de la presidencia de la Sociedad Argentina de Pediatría

Dijo, por toda introducción, que se honraba en presidir la Sociedad de Pediatría y que agradecía a todos los que quisieron que llegara a ello.

Agregó que es una Sociedad que tiene acumulada tradición, que recibió y fueron escuchados en su seno muchos eminentes pediatras, y que su sitial de la presidencia, fué ocupado por nuestros más destacados médicos de niños.

Pensando así de la institución y valorando así el cargo que ocupa, demás estaba declarar cuanto esfuerzo y entusiasmo iba a poner en el desempeño de su misión.

De los socios, esperaba colaboración, y aprovechó la oportunidad, para hacer algunas consideraciones tocante a la clase de la labor a realizar.

Terminó agradeciendo el cargo y expresando el propósito de continuar y hasta acrecentar, en lo posible, la obra de sus antecesores, conservando el elevado espíritu que caracteriza a la sociedad.

Consideraciones sobre un caso de mal de Pott, con absceso frío mediastinal

Drs. A. Puglisi y O. K. Maróttoli.—Sometieron a la consideración de los miembros de la sociedad, un caso de espondilitis tuberculosa de la columna dorsal, que presentaba algunas peculiaridades clínicas, tales como la ausencia de gibosidad, suplantada por un aplanamiento del segmento vertebral afectado, y un absceso frío mediastinal, que de acuerdo a lo habitual, no se manifiesta casi clínicamente, pero se evidencia en la radiografía por su clásica imagen fusiforme.

Analizaron los caracteres de las colecciones osifluentes mediastinales des-

de el punto de vista de su fisiopatología, y se detuvieron, especialmente, en la interpretación radiográfica, planteando la divergencia de conceptos respecto a la frecuencia de los abscesos mediastinales, en relación a la significación de la sombra radiográfica.

Se ocuparon del tratamiento de dichas dolencias, aconsejando una conducta expectante y finalizaron resumiendo el concepto actual del tratamiento quirúrgico del mal de Pott en los niños.

Polviperitonitis gonocócica en una niña de cinco años. Curación

Dres. J. M. Maccera, A. L. Domacch y F. L. Fernández.—Presentaron el caso de una niña que poco después de padecer una vulvovaginitis gonocócica enfermó de un proceso pelviperitoneal, que los autores rotularon como de pelviperitonitis gonocócica. Esta dolencia cedió al uso de la fomentación fría, urotropina, vacunación y proteinoterapia.

Acompañaron algunas consideraciones de orden patogénico y bibliográfico, y terminaron abriendo un interrogante respecto al estado en que quedaron sus órganos genitales internos.

Encefalitis postsarampionosa

Dres. E. Cibils Aguirre y A. Puglisi.—Se ocuparon los comunicantes de un niño que después de padecer sarampión, presentó un cuadro de inconciencia y agitación, sin alteraciones en el líquido céfalo-raquídeo, y que mejoró lentamente hasta llegar a la sanación total.

Se refirieron luego a otras publicaciones nacionales y uruguayas sobre el tópico y a los casos de encefalitis observados a continuación de la rubeola, varicela, coqueluche y vacuna Jenneriana.

Discusión: *Dr. Garrahan.*—Recordó un caso por él publicado en la "Semana Médica" del año 1916 ó 1917 con el título de encefalitis postsarampionosa.

En esa oportunidad, se ocupó de un niño, que después de padecer el sarampión se tornó inconciente y fué presa de una agitación permanente, luego marchó lentamente a la curación completa.

Refirió haber observado un caso parecido, allá por el año 1925 o 1926.

Dr. Navarro.—Se refirió a los conocimientos que hoy tenemos sobre la encefalitis. Dijo que la parte clínica es bien conocida, no pasando lo mismo respecto a la etiología y patogenia.

Como ejemplo, mencionó el hecho clínico, generalmente observado, de que las encefalitis suelen presentarse mucho después que pasó la infección considerada como productora. Esto, que trae la incertidumbre sobre el agente causal, ha motivado estudios experimentales, que tienden a demostrar, que posiblemente esta dolencia no fuese producida por el mismo agente de la enfermedad a la que continúa.

Dr. Cibils Aguirre.—Recordó que el Dr. D'Amato, que hizo un estudio completo sobre la encefalitis, menciona la convulsión como el síntoma más frecuente, lo que él no observó en el caso presentado.

En cuanto a la patogenia, dijo que todavía es controvertida, pudiendo tener valor la tesis que sostiene que la encefalitis es una enfermedad de salida, vale decir, que el germen causal de la misma, quedaría en estado de latencia, para hacer su salida, a raíz de una enfermedad intercurrente. Terminó diciendo, que como hoy por hoy no hay bases para fundamentar esta hipótesis, debemos seguir hablando de encefalitis postsarampionosa, postcoque-luchosa... etc.

Induración cutánea curable del recién nacido

Dr. Carlos Carreño.—Primeramente el autor analizó algunos casos esparcidos en la literatura médica y pasó luego a estudiar el que sirvió de motivo a ésta comunicación.

Se trataba de un niño prematuro hijo de una múltipara, nacido de parto espontáneo, pero después de un período de dilatación prolongado.

Desde el 4.º o 5.º día del nacimiento, le aparecieron induraciones cutáneas, que se multiplicaron luego, para desaparecer, totalmente, más tarde. Acompañó el estudio histológico de un nódulo.

Se refirió, luego, a cuál sería la mejor designación y cuáles son las patogenias que se le atribuyen por los diferentes autores, deteniéndose, especialmente, en el análisis de las diferentes etiologías que se consideran.

Discusión: Dr. Garrahan.— Adhirió en general a lo que dijo el Dr. Carreño. En apoyo de esta concordancia de ideas y especialmente en lo que se refería a la frecuencia de la induración y sus relaciones con la flagelación, agregó: que asiste a la Maternidad del Rivadavia desde hace 9 años, y a pesar de que en ella nacen como 2.500 niños anuales, sólo pudo observar, hasta la fecha, alrededor de 4 casos; dijo igualmente no haber podido constatar relación directa entre flagelación e induración cutánea curable del recién nacido.

Iniciación de la vacunación antidiftérica en Buenos Aires

Dr. Raúl Cibil Aguirre.—El comunicante relató las circunstancias que motivaron fuera encargado, con otros médicos, de planear la campaña de vacunación antidiftérica. Se refirió a los que entre nosotros estudiaron el problema de la difteria en alguna de sus fases, y agregó que la tarea de la comisión fué ardua para poder aconsejar, lo más práctico, en la vacunación antidiftérica. Dicha comisión pudo establecer, así, que la vacuna antidiftérica tiene gran valor preventivo: la inmensa mayoría de los países la utilizan con éxito, pues disminuyen la morbilidad y la mortalidad por difteria. Sostienen la vacunación sistemática, pero voluntaria de los niños comprendidos entre uno y ocho años, dejando los de más edad, para que los vacune en acción conjunta, el Consejo Nacional de Educación.

Respecto a la vacuna a emplear y la técnica a seguir, aconseja:

1.º Anatoxina Ramón y no la mezcla toxina antitoxina, porque las estadísticas demuestran que la primera es superior, por inocua; (sólo produce pequeñas reacciones febriles), y por el alto índice de inmunización.

2.º Tres inyecciones de $\frac{1}{2}$, 1 y $1\frac{1}{2}$ c.c. dejando un intervalo de 21 días entre las dos primeras y 15 días entre la 2.ª y la 3.ª.

Finalmente, recomiendan practicar esta vacunación en los niños no febriles. (En su servicio del Hospital Fernández pueden vacunarse así el 26 % de los niños asistidos).

En cuanto al tiempo que dura la inmunidad, y utilizando como experiencia las investigaciones de Debré y sobre todo de Ramon, que vieron en un lapso de 4 años aumentar el poder autotóxico del suero de los vacunados, concluyen que es definitiva.

El comunicante se refirió a la buena acogida que esta iniciativa Municipal tuvo en la cátedra, en la Sociedad de Beneficencia y colectividades extranjeras, (Hospital Italiano, Israelita, etc.); dijo que ya se interesan algunas localidades de nuestra provincia de Buenos Aires y que el Consejo Nacional de Educación está contemplando la realización de una campaña similar.

Discusión: *Dr. Olivieri*.—Dijo que desde que se emplea el procedimiento de la vacunación antidiftérica en los niños que se envían a las colonias de vacaciones, la difteria no hace más estragos en dichas colonias. Sólo observó en los vacunados reacciones locales.

Agregó que con el *Dr. Miravent*, organizó un servicio antiinfeccioso; prepararon un cuerpo de visitadoras; prepararon el ambiente, interesando a los padres y maestros con sendos volantes explicativos, con el objeto de vacunar a los niños contra la difteria y la escarlatina.

Pero circunstancias del momento, demoraron la obra en que estaban empeñados.

Dr. Macera.—Sostuvo la necesidad de vacunar a los niños sanos y no enfermos; la práctica de la vacunación en locales especiales, para evitar de que niños sanos sean vacunados en consultorios que son frecuentados por niños enfermos; la posibilidad de utilizar la vía nasal. En lo que respecta al porcentaje que no se puede vacunar de los niños que asisten al consultorio, no cree que sólo pueda ser del 20 %.

Dr. Elizalde.—Adhirió a la campaña que recién inicia la Asistencia Pública.

Opinó que la vacunación antidiftérica debe ser orientada con precaución, para evitar su desprestigio. En consecuencia, sostuvo que era prudente sumiar en la campaña contra ese mal, una propaganda entre los médicos, en el sentido de precisar el concepto de la enfermedad difteria (hay que prevenir a los médicos que los niños vacunados pueden hacer angina con el aspecto de las diftéricas, pero que eso no es difteria).

Dr. Garrahan.—Exteriorizó su impresión de que la vacunación antidiftérica recién se realizará bien, cuando haya centros de vacunación, pero que mientras tanto, no se pudo tomar mejor vía, que la de efectuarla en los consultorios médicos.

Felicitó al *Dr. Cibils Aguirre* y sometió a la consideración de la Asamblea la siguiente moción, para que constara en el acta y fuese transmitida a los interesados, por intermedio de una nota: “La Sociedad Argentina de Pediatría, después de oír la comunicación del *Dr. Cibils Aguirre*, sobre la ini-

ciación de la vacunación antidiftérica en Buenos Aires, felicita a la comisión encargada de realizar tan loable propósito''.

Dr. Macera.—Pidió que antes de votar la moción Garrahan, se considerase su punto de vista, anteriormente expuesto.

Dr. Garrahan.—Dijo que su moción era de orden general y que por lo tanto podía ser votada, no obstante los reparos formulados por el Dr. Macera a la obra de la vacunación, porque éstos sólo se referían a ciertos detalles de la misma.

Entendido así por la Asamblea, pasó ésta a votar la moción Garrahan, que fué luego aprobada.

Dr. Cibils Aguirre.—Agradeció la felicitación de la Asamblea. Dijo que esta obra, en la que está empeñado con otros colegas, se hace sin dinero; por ello, las oficinas especiales de vacunación y el personal de ellas encargado, vendrá más tarde.

Agregó, que aún practicándola en los consultorios de Hospitales, va a ser posible vacunar a un alto porcentaje de los niños que los frecuentan, si se espera efectuarla, cuando el niño se halla casi sano de la dolencia que motivó su visita al consultorio.

Conceptuó poco práctica la vía endonasal, no sólo por incómoda para el niño, sino, y sobre todo, porque no hizo todavía su prueba. Por último se ocupó de la reclame que realizan para interesar el ambiente, (padres, médicos, etc.), y del fichero central que llevan, para poder sacar un provecho científico de lo que realizan.

Análisis de Revistas

J. SEJOURNE.—*La defensa del organismo en las infecciones a microbios piógenos. Las inmunotransfusiones.* "La Presse Medicale", 14 de marzo de 1931.

La inmunidad en general es para Metchnikoff un fenómeno exclusivamente celular: la fagocitosis, casualmente relegada a segundo orden, reemplazada por las reacciones humorales, es decir los anticuerpos.

En realidad la actividad de los fagocitos no es nunca inútil, aun mismo en las infecciones donde las reacciones humorales parecen suficientes a explicar la curación; y de otra parte, en infecciones a piógenos especialmente, donde el rol del anticuerpo bien que incontestable, se reduce a favorecer la fagocitosis, sin la cual en definitiva ninguna curación es posible.

La *inmunotransfusión* es indudablemente el método de elección en las infecciones graves a piógenos, pues ella aporta a los enfermos las apsoninas y antitoxinas que le faltan, siendo también el mejor estimulante que existe de la fagocitosis.

Desgraciadamente la preparación de los dadores es en general insuficiente, sobre todo en lo que concierne a la preparación humoral. Detalla después el autor la forma y condiciones en que debe prepararseles, manera de usar y dosis de las transfusiones, etc. Ya el resultado en seis casos de infecciones graves a piógenos (septicemia, artritis, estreptocócica, etc.), en que los tratamientos corrientes fracasaron, curaron en distintos plazos con la inmunotransfusión. Insiste en que es éste el mejor tratamiento, sin peligro alguno, pues le resta importancia a los choes terribles que a veces aparecen en algunos infectados, repitiendo que debe ser correctamente empleado haciendo las inyecciones dos o tres veces por semana.

En infecciones las más graves, es posible obtener la curación asociándola al absceso de fijación, aun en los casos en que éste sólo se muestra de ineficacia total.

Como corolario al tratamiento biológico de estas infecciones piógenas, hace resaltar la importancia de la desinfección o supresión de los focos infecciosos primitivos, acto terapéutico indispensable.

En cuanto al tratamiento quimioterápico, gonacrina (triploflavina francesa), debe ser manejada con prudencia, pues la dosis activa a la larga suele ser tóxica en esos organismos debilitados.

M. Carlin.

HEYWORTH N. SANFORD y MARION CRANE.—*La relación entre las distintas clases de polinucleares en el recién nacido. Desviación por el Viosterol.* “An. Journ. of Dis. of Child.”, 41, pág. 528 a 531, marzo 1931.

Los autores mencionan cuales son las características normales de la sangre del recién nacido, en lo referente a la relación entre los distintos polinucleares (de acuerdo a los lóbulos de sus núcleos). Recuerdan la clasificación de Cocke (recuento de los polinucleares) con sus 4 clases, clase I con núcleo simple, clase II con núcleo de dos lóbulos, clase III con tres lóbulos y clase IV con cuatro lóbulos. La proporción es poco más o menos la siguiente:

	I	II	III	IV
Recién nacido primer día	57	39	4	0

A los 10 días la clase I ha descendido hasta más o menos 30, la clase II también, aunque en menos proporción, y aumentan las III y IV. Cuando administran Viosterol a los niños (ergosterol irradiado), las células más jóvenes (clases I y II) vuelven a aumentar en proporción al descenso de las restantes.

Resultado final: que la administración de Viosterol a los niños recién nacidos contribuye a aumentar el número de las células polinucleares más jóvenes, o sean las unilobulares, las más viejas, o sean las multilobuladas, disminuyen. Prácticamente no existe diferencia en la reacción provocada por tres gotas o 48 gotas de Viosterol.

S. I. Bettinotti.

C. TORRES URUÑA.—*Investigaciones sobre la posibilidad de un tratamiento biológico para la poliomielitis aguda o parálisis infantil.* “Revue Française de Pédiatrie”. Tomo VII, N.º 1, 1931. Págs. 64 a 75.

Es un trabajo minucioso. Refiere las experiencias efectuadas a través de doce años, en Colombia. Ha empleado como agente terapéutico, al principio, inyecciones de médula de conejos sanos, o de vacuna antirrábica común, y al final de las experiencias con el virus de la poliomielitis aguda, con médulas de conejo inmunizadas y fenoladas, siguiendo el método de Sample. No ha podido profundizar el estudio, por la exigüidad de los casos que se observan en Colombia.

Las conclusiones que saca de sus experiencias son las siguientes:

1.ª Las experiencias de este estudio confirman lo que dicen otros autores, que el virus de la poliomielitis anterior aguda epidémica pertenece a la categoría de los virus filtrables.

2.ª Se ha podido demostrar su presencia en el mucus nasal de los enfermos y en el líquido cefalorraquídeo de los animales infectados experimentalmente, pero las inoculaciones efectuadas con el líquido cefalorraquídeo de los enfermos han sido hasta ahora infructuosas.

3.ª La virulencia del germen persiste durante mucho tiempo en el or-

ganismo infectado, ya que hemos obtenido inoculaciones positivas, con material recogido, cinco meses después del comienzo de la enfermedad, lo que está de acuerdo con los resultados obtenidos por Orgood y Lucas, así como los de Kling, Peterson, Weinstedl.

4.^a Por el contrario, el virus, fuera del organismo, parece conservar muy poco su virulencia y la mejor manera de protegerlo es conservándolo a una temperatura muy baja. Hemos podido demostrar que, después de treinta días, el virus pierde su virulencia, si no ha sido conservado a una temperatura muy baja. No es esta la opinión de Lucas, quien considera que el germen de poliomiélitis es muy resistente.

5.^o Esta débil resistencia a las temperaturas elevadas podría ser una razón de la poca frecuencia de la enfermedad en las regiones tropicales.

6.^a De las experiencias referidas, no se puede deducir definitivamente sobre los resultados de la terapéutica biológica, sobre todo tratándose de una enfermedad en que el pronóstico es tan variable, pero los hechos siguientes pueden quedar como bases para las investigaciones futuras: a) tanto en la clínica como en el campo experimental, la inyección de médula de conejos infectados produce una reacción general orgánica y parece tener influencia favorablemente sobre la marcha del proceso infeccioso; b) la experiencia de inoculación con diluciones viejas de virus, mantenidas en determinadas condiciones, a los animales que parecen más indemnes, en la esperanza de poder realizar una vacunación preventiva por este sistema u otro parecido.

Sería importante también tratar de obtener una inmunorreacción completa, sea en los conejos, sea en otros animales para ensayar el suero curativo, que sería más fácil de expender que el suero de convalescente.

S. J. Bettinotti.

BOULANGER PILET.—*El cloruro de calcio en las enfermedades de la infancia.* "Le Concours Medical", 11 enero de 1931.

En un trabajo muy documentado el autor recuerda que el cloruro de calcio es actualmente uno de los medicamentos básicos de la patología infantil, y precisa bien sus indicaciones, que en estos últimos años se han extendido en razón de que las soluciones o pociones habituales impuras e inestables, de sabor repugnante (Marfan), que era difícil o imposible de hacer tomar a los niños, han sido substituídas en el uso corriente por una solución estable, de gusto agradable, de la cual ochenta gotas corresponden a un gramo de CaCl_2 (Chlorocalcion).

Recalcificante. Como lo indica Mouriquand, existen pruebas clínicas y biológicas de la acción recalcificante del CaCl_2 . Por lo demás, la mayor parte de las sales de calcio deben ser asimiladas, bajo forma de cloruros, de donde la indicación, en una cura cálcica, de dar directamente esa sal. Esta cura está indicada: en los *trastornos de crecimiento*, sobre todo en los casos de hipotrofia estatural; en la *tuberculosis* (en sus distintas localizaciones), contribuye no solamente a calcificar las lesiones, sino que actúa especialmente por actuación de las diastasas, estimulación de la fagocitosis, acción antitóxica y refuerzo del terreno; en le *raquitismo*, asociado a la acti-

noterapia y a las preparaciones irradiadas; en la carie dentaria; en las enteritis, a pequeñas dosis.

Hemostático. Todas las hemorragias de la infancia pueden ser tratadas por el CaCl_2 : melena de los recién nacidos, epíxtasis, etc. Antes de toda operación, particularmente la ablación de las amígdalas o vegetaciones adenoides, es una excelente práctica recurrir preventivamente al empleo del cloruro de calcio, como asimismo antes de una extracción dentaria. En las enfermedades de la sangre (púrpura, hemofilia); en las fiebres con manifestaciones hemorrágicas, el cloruro de calcio se emplea con éxito, no solamente en razón de su influencia sobre la coagulación, sino también por su acción diurética y antitóxica (Le Sourd y Pagniez).

Antialbuminúrico. En las albuminurias funcionales intermitentes (orthostática, digestiva, cíclica), la medicación cálcica está colocada en primer término por Lereboullet, a la dosis de uno a uno y medio gramos diarios durante quince días de cada mes. Influencia también beneficiosamente las nefritis albuminúricas agudas o crónicas de los niños (Netter, Rénon, Teissier, Paiseau).

Diurético declorurante. Según L. Blum, el CaCl_2 es el diurético más eficaz e inofensivo en las hidropesías brighticas. En las nefritis con edemas, al mismo tiempo que el régimen declorurado, se prescriben dosis débiles de medio a un gramo o dosis fuertes: 4 a 6 gramos durante cinco a diez días consecutivos; se suspende la medicación para repetirla en caso necesario. En la nefritis hematóricas, relativamente frecuente en la infancia, esta sal ha sido empleada por Roger y Blechmann.

Antiespasmódico. La espasmofilia es la afección en que mejor se manifiesta la acción del cloruro de calcio, siempre que se recurra a dosis elevadas: 4 a 6 gramos por día para un lactante durante ocho a diez días. Es un medicamento heroico, específico; medicación de elección para la crisis (Nobecourt), que constituye la verdadera terapéutica de urgencia (Lesné, Debré). Es también el medicamento por excelencia, asociado o no al gardenal, de las convulsiones y del espasmo de la glotis.

Antisérico. La acción profiláctica del cloruro de calcio contra los accidentes séricos, es clásica (Wright, Netter, Cousin, Gewin, L. Ramond, Comby, Weissenbach) a la dosis de 1 a 4 gramos por día, desde que se inyecta el suero. Como curativo de los accidentes declarados es generalmente utilizado con provecho (Lesné, Nobecourt y Boulanger Pilet).

Anticlásico. El CaCl_2 constituye un buen medicamento en las manifestaciones de coloidoelasia: urticarias de origen digestivo, asma de los niños y en ciertas asmas por anafilaxia.

L. RIBADEAU DUMAS.—*Las carencias frustas en el niño de la primera edad.* "La Presse Medicale", 4 febrero 1931.

Caracteres generales de las avitaminosis frustas. Las avitaminosis frustas tienen un conjunto de caracteres comunes, ya que todas las vitaminas actúan sobre el desarrollo del niño. La detención del crecimiento se encuen-

tra en todos los casos en que el organismo sufre, acompañado habitualmente de anorexia, palidez, insomnio, agitación o atonía. Pero lo que permitirá establecer un diagnóstico es el aspecto de alguna manifestación patológica en donde se encuentre un carácter atenuado de la carencia averiguada: anemia y tendencia a las hemorragias mínimas en el escorbuto frusto; agitación, insomnio y calambres musculares en la avitaminosis B frusta; trastornos oculares ligeros en la avitaminosis A; imágenes radiológicas y trastornos del metabolismo del calcio y del fósforo en la carencia D frusta. No hay que olvidar, sin embargo, que la administración de una vitamina, no bastará para asegurar el desarrollo, si el niño no recibe al mismo tiempo una alimentación juiciosamente reglamentada.

Una manifestación común de las avitaminosis es la sensibilidad a las infecciones. Este hecho, mal determinado en su esencia, puede admitirse que está plenamente demostrado, experimental y clínicamente.

Una acción no menos importante de las vitaminas es la que ejercen sobre el funcionamiento de las glándulas endócrinas. Las avitaminosis disminuyen la actividad de las cápsulas suprarrenales, del sistema tiroideo y paratiroideo, del testículo, al punto de poderse constatar en esos casos una disminución del peso de estos órganos. Sabemos que en medicina infantil, en los hipotróficos en particular, los extractos glandulares han sido utilizados a título terapéutico, remediando así la deficiencia de órganos insuficientes.

El estudio de las vitaminas ha conducido a modificar la alimentación, o por lo menos a completarla sobre datos precisos. En las condiciones de un régimen suficientemente vitaminado, se notará que el desarrollo del niño será normal y se hará sin grandes dificultades. Con Mathieu y Villemain, el autor ha atribuido el síndrome: anorexia, insomnio, agitación, hipotonía, paro del crecimiento, tan habitualmente observado en los niños de 6 a 8 meses, a un estado de carencia frusta. Puede hacerse una idea de los trastornos acarreados por una alimentación desequilibrada, examinando esos niños que se encuentran tan comúnmente en la ciudad y en la campaña y en los cuales se encuentra un síndrome especial, cuyas características han sido señaladas por Mac Carrison. El niño salido recién de la edad del lactante tiene un aspecto físico muy deplorable. Pálido, tegumentos secos, cabellos raros, adelgazado o "bouffi". Gran vientre, musculatura débil, tórax estrecho; amígdalas hipertrofiadas, vegetaciones adenoides y consecutivamente una fuerte insuficiencia respiratoria, siendo comunes los trastornos digestivos (constipación, colitis, vómitos rebeldes). Asténico o agitado, tiene frecuentemente erupciones cutáneas: prurigo-strofulo, eczematides, infecciones, coriza, otitis, bronquitis, forunculosis, adenopatías.

Según las épocas, este estado ha sido atribuido a causas diversas. Estos niños han sido considerados como víctimas de una diatesis artrítica, amiláctica, linfática. Si se remonta al origen de estos trastornos, aun acordando a la herencia una parte en la génesis de los fenómenos mórbidos, se admitirá ante todo, en nombre de la observación clínica, que se trata de niños carenciados, en el sentido más amplio del término y en los que es posible modificar su desarrollo, por una alimentación variada.

II. KRETSCHMER y W. HIBBS.—*Tumores mixtos del riñón en la infancia*. "Surgery, Gynecology and Obstetrics". Vol. LII. Enero de 1931.

Se trata indiscutiblemente de un trabajo interesante y muy completo, basado en la experiencia de 17 casos de tumores malignos del riñón en la infancia.

Afirman que en muchos casos de este tipo tumoral no han sido reconocidos en el acto operatorio y se catalogan equivocadamente en su estudio histopatológico.

Los tumores malignos del riñón en la infancia es una afección rara, de acuerdo a la revista de la literatura que ellos han hecho; así Bugléc y Wollstein sobre 4903 autopsias de niños no encuentra ningún caso; Lowsley y Butterfield en 100 casos de lesiones urológicas en la infancia no mencionan un ejemplo de tumor maligno; nos llama la atención estas estadísticas, pues nosotros con un número mucho menor de niños con afecciones quirúrgicas, hemos visto varios casos de tumores renales malignos.

Según Thomas, en los niños los tumores de la pelvis renal son más raros que los del parénquima. Dentro de los tumores malignos del riñón en la infancia, el más común dicen los autores es el llamado tumor mixto de Wilms (Hyman sobre 70 neoplasias renales encuentra 10 casos de tumores mixtos; Wollstein sobre 18 tumores malignos en los niños, 17 son tumores mixtos).

Después de recordar la patogenia de estos tumores de acuerdo a la interpretación que le diera Wilms, hacen el estudio de su anatomía patológica.

El tamaño del tumor es variable; en algunos casos siendo bilateral pudo ser causa de distocia. De sus 17 casos el mayor pesaba 1530 gramos y el menos 235 grs.; solamente dos de los 17 fueron bilaterales. Ellos son encapsulados, retroperitoneales y crecen dentro de la cápsula renal; ocupan enteramente el costado del abdomen y desplazan las vísceras de acuerdo a su tamaño. El parénquima renal no forma parte en la formación neoplásica, pero se halla sumamente atrofiado por la compresión. El estudio microscópico revela la estructura embrionaria de estos tumores con una variedad de tejidos de elementos renales abortivos. Existen elementos del tejido epitelial y correctivo; los elementos epiteliales consisten en células indiferenciadas estrechas y largas, las cuales a menudo se disponen como nidos celulares y túbulos embrionarios. Los elementos conjuntivos están representados por un estroma no compacto, por células redondas y por fibras musculares lisas y estriadas. El tejido cartilaginoso y óseo, dicen los autores, no han sido encontrados en ninguno de nuestros tumores. La necrosis del tumor es a menudo señalada; es más frecuente cuando el crecimiento ha sido más rápido.

La metastasis por vía hematogena es excepcional; se ha encontrado en el hígado y en los pulmones; estos tumores se propagan a distancia por crecimiento progresivo, pudiendo envolver a todas las vísceras abdominales y atravesar el diafragma y producir nódulos tumorales en la superficie pleural. Efectúan luego los autores el estudio clínico de la afección relacionando especialmente con su experiencia.

El síntoma más llamativo y constante es la presencia de la tumoración; muchas veces es el único y primer síntoma por el cual los padres llevan al niño a la consulta médica. El dolor no es muy frecuente; solamente lo ha-

llaron en seis casos (en uno el dolor asentaba en el lado opuesto al tumor).

Llaman la atención, como característica de estos tumores, la escasa frecuencia de hematurias macroscópicas. Los autores traen la siguiente estadística de los síntomas generales:

Tumor palpable, 17 casos; fiebre, 9; dolor abdominal, 6; pérdida de apetito, 4; pérdida de peso, 3; constipación, 3; irritabilidad, 2; vómitos, 2; poliuria, 1.

Como elementos complementarios el análisis de sangre revela siempre una anemia secundaria intensa (en un caso, dos millones de glóbulos), con aumento de las células de la serie blanca. El diagnóstico debe completarse con la cistoscopia, el caterismo ureteral y los pielogramas.

El pronóstico de esta afección es extremadamente grave; 16 de nuestros 17 pacientes han fallecido, concluyen los autores.

Oscar R. Marótti.
