
ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)

Cátedra de Clínica Pediátrica y Puericultura — Prof. Mamerto Acuña

**Enfermedad de Gaucher en un lactante
Esplenectomía**

por los doctores

Mamerto Acuña y Felipe de Filippi

E. D. del R., argentino, de 16 meses de edad; ingresó al Servicio el 31 de enero de 1932. La madre, de 28 años de edad, sufre de ectasia aórtica y tiene otro hijo, sano, de 7 años.

El enfermito nació a término de embarazo y parto normales, fué alimentado al pecho hasta los 6 meses, luego lactancia mixta con puré y sopas, hasta los 9 meses. En esa época enterocolitis que curó bien en tres semanas y después de un corto período de alimentación exclusiva al pecho, volvió la madre a darle sopas. Hacia el año de edad bronquitis que duró un mes, notándose entonces que el niño palidecía y su vientre aumentaba progresivamente de tamaño.

Fué visto, entonces, por un médico, quién comprobó un tumor abdominal y propuso una intervención quirúrgica que fué rechazada, llevado el niño a un hospital le hicieron tratamiento con inyecciones. En el último mes fué empeorando progresivamente. Si hicieron varios exámenes de sangre, cuyo resultado se ignora. Hace un mes pesaba 7.200 grs.

El examen clínico del niño nos dió los siguientes datos: Desarrollo inferior al que corresponde a su edad.

Talla 68 cms. Perímetro cefálico $43 \frac{3}{4}$ cms. Perímetro torácico $43 \frac{1}{2}$ centímetros, y abdominal $42 \frac{1}{2}$ cms.

Niño de regular estado de desarrollo; piel ligeramente pálida, de

turgencia disminuída, escaso panículo adiposo. Discreta hipertonia muscular generalizada; facies de sufrimiento; se queja con frecuencia.

Cráneo: bien formado. Ojos: motilidad y reflejos normales.

Boca: 5 incisivos. Fauces libres. Mucosas rosadas.

Cuello: sin particularidades, no se palpan ganglios.

Tórax: simétrico, elástico, ligero rosario costal.

Aparato respiratorio: inspección, palpación, percusión y auscultación normales. En la base izquierda faja de submatitez acentuada. Sin ruidos agregados. La submatitez tiene un ancho de dos traveses de dedo.

Aparato circulatorio: corazón se percute en sus límites normales, tonos limpios; Traube libre.

Abdomen: globuloso, siendo más ensanchado en su mitad izquierda, se mueve muy poco con la respiración. A la palpación, tensión generalizada. Se aprecia fácilmente una gran tumoración que saliendo debajo el reborde costal izquierdo, se dirige hacia abajo y al centro, llegando hasta un través de dedo de la cresta ilíaca izquierda y hasta la línea media. La superficie es lisa, la consistencia es firme. En el borde medio se palpa una escotadura situada a un través de dedo del ombligo. Hacia atrás ocupa toda la parte lumbar y llena íntegramente la mitad izquierda del vientre. Llama la atención el ensanchamiento de la zona del triángulo de Petit, sobre la cresta ilíaca correspondiente, como si la gran tumoración tuviese tendencia a hacerse hernia.

No se aprecian movimientos con la respiración, que es superficial; apenas se logra desplazar el tumor con la palpación.

Hígado: algo aumentado de tamaño, borde inferior a dos traveses de dedo del reborde; borde superior a nivel de la 5.^a costilla. El resto del abdomen se palpa con dificultad por la tensión de las paredes.

Sistema nervioso: Reflejos normales, motilidad y sensibilidad normales.

Análisis de sangre

Enero 31 de 1933: Glóbulos rojos, 4.075.000; glóbulos blancos, 8.750. Hemoglobina, 54 %. Valor globular, 0.67. Polinucleares neutrófilos, 34 ½. Eosinófilos, 0.5. Monocitos, 2.5. Linfocitos, 63, %. Anisicitosis y poikilocitosis marcadas. Hipocitocromía.

Febrero 10: Glóbulos rojos, 4.250.000; glóbulos blancos, 9.062. Granulocitos neutrófilos, 32.66 %. Eosinófilos 1 %. Monocitos, 2.33. Linfocitos 64 %. Acitocromía central. Hipocitocromía. Anisocitosis. Poikilocitosis marcada. Polieromatofilia, escasas plaquetas.

Febrero 18: Glóbulos rojos, 4.050.000; glóbulos blancos, 6.875. Hemoglobina, 41. Granulocitos neutrófilos, 35.66. Monocitos, 2.33. Linfocitos, 61. Mielocitos neutrófilos, 1. Hipocitocromía, acitocromía, central, anisocitosis anisocromía discreta. Poikilocitosis moderada; escasas plaquetas.

Febrero 22: Resistencia globular: Mínimo 1. Máximo, 2.5.

Febrero 23: (Dr. Zunino) Glóbulos rojos, 3.350.000; glóbulos blancos, 10.400. Hemoglobina, 40 %. Valor globular, 0.53. Leucocitos polinucleares. Neutrófilos, 31 %. Eosinófilos, 0. Monocitos, 2. Linfocitos, 66.

Células de Turk, 1. Se observa acentuada anisocitosis poikilocitosis megaloblastos.

Marzo 9: Reacción de Wassermann, positiva débil.

Abril 18: Eritrocitos, 2.010.000. Leucocitos, 14.996. Hemoglobina, 32 %. Eritroblastos, 0.5 %. Metamielocitos neutrófilos, 1.5 %. Aniso y poikilocitosis marcadas. Policromatofilia, regular cantidad de plaquetas. Acitocromía central moderada.

Biopsia de médula ósea

Febrero 23: Polinucleares neutrófilos, 70 %. Eosinófilos, 1. Linfocitos, 26. Mononucleares, 3 (%). Mielocitos neutrófilos, 26 %. Eosinófilos, 4. Leucocitos nucleados. Metamielocitos neutrófilos, 43. Eosinófilos, 3. Promielocitos eosinófilos, 15. Célula de Turk, 2. Célula de Rieder, 4. Normoblastos ortocromáticos, 41. Policromatófilos, 60. Basof, 17 por ciento. Eritroblastos basófilos, 17 %. Hemocitoblastos, 8. Leucocitos mieloblastos, 14. Cortados proeritoblastos, 12. Megaloblastos basófilos, 16. Núcleo libre, 15. Proeritoblastos en división cariocinética, 4. Se observa anisocitosis y poikilocitosis. Hematies policromatófilos y punteados. (Doctor Zunino).

Análisis de orina

Febrero 2: Aspecto turbio, color ambar, reacción ácida, urea 11.17 % Cloruro, 1.50 %. Fosfatos, 1.10 %. Urobilina cont., vestigios. Indicano cont., ligeros vestigios. Sedimento: escaso número de elementos celulares, algunos leucocitos, uratos amorfos, algunos cristales de ácido úrico y de fosfato de amonio-magnesio. No se observan elementos renales patológicos. Cont. abundante flora microbiana.

Evolución clínica

Febrero 6: A pesar de tomar bien el alimento, el peso desciende lentamente; temperatura subfebril.

Febrero 9: A objeto de visualizar a los Rayos X, el hígado y el bazo se practica una inyección de Torostrat.

Febrero 17: Temperatura alta diariamente; las deposiciones más frecuentes; toma bien el alimento, sigue descendiendo de peso.

Febrero 24: Se indica alimentación más concentrada.

Febrero 28: El peso aumenta, buen apetito, sigue con fiebre.

Marzo: Abdomen abultado y de gran tensión, cara acusando dolor; efectuando esfuerzos de contracción en la pared abdominal.

Compresión de vísceras huecas?

Abril 20: A partir del 22 de marzo se hace tratamiento de Myosalvarsan, partiendo de una dosis de 0.01 gr. hasta llegar a 0.025 gr. numerosas aplicaciones de la lámpara de Cuarzo. Curva del peso se mantiene alrededor de Kgs. 6.800. Con fecha de hoy se inyectan por vía intraperitoneal 50 c.c. de sangre citratada. (Donante: una tía del paciente). Parte de esa cantidad se aloja en el tejido celular subcutáneo (unos 20 c.c.).

Abril 29: Transfusión de sangre intraperitoneal de 50 c.c. Transcurre sin incidente alguno.

Mayo 2: Se practica una laparatomía y se extrae el bazo.

Mayo 4: El enfermito fallece.

Informe: Enviado por el Dr. Lazcano González, del Instituto de Anatomía Patológica, del Prof. Elizalde, donde fuera enviado para su estudio el bazo extraído en la intervención quirúrgica.

Examen macroscópico: Organó muy aumentado de volumen, sus dimensiones son: 16 cms. de largo por 12 de ancho y 6 1/2 de espesor, máximos. La forma está conservada y la consistencia firme es casi la que corresponde al bazo en esta época de la vida.

El color es rojo vivo con una superficie de sección ligeramente granulosa, queda poco barro, sobre ella se reconocen los corpúsculos de Malpighi, pequeños y en escaso número. En distintos puntos de la superficie se encuentran zonas blancas, deprimidas, que vistas en sección penetran en forma de cuña en el parénquima, reproduciendo la imagen de infartos anémicos en vías de cicatrización. El bazo entero pesa 600 grs.

Examen histológico: El examen a pequeño aumento muestra una palidez que no es habitual en un órgano de elementos pequeños y apretados, como son los del tejido linfoideo del bazo. Analizando la causa de esta palidez, se encuentra una proliferación de células grandes, de abundante protoplasma, muy finamente vacuolado y núcleo pequeño que se disponen en nidos redondos, tal como lo muestra la Fig. 1.

El tejido linfoideo de los cordones de Bilbroth, y de los folículos de Malpighi, rechazado por estas células, forma finas redes en torno de ellas. Por su disposición los elementos proliferados parecen provenir de las paredes de los capilares sinusoides del bazo, vale decir, son células retículo endoteliales.

Análisis químico

El análisis químico del bazo, practicado por el Dr. J. Muñoz, del Instituto de Fisiología, dió el siguiente resultado:

Agua	84.5	%		
Resíduo seco	15.5	„		
Acidos grasos totales	9.95	„	de substancia seca	
Colesterol	0.434	„	„	„
Lecitina	1.975	„	„	„

Protocolo de autopsia

Cadáver de niño con escaso panículo adiposo; presenta una herida operatoria reciente en la región esplénica.

Lengua, faringe y esófago: Nada que llame la atención.

Laringe, tráquea y bronquis gruesos: Normales.

Pulmones: Con pleuras lisas, brillantes y transparentes, parénquima hace eminencia y da ligera sensación de colchón de pluma. Al corte sale poca cantidad de sangre, exprimido dentro del agua, un fragmento da

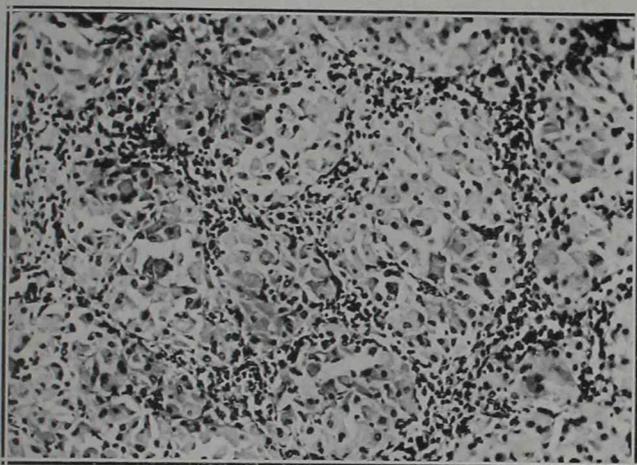


Figura 1

Fotografía a mediano aumento, que muestra las relaciones entre las células endoteliales y el tejido linfóideo (bazo)
(Obj. Leitz. 16 mm. Apoc. Oc. 6 X)

pocas burbujas de aire. Un fragmento grande y otro pequeño a la prueba del agua van al fondo.

Pericardio: Con cantidad de líquido citrino: normal. Sin otra particularidad.

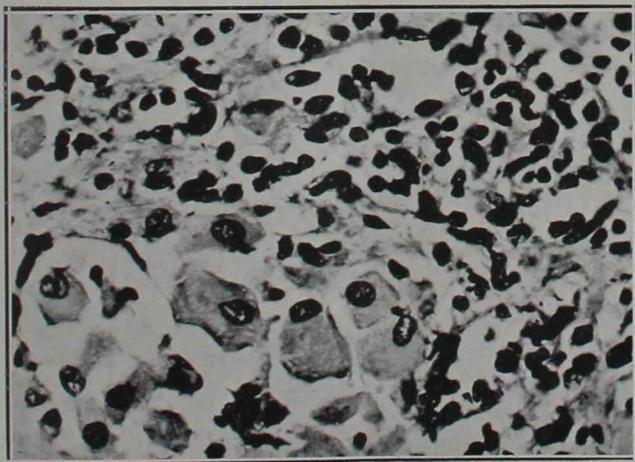


Figura 2

Estructura de las células endoteliales (bazo)
(Obj. Leitz. 4 mm. Apoc. Oc. 6 X)

Corazón: Sin grasa, ligeramente dilatado en todos sus diámetros. Válvulas normales, cavidades ligeramente dilatadas, cavidad izquierda con aumento en el espesor de la pared. Pulmonar y aorta, bien; sigmoideas, idem.

Hígado: De tamaño aumentado, de consistencia más o menos normal, con cápsula transparente, por entre ella se ve el parénquima de color amarillo grisáceo. El lóbulo izquierdo con su borde ligeramente romo.

A la sección da poca sangre, el parénquima hace ligera hernia y se

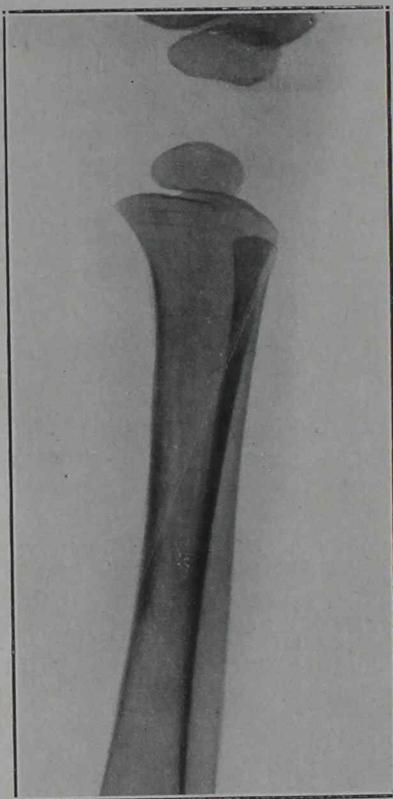


Figura 3

Radiografía de extremidad superior de tibia

ven sembrados en la superficie de sección, en islotes separados, una serie de puntos blanquecinos cuyo tamaño oscila desde una cabeza de alfiler a un grano de mijo y que no desprenden al raspado. Estos islotes están diseminados en todo el parénquima hepático.

Vesícula biliar: Nada de particular; vías permeables.

Estómago: Ligeramente dilatado, autodigerido. En los mesos un semi-llero de ganglios, del tamaño de una arveja.

Intestinos: Nada de particular.

Bazo: Ha sido extirpado quirúrgicamente.

Pancreas: Nada de particular.

Aorta. Toraco abdominal: Normal.

Riñones: De forma y tamaño normal, con cápsula transparente que desprende fácil y deja una superficie lisa y brillante. A la sección se nota relación córtico medular conservada, la superficie da regular cantidad de sangre, el izquierdo está algo más congestionado.

Suprarenales: En la izquierda existe una región tumefacta en el sitio operado.

Vejiga. Uréteres y genitales: Normales.

Estudio histológico de los órganos

Ganglio linfático: La morfología general está conservada, pero, sus senos aparecen llenos de células claras, de gran masa protoplasmática y núcleo pequeño, iguales a los descriptos en el bazo. Estos elementos resultan necesariamente de la proliferación del retículo endotelio de dichos senos y las vacuolas de su protoplasma corresponden, probablemente, a productos fagocitados por las células.

Pulmón: Zonas de congestión y atelectasias.

Hígado: Sin lesiones degenerativas apreciables, con ligera congestión y pequeñas placas de esclerosis, que se desarrollan a partir de los espacios de Kiernan.

Riñón: Normal, salvo una ligera congestión.

Corazón: Sin alteraciones histológicas.

COMENTARIO

En el estado actual de nuestros conocimientos debemos considerar la enfermedad de Gaucher como una entidad clínica autónoma, bien individualizada en sus líneas fundamentales, aunque su naturaleza íntima escape aún con certidumbre a las más empeñosas investigaciones.

Conocida desde hace ya muchos años, los progresos recientes de lo bioquímica y el repetirse de las observaciones, aun escasas, permiten ahondar su estudio, separándola de las demás esplenomegalias crónicas y demostrando su naturaleza, tratarse no de una alteración local de un órgano determinado, sino de una verdadera enfermedad general, localizándose sus alteraciones patológicas visibles, en todo un sistema del organismo.

Los casos recogidos en la bibliografía mundial, aun no alcanzan a sesenta, debiendo apartarse los primeros observados, cuyo estudio fué necesariamente incompleto por motivos obvios.

De todas maneras, la clínica ya nos enseña de acuerdo a esos

casos, que en la tercera parte de las observaciones tratábase de *familias* que habían presentado varios miembros afectos, aunque no pudo precisarse un nexo hereditario, la mayoría de las veces, casos simultáneos o casi.

En la mayoría de las veces se trata de observaciones muy prolongadas, con sobrevida hasta 20 años después de hecho el diagnóstico, aunque la gravedad parece aumentar en los casos más precoces, habiendo sido mortales los estudiados en lactantes.

El diagnóstico, salvo el semiológico de esplenomegalia, es muy dificultoso, por la ausencia de verdaderas particularidades clínicas y salvo el poder descartar las demás causas de esplenomegalia, o recurrir a punción esplénica, como luego veremos, no se consigue evitar el que, como en la gran mayoría de los casos publicados, el diagnóstico se haga por sorpresa o hallazgo de las lesiones histológicas típicas, en la necropsia o esplenectomía.

Generalmente los enfermos acuden al médico por los trastornos inherentes al aumento de volumen del bazo, o éste es un hallazgo de un examen clínico banal. Se comprende muy bien que si el tumor es voluminoso, haga aparecer síntomas de compresión, etc., que no ofrecen dificultad alguna para su explicación y todo esto es semiología pura del tumor esplénico.

Pero si bien se trata, en realidad, de una enfermedad general, los síntomas no abundan.

En la mayoría de las veces se observa un especial descoloramiento de la piel, que toma un color mate parduzco, en ocasiones con depósitos amarillentos, en las escleróticas, que puede llevar al diagnóstico.

Esta coloración, típica en el adulto, no se ha observado en los casos referentes a lactantes estudiados hasta la fecha.

El aspecto de la piel lleva al estudio de la sangre.

Siempre se encuentra una anemia moderada, como en nuestro caso, no hemolítica, con linfocitosis relativa, con escasa regeneración de los elementos.

No se observa nunca hipercolesterinemia y la resistencia globular suele ser normal. En las observaciones de la bibliografía consultada, no figura el hallazgo de fórmulas jóvenes en la sangre circulante. Parece constante la trombocitopenia.

En cuanto a la semiología del aparato linfático, no presenta particularidades, encontrándose, por lo común, los ganglios linfáticos, de tamaño normal o ligeramente aumentados.

Si se practica la punción esplénica con éxito, se observan elementos característicos.

Células grandes, de protoplasma, amorfo en las preparaciones frescas, refringentes.

A veces formando masas multinucleares y que, cuando se observan en el jugo de punción permiten hacer el diagnóstico con facilidad.

En los preparados fijados y coloreados estas células muestran una estructura finamente fibrilar.

Las fibrillas se espesan en la periferia confundándose en membrana.

Y las células cortadas a través aparecen punteadas por la proyección de las fibrillas.

Estas fibrillas parten exclusivamente de las células del retículo y de la adventicia perivasal, se anastomosan entre ellas, dejando en sus intersticios finas gotas de la substancia especial, cuya impregnación forma el hecho fundamental de la enfermedad.

Todas las investigaciones indican que las células que contienen estas inclusiones, pertenecen al retículo y si bien se encuentran también tapizando los senos linfáticos sabemos que embriológicamente tienen un origen muy distinto al endotelio vascular.

La substancia que forma las finas gotas interfibrilares no es un lipóide. Mas aun, si en un caso determinado puede hacerse esa comprobación con seguridad, el diagnóstico de enfermedad de Gaucher debe descartarse según Mandelhaun. (Citado por Ferrata).

Es así que en los exámenes químicos del bazo, los lipoides no están tan aumentados como lo haría pensar el tamaño de la tumoración. Ejemplo: el caso que presentamos.

Presenta esa substancia algunas de las reacciones características de las substancias proteicas, y ninguna de las propiedades típicas de las lecitinas o colesteroína.

Los más recientes trabajos aproximan esa substancia al grupo de los cerebrósidos o heterósidos. Se le indica como *querasina*.

A veces esta substancia particular forma al comprimir las trabéculas celulares y cordones de Billroth, verdaderas masas irregulares, en cuyo centro a veces puede verse una arteriola, rodeada de una capa de fibrillas anastomosadas entre ellas y formando grupos desordenados.

Son frecuentes las pequeñas hemorragias microscópicas en diversos estados de evolución, aunque rara la citofagocitosis y la pre-

sencia de hierro libre demostrable por las reacciones microquímicas.

Son frecuentes como en el caso que presentamos, las lesiones de esclerosis-hepática, aunque aquí la presencia de células de Gaucher muestra de no tratarse de una alteración comparable a las clásicas esclerosis del hígado.

También se ve que las alteraciones corresponden especialmente a las células de la adventicia perivasal.

Los ganglios linfáticos presentan alteraciones constantes.

Las típicas células de Gaucher se ven en la pared de los senos y a veces en cantidad considerable atrofiando el estroma.

Y tratándose de una alteración de todo el retículo, se comprende que un examen minucioso las descubra hasta en los órganos como el timo.

Hasta la fecha sólo se han observado en la sangre circulante en un caso de Guglielmo. (Citado por Ferrata).

Una mención merecen las alteraciones óseas.

Parecen no depender del tiempo de evolución. Así pueden observarse, aunque no es frecuente, graves alteraciones en casos precoces.

La médula es invadida por masas que comprimen y atrofian su estructura. Son frecuentes las fracturas que no tienden a consolidarse.

El periostio y los cartílagos no sufren alteración.

Se comprende fácilmente aquí el valor decisivo de un buen examen radiográfico.

Tratándose de una alteración sistemática nos explicamos el predominio de las lesiones esplénicas.

La impregnación se manifiesta en los elasmatocitos que se hiperplasia e hipertrofian.

Y allí donde estos elementos son más abundantes, es decir, en el bazo, la enfermedad se hace clínicamente visible.

Y son los elementos istiocitarios del retículo y células adventicias los atacados.

Se trata de una alteración primitiva de esos elementos, o de un trastorno metabólico previo que moviliza este sistema como medio de defensa?

Estamos aquí en el terreno de las suposiciones.

Dos palabras debemos decir acerca de otra enfermedad que presenta algún parentesco con la que nos ocupa.

Nos referimos a la esplenomegalia a células lipóidicas, en enfermedad de Niemann Pick, o istiocitosis lipóidica.

Estudiada por Pick, en 1922, es particular de la primera infancia, tratándose de una profunda alteración del metabolismo de los lipoides fosfáticos.

Estos impregnan todos los órganos en los casos avanzados y tienen las características de las lecitinas, demostrándoles fácilmente en el análisis químico.

Las alteraciones son groseras y ya en la sección de los órganos llama la atención el jugo lechoso que rezuman.

Hasta ahora se han publicado cerca de diez casos en la literatura mundial, permitiendo desde ya precisar su predominio en la raza hebrea la presencia concomitante de graves alteraciones degenerativas (idiotia amaurotica) a veces sindactilia y el breve y mortal decurso, de uno a tres años de evolución.

Como vemos, no es posible en la actualidad confundir esta afección con la que motiva la presentación de este trabajo, tampoco con la otra alteración del retículo conocida con el nombre de enfermedad o síndrome de Schuller - Christián, en la que la impregnación se hace por los éteres de la coleslerina, formando las típicas células en espumadera.

TRATAMIENTO.—En la enfermedad de Gaucher, hasta ahora los tratamientos aconsejados no han dado resultados satisfactorios.

Se ha preconizado la radioterapia esplénica con resultados nulos en la mayoría. En algunos, los síntomas habían exacerbado con rápido empeoramiento como los señalados por P. Merklen, Waitz y Waster a la Sociedad Médica de los Hospitales de París, en enero de 1933.

Algunos autores agregan radioterapia profunda de las extremidades en vista de las alteraciones óseas concomitantes.

La *esplenectomía* ha sido igualmente aconsejada aunque los resultados han sido malos. Sin embargo S. de Dziembowsky en el congreso Francés de Cirugía, reunido en París en octubre de 1932, en la sección en que se discutían las hemopatías quirúrgicas comunicó haber operado con buenos resultados dos casos de esta afección, no se dieron mayores detalles de la evolución posterior.

Recientemente E. Lesné, R. Clement y P. Guillaín en los "Archives de Médecine des Enfants, N.º 3, 1934, publican la observación de una niña de 9 años afectada de esta enfermedad en la

que practican la extirpación del bazo con resultados alentadores, ya que operada en septiembre de 1932 continuaba bien en marzo del corriente año, haciendo una vida casi normal.

Nuestro caso no puede computarse ni en pro ni en contra, pues fué intervenido en estado grave, con muy mal estado general, falleciendo dentro de las 48 horas consecutivas.

Recordemos que el bazo era muy voluminoso, pesando 600 gramos.

Creemos que no es la extirpación del bazo la terapéutica del futuro en la enfermedad de Gaucher.

Trátase, no de una esplenopatía aislada y primitiva como al principio se creyera, sino de una retículo-endoteliosis con profundas alteraciones generales.

Sin embargo, la sobrevivida de 18 meses que lleva, ya, la enfermita de Lesné, después de la extirpación del bazo, con mejoría del estado general justifica que se aconseje la esplenectomía hasta tanto no dispongamos de una terapéutica más razonable.

Se consigue, por lo menos, prolongar la vida con ella.

En el caso que presentamos, las radiografías del esqueleto, miembros y manos particularmente, no pusieron de manifiesto alteración alguna. Únicamente en la extremidad de la tibia en la zona diafiseoepifisoria se notan estrías transversales superpuestas con ligera decalcificación vecina.

Pero no hay adelgazamiento de la cortical, no viéndose tampoco el aspecto "pommele" señalado en esta afección.

BIBLIOGRAFIA

- Aicello*.—Ricerche sulla milza in rapp. con la m. Gaucher. "Arch. Pat. Clin. Med.", V. I, 1922.
- Akiba*.—Wucherung der Retik. end. in. Milz. "Virch. Arch. Bd.", 260, 1926.
- Babés*.—Un cas de m. Gauch. avec. gr. cel. eosinoph. "Compl. rend. Soc. Biol.", 1913
- Bernstein*.—Gaucher splen. diagn. by puncture. "Yourn. Am. Med. Ass.", V. 64, 1915.
- Blom y Abt*.—En "Yourn. of. the Am. Med. Ass.", pág. 2076, 1928.
- Brahm*.—En "Klin. Wochensch.", 6: 2467, 1927.
- Bloom*.—Splen. Gaucher a lipid. histiocyt. Nieman. "Am. Yourn. of. Path.", V. I, 1915

- Bloom Kerns*.—Spleens from Gaucher's dis. and lip. histiocyt. "Arch. of int. Med.", V. 39, 1927.
- Brill*.—Primary Splen. Gauch. "Am. Journ. of Med. Sciences", 1905.
- Chalatow*.—Die anisotrope Verfettung. Yena, 1922.
- Corcan*.—"Rev. Franc. Péd.", 3, 789, 1927.
- Dientz*.—"Wien Klinik. Wochs.", pág. 1432, 1927.
- Epstein*.—Zur chemie d. Gauch. Krank. "Med. Klin.", 1924.
- Epstein*.—"Wien Klinik Woch.", 1924, N.º 26.
- Erdmann Moorhead*.—Spleneet. for splenom. "Am. Journ. of Med. sciences", 1914.
- Foot-Ladd*.—Cas of. Gauch. Splen. "Am. Journ. of child. dis.", 1921.
- Ferrata*.—Le emopatie. V. II, Part I, 1934.
- Formi*.—Splen. tip. Gauch. XXX Congr. Med. Int., Milano, 1934.
- Hamburger*.—Fall von hepato. Splenon. typus Niemann. "Kini. Woch.", 960, 1926.
- Harver-Lelée*.—Splen. cron. typ. Gauch. Soc. Med. Hosp., París, 83, 1923.
- Henschen*.—Contrib. a l'estude maladie Gauch. Act. Med. Scand., XVI, 1925.
- Hculand*.—Rich. Gaucher's dis. with exters. invol. of bones (citado por Pick).
- Klercker*.—Enf. de Gaucher. Act. Med. Scand., XVI, 1926.
- Knor y Wahl*.—Gauch. dis. with. rep. two cases in infancy. "Bull. of Y. Hopkivs Hosp.", 1915.
- Kraus*.—Zur Ken. d. Splenom. Gauch. "Zeitsch. f. angeiv. Anat. v. Konstit. Bd.", julio, 1920.
- Kramer*.—"Med. Clin. N. Amer.", 11, 905, 1928.
- Kutschera*.—"Aichenbergen Virch. Arch.", 1925.
- Kritsch, Pachine y Schoumadou*.—La Splen. typ. Gauch. "Bull. Soc. Anat.", París, 1925.
- Lesné, Clement y Guillain*.—Maladie de Gaucher ameliorée par splenectomie. "Archives Med. des Enfants.", Mars, 1934, pág. 129.
- Lieb*.—Cerebros. bei. Splen. typ. Gauch. "Zeits. f. physiol. chem.", 140, 1924.
- Lippmann*.—Zur Klinik. diagn. m. Gauch. "Med. Klinik.", 1922.
- Mandtebaum*.—Two cases of Gauch. "Am. Journ. Med. Sciens", 1919.
- Muhsam*.—Morf. fam. "Gazzet osp. e. din.", 19, 1928.
- Oberling-Wcringer*.—La maladie de Gaucher chez le nourrisson. "Rev. Franc. Péd.", Vol. 3, 1927.
- Pick-Weber*.—D. lipoid. Splend. tip. Niem. "Med. Klin.", 39, 1927.
- Pick-Weber*.—Der morbus Gauch. und. die ihmähnlichen. E. Kran. Kun- gen Ergebinner. "Med. uo Kinderh.", 1926.
- Pick-Weber*.—Weber den. M. Gaucher seine Klin. patol. anat. uhistiopatogen. "Med. Klink.", 1924, (40, 41, 44, 45, 50, 51), 1925, (12, 13, 14, 18).
- Pick-Weber*.—Zur frage der eisen etc. "Klin. Woch.", 1925, 507.
- Pincy*.—Recents advances of haematology. London, 1928.
- Reuben*.—Gaucher dis. "New York. Med. Journ.", V. 107, 1918.
- Rusca*.—Sulla mal. Gaucher. "Hematologica", V. 2, 1921.
- Sapegna*.—La Splen. tip. Gaucher. "Pediatria", 1914.

- Tramontano.*—Sul m. Gaucher. "Gazz. internes Med. Clin.", 1925.
- Wall y Richardson.*—Lipin cont of. a cas of Gauch. disease. "Arch. of. int. Med.", V. 17, 1916.
- Waugh y McIntosh.*—The histiogenesis a nat. of. Gauch. "Arch. of. int. Med.", 33, 1929.
- Weltman Wenticke.*—Zwei fälle von Splen. typ. Gauch. "Wien Klinik. Woch.", 1927.
- Zadek.*—Morbus Gaucher. "Med. Klinik.", 1924.
-

Tratamiento de la sífilis de los niños pequeños por los arsenicales pentavalentes

(Nota previa)

por los doctores

Jaime Damíanovich y A. Vidal Freyre

Hace diez años, en el mes de mayo, Guillemot presentó a la Sociedad de Pediatría de Francia, un lactante de 11 meses, tratado con Stovarsol, por lesiones cutáneomucosas. En junio de ese mismo año, Duperie, Cadenaule y Clarac presentan a la Sociedad de Medicina y Cirugía de Burdeos, un niño de 3 kg. de peso, al cual administraron 0.12 grs. por día, en dos veces, mañana y tarde, durante 12 días seguidos, interrumpiendo la administración del mismo por períodos de 3 días, renovándolo en igual forma cuatro veces. En 72 días el niño ingirió 7.50 grs. de medicamento. Poco después, a fines de 1924, Krösl relata 73 (setenta y tres) casos tratados con Stovarsol, de los cuales 3 eran niños. H. L. Uno solo de ellos fué tratado con este medicamento exclusivamente, volviéndose la reacción de Wassermann negativa, mientras que en los otros dos que recibían tratamiento combinado, la Wassermann se mantuvo positiva. Al año siguiente (1925) Max Soldin y Fritz Lesser refieren siete casos, algunos niños de pocos días de edad. La Wassermann, en todos se volvió negativa.

Desde entonces los trabajos se suceden con profusión, especialmente en los países de habla alemana y en Norte América.

En Francia se han ocupado del tema, aparte de los autores antes citados, Marfan, Babonneix, Blechman y Bonn. Nabarro, de Inglaterra, presenta un trabajo a la 2.º Conferencia de Pediatría

Efectos y dosis de Stovarsol

Autores	N.º de casos	Dosis
Klaften, E., 1927	12	15 grs. con mercur.
Von den Steinen, R., 1927	10	10 - 15 grs. en 3 meses
Soldin, N. y Lesser, F., 1928 y 1930 1928	46	30 - 50 grs.
Krombach, K., 1928	16	5 - 30 grs.
Von Kiss, P., 1929	18	15 - 20 grs.
Tuscherer, J., 1929	—	21 grs.
Smeloff, N. S. y Karabecoff, K. I., 1930	22	4 - 40 grs.
Muller, E., 1930	62 niños	40 - 50 grs.
Huber, H. G., 1930	16 lactantes hasta 21 meses	22.5 - 30 grs.
Huber, H. G., 1930	7 de 21 meses hasta 10 años	22.5 - 30 grs.
Bratusch-Marrain, A., 1930	47	0.005-0.01, 0.015 - 0.02 grs. por k. por día dur. 9 semanas
Martin y Vierkotten, 1930	117	8 grs.
Oppenheim, M., 1928	36	0.25 grs. por k. do- sis total
Maxwell y Glaser	Total: 21 12 - 1 año 9 de 21 meses a 10 años	Principió 21 grs. luego 14 grs.
Traisman A. S.	Total 54, 14 menores de 1 año, 19 entre 1 y 6 años, 21 entre 6 y 12 años	Esquema de Bra- tusch-Marrain
Rosebaum H. A.	41	Bratusch - Marrain modificado. Varias curas

según informes de varios autores

Efecto sobre la reacción Wassermann	Efectos tóxicos
Favorable	Reacción Herxheimer frecuente pero no acentuada, vóm.
8 de 9 casos, negativizados en un período de 3 a 4 meses	
7 casos neg. con 15 grs. en 2 meses; 2 casos neg. con 20 grs. en 9 meses; 3 casos neg. con 25 grs. en 10 semanas; 1 caso neg. con 50 grs. en 5 m.	1 caso de , temperatura sub-normal; 1 caso de eritema.
Negativizados todos menos uno	Tres reacciones Herxheimer.
7 de 18, negativizados	Vómito y diarrea.
Igual a arsenamina y mercurio	
No tan favorable como con arsenamina	
Negativizados todos menos uno	
Todos negativizados	1 caso de piuria transitoria; 1 de fiebre; 3 de diarrea pasajera, erupción mobili-forme y fiebre.
1 negativiz. por una serie tratamiento; 2 recibieron 2 series sin efecto	6 casos de fiebre y erupción (Reacción Jarisch-Herxheimer); 2.
43 % negativiz. vs. 29% negativiz. con neoarsenamina y mercurio	
5 casos permanecieron neg. durante 27 meses	2 casos de parálisis con grandes dosis.
Favorable	Diarrea, fiebre, erupción piel
»	Intolerancia.
»	2 casos de parálisis flácida; 1 de los cuales falleció?
	Vómitos, diarreas y malestar general.
71 % Wass. neg. y 71 % Kahn neg.	En general poco importante.
55 » » » » 33 » » »	1 muerto luego de una dermatitis grave; 17 días después de suspender tratam.
47 » » » » 19 » » »	
Mejor que con otros tratamientos. Resultados mas eficaces cuanto menor el niño	Ninguno.

preventiva que se realizó en Ginebra, en 1932. A esa misma conferencia aportaron contribuciones personales Hamburger, de Viena, Van Groer (Lwow) Rott (Berlín) y Wieland (Bale).

En Norte América A. S. Traisman, Maxwell y Glaser, y H. A. Rosenbaum han publicado trabajos muy importantes sobre lo mismo.

En Alemania, Austria, Hungría, Polonia y otros países, numerosos autores se ocupan de este medicamento, pudiendo citar, además, de los que van resumidos en el cuadro adjunto, a Finkelshtein, M. Danzer, Erna Wagner, L. F. Meyer, Bruck, Opitz y otros.

En España, Juarros y Galarreta, se ocupan del tema, resumiendo los resultados obtenidos en 40 niños tratados durante 3 meses con esta medicación.

Entre nosotros Oláran Chans, lo viene usando desde 1930, habiendo tratado, desde entonces, más de 80 niños, algunos de los cuales han ingerido hasta 160 grs. de medicamento. Murtagh en octubre del año pasado presentó a la Conferencia de Médicos de la 1.^a Infancia, un lactante tratado con 48 grs. de paroxil. En noviembre de ese mismo año, se discute el tema en la Sociedad de Pediatría con motivo de una comunicación de los Dres. Cibils Aguirre y de las Carreras, tomando parte en la discusión los Profesores Acuña, Garrahan y la Dra. Vallino. Ultimamente los doctores Cibils Aguirre y de las Carreras se han vuelto a ocupar del asunto con motivo de la 7.^a Conferencia Pediátrica Río Platense en un extenso y documentado trabajo.

DOSIS Y MODO DE EMPLEO

El método es sencillo; se disuelve el medicamento en un poco de agua y se lo administra regularmente distribuido después de las comidas. Algunos autores, lo dan a la mañana en ayunas de una vez, o repartido en varias veces media hora antes de los alimentos. Los niños lo toman con facilidad.

En cuanto a la duración de la cura y a la cantidad diaria y total que debe administrarse, reina la mayor anarquía entre los autores. Desde los que administran 0.01 gr. por día, llegando a prescribir desde 1.92 a 4.50 grs. en curas de seis semanas o tres o cuatro meses de duración, a los que comienzan con 0.25 por día para ascender rápidamente a un gramo diario, y a totalizar en una cura de duración variable entre cuatro semanas y tres meses,

30, 40 ó 90 grs. de medicamento, hay todas las gradaciones posibles.

Por otra parte, contrastan las dosis pequeñas dados por los pediatras franceses, con las enormes administradas por los de habla alemana, así como los resultados, pues si bien los primeros hablan favorablemente del medicamento, no lo hacen con el entusiasmo de los últimos.

Algunos recomiendan dar el remedio continuamente durante períodos de seis semanas a tres meses, otros dejan intervalos de descanso que varían entre 3 y 7 días.

Unos hacen una cura única y prolongada y otros la repiten después de descansos que varían entre uno y tres meses.

Es notable el hecho que el empleo del paroxil haya conducido a una terapéutica puramente a base de arsénico. Sólo algunos autores combinan este tratamiento con el bismuto (E. Klasten) o mercurio.

Erich Müller de quien Finkelstein se expresa diciendo que es el pediatra que ha tenido más felices resultados en el tratamiento de la lúes del niño, preconiza el siguiente esquema: 7 períodos de 10 días de tratamiento separados por 6 de 4 días de descanso. Total 94 días con un consumo de 40 a 60 grs. de paroxil.

Finkelstein empieza con $\frac{1}{2}$ comprimido de 0.25 grs. y asciende progresivamente hasta 2 comprimidos por día. El tratamiento dura 6 semanas, con un consumo igual a 8 ó 10 grs. Generalmente se practican 3 curas, de modo que la cantidad de medicamento empleado durante el tratamiento, asciende en total de 24 a 30 grs. L. F. Meyer administra dosis progresivas de 1 a 4 tabletas diarias durante 4 semanas. Repite esta última dosis hasta que la reacción de Wasserman se hace negativa. Llega a dar, así, cantidades que oscilan entre 40.60 ó 90 grs., según lo que tarda en hacerse negativa aquella reacción.

Tuscherer administra en 41 días 21 grs. de medicamento, empezando con $\frac{1}{4}$ de comprimido por día y llega a dar hasta tres diarios.

Bratusch Marrain preconiza el esquema siguiente:

1. ^a semana	0.005 grs. por Kg. de peso
2. ^a „	0.010 „ „ „ „ „
3. ^a „	0.015 „ „ „ „ „
4. ^a hasta 9. ^a semana:	0.020 „ „ „ „ „

Después, seis semanas de descanso y hacer una cura análoga.

Esquema de una cura mediante el Paroxil, según Erich Muller

PRIMER PERIODO		SEGUNDO PERIODO		TERCER PERIODO		
1A. Y 2A. SEMANAS		3A. Y 4A. SEMANAS		5A. Y 6A. SEMANAS		
6 días $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ pastilla 4 días $\frac{1}{2}$ a 1 pastilla	10 días de Paroxil a) $\frac{1}{2}$ tableta diaria b) 1 tableta diaria	4 días de Descanso	10 días de Paroxil 1 tableta diaria o 1½-2 tabletas diarias	4 días de Descanso	10 días de Paroxil 1 y $\frac{1}{2}$ tab. diarias o 2-3 tabletas diarias	4 días de Descanso
CUARTO PERIODO		QUINTO PERIODO		SEXTO PERIODO		SEPTIMO PERIODO
7A. Y 8A. SEMANAS		9A. Y 10A. SEMANAS		11A. Y 12A. SEMANAS		13A. Y 14A. SEMANAS
10 días de Paroxil 2 tabletas diarias 3-4 » »	4 días de Descanso	10 días de Paroxil 3 tabletas diarias 4 » »	4 días de Descanso	10 días de Paroxil 4 tabletas diarias 4 » »	4 días de Descanso	10 días de Paroxil 4 tabletas diarias 4 » »

Dependerá de la edad y del estado general del niño, el hecho de empezar con media o con una tableta, así como también la posibilidad y rapidez de llegar a la dosis máxima de cuatro tabletas diarias. Estas se administran, regularmente distribuidas, después de las comidas.

Duración de la curación = 94 días
 Cantidad total de tabletas = 160-220
 Cantidad de Paroxil = 40-46

Maxwel y Glaser en un principio recomendaban el método de Tuscherer, después lo redujeron en un tercio, es decir, en 49 días, administran 14 grs.

A. S. Traisman sigue el método de Bratusch Marrain. Rosenbaum sigue este método modificado.

Nosotros seguimos el esquema de Erich Müller modificado en la forma siguiente:

Comenzamos la cura con dosis menores, $\frac{1}{4}$ ó $\frac{1}{2}$ comprimido y aumentamos gradualmente hasta llegar a 4 comprimidos diarios.

CONTRAINDICACIONES Y MANIFESTACIONES DE INTOLERANCIA

Opitz refiere tres casos de niños con enfermedad de Hodgkin, dos de los cuales murieron de púrpura cerebri, con dosis pequeñas de medicamento. El otro se repuso después de una larga convalecencia. A. S. Traisman en su trabajo tan bien documentado, refiere el caso de una niña de seis años que tuvo una dermatitis arsenical seria y que murió repentinamente 17 días después de suspendida la droga, cuando había mejorado.

E. Martín refiere dos casos de parálisis flácida. Maxwel y Glaser tuvieron dos casos análogos de los cuales uno murió habiendo recibido poco antes, una inyección de tiosulfato de mercurio. Los autores no creen que esta sea la causa de la muerte, sino que la atribuyen a la acetarsona (Stovarsol).

Según algunos autores, se presentan con cierta frecuencia reacciones de Herxheimer. Las observadas por Klaften fueron tan débiles que no las tuvo en cuenta.

Otras manifestaciones de intolerancia son los vómitos, las cefalalgias, los mareos, la excitación nerviosa y la fiebre que obligan a veces a disminuir o espaciar las dosis. Las diarreas son generalmente sin importancia, pues curan en poco tiempo sin disminuir las dosis de la droga. No siempre son imputables al medicamento, siendo la mayor parte de las veces secundarias a procesos catarrales de las vías respiratorias superiores o a otitis.

Hace poco, en esta misma Sociedad, los Dres. Del Carril, Vergnoles y Díaz Bobillo, relataron el caso de un niño luético tratado con paroxil, que murió de bronconeumonía. En la necropsia los autores hallaron lesiones que creen son imputables a la droga.

En nuestras observaciones, hemos encontrado, como podrá verse al relatar las historias clínicas, tres casos de intolerancia; uno de

ellos fué lo bastante marcada como para obligarnos a administrar dosis ínfimas.

Resultados de Soldin y Lesser

Antes y después del uso del Estovarsol

	1919-23	1924-27
Pacientes tratados	47	46
Muertos	24	13
Porcentaje	51 %	28 %

Resultados de Huber

	Acetarsona	Neosalvarsan y hg.
Tratados	16	16
Vómitos	0	4
Aumento de peso por semana	120 grs.	90 grs.
Diarreas	3	9
Muertos	2	5
	(bronquitis purulenta y erisipela)	(bronconeumonías 4 bronquitis capilar1)
Otras infecciones	4 ligeras	9 persistentes
Manifestaciones urinarias	3	4
	(1 piuria, 2 albuminurias)	

Los casos de albuminurias no los considera imputables al medicamento

(Copiado de Masewell y Glasser)

Domingo P. — Historia N.º 8761. Antecedentes hereditarios sífilíticos seguros.

El niño presenta signo de Sisto, palidez terrosa y micropoliadenopatía generalizada. Inicia el tratamiento el 25 de septiembre del año pasado a los 14 meses de edad, con $\frac{1}{2}$ comprimido de paroxil. Al tomar un comprimido diario, el niño no caminaba bien, parecía mareado, lo que nos obligó a volver a la dosis anterior. Después la aumentamos lenta y progresivamente hasta llegar a tomar 4 comprimidos diarios. La dosis total de medicamento ingerido fué la de 93 grs. en 7 meses. Dos curas de 7 series de 10 días, separadas por dos semanas de descanso entre una y otra.

Elvira P. — Historia N.º 9934. Hermana del anterior. Bazo grande y duro. Comenzó el tratamiento a los 25 días de edad, tomando 0.03 grs. por día, aumentando la dosis hasta llegar a ingerir 4 comprimidos diarios. En $6\frac{1}{2}$ meses, esta niña ha tomado en total 52.75 grs. sin

inconveniente alguno. Al final del tratamiento las reacciones de Wasserman y Kahn, tanto la presuntiva como la standard, hechas por el doctor Benjamín D. Martínez, Jefe de Laboratorio del Servicio del Prof. del Carril, fueron como las de su hermano, todas negativas.

H. S. — Historia N.º 9.920. Madre: Reacción de Kahn presuntiva positiva. Al examen del niño: nariz en silla de montar, bazo grande y duro. Inicia el tratamiento el 4 de febrero teniendo 5 meses, 8 días de edad, tomando $\frac{1}{2}$ comprimido 4 días sí y 3 no, hasta el 4 de abril. Ingiere en 2 meses 4 grs. de medicamento. Descansa 2 semanas haciendo después dos series de diez días de tratamiento con cuatro días de intervalo, durante las cuales se le administró dos y 3.25 grs. respectivamente, de paroxil. En total ha ingerido, 9.25 grs. en 93 días. El 3 de julio ha reiniciado el tratamiento siguiendo el esquema de Müller modificado, habiendo ingerido 5.25 grs. de stovarsol en dos series de diez días.

Celia G. — Historia N.º 8684. Acondroplásica e Hipotiroidea. Un examen radiográfico hecho a los 4 meses y 17 días de edad muestra lesiones de periostitis osificante ó 2.ª enfermedad de Fraenkel bien neta. La reacción Wassermann, hecha en ese entonces, fué negativa.

Inicia el tratamiento a los trece meses y 17 días de edad, el 28 de junio del año ppdo., con $\frac{1}{2}$ comprimido diario de paroxil, llegando a tomar hasta 2 comprimidos por día. En tres meses y medio esta niña ingerió 29.75 grs. de medicamento, sin presentar en ningún momento manifestación alguna de intolerancia. El 27 de mayo del corriente año reinicia la medicación con un comprimido por día, habiendo ingerido desde esa fecha hasta hace unos días, 16.12 grs. de stovarsol en 4 series, un poco irregulares en su duración, pues la niña ha estado afectada de otitis y procesos catarrales agudos de vías respiratorias superiores.

Luisa R. — Historia N.º 10.319. Dos meses y 27 días de edad. Peso 2.980 grs. Antecedentes hereditarios seguros. Padres con reacciones serológicas, todas positivas. La niña presenta facies de H. L., con palidez terrosa; ragades e infiltración peribucal, coriza, alopecia de cuero cabelludo y cola de las cejas; fleboesclerosis epicránea, bazo grande y duro y signo de Sisto. Las reacciones de Kahn y Wassermann hechas por el Dr. Miravent, en el D. N. de H. fueron positivas. Las radiografías de huesos hechas por intermedio del Dr. Cervini e interpretadas por él, muestran lesiones groseras de osteocondritis y periostitis osificante. Inició el tratamiento el 6 de marzo, con $\frac{1}{2}$ comprimido siguiendo el esquema mencionado, hasta el 27 de abril, abandonándolo desde esa fecha hasta el 17 de mayo. Lo renueva entonces continuándolo hasta el momento actual, en que está tomando 4 comprimidos diarios. En más de 4 meses, con nueve series de tratamiento, ha ingerido 49 grs. El peso actual es de 7.700 grs. Durante el tratamiento se presentaron varias veces diarreas que curaron en poco tiempo con medicación adecuada, sin disminuir y hasta aumentando las dosis de paroxil. Estos episodios generalmente eran secundarios a traqueitis, anginas u otitis, y ya se presentaban durante el tratamiento o al final de los períodos de descanso.

E. L. — De nuestra clientela civil. Madre con Wassermann positiva. Un mes y 25 días de edad. Peso 4.000 grs. Mongolismo y enfermedad de Roger. Iniciado el tratamiento en mayo de 1933 con dosis de 0.06 grs. en una vez, por la mañana en ayunas, hubo que suspender el medicamento por vómitos y diarreas. Reiniciamos la cura con 0.03 grs. de paroxil, con igual intolerancia. Solamente a dosis de 0.01 gr. fué aceptada la droga, notándose que el solo aumento a 0.015 grs. producía vómitos. Con esas dosis de 0.01 gr. por día, cuatro días sí y tres no, ha continuado durante seis meses y medio, es decir, hasta los ocho meses de edad, época en que se interrumpe la observación.

M. E. R. — Historia N.º 9590. Catorce meses, 29 días. Peso 6.600 gramos. Ha tomado con anterioridad gotas lactadas. Inicia el tratamiento el 15 de junio pasado, con $\frac{1}{2}$ comprimido de stovarsol. Al 5.º día, al tomar un comprimido, tuvo fiebre y eritema en ambas mejillas, por lo cual suspendimos la administración de la droga. A los 9 días, habiéndose extinguido casi completamente el eritema, renueva la medicación con $\frac{1}{4}$ de comprimido para ir ascendiendo progresivamente hasta 1 $\frac{1}{2}$ comprimido por día, que es la dosis a que ha llegado en la actualidad sin ningún inconveniente.

Nos hemos apresurado a traer este caso de reciente observación, por la manifestación de intolerancia que ha presentado.

Actualmente, tenemos en tratamiento más de doce niños de primera infancia y 6 mayores, algunos de los cuales ingieren en el momento actual dos y tres comprimidos diarios de stovarsol o paroxil, indistintamente, sin inconveniente alguno.

Pensamos completar su estudio para comunicar más adelante el resultado.

Ultimamente asociamos la opoterapia hepática al tratamiento específico, en algunos casos, siguiendo lo indicado por M. Villaret, quien insiste desde hace tiempo sobre la rareza de los accidentes arsenobenzólicos en los sujetos a los cuales se los trata de esta manera.

Levaditi ha mostrado que los treponemas conservan su movilidad durante treinta o cuarenta minutos, no sólo en el suero fisiológico, sino también en una solución arsenical; la movilidad desaparece al instante con el agregado de vestigios de extracto hepático. El Prof. Baliña acaba de publicar dos casos de queratitis intersticial rebeldes al tratamiento específico, en los cuales consiguió la mejoría con el agregado de la opoterapia hepática. Como vemos, los extractos de hígado no sólo disminuyen las accidentes, sino que refuerza también la acción de los preparados específicos, ya se los administre por boca o por vía parenteral.

BIBLIOGRAFÍA

- M. v. Paundler y A. Schilsmann.*—Trat. Enciclopédico de Enf. de la Inf., escrito por Erich Müller; pág. 639 y sigte.
- H. Finkelstein.*—Trat. de las Enf. del niño de pecho; pág. 453.
- A. Ravina.*—L'année Thérapeutique. Junio de 1932, pág. 181.
- J. Hutinel et A. Linossier Ardoïn.*—L'heredosyphilis Clinique et Thérapeutique. 1932.
- A. Sézary.*—Le traitement de la syphilis, págs. 48 y sig.
- Prof. J. C. Navarro.*—La sífilis cong. actual y la de hace 25 años. "La Semana Médica", N.º 16, Abril de 1934.
- Prof. P.L. Baluña.*—Queratitis intersticial heredosifilítica. Asociación de la opoterapia hepática a la medicación específica. "La Semana Médica", 19 de julio 1934.
- J. J. Murtagh.*—Osteocondritis sífilítica. (Enf. de Parrot de 2.^a generación). ("B. I. M.", año 2, N.º 2, 1933).
- G. Blechmann y A. Bojm.*—Del empleo del Stovarsol en el extranjero en la sífilis congénita. "Le Nourrisson", julio de 1933.
- Duperie, Cadenaule y Llarac.*—"Gazete hebdom. des sciences med. de Bordeaux", N.º 9, pág. 456, 20 de julio de 1924.
- G. Blechmann.*—"La Medicine", N.º 11.
- Pehu y A. Brochier.*—"J. Med. de Lyon", 1928.
- M. Pehu y M. Chassard.*—Las osteopatías sífilíticas. "J. Med. Franc.", 1927, T. 16, N.º 11.
- Maillet.*—"Monde Medical", N.º 729.
- M. Pinard y Royer Even.*—Las sífilis arsenorresistentes y arsenorecidivantes. "El Día Médico", 16 de julio de 1934.
- Soc. de Pediatría de Franc.*—"Presse Med.", N.º 43, mayo de 1924, pág. 470.
- C. H. Maxwell y J. Glaser.*—"The Am. J. of Dis. of Chil.", julio de 1932.
- A. S. Traisman.*—"The Am. J. of Dis. of Chil.", nov. de 1932.
- Mc Lean, Stafford.*—"The Am. J. of Dis. of Child.", 1931, 41, 1411.
- H. A. Rosenbaum.*—Stovarsol in the Treatment of Syphilis in Infants and in Children. "Amer. J. of Dis. of Chil.", julio de 1932.
- A. F. Abt y A. S. Traisman.*—Stovarsol in the peroral treatment of Cong. Syph. "The J. of Pediatrics.", St. Louis, vol. 1, N.º 2, pág. 172, agosto de 1932.
- Juarros C. y Galarreta P.*—"Siglo Med.", Madrid, 8.º: 653, 1927.
- "Archivos Arg. de Pediatría", 1934.
- Del Carril, Vergnoles y Diaz Obiglio.*—Sífilis y arsénico pentavalente.
- Dres. R. Cibils Aguirre y J. de las Carreras.*—Tratamiento de la sífilis congénita por los arsenicales pentavalentes. Necesidad de unificar las dosis.
-

La vía intraperitoneal en la terapéutica de la primera infancia

(Inyección de suero glucosado isotónico)

por los doctores

Mamerto Acuña y Saúl I. Bettinotti

Al comenzar el año 1931 hicimos una primera publicación titulada "La vía intraperitoneal para la inyección de suero glucosado".

Resumimos nuestra experiencia, comenzada el año 1927.

Presentamos aquella comunicación a la Sociedad de Nipiología, y en la discusión a que dió lugar se opusieron algunos reparos a la difusión de este procedimiento, a pesar de ser un método usado mundialmente por los médicos pediatras, argumentando que no debía incorporarse a la terapéutica corriente, especialmente en el medio rural o en los medios de escasos recursos, pues podrían producirse complicaciones imputables al médico, como ser: inoculación de infecciones microbianas en el peritoneo, dificultad de tener suero glucosado perfectamente esterilizado, provocar estados de shock.

Desde entonces han transcurrido ya tres años, durante los cuales nosotros hemos continuado su uso sistemático. Estamos, pues, en condiciones de ampliar lo que en aquella circunstancia enunciáramos.

En la Sección Internado de Lactantes de la Cátedra Clínica Infantil, hemos practicado este método, controlando y vigilando minuciosamente la evolución de cada caso.

Nuestra investigación ha sido efectuada con el suero glucosado isotónico, medicación de urgencia muy útil en los casos de gran

deshidratación, síndrome grave, que acusa la mayoría de los enfermos que ingresan a la Sección, con trastornos nutritivos serios.

Por la misma vía hemos inyectado suero "Ringer", sangre, urotropina, pero nuestra mayor experiencia se refiere al suero glucosado.

En la primera infancia, frente al cuadro de la gran deshidratación, ya fuera por un trastorno del metabolismo del agua, o por las pérdidas grandes de líquido (vómitos y diarreas), sin la reposición consiguiente, la inyección de líquido por vía subcutánea o el enema gota a gota eran en la práctica corriente el recurso obligado, con los resultados mediocres que conocemos.

No es posible inyectar por la vía subcutánea a un lactante, cantidades útiles de suero, por las razones conocidas: escasa superficie de absorción, imposibilidad de repetir las inyecciones en el mismo lugar, además de ser incómodas y dolorosas.

La vía intraperitoneal salva estos obstáculos principales, cumpliendo, además, las siguientes buenas condiciones:

Sencillez de la técnica;

Facilidad y rapidez de la inyección;

Tolerancia perfecta de la serosa y ausencia de shock;

Posibilidad de la repetición y absorción muy rápida, lo que permite inyectar en una sola dosis una cantidad cinco veces mayor de suero que por cualquier otra vía, y con muchos menos peligro.

Más abajo resumiremos 135 historias clínicas, de otros tantos niños que han estado internados en la Sección; corresponden casi en su totalidad a niños en alimentación artificial que ingresaron en muy grave estado, como podrá apreciarse por la documentación pertinente.

Son muchos los fallecidos; ellos nos han servido para comprobar en la necropsia que el suero glucosado inyectado en la cavidad peritoneal, no había producido lesión alguna macroscópica aun en los casos de inyecciones repetidas durante varios días seguidos; el ejemplo más típico se encontrará en el caso N.º 36.

La técnica, hemos dicho, es sencilla. El lugar de elección para atravesar la pared abdominal y llegar a la cavidad peritoneal corresponde al punto medio de una línea que une la cicatriz umbilical con la espina ilíaca anterosuperior izquierda. Se evita así todo peligro de punzar el intestino, por las razones bien conocidas.

Usamos una aguja de platino, de 5 cms. de largo y 1 mm. de espesor, de bisel muy corto.

Introducimos la aguja oblicuamente a la pared abdominal, perforando en un primer tiempo la piel y el tejido celular y en un segundo tiempo el resto de la pared, quedando así los dos crificios en distinto plano, eliminando el peligro del reflujo del líquido inyectado.

El recipiente que contiene el suero es uno de los frascos sifones comunes, que entibiamos al baño maría en el momento de la inyección y la impulsión del líquido se efectúa por una pera de goma.

Toda esta manipulación y la inyección de 200 c.c. puede efectuarse entre 3 ó 4 minutos.

Hemos usado y recomendamos, de acuerdo a la experiencia de autores norteamericanos que han efectuado minuciosos estudios de las condiciones físicoquímicas del suero glucosado de reciente o vieja preparación, que el suero para inyectar sea preparado y esterilizado dentro de las 24 horas de su uso. (Nos ha sido siempre suministrado por la farmacia del Hospital de Clínicas, cuyo jefe es el Dr. Bandoni). Sin embargo, en situación de urgencia hemos recurrido al que se expende en las Farmacias en ampollas cerradas y esterilizadas, no habiendo tenido accidentes.

En los 135 casos que comentamos no se ha producido ninguna manifestación de infección de la cavidad peritoneal (control de las autopsias).

En un solo caso, el N.º 79, a los tres días de recibir inyecciones intraperitoneales, al punzar por cuarta vez, extrajimos varias gotas de un líquido puriforme. El examen microscópico de varios frotis nos mostró la presencia de leucocitos polinucleares en perfecto estado de conservación y la ausencia absoluta de gérmenes.

Aun en aquellos casos gravísimos, en que el suero glucosado fué usado simplemente como medicación sintomática, vimos que el peso del enfermito se mantuvo o que el descenso fué muy escaso, hecho que concuerda con lo manifestado por otros autores que con anterioridad a nosotros han preconizado el método.

En los casos en que la deshidratación no constituye un síntoma agregado sino que es, puede decirse, la enfermedad misma, asistimos a los pocos minutos de inyectados 200 c.c. o 250 c.c. del medicamento, a una verdadera resurrección.

En el extracto de las 135 historias clínicas, consignamos los

hechos más salientes y creemos que el lector alcanzará a imaginarse el cuadro clínico que presentaba el enfermito, de acuerdo al diagnóstico formulado, edad, peso, etc.

La alimentación que figura en el resumen es la administrada durante su estada en la Sección.

El peso, el que corresponde al lapso de tiempo en que recibió las inyecciones intraperitoneales.

He aquí nuestras observaciones resumidas y consignando únicamente los datos que interesan al presente trabajo.

La síntesis de nuestra tarea puede resumirse así:

Total de casos: 135.

Número de inyecciones en el mismo niño: de 1 hasta 52 inyecciones.

Total de inyecciones efectuadas: 505.

En algunos casos, hasta dos inyecciones diarias.

Edad: Un niño de 11 días; otro, 26 días; varios, 30 días. El de mayor edad fué de dos años.

Peso: El de menos peso fué de 1.900 grs.

Cantidades de suero inyectado por vez:

Un niño de 2.600 grs., de 11 días de edad, recibe 60 grs. por vez. Un niño de 2.880 grs., recibe 250 grs. por vez. Un niño de 4.000 grs., de 4 meses de edad, recibe 300 grs. por vez. Otros niños de más peso han recibido hasta 400 grs. en una vez.

Esta última cifra nos ha parecido excesiva y únicamente ha sido usada por excepción, en casos de niños de peso regular y muy deshidratados. Nos parece que es preferible usar dosis de 200 a 300 c.c., que son bien toleradas aún por niños muy pequeños, y repetir la inyección a las varias horas, en caso de necesidad de mantener la hidratación.

Cantidades totales inyectadas:

Niño de 2.360 grs. de peso, recibe un total de 1.100 c.c.

Niño de 3.440 grs. de peso, recibe un total de 2.750 c.c.

Niño de 5.500 grs. y 11 meses de edad, total 8.100 c.c. en 37 inyecciones (curado). Caso N.º 127.

Niño de 4.800 grs. y 5 meses de edad, total 8.500 c.c. en 52 inyecciones. Fallece, no encontrándose nada de particular en el peritoneo. (Caso N.º 36).

Niño de 4.000 grs., recibe 4.000 c.c. de suero en 16 inyecciones. En la tercera se extrae del peritoneo un líquido filante, cuyo

examen muestra polinucleares conservados (líquido puriforme, sin gérmenes). Fallece 13 días después, no presentando nada de particular en el peritoneo.

A continuación colocamos esquemas breves de nuestras historias clínicas, y las conclusiones que nuestro trabajo nos ha sugerido.

Tales son las observaciones recogidas en el Servicio; centenares de inyecciones practicadas por dicha vía justifican las siguientes conclusiones generales:

1.º La vía intraperitoneal para la inyección medicamentosa, merece ser incorporada a la práctica corriente.

2.º La tolerancia del peritoneo para la inyección de suero glucosado isotónico es perfecta, aun a dosis elevadas y repetidas.

3.º La absorción es rápida, lo cual permite, cuando es necesario, la inyección dos veces por día, y en todos los casos diariamente.

4.º La infección peritoneal debe ser extremadamente rara, ya que no se ha presentado nunca en nuestros casos. Lo mismo podemos decir del shock.

5.º Constituye la vía más rápida y segura por ahora para restituir al organismo infantil el líquido perdido.

N.º 1.—L. 8, N.º 9, Haydée M. B., 3 meses.

Diagnóstico: Descomposición, bronconeumonía, abscesos múltiples, ¿heredo lúes?

Peso al ingreso: 2.900 grs.; peso al fallecer: 2.500 grs. (a los 20 días).

Alimentación natural.

Número de inyecciones: 9.

Cantidad máxima inyectada en una vez: 150 c.c.

Cantidad total de suero inyectado: 670 c.c.

Autopsia: Nada de particular en el peritoneo.

N.º 2.—L. 8, N.º 16, C. T., 7 meses.

Diagnóstico: Distrofia, enterocolitis, tuberculosis pulmonar primera infección, miliar.

Peso al ingreso: 4.500 grs.; peso al fallecer: 4.430 (a los 11 días).

Alimentación natural y mixta.

Número de inyecciones: 8.

Cantidad por inyección: 100 c.c.

Total inyectado: 760 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 3.—Rafaela B., 3 meses.

Diagnóstico: Bronquitis, hipoalimentación (gemelo débil congénito).

Peso al ingreso: 2.100 grs.; peso al salir (19 días): 1.800 grs.

Número de inyecciones: 2 (los dos últimos días de su estada).

Cantidad máxima por inyección: 75 c.c.

Total inyectado: 145 c.c.

N.º 4.—L. S., N.º 35, Jorge O., 1 mes y 15 días.

Diagnóstico: Bronconeumonía, dispepsia por infección, prematuro, alimentación artificial exclusiva desde los primeros días.

Estada en el servicio: 25 días.

Peso al ingresar: 2.300 grs.; peso al fallecer: 2.200 grs.

Las inyecciones los tres últimos días.

Número de inyecciones: 3.

Cantidad máxima por inyección: 120 c.c.

Total inyectado: 340 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 5.—L. 9, N.º 61, María E. N., 2 meses.

Diagnóstico: Anemia con esplenomegalia, hipoalimentación, lúes.

Estada en el servicio: 2 días.

Alimentación: natural.

Peso: 3.000 grs.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad de suero: 50 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 6.—L. 9, N.º 67, Manuel G., 3 meses.

Diagnóstico: Descomposición, bronconeumonía.

Estada en el servicio: 2 días.

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 3.020 grs.; peso al fallecer: 2.850 grs.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad de suero: 50 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 7.—L. 9, N.º 70, César A. B., 2 meses y 10 días.

Diagnóstico: Toxicosis.

Estada en el servicio: 8 días.

Peso al ingreso: 3.600 grs.; peso al fallecer: 3.580 grs.

Alimentación: natural.

Número de inyecciones: 8.

Cantidad máxima por inyección: 140 c.c.

Cantidad inyectada: 1.040 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 8.—L. 9, N.º 71, Juan José C., 3 meses.

Diagnóstico: Toxicosis.

Estada en el servicio: 3 días.

Peso al ingreso: 3.950 grs.; peso al fallecer: 3.800 grs.

Alimentación: natural.
Número de inyecciones: 2 (en el mismo día).
Cantidad de suero: 200 c.c.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 9.—L. 9, N.º 80, Catalina R., 10 meses.
Diagnóstico: Toxicosis.
Estada en el servicio: 6 días.
Peso al ingresar: 5.250 grs.; peso al fallecer: 5.100 grs.
Alimentación: natural.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad inyectada: 100 c.c.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 10.—L. 10, N.º 4, Carlos A. T., 42 días.
Diagnóstico: Descomposición, heredolúes?
Estada en el servicio: 10 horas.
Peso al ingreso: 2.800 grs.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad inyectada: 100 c.c.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 11.—L. 10, N.º 6, Pedro I., 7 meses.
Diagnóstico: Descomposición, broneoneumonía.
Estada en el servicio: 5 días.
Alimentación: natural.
Peso al ingreso: 3.200; peso al salir: 3.050.
Número de inyecciones: 3.
Cantidad máxima por inyección: 100 c.c.
Cantidad inyectada: 300.
Tolerancia perfecta del suero.

N.º 12.—L. 10, N.º 8, Rafael B., 5 meses.
Diagnóstico: Distrofia.
Peso al ingreso: 2.700 grs.
Alimentación: natural y mixta después.
Número de inyecciones: 27 (una todos los días).
Peso: 2.750 (estacionado).
Cantidad máxima por inyección: 100 c.c.
Cantidad inyectada: 2.800 c.c.
Curado de su distrofia. Tolerancia perfecta.

N.º 13.—L. 10, N.º 12, Carlos C. L., 3 meses.
Diagnóstico: Distrofia, enterocolitis.
Alimentación: Leche ácida (ácido láctico) y Dextro Malto.
Peso al ingreso: 3.550 grs.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad inyectada: 100 c.c.
Tolerancia perfecta: Niño curado.

N.º 14.—L. 10, N.º 19, Adelina L., 6 meses.

Diagnóstico: Distrofia, infección.

Estada en el servicio: 18 días.

Peso al ingreso: 2.850 grs.

Alimentación: natural.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad inyectada: 100 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 15.—L. 10, N.º 20, Ernesto N., 2 meses y 6 días.

Diagnóstico: Toxicosis a forma meníngea.

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 3.500 grs.

Número de inyecciones: 4.

Cantidad máxima por inyección: 200 c.c.

Cantidad inyectada: 680 c.c.

Tolerancia perfecta del suero. Curación.

N.º 16.—L. 10, N.º 26, Juan L., 18 meses.

Diagnóstico: Bronconeumonía, enterocolitis.

Alimentación: natural y papilla de Germinase.

Peso al ingreso: 8.100 grs.; peso al fallecer: 8.100 grs.

Número de inyecciones: 3.

Cantidad máxima por inyección: 100 c.c.

Cantidad inyectada: 260 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 17.—L. 10, N.º 28, José G. C., 5 meses.

Diagnóstico: Meningitis meningocócica.

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 5.500 grs.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad inyectada: 100 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 18.—L. 10, N.º 34, Roque Z., 12 meses.

Diagnóstico: Bronconeumonía.

Alimentación: artificial.

Peso al ingreso: 7.500 grs.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad inyectada: 100 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 19.—L. 11, N.º 93, Francisco G., 8 meses.

Diagnóstico: Toxicosis.

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 6.000 grs.

Número de inyecciones: 2.

Cantidad máxima por inyección: 200 c.c.

Cantidad inyectada: 400 c.e.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 20.—L. 11, N.º 97, Angélica B., 2 ½ meses.
Diagnóstico: Toxicosis.
Alimentación: natural.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad inyectada: 130 c.e.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 21.—L. 11, N.º 98, Olga B. G., 10 meses.
Diagnóstico: Toxicosis.
Alimentación: natural.
Peso al ingreso: 6.200 grs.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad inyectada: 200 c. e.
Tolerancia perfecta. Curación.

N.º 22.—L. 11, N.º 99, Haydée G., 10 meses.
Diagnóstico: Toxicosis, infección.
Estada en el servicio: 6 días.
Peso al ingreso: 6.400 grs.; peso al fallecer: 6.100 grs.
Alimentación: natural.
Número de inyecciones: 5.
Cantidad máxima por inyección: 150 c.e.
Cantidad inyectada: 750 c.e.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 23.—L. 11, N.º 106, Lía M., 6 meses.
Diagnóstico: Toxicosis.
Alimentación: natural.
Peso al ingreso: 2.200 grs.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad inyectada: 1500 c.e.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 24.—L. 12, N.º 3, Aída F., 10 meses.
Diagnóstico: Distrofia, estados dispépticos por alimentación artificial.

Alimentación: natural; después mixta.
Peso al ingreso: 4.350 grs.
Número de inyecciones: 16.
Cantidad máxima por inyección: 150 c.e.
Cantidad inyectada: 1550 c.e.
Con motivo de un gran descenso de peso recibió 10 inyecciones en 9 días.

Tolerancia perfecta al suero. Curación.

N.º 25.—L. 12, N.º 12, Angel M., 6 meses.
Diagnóstico: Distrofia alimenticia de mediana intensidad.

Alimentación: natural, luego mixta y artificial concentrada.

Peso al ingreso: 3.600 grs.

Número de inyecciones: 9 (6 en días sucesivos).

Cantidad máxima por inyección: 100 c.c.

Cantidad inyectada: 900 c.c.

Tolerancia perfecta al suero. Curación.

N.º 26.—L. 12, N.º 15, Judith F., 6 meses.

Diagnóstico: Dispepsia, estado tóxico.

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 4.450 grs.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad inyectada: 100 c.c.

Tolerancia perfecta. Curación.

N.º 27.—L. 12, N.º 19, Arturo O. F., 2 años.

Diagnóstico: Adenitis tuberculosa del cuello, púrpura, miliar generalizada, pericarditis con gran derrame.

Alimentación: artificial.

Peso al ingreso: 8.100 grs.

Número de inyecciones: 2.

Cantidad inyectada: 170 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo atribuible al suero.

N.º 28.—L. 12, N.º 21, Angel R., 12 meses.

Diagnóstico: Atrepsia, enterocolitis, bronconeumonía.

Peso al ingreso: 5.000 grs., que se mantiene durante los dos días que permanece en el servicio.

Alimentación: mixta y natural.

Número de inyecciones: 2.

Cantidad inyectada: 200 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 29.—L. 12, N.º 22, Silvano O., 6 meses.

Diagnóstico: Distrofia por alimentación artificial defectuosa prolongada. Evolución lenta con períodos de mejoría y otros de diarrea, estado tóxico final, megaestómago.

Alimentación: mixta.

Peso al ingreso: 3.900 grs.

Número de inyecciones: 12.

Cantidad máxima por inyección: 100 c.c.

Cantidad inyectada: 1.200 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 30.—L. 12, N.º 23, Carolina A. C., 8 meses.

Diagnóstico: Tuberculosis cavitaria, miliar de pulmón.

Alimentación: mixta.

Peso al ingreso: 4.000 grs. que se mantiene durante 8 días, a pesar de la mala alimentación.

Número de inyecciones: 9.

Cantidad máxima por inyección: 100 c.c.
Cantidad inyectada: 900 c.c.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 31.—L. 12, N.º 25, Elsa E. P., 1 año.
Diagnóstico: Raquitismo florido, atrepsia, bronconeumonía, epiglotis en cartucho, heredolúes.

Peso al ingreso: 4.500 grs.
Alimentación: artificial.
Número de inyecciones: 4.
Cantidad máxima por inyección: 100 c.c.
Cantidad inyectada: 400 c.c.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 32.—L. 12, N.º 26, Leopoldo M., 2 meses y 12 días.
Diagnóstico: Toxicosis.

Alimentación: natural.
Peso al ingreso: 4.000.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad inyectada: 180 c.c.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 33.—L. 12, N.º 32, Elsa E., 5 meses.
Diagnóstico: Toxicosis.

Dieta hídrica y alimentación: natural.
Peso al ingreso: 4.300 grs.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad inyectada: 100 c.c.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 34.—L. 12, N.º 34, Enrique F., 3 meses y 13 días.
Diagnóstico: Estado dispéptico, bronconeumonía.

Alimentación: natural.
Peso al ingreso: 4.300 grs. que se mantiene durante la enfermedad.
Número de inyecciones: 4.
Cantidad máxima por inyección: 150 c.c.
Cantidad inyectada: 480 c.c.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 35.—L. 12, N.º 35, Héctor M. B., 20 meses.
Diagnóstico: Anemia grave (seudoleucémica).

Peso al ingreso: 12.800 grs. desciende a 12.000 grs. en dos días, se detiene con la inyección de suero.
Número de inyecciones: 2.
Cantidad máxima por inyección: 200 c.c.
Cantidad inyectada: 300 c.c.

N.º 36.—L. 12, N.º 39, Blanca C., 5 meses.

Diagnóstico: Meningoencefalitis postgripal? Xeroftalmia trófica, caquexia lenta, bronconeumonía.

Peso al ingreso: 4.800 grs.

Alimentación natural. Durante los primeros meses recibió casi diariamente una inyección de suero. Luego se suspendió durante tres meses y medio, para volverse a inyectar los últimos cuatro días, cuando aparecieron los síntomas de bronconeumonía.

Número de inyecciones: 52.

Cantidad máxima por inyección: 250 c.c.

Cantidad inyectada: 8.500 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 37.—L. 12, N.º 40, Roberto J. D., 2 meses y 23 días.

Diagnóstico: Debilidad congénita, heredolúes, alimentación artificial precoz.

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 2.500 grs.

Las inyecciones las recibe al tercer día, y los 4 últimos días. Estuvo internado 12 días siendo retirado por voluntad de la familia, falleciendo dos días después, no recibiendo ninguna clase de alimento.

El descenso de peso se detuvo cuando se le inyectó suero, el que toleró perfectamente.

Número de inyecciones: 5.

Cantidad máxima por inyección: 100 c.c.

Cantidad inyectada: 500 c.c.

N.º 38.—L. 12, N.º 42, Oscar P. E., 4 meses y 14 días.

Diagnóstico: Dispepsia alimenticia, estado tóxico con gran deshidratación y descenso de peso, esclerema.

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 4.700 grs.; peso al fallecer: 4.850 grs.

Número de inyecciones: 2.

Cantidad máxima por inyección: 250 c.c.

Cantidad inyectada: 450 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 39.—L. 12, N.º 44, Esther L., 2 meses y 8 días.

Diagnóstico: Debilidad congénita en un mellizo y bronconeumonía.

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 1.900 grs., luego estacionado.

Número de inyecciones: 5.

Cantidad máxima por inyección: 100 c.c.

Cantidad inyectada: 480 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 40.—L. 12, N.º 45, José S., 7 meses.

Diagnóstico: Adenopatía traqueobrónquica tuberculosa.

Alimentación: artificial.

Peso al ingreso: 4.800 grs.

Número de inyecciones: 2.

Cantidad máxima por inyección: 100 c.c.

Cantidad inyectada: 200 c.c.
Tolerancia perfecta.

N.º 41.—L. 13, N.º 57, Juan S., 18 meses.
Diagnóstico: Neumonía, estado dispéptico.
Alimentación: artificial.
Peso al ingreso: 1.500 grs.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad inyectada: 150 c.c.
Tolerancia perfecta. Niño curado.

N.º 42.—L. 13, N.º 68, Leonor M., 1 mes y 24 días.
Diatesis exudativa (eczema generalizado), bronconeumonía.
Alimentación: natural.
Peso al ingreso: 3.400 grs.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad inyectada: 200 c.c.

N.º 43.—L. 13, N.º 88, Damián A. G., 13 meses.
Diagnóstico: Bronconeumonía, enterocolitis.
Alimentación: artificial.
Peso al ingreso: 7.500 grs.
Número de inyecciones: 5.
Cantidad máxima por inyección: 150 c.c.
Cantidad inyectada: 560 c.c.
Evolución posterior buena, tolerancia perfecta al suero.

N.º 44.—L. 13, N.º 89, Margarita A., 10 ½ meses.
Diagnóstico: Pleuresía purulenta neumocócica, tratamiento con lavajes e inyecciones intrapleurales de optoquina.
Alimentación: natural.
Peso al ingreso: 7.000 grs.
Número de inyecciones: 2.
Cantidad máxima por inyección: 100 c.c.
Cantidad total inyectada: 200 c.c.
Tolerancia perfecta del suero.

N.º 45.—L. 13, N.º 91, José Luis S., 2 años.
Diagnóstico: Distrofia, bronconeumonía, enterocolitis.
Alimentación: natural.
Peso al ingreso: 5.600 grs.; peso al fallecer: 5.700 grs. (Tercer día).
Número de inyecciones: 3.
Cantidad máxima por inyección: 200 c.c.
Cantidad total inyectada: 500 c.c.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 46.—L. 13, N.º 92, Wáshington R., 7 meses.
Diagnóstico: Descomposición, bronconeumonía.
Alimentación: natural.
Peso al ingreso: 3.100 grs.; peso al fallecer: 3.200 (Tercer día).

Número de inyecciones: 2.

Cantidad máxima por inyección: 200 c.c.

Cantidad total inyectada: 350 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 47.—L. 13, N.º 93, Miguel A. R., 10 meses.

Diagnóstico: Escarlatina, congestión pulmonar, estado dispéptico.

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 5.860 grs. Fallece a las 24 horas.

Número de inyecciones: 2.

Cantidad total inyectada: 450 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 48.—L. 13, N.º 96, Juana G., 4 meses.

Diagnóstico: Toxicosis a forma meníngea (fallece a las 8 horas).

Número de inyecciones: 1.

Cantidad total inyectada: 200 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 49.—L. 13, N.º 97, Victoria L., 7 meses.

Diagnóstico: Toxicosis, bronconeumonía.

Alimentación: mixta y natural exclusiva.

Peso al ingreso: 5.300 grs.; peso al fallecer: 4.800 grs.

Estada en el servicio: 22 días.

Número de inyecciones: 4.

Cantidad máxima por inyección: 150 c.c.

Cantidad total inyectada: 450 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 50.—L. 13, N.º 98, Pedro Ramón V., 8 meses.

Diagnóstico: Distrofia, enterocolitis, toxicosis.

Alimentación: mixta.

Peso al ingreso: 5.600 grs.

Número de inyecciones: 1 (al final del proceso que duró un mes y nueve días).

Cantidad total inyectada: 200 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 51.—L. 13, N.º 99, Pilar C., 4 meses.

Diagnóstico: Toxicosis a forma meníngea (vómitos porráceos). Fallece antes de las 48 horas de su ingreso.

Peso al ingreso: 3.600 grs.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad total inyectada: 200 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 52.—L. 13, N.º 105, Dora V., 8 meses.

Diagnóstico: Toxicosis, bronconeumonía, distrofia.

Alimentación: mixta.

Peso al ingreso: 3.800 grs.

Número de inyecciones: 1.
Cantidad total inyectada: 250 c.e.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 53.—L. 13, N.º 106, Francisco K., 2 meses.
Diagnóstico: Enterocolitis? (deposiciones sanguinolentas).
Alimentación: natural.
Peso al ingreso: 3.800 grs.
Fallece a las 24 horas de su ingreso.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad total inyectada: 200 c.e.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 54.—L. 14, N.º 4, Laura D., 1 mes.
Diagnóstico: Toxicosis, otitis supurada.
Alimentación: natural.
Peso al ingreso: 2.800 grs.; peso al fallecer: 2.250 grs. (Sexto día).
Número de inyecciones: 4.
Cantidad máxima por inyecciones: 200 c.e.
Cantidad total inyectada: 400 c.e.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 55.—L. 14, N.º 6, Juana G., 3 meses.
Diagnóstico: Hipoalimentación desde el nacimiento, alimentación artificial precoz, diatesis exudativa, otitis media supurada, descomposición.
Alimentación: natural.
Peso al ingreso: 2.800 grs.; peso al fallecer: 2.450 grs.
Número de inyecciones: 15.
Cantidad máxima por inyección: 200 c.e.
Cantidad total inyectada: 1.500 c.e.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 56.—L. 14, N.º 9, José M. S., 3 meses.
Diagnóstico: Toxicosis alimenticia, tratamiento con insulina, suero glucosado y leche de mujer.
Peso al ingreso: 3.300 grs.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad total inyectada: 200 c.e.
Tolerancia perfecta. Curación.

N.º 57.—L. 14, N.º 1, Rubén A., 1 mes.
Diagnóstico: Debilidad congénita, hipoalimentación, atrepsia.
Alimentación: natural.
Peso al ingreso: 2.340 grs.; al fallecer: 2.340 grs.
Número de inyecciones: 2.
Cantidad máxima por inyección: 200 c. e.
Cantidad total inyectada: 300 c.e.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 58.—L. 14, N.º 23, Luis A. B.

Diagnóstico: Distrofia grave con diarrea, descomposición.

Alimentación: mixta; en los tres últimos días: natural.

Estada en el servicio: 9 días.

Peso al ingreso: 4.190 grs.; peso al fallecer: 3.790 grs.

Número de inyecciones: 7.

Cantidad máxima por inyección: 200 c.e.

Cantidad total inyectada: 1.200 c.e.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 59.—L. 14, N.º 24, Osvaldo P., 26 días.

Diagnóstico: Debilidad congénita, infecciones múltiples, heredolúes.

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 2.350 grs.; peso al fallecer: 2.190 grs. (Séptimo día).

Número de inyecciones: 4.

Cantidad máxima por inyección.

Cantidad total inyectada: 550 c.e.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 60.—L. 14, N.º 26, Adolfo S., 5 1/2 meses.

Diagnóstico: Toxicosis, estados dispépticos anteriores.

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 5.000 grs.; peso el día del alta: 4.720 grs.

Número de inyecciones: 5.

Cantidad máxima por inyección: 250 c.e.

Cantidad total inyectada: 1.250 c.e.

Tolerancia perfecta. Curación.

N.º 61.—L. N.º 28, Angel Q., 9 1/2 meses.

Diagnóstico: Tuberculosis primera infección, evolutiva, úlcero caseosa, con vómitos, caverna en pulmón derecho, pulmón izquierdo clínicamente sano.

Alimentación: mixta.

Peso al ingreso: 5.980 grs.

Número de inyecciones: 4.

Cantidad máxima por inyección: 200 c.e.

Cantidad total inyectada: 800 c.e.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 62.—L. 14, N.º 32, José L. C., 5 meses.

Diagnóstico: Toxicosis, enterocolitis, bronconeumonía.

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 3.460 grs.; peso al fallecer: 3.520 grs. (Cuarto día).

Número de inyecciones: 3.

Cantidad máxima por inyecciones: 200 c.e.

Cantidad total inyectada: 600 c.e.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 63.—L. 15, N.º 42, Alfredo V., 2 años.

Diagnóstico: Anemia pseudoleucémica.

Alimentación: mixta.

Peso al ingreso: 5.000 grs.; 2 días después al suspender las inyecciones: 5.100 grs.

Cantidad total inyectada: 400 c.e.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 64.—L. 15, N.º 45, Francisca C., 2 años.

Diagnóstico: Pleuresía purulenta consecutiva a una bronconeumonía prolongada, amaurosis optoquímica, sordera ítem. Curación.

Alimentación: mixta.

Peso al ingreso: 7.300 grs.; después: 7.000 grs.

Número de inyecciones: 8.

Cantidad máxima por inyección: 250 c.e.

Cantidad total inyectada: 1.700 c.e.

Tolerancia perfecta. Curación.

N.º 65.—L. 15, N.º 48, Alberto C., 14 meses.

Diagnóstico: Neumonía derecha (lóbulo medio), pleuresía purulenta.

Alimentación: artificial.

Peso al ingreso: 8.650 grs.; fallece el mismo día.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad total inyectada: 250 c.e.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 66.—L. 15, N.º 50, Sara R. C., 4 ½ meses.

Diagnóstico: Bronconeumonía, enterocolitis?

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 5.000 grs.; peso al fallecer: 5.080 grs.

Número de inyecciones: 4.

Cantidad máxima por inyección: 220 c.e.

Cantidad total inyectada: 820 c.e.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 67.—L. 15, N.º 53, Leonardo E., 9 meses.

Diagnóstico: Bronconeumonía.

Alimentación: artificial.

Peso al ingreso: 6.180 grs.

Número de inyecciones: 2.

Cantidad máxima por inyección: 250 c.e.

Cantidad total inyectada: 500 c.e.

N.º 68.—L. 15, N.º 56, Anatolio J., 15 meses.

Diagnóstico: Enterocolitis infecciosa.

Alimentación: mixta.

Peso al ingreso: 10.700 grs.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad total inyectada: 250 c.e.

Tolerancia perfecta al suero.

N.º 69.—L. 15, N.º 58, Irma P., 48 días.

Diagnóstico: Meningitis meningocócica tabicada, hipertensión craneana.

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 3.220 grs.; peso al fallecer: 3.260 grs.

Número de inyecciones: 2.

Cantidad total inyectada: 200 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 70.—L. 15, N.º 62, Mercedes M., 8 meses.

Diagnóstico: Distrofia grave, otitis.

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 4.700 grs.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad máxima por inyección: 200 c.c.

Tolerancia perfecta, mejoría.

N.º 71.—L. 15, N.º 63, José U., 3 meses y 5 días.

Diagnóstico: Distrofia, bronconeumonía, agenesia del pabellón del oído y conducto auricular izquierdo.

Alimentación: mixta.

Peso al ingreso: 3.000 grs.; 2 1/2 meses después, 3.000 grs.

Número de inyecciones: 5.

Cantidad máxima por inyección: 150 c.c.

Cantidad total inyectada: 650 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 72.—L. 15, N.º 68, Luisa L., 9 meses.

Diagnóstico: Descomposición, malformación congénita de corazón.

Alimentación: mixta.

Peso al ingreso: 3.380 grs.

Número de inyecciones: 2.

Cantidad máxima por inyección: 150 c.c.

Cantidad total inyectada: 250 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 73.—L. 15, N.º 73, María D. D., 9 meses.

Diagnóstico: Bronconeumonía a focos diseminados.

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 7.200 grs.

Fallece a las pocas horas de su ingreso.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad total inyectada: 150 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 74.—L. 15, N.º 78, Sara L. A., 10 meses.

Diagnóstico: Toxicosis, bronconeumonía.

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 5.560 grs.; peso al fallecer: 5.560 grs. (Sexto día).

Número de inyecciones: 6.

Cantidad máxima por inyección: 200 c.c.

Cantidad total inyectada: 1.100 c.e.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 75.—L. 15, N.º 81, José C. C., 4 meses.
Diagnóstico: Enterocolitis.
Alimentación: natural.
Peso al ingreso: 4.890 grs.
Fallece a las 15 horas de su ingreso.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad total inyectada: 250 c.e.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 76.—L. 15, N.º 83, Ricardo B., 6 meses.
Diagnóstico: Toxicosis, coqueluche.
Alimentación: natural.
Peso al ingreso: 5.200 grs.
Número de inyecciones: 2.
Cantidad máxima por inyección: 150 c.e.
Cantidad total inyectada: 300 c.e.

N.º 77.—L. 15, N.º 84, Juan P., 3 meses.
Diagnóstico: Toxicosis a forma meningea.
Alimentación: natural.
Peso al ingreso: 4.800 grs.
Fallece a las pocas horas de su ingreso.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad total inyectada: 250 c.e.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 78.—L. 15, N.º 85, María N. P., 5 meses.
Diagnóstico: Septicemia bronconeumonía.
Alimentación: natural.
Peso al ingreso: 3.300 grs.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad total inyectada: 200 c.e.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 79.—L. 15, N.º 87, Luis M., 8 ½ meses.
Diagnóstico: Toxicosis, bronconeumonía, ¿invaginación intestinal agónica?

Alimentación: natural.
Peso al ingreso: 6.500 grs.; peso al fallecer: 6.300 grs.
Fallece a los 16 días.

Número de inyecciones: 16.
Cantidad máxima por inyección: 300 c.e.
Cantidad total inyectada: 4.000 c.e.

Al tercer día se retira del peritoneo un líquido espeso, filante; al examen microscópico, muestra polinucleares bien conservados, sin gérmenes.
Autopsia: 13 días después. Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 80.—L. 15, N.º 88, José M. T., 9 meses.

Diagnóstico: Toxicosis a forma meníngea.

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 4.700 grs.

Fallece a las 5 horas.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad total inyectada: 350 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

Permite comprobar la reabsorción completa del líquido inyectado.

N.º 81.—L. 15, N.º 93, Marta A., 12 meses.

Diagnóstico: Distrofia, enterocolitis, diatesis neuropática.

Alimentación: mixta y natural después.

Peso al ingreso: 6.300 grs.

Número de inyecciones: 4.

Cantidad máxima por inyección: 400 c.c.

N.º 82.—L. 16, N.º 4, Nelly U., 9 meses.

Diagnóstico: Toxicosis, bronconeumonía.

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 5.280 grs.

Fallece a las 9 horas de su ingreso.

Número de inyecciones: 2.

Cantidad máxima por inyección: 300 c.c.

Cantidad total inyectada: 550 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 83.—L. 16, N.º 5, Helmuth B., 5 meses.

Diagnóstico: Toxicosis, bronconeumonía, claudicación de corazón.

Alimentación: mixta.

Peso al ingreso: 4.040 grs.

Fallece a las 4 horas de su ingreso.

Alimentación: mixta.

Cantidad total inyectada: 250 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 84.—L. 16, N.º 6, Manuel V., 10 ½ meses.

Diagnóstico: Estado dispéptico, enterocolitis.

Alimentación: natural.

Peso al ingreso: 7.400 grs.; después: 7.200 grs.

Mejóro.

Número de inyecciones: 2.

Cantidad máxima por inyección: 300 c.c.

Cantidad total inyectada: 550 c.c.

Tolerancia perfecta. (Terminó su curación fuera del hospital).

N.º 85.—L. 16, N.º 11, María G., 5 meses.

Diagnóstico: Toxicosis, neumonía de base derecha, neumotórax espontáneo.

Alimentación: natural.

Peso al ingresar: 6.400 grs.; peso al fallecer: 6.100 grs.
Número de inyecciones: 3.
Cantidad máxima por inyección: 200 c.e.
Cantidad total inyectada: 600 c.e.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 86.—L. 16, N.º 7, Haydée, C., 5 meses.
Diagnóstico: Toxicosis a forma meníngea.
Alimentación: mixta.
Fallece a las 7 horas de su ingreso.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad inyectada: 250 c.e.

N.º 87.—L. 16, N.º 13, María A., 1 año y 11 meses.
Diagnóstico: Distrofia por neuropatía alimenticia. Heredolúes.
Alimentación: completa.
Peso al ingresar: 8.300 grs.; peso al salir: 8.100 grs.
Número de inyecciones: 2.
Cantidad por inyección: 250 c.e.
Cantidad total inyectada: 450 c.e.
Tolerancia perfecta.

N.º 88.—L. 16, N.º 15, Elvira D., 4 meses.
Diagnóstico: Hipertonía.
Alimentación: natural, después mixta.
Peso al ingresar: 2.600 grs.; peso al fallecer: 4.600 grs.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad total inyectada: 250 c.e.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 89.—L. 16, Alberto G., 3 meses.
Diagnóstico: Toxicosis alimenticia curada. Hemorragia ventricular.
Alimentación: natural, después mixta.
Peso al ingresar: 4.750 grs.; peso al salir: 9.600 grs.
Número de inyecciones: 16.
Cantidad máxima por inyección: 300 c.e.
Cantidad total inyectada: 3.900 c.e.
Tolerancia perfecta.

N.º 90.—L. 16, N.º 17, María B., 6 meses.
Diagnóstico: Toxicosis alimenticia.
Alimentación: natural, luego mixta.
Peso al ingresar: 4.100 grs.; peso al salir: 4.900 grs.
Número de inyecciones: 3.
Cantidad máxima por inyección: 200 c.e.
Cantidad total inyectada: 600 c.e.
Tolerancia perfecta.

N.º 91.—L. 16, N.º 21, Ana B., 9 meses.
Diagnóstico: Toxicosis ligera, gran deshidratación.

Alimentación: natural, luego mixta.

Peso al ingresar: 4.100 grs.; peso al salir: 5.000 grs.

Número de inyecciones: 2.

Cantidad máxima inyectada: 250 c.c.

Cantidad total inyectada: 450 c.c.

Tolerancia perfecta.

N.º 92.—L. 16, N.º 24, Nélica D., 15 meses.

Diagnóstico: Distrofia, dispepsia, neuropatía.

Alimentación: natural, luego mixta.

Peso al ingresar: 6.900 grs.; peso al salir: 6.800 grs., (mejorada).

Número de inyecciones: 3.

Cantidad máxima inyectada: 150 c.c.

Cantidad total inyectada: 400 c.c.

Tolerancia perfecta.

N.º 93.—L. 16, N.º 26, Carlos C., 2 meses.

Diagnóstico: Hipertrofia del píloro.

Alimentación: natural.

Peso al ingresar: 3.000 grs.; peso después: 2.950 grs.

Número de inyecciones: 5.

Cantidad máxima por inyección: 150 c.c.

Cantidad total inyectada: 650 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 94.—L. 16, N.º 27, Diógenes N., 9 meses.

Diagnóstico: Descomposición de Finkelstein.

Alimentación: mixta, luego natural.

Peso al ingresar: 4.400 grs.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad inyectada: 200 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 95.—L. 16, N.º 37, Yolanda G., 1 ½ meses.

Diagnóstico: Atrepsia.

Peso al ingresar: 2.000 grs.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad inyectada: 100 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 96.—L. 17, N.º 60, Alvaro S., 6 meses.

Diagnóstico: Meningitis tuberculosa.

Alimentación: mixta.

Peso al ingresar: 4.800 grs.

Número de inyecciones: 4.

Cantidad máxima por inyección: 150 c.c.

Cantidad total inyectada: 550 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 97.—L. 17, N.º 67, Juan D. E., 4 meses.

Diagnóstico: Toxicosis.
Alimentación: dieta hídrica.
Peso al ingresar: 4.000 grs.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad total inyectada: 250 c.c.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 98.—L. 17, N.º 71, Hilda de la C., 9 meses.
Diagnóstico: Toxicosis. Insuficiencia hepática.
Alimentación: natural.
Peso al ingresar: 7.200 grs.; peso después: 5.700 grs.
Número de inyecciones: 5.
Cantidad máxima por inyección: 250 c.c.
Cantidad total inyectada: 1.000 c.c.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 99.—L. 17, N.º 77, Antonia S., 3 meses.
Diagnóstico: Toxicosis, bronconeumonía.
Alimentación: natural.
Peso al ingresar: 5.000 grs.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad total inyectada: 200 c.c.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 100.—L. 17, N.º 83, Ofelia R., 6 meses.
Diagnóstico: Toxicosis, septicemia.
Alimentación: natural.
Peso al ingresar: 6.300 grs.; peso después: 5.900 grs.
Número de inyecciones: 5.
Cantidad máxima por inyección: 250 c.c.
Cantidad total inyectada: 950 c.c.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 101.—L. 18, N.º 32, A. B., 10 meses.
Diagnóstico: Toxicosis, bronconeumonía.
Alimentación: natural y luego mixta.
Peso al ingresar: 5.720 grs.;
Número de inyecciones: 3.
Cantidad máxima por inyección: 300 c.c.
Cantidad total inyectada: 900 c.c.
Fallece, toleró muy bien, no hay autopsia.

N.º 102.—L. 18, N.º 8, V. S., 4 meses.
Diagnóstico: Toxicosis, otitis.
Alimentación: natural.
Peso al ingresar: 5.720 grs.; peso después: 5.300 grs.
Número de inyecciones: 1.
Cantidad total inyectada: 150 c.c.
Tolerancia perfecta.

N.º 103.—L. 18, N.º 17, María E. P., 4 meses.

Diagnóstico: Toxicosis.

Alimentación: natural.

Peso al ingresar: 4.420 grs.; peso después: 4.10 grs.

Número de inyecciones: 4.

Cantidad máxima por inyección: 250 c.c.

Cantidad total inyectada: 850 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 104.—L. 19, N.º 40, Isaac S., 2 meses.

Diagnóstico: Toxicosis.

Alimentación: natural.

Peso al ingresar: 3.000 grs.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad máxima inyectada: 150 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 105.—L. 19, N.º 54, Francisco M., 4 meses.

Diagnóstico: Toxicosis, bronconeumonía, descomposición aguda terminal.

Peso al ingresar: 4.340 grs.; peso después: 4.000 grs.

Alimentación: mixta.

Número de inyecciones: 5.

Cantidad máxima inyectada: 250 c.c.

Cantidad total inyectada: 1.150 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 106.—L. 20, N.º 7, Electra A., 3 ½ meses.

Diagnóstico: Toxicosis (coma trofopático).

Peso al ingresar: 3.040 grs.; peso después: 3.000 grs.

Alimentación: natural.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad inyectada: 250 c.c.

Tolerancia perfecta.

N.º 107.—L. 20, N.º 13, Estauro J., 11 meses.

Diagnóstico: Estado tóxico.

Peso al ingresar: 7.450 grs.

Alimentación: natural.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad inyectada: 250 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 108.—L. 20, N.º 14, Bernardo G., 2 meses.

Diagnóstico: Debilidad congénita, hipertrofia constitucional, hereditarios.

Peso al ingresar: 2.360 grs.; peso después: 2.500 grs.

Alimentación: natural.

Número de inyecciones: 10.

Cantidad máxima inyectada: 100 c.c.

Cantidad total inyectada: 1.100 c.c.

Tolerancia perfecta.

N.º 109.—L. 20, N.º 16, Arturo C., 5 meses.

Diagnóstico: Enterocolitis. Toxicosis.

Peso al ingresar: 5.740 grs.; peso después: 5.500 grs.

Alimentación: natural.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad total inyectada: 300 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 110.—L. 20, N.º 19, Norberto B., 15 meses.

Diagnóstico: Descomposición, bronconeumonía crónica, pequeños abscesos pulmonares.

Peso al ingresar: 6.300 grs.; peso después: 5.500 grs.

Alimentación: artificial, luego natural, después mixta.

Número de inyecciones: 9.

Cantidad máxima inyectada: 300 c.c.

Cantidad total inyectada: 2.450 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 111.—L. 20, N.º 21, Dora L., 4 meses.

Diagnóstico: Distrofia, est. dispéptico, neumonía derecha.

Peso al ingresar: 3.600 grs.; peso después: 3.500 grs.

Alimentación: natural.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad total inyectada: 100 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 112.—L. 20, N.º 22, Omar A., 10 meses.

Diagnóstico: Meningitis meningocócica tabicada.

Peso al ingresar: 11.500 grs.; peso después: 10.900 grs.

Alimentación: natural.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 113.—L. 20, N.º 25, Roberto S., 5 meses.

Diagnóstico: Diatesis exudativa, distrofia, infecciones múltiples. Encefalopatía congénita.

Peso al ingresar: 3.440 grs.; peso después: 3.400 grs.

Alimentación: natural, luego mixta.

Número de inyecciones: 25.

Cantidad máxima inyectada: 250 c.c.

Cantidad total inyectada: 2.750 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 114.—L. 20, N.º 26, Mario R., 10 meses.

Diagnóstico: Toxicosis alimenticia. (Coma trofopático).

Peso al ingreso: 7.500 grs.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad total inyectada: 350 c.c.

Fallece a las 2 y $\frac{3}{4}$ horas de su ingreso.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 115.—L. 20, N.º 27, Carmen F., 5 $\frac{1}{2}$ meses.

Diagnóstico: Descomposición de Finkelstein. Toxicosis, púrpura generalizada. Hemorragia de cavidad abdominal. Abscesos múltiples.

Peso al ingreso: 3.800 grs.; peso después: 3.500 grs.

Alimentación: natural.

Número de inyecciones: 18.

Cantidad máxima inyectada: 250 c.c.

Cantidad total inyectada: 4.350 c.c.

Tolerancia perfecta.

N.º 116.—L. 20, N.º 30, Oscar M., 9 meses.

Diagnóstico: Toxicosis (discreta coma).

Peso al ingresar: 7.080 grs.; peso después: 7.200 grs.

Alimentación: natural.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad inyectada: 250 c.c.

Tolerancia perfecta.

N.º 117.—L. 20, N.º 31, Osvaldo P., 3 meses.

Diagnóstico: Distrofia p. aliment. art. en un mellizo, estado dispéptico, ileus p.

Peso al ingreso: 2.900 grs.

Alimentación: mixta, luego natural.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad máxima inyectada: 250 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 118.—L. 20, N.º 32, Beatriz P., 3 meses.

Diagnóstico: Distrofia por alimentación artificial en un mellizo, estado dispéptico.

Peso al ingreso: 2.880 grs.; peso luego: 2.600 grs.

Alimentación: mixta y natural.

Número de inyecciones: 3.

Cantidad máxima inyectada: 250 c.c.

Cantidad total inyectada: 750 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 119.—L. 20, N.º 34, Antonio R., 11 días.

Diagnóstico: Débil congénito, hipertonia, sarcocele, heredolúes?

Peso al ingreso: 2.600 grs.; peso después: 2.600 grs.

Alimentación: natural.

Número de inyecciones: 2.

Cantidad máxima inyectada: 60 c.c.

Cantidad total inyectada: 120 c.c.

Tolerancia perfecta.

N.º 120.—L. 20, N.º 35, Elsa H., 6 meses 20 días.

Diagnóstico: Coma trofopático.
No hay peso (fallece a las 5 horas de su ingreso).
Número de inyecciones: 1.
Cantidad máxima inyectada: 300 c.e.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 121.—L. 20, N.º 39, Antonio C., 9 meses.

Diagnóstico: Estado tóxico, infiltración generalizada, bronconeumonia.

Peso al ingreso: 6.140 grs.; peso después: 6.460 grs.
Alimentación: mixta, luego natural.
Número de inyecciones: 4.
Cantidad máxima inyectada: 250 c.e.
Cantidad total inyectada: 1.000 c.e.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 122.—L. 21, N.º 47, Rosa M., 19 meses.

Diagnóstico: Bronconeumonía, pleuresía enquistada derecha, (pericarditis purulenta diag. necropsia).

Peso al ingreso: 6.500 grs.; peso después: 6.300 grs.
Alimentación: mixta.
Número de inyecciones: 7.
Cantidad máxima inyectada: 250 c.e.
Cantidad total inyectada: 1.750 c.e.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 123.—L. 21, N.º 65, Héctor M., 5 meses.

Diagnóstico: Bronconeumonía, entero colitis estado tóxico.

Peso al ingreso: 5.000 grs.; peso después: 4.500 grs.
Número de inyecciones: 8.
Alimentación: natural.
Cantidad máxima inyectada: 300 c.e.
Cantidad total inyectada: 2.000 grs.
Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 124.—L. 21, N.º 68, Nélica L., 11 meses.

Diagnóstico: Distrofia grave, abscesos múltiples. Dispepsia.

Peso al ingreso: 4.500 grs.; peso después: 4.400 grs.
Alimentación: natural.
Número de inyecciones: 5.
Cantidad máxima inyectada: 300 c.e.
Cantidad total inyectada: 1.250 c.e.
Tolerancia perfecta.

N.º 125.—L. 21, N.º 69, José V. M., 5 ½ meses.

Diagnóstico: Estado dispéptico, infección oculta, distrofia mediana.

Peso al ingreso: 3.500 grs.; peso después: 3.750 grs.
Alimentación: natural.
Número de inyecciones: 5.
Cantidad máxima inyectada: 250 c.e.

Cantidad total inyectada: 1.050 c.c.

Tolerancia perfecta.

N.º 126.—L. 21, N.º 73, María P., 7 ½ meses.

Diagnóstico: Enfermedad de Roger, bronconeumonía, distretía.

Peso al ingresar: 3.480 grs.; peso después: 2.900 grs.

Alimentación: mixta, luego natural.

Número de inyecciones: 4.

Cantidad máxima inyectada: 200 c.c.

Cantidad total inyectada: 800 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 127.—L. 21, N.º 75, Irene R., 9 meses.

Diagnóstico: Estado tóxico, bronconeumonía, pleuresía purulenta derecha.

Peso al ingreso: 5.800 grs.; peso después: 5.850 grs.

Alimentación: mixta.

Número de inyecciones: 2.

Cantidad máxima inyectada: 250 c.c.

Cantidad total inyectada: 500 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 128.—L. 21, N.º 77, Eugenio B., 11 meses.

Diagnóstico: Bronconeumonía crónica, distrofia, toxicosis.

Peso al ingreso: 5.550 grs.; peso después: 5.400 grs.

Alimentación: natural, luego mixta.

Número de inyecciones: 37.

Cantidad máxima inyectada: 300 c.c.

Cantidad total inyectada: 8.100 c.c.

Tolerancia perfecta.

N.º 129.—L. 21, N.º 78, Néstor Z., 5 meses.

Diagnóstico: Toxicosis (coma trofopático).

Peso al ingreso: 5.100 grs., (fallece a las 6 horas de su ingreso).

Número de inyecciones: 1.

Cantidad máxima inyectada: 300 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 130.—L. 22, N.º 81, María E. O., 2 meses.

Diagnóstico: Prematurez, vómitos frecuentes, atrepsia, hipertrofia pílorica.

Peso al ingreso: 1.780 grs.; peso después: 1.700 grs.

Alimentación: natural.

Número de inyecciones: 5.

Cantidad máxima inyectada: 50 c.c.

Cantidad total inyectada: 200 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 131.—L. 21, N.º 83, Justa N. D., 4 meses 9 días.

Diagnóstico: Toxicosis (coma trofopático).

Peso al ingreso: 4.000 grs.; (fallece 8 horas después de su ingreso).

Alimentación: natural.

Número de inyecciones: 1

Cantidad máxima inyectada: 300 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 132.—L. 21, N.º 84, Norberto Paradiso, 2 meses.

Diagnóstico: Dispepsia, estado tóxico, bronconeumonía.

Peso al ingreso: 3.300 grs.; después: 3.100 grs.

Alimentación: natural.

Número de inyecciones: 2.

Cantidad máxima inyectada: 150 c.c.

Cantidad total inyectada: 300 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 133.—L. 21, N.º 85, Ricardo S., 6 meses.

Diagnóstico: Toxicosis, enterocolitis, abscesos múltiples.

Peso al ingreso: 6.000 grs.; peso después: 5.600 grs.

Alimentación: natural y mixta.

Número de inyecciones: 6.

Cantidad máxima inyectada: 300 c.c.

Cantidad total inyectada: 1.300 c.c.

Tolerancia perfecta.

N.º 134.—L. 21, N.º 87, Catalina F., 3 meses.

Diagnóstico: Dispepsia, toxicosis, malformación de intestino.

Peso al ingreso: 3.050 grs.; peso después: 2.800 grs.

Alimentación: natural.

Número de inyecciones: 1.

Cantidad máxima inyectada: 200 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 135.—L. 21, N.º 88, José M., 15 meses.

Diagnóstico: Distrofia, diabetes insípida.

Peso al ingreso: 6.000 grs.; peso después: 5.900 grs.

Alimentación: mixta.

Número de inyecciones: 17.

Cantidad máxima inyectada: 250 c.c.

Cantidad total inyectada: 4.050 c.c.

Autopsia: Nada de anormal en el peritoneo.

N.º 136.—L. 21, N.º 89, Germinal R., 6 meses 11 días.

Diagnóstico: Coma trofopático, en un distrófico por intolerancia al alimento artificial, vómitos cíclicos, neuropatía.

Peso al ingreso: 5.300 grs.; peso después: 5.100 grs.

Alimentación: natural.

Número de inyecciones: 18.

Cantidad máxima inyectada: 300 c.c.

Cantidad total inyectada: 3.980 c.c.

Tolerancia perfecta.

Jornadas Pediátricas Rioplatenses

Sociedades de Pediatría de Montevideo y Argentina

Reuniones conjuntas realizadas en Buenos Aires; 20 de agosto de 1934

PRIMERA SESIÓN

Presidencia de los Dres. Zerbino y Bazán. Secretarios: Dres. R. Charlone y A. C. Gambirassi

Discurso del Dr. Aróz Alfaro.—Saluda, en primer término, a la brillante representación de la Sociedad de Pediatría de Montevideo, recordando el éxito alcanzado en las anteriores jornadas rioplatenses. Lamenta la ausencia del Profesor Morquio, alto exponente de la pediatría sudamericana. Puso de relieve la importancia de estas reuniones conjuntas, no solamente desde el punto de vista científico sino también y muy especialmente porque permiten poner de relieve una vez más el espíritu de fraternidad que une a los pueblos uruguayo y argentino.

Dr. Zerbino, agradece, en su calidad de Presidente de la Sociedad de Pediatría de Montevideo, los elogiosos conceptos del Dr. Aróz Alfaro.

Neumococias extrapulmonares

Profesor J. Bonaba y Dr. J. A. Soto (Montevideo).—Los relatores, después de un brillante estudio del tema en cuestión, llegan a las siguientes conclusiones:

1.^a Las neumococias en la infancia constituyen una gran cuestión; por su frecuencia, difusión y gravedad son unos de los más importantes factores de morbilidad y mortalidad; su estudio reviste particular interés.

2.^a Constituyen una unidad patológica, respondiendo a una etiopatogenia común.

3.^a Son en realidad responsables, por lo menos en la generalidad de los

casos, de los estados catarrales comunes y de los llamados catarros y gripes de estación.

4.^a Nuestros países se sindicán, en virtud de sus características climato-meteorológicas tan particulares, por la extraordinaria difusión e intensidad de estos procesos.

5.^a Son afecciones endemoepidémicas: sobre un fondo endémico permanente, sobrevienen de tiempo en tiempo ondas epidémicas más o menos acentuadas y más o menos prolongadas.

6.^a El fondo endémico está constituido predominantemente por los catarros respiratorios superiores.

7.^a Las ondas epidémicas se marcan por una intensificación del número y gravedad de los casos, con aparición de otras diversas localizaciones, primitivas y secundarias, de formas atípicas y complejas y frecuentes generalizaciones septicémicas.

8.^a Entre nosotros, las ondas epidémicas están regidas principalmente por factores climato-meteorológicos; año tras año se suceden en el mismo orden, dos ondas epidémicas principales: la onda invernal respondiendo a las bajas temperaturas de junio, julio y agosto y la onda primaveral coincidiendo con imprevisitas, bruscas y considerables variaciones térmicas y cósmicas, de octubre y noviembre.

9.^a La capacidad de difusión de las neumococias, durante las ondas epidémicas, es tan considerable, que en ciertos momentos, invade casi totalmente la colectividad.

10.^a Los factores etiopatogénicos principales de aquella difusión, son: por una parte los factores meteorológicos ya señalados y por otra, la predisposición constitucional o diatésica (linfadenoidismo, artrismo, asma). En los niños con esta predisposición son frecuentes la recidiva y la prolongación de aquellos procesos. Ambos factores ofrecen en nuestro país singular importancia.

11.^a Por ello, la profilaxia de las neumococias es prácticamente muy difícil y no se detiene, en general, su difusión en las grandes colectividades; en los medios cerrados, el aislamiento, la máscara protectora, la asepsia y la anti-sepsia, limitan su extensión sin suprimirla en absoluto. Las vacunas no han demostrado su eficacia.

12.^a Nos vemos, por consiguiente, reducidos a la utilización de los procedimientos generales de orden higiénico y dietético, que aumentan las defensas, endurecen y acostumbra el organismo infantil a las variaciones cósmicas y mantienen su buen estado nutritivo. Su importancia es considerable, no merecen ser descuidados, como ocurre tan a menudo.

13.^a La neumococia es una enfermedad general con septicemia inicial y habitualmente una localización clínicamente primitiva. (Rinofaríngea, pulmón, etcétera): todo puede reducirse a esto, pero en muchos casos hay propagación secundaria por contigüidad o generalización septicémica.

14.^a Las neumococias se observan en todas las etapas de la infancia: son relativamente raras en el recién nacido.

15.^a Las neumococias del lactante ofrecen mayor tendencia a la generalización; las localizaciones múltiples y las formas septicémicas son parti-

cularmente frecuentes; aun las formas estrictamente localizadas presentan una gravedad considerablemente mayor (peritonitis, pleuresia). Son un factor muy importante de la mortalidad por infección en general y en particular en las Maternidades y Servicios de lactantes y su acción se hace sentir preferentemente sobre los débiles congénitos y distróficos.

16.^a Las neumococias de las serosas son muy frecuentes: de éstas, algunas son habitualmente primitivas, sobre todo en el niño de segunda y tercera infancia (meningitis y peritonitis); otras son por el contrario, generalmente secundarias y muy vinculadas a las neumonias (pleuresia, pericarditis). En otros casos, sobre todo en el lactante, integran cuadros de localizaciones múltiples.

17.^a Desde el punto de vista práctico es útil la diferenciación entre la reacción simple de las serosas y serositis caracterizadas, pues su pronóstico y tratamiento son muy distintos.

18.^a La encefalitis neumocócica no parece ser tan rara como se ha creído hasta hoy; se trata de una localización interesante, que merece ser mejor estudiada y conocida.

19.^a La terapéutica de las neumococias se ajusta a las normas generales de la terapéutica infecciosa; la terapéutica específica no ha respondido a las esperanzas cifradas.

20.^a La terapéutica quirúrgica necesaria en muchos casos de neumococias supuradas gana, en general, en ser diferida hasta el momento en que la colección está suficientemente limitada, cuando se han constituido las defensas orgánicas humorales y el microbio ha perdido su virulencia.

Discusión: *Profesor Acuña*.—Se complace en felicitar a los autores del meditado cuán erudito trabajo de los relatores. Dice, que en líneas generales su experiencia concuerda con la de los autores del trabajo en lo que se refiere a las localizaciones pulmonares, como extrapulmonares del neumococo.

Ha visto las mismas variaciones en cuanto a la frecuencia con alzas en invierno y primavera. En una estadística que hizo levantar en su Servicio respecto a la frecuencia de la neumococia en las diversas estaciones del año encontró un acné en octubre y noviembre, o sea en la primavera. En cambio su observación no concuerda con la de los conferenciantes en la que se refiere a las encefalitis neumocócicas, que éstos dicen haber observado. Manifiesta haber visto sujetos con excitación, violento delirio de acción y de palabra, convulsiones, etc., en el curso de la neumonia, pero en ninguno de los casos puede hablarse de verdadera encefalitis.

En cuanto a las neumococias del lactante está muy de acuerdo en considerarlas como causantes de las epidemias catastróficas de los Servicios de primera infancia. En el suyo, a pesar de la separación individual en boxes y no obstante la disciplina y competencia del personal, se producen durante el invierno verdaderas epidemias a neumococos con las más variadas localizaciones y con la habitual terminación nefasta.

No existiendo terapéutica específica ya que las vacunas y sueros no han dado los resultados que se esperaban, utiliza desde hace algún tiempo, las transfusiones sanguíneas por el seno longitudinal. Cree que por acción estimulante

y antiinfeccioso, puede ser un recurso no desdeñable. Su Servicio está organizado como centro hemoterápico, con dadores seleccionados y catalogados, a fin de emplear dicha terapéutica más ampliamente.

Dr. Pereyra Kafer.—El término de encefalitis neumocócica lo considera sumamente discutible. Cuadros encefalíticos pueden presentarse durante o después de la evolución de una neumonía, sin que por eso se trate de una encefalitis neumocócica.

Los únicos casos inobjetables son los abscesos neumocócicos, encefalitis localizadas supuradas, asunto fuera de discusión.

Considera que al tratar de las neumococias extrapulmonares no es posible citar las encefalitis comunes que pueden depender en realidad de otros factores (intoxicación producida por el proceso infeccioso localizado en otros órganos; repercusión sobre el cerebro tarado o no, de las alteraciones metabólicas, humorales, etc, determinada por la infección, pero sin localización de ésta en el encéfalo). Lo mismo puede verse en otras infecciones, además de la neumococia. Por otra parte, como tiende a admitirse para otras infecciones (sarampión, escarlatina, vacuna, etc), el proceso pulmonar, pleural, etc., podría provocar un estado de anergia que permitiese la acción de virus neurotrópicos; si esto parece verosímil tratándose de enfermedades con prevalente ataque de los tejidos ectodérmicos (fiebre eruptiva) con más o tanta razón puede admitirse para la neumonía.

Demuestra más todavía la posibilidad que se trate de encefalitis independientes bacteriológicamente de la neumonía el hecho de que en uno de los casos de los relatores había hiperglucorraquia, como se observa en la encefalitis de von Econom y en otro de los casos comentados, la existencia por los síntomas que se mencionan de un hemiparkinsonismo y la aparición de una nueva "pou-sée" encefalítica, al cabo de cuatro meses, que termina con el enfermo, permite pensar en una encefalitis letárgica.

Referente a la normalidad del líquido cefalorraquídeo, en alguno de los casos citados, debe tenerse en cuenta que una sola punción lumbar no indica que aquél es normal sino en el momento de la punción: punciones sucesivas pueden revelar (casos de la literatura y del que habla) alteraciones que indicarían, no la participación inflamatoria de las meninges, sino la presencia en el líquido de productos de deshecho, acarreados desde el encéfalo enfermo hacia el espacio subaracnoideo (linfatismo neumomeníngeo de Boschi). En el asunto de la encefalitis, sólo la bacteriología puede ser categórica. En ausencia de ésta y de anatomía patológica (que en el estudio de las encefalitis no permite ser muy categórico, pues aspectos iguales pueden depender no de un mismo agente, sino de un mismo modo racional del tejido nervioso), debemos guiarnos por la clínica, lo cual no autoriza afirmar la existencia de encefalitis, como neumococias extrapulmonares, salvo el caso ya citado de los abscesos.

Las meningitis neumocócicas

Dres. A. Carrau, C. Pelfort y N. Leone Bloise.—Los autores inician su estudio con un breve resumen bibliográfico, deteniéndose especialmente a ana-

lizar los trabajos de los autores rioplatenses. En un período de más o menos 10 años, en los Servicios de clínica infantil del Profesor Morquio y en los Servicios de Medicina y de lactantes A y B del Hospital "Visca", sobre un total de 859 casos de meningitis diversas han encontrado 34 debidas exclusivamente al neumococo y 13 de asociaciones de éste al meningococo, al estreptococo y al bacilo de Pfeiffer; el 50 % de ellos se han observado dentro del primer año de edad.

Se observan múltiples formas clínicas de esta afección lo que dificulta su diagnóstico. Las formas primitivas son muy raras; generalmente existe otra localización de la neumococia. La edad da particularidades al cuadro clínico. Señalan una forma aguda que dura de 6 a 8 días y que es la más comúnmente observada; otra sobreaguda y prolongada que puede llegar a durar hasta varios meses. En general, se trata de meningitis totales, cefalorraquídeas, pero se observan también formas parciales limitadas a la cavidad craneana. El conocimiento de estas últimas es muy importante, puesto que pueden presentarse con líquido cefalorraquídeo normal o casi normal, lo que puede llevar a su desconocimiento si no se completa el examen con la punción ventricular o subaracnoidea craneana.

Hay, también, formas monosintomáticas: obnubilante, hipertónica hidrocefálica.

Las formas asociadas más comunes son con el meningococo. Otra modalidad clínica ha sido la de período prodrómico prolongado. Señala finalmente las que suceden a traumatismos craneanos.

El diagnóstico se hará necesariamente por el estudio del líquido cefalorraquídeo que revelará la existencia de las alteraciones características de las meningitis agudas y pondrá de manifiesto la presencia del neumococo. El pronóstico de la enfermedad es sumamente sombrío, pues la mortalidad oscila entre 90 y 95 % (97 % en los casos que analizan los autores). No hay en la actualidad ningún tratamiento eficaz. El tratamiento seroterápico estará condicionado a un diagnóstico lo más precoz posible. Debe aplicarse el drenaje del líquido cefalorraquídeo, de la manera más amplia posible, repitiendo las punciones evacuadoras por las diversas vías, sobretodo si se sospecha que puedan existir tabicamientos. Los raros casos curados han sido tratados, unos por el suero antineúmico empleado como único agente terapéutico; otro por la quimioterapia exclusiva; otros por ambos métodos combinados y finalmente otros por las simples punciones evacuadoras. En otros casos en los que se han empleado análogos procedimientos curativos, el fracaso ha sido absoluto. Sin embargo, frente a un caso de meningitis neumocócica deberán combinarse los diversos medios terapéuticos, colocando al enfermo en las mejores condiciones de defensa.

Discusión: *Profesor Acuña*.—A propósito de la comunicación de los doctores Carrau, Pelfort y Leone Bloise, el Dr. Acuña manifiesta haber observado en su práctica civil y hospitalaria, alrededor de 40 casos de meningitis neumocócica primitivas o secundarias a otras localizaciones. Algunos fueron comentados en una monografía, hace ya años. No ha tenido la fortuna de ver curar ninguno de los casos que le tocó asistir, a diferencia de los colegas uruguayos

que pudieron asistir a la terminación favorable en algunos de sus enfermitos. El tratamiento que debe emplearse es el de los lavados por vía ventricular y sobre todo por vía cisternal utilizando el cloruro de optoquina al 5 %. No cree en la eficacia de las vacunas y de los sueros y da poco valor a las inyecciones por vía raquídea.

A título informativo desea dejar constancia que entre los casos de meningitis a neumococos observados en su Servicio figuran tres que sobrevienen en niños esplenectomizados (niños de 6 meses, 3 y 11 años) todos hicieron formas sumamente graves desde el principio, terminando en horas con la vida. En uno de ellos, la extirpación del bazo se había practicado un año antes; en otro hacia siete meses y en el tercero solamente tres. Todos ellos habían mejorado y se encontraban bien, cuando sobrevino la meningitis. No cree que se trate de una mera coincidencia, pero confiesa no ver el posible nexo entre el bazo extirpado y la preferencia del neumococo por la meninges. Señala el hecho que puede ser origen de investigaciones futuras.

Felicita a los autores por su trabajo tan completo y documentado.

Valor del examen radiológico del esqueleto en el diagnóstico de la sífilis congénita

Dres. Pascual Cervini y Guillermo A. Bogani.—Los comunicantes en la primera parte de su trabajo, hacen un estudio actual de las alteraciones óseas, que la lúes produce en la primera infancia, presentando ejemplos de las distintas lesiones que han podido pesquisar en niños ciertamente luéticos, del primer semestre de vida.

La constancia de dichas alteraciones óseas en los sífilíticos y su exclusividad sumadas a las reacciones serológicas negativa, que tuvieran en algunos de los casos de sífilis ostensibles, les indujeron a utilizar y valorar este medio de investigación en aquellos niños, en que el examen semiológico permitió sospechar la infección luética. El número de éstos, ascendió a 44 y su edad osciló entre 15 días y 9 meses.

La exploración radiológica del esqueleto en todos los niños, le permitió poner de manifiesto alteraciones que evidenciaron claramente la lúes, en 18 casos con 40.9 %; en 16 (36.3 %) sólo observaron lesiones discretas y en 10 restantes (22.7 %) nada de particular.

De esta suerte, han podido sentar un diagnóstico firme de sífilis, en niños con síntomas apenas sospechosos de lúes, en el 40.9 %; pero, aceptando como convincentes, las lesiones poco intensas que han encontrado en los 16 casos con síntomas óseos discretos, llegan a concluir que la exploración radiológica del esqueleto, facilitaría el diagnóstico, en el 77.2 % de los casos.

Esto contrasta sensiblemente, con los resultados de la investigación serológica. Habiéndola practicado en 41 de los 44 casos, ya sea en la madre, ya en el niño o bien en ambos (que son la mayoría) la serología dió positiva, en 6 casos solamente, lo que equivale al 14.8 %, cifra evidentemente inferior comparando, pues, ambos resultados, los autores llegan a la conclusión que en sus observaciones, por lo menos, la exploración radiográfica del esqueleto, se ha

mostrado de una sensibilidad mucho mayor, que la investigación serológica y terminan aconsejándola, no sólo como un método más sensible, sino también, más práctico.

Discusión: *Dr. Garrahan*.—Manifiesta que desde hace cierto tiempo se ocupa con interés del asunto y ha podido comprobar la importancia del mismo. No dispone de material sistemáticamente observado, tal cual han presentado en forma brillante los comunicantes, pero sí, de algunos casos que revelan el valor práctico de la investigación radiológica en el diagnóstico de la heredo-lúes. Refiere tres casos en los cuales la sífilis se descubrió radiológicamente. En uno de ellos sin antecedentes y sin signos clínicos, la radiografía fué practicada con motivo de una fractura de fémur. En otro, a raíz de una gonococia que determinó tumefacciones en las muñecas. Y en el tercero, porque la madre tenía una Wassermann positiva. Termina destacando otra vez la importancia de la cuestión e informa que está estudiándola en los prematuros e hijos de madres tratadas durante el embarazo.

Dr. Cervini.—Recordó, como lo estableciera en el trabajo, las pocas dificultades que existen habitualmente para diferenciar el raquitismo que aparece en el segundo semestre de la vida de las lesiones que la lúes produce en el esqueleto a la misma edad. Insistió, en cambio, sobre los inconvenientes diagnósticos que suelen surgir cuando se está en presencia de una osteocondritis raquítica de niños del primer trimestre. En esos casos, considera de un gran valor diferencial, el aspecto del periostio que en los niños, al mismo tiempo sífilíticos y raquíticos, suelen presentar graves lesiones de periostitis osificante. En cuanto a los beneficios que en algunos raquíticos se logra con la medicación específica, recordó una observación de raquitismo que no retrogradaba con la ergosterina, suministrada en dosis conveniente y que curó en breve plazo, con inyecciones de bismuto. Tal observación constituye un ejemplo más de la forma, poco frecuente que se ha dado en llamar, raquitismo uveoresistente.

Análisis de Libros y Revistas

E. MARPLES, H. COHEN y H. TALAMO.—*Tratamiento de la oñiguria en la deshidratación de los lactantes, por la inyección endovenosa de glucosa.* "Am. Journal of Dis of Children", vol. 47, pág. 331, 1934.

En la deshidratación que acompaña a las diarreas intensas o intoxicación gastrointestinal, los principales síntomas son la deshidratación y la acidosis. La deshidratación resulta de la pérdida anormal del agua tisural por los vómitos y diarrea principalmente y se acentúa frecuentemente por una ingestión acuosa insuficiente. La diarrea ocasiona también un drenaje de sales inorgánicas, principalmente iones básicos, ya que su vía normal de excreción es en las deposiciones. Esta pérdida de bases no se acompaña de eliminación equivalente de iones ácidos por la orina, cuyo volumen está muy reducido, de donde resulta una retención de ácidos que indudablemente es uno de los factores causales principales en el desarrollo de la acidosis.

El tratamiento por lo tanto debe llenar los siguientes requisitos: proveer un aporte adecuado de flúidos, estimular la función renal de manera que pueda eliminarse el exceso de iones ácidos y reponer las reservas salinas del organismo.

Las experiencias de los autores se realizaron en 15 lactantes con el objeto de encontrar una dosificación óptima en lo que atañe a la naturaleza y concentración del líquido a utilizar. De estas experiencias resulta que el procedimiento de elección es el que combina la inyección endovenosa de solución hipertónica de glucosa (10 %) con inyección subcutánea de suero fisiológico, a las dosis de 20 y 40 c.c. por kg., respectivamente, al menos en las etapas iniciales del tratamiento cuando existe anuria u oliguria. Una vez que se restablece la diuresis y se mantiene por la administración de flúidos, el uso de la solución diurética ya no es necesario.

En la serie que presentan los autores, se demuestra la eficacia diurética del suero glucosado hipertónico, que cuando se combina con la hipodermoclisis de suero fisiológico, llenan los tres desideratos mencionados más arriba.

Felipe de Elizalde.

M. COOPER, H. KELLER y B. JOHNSON.—*Enteritis aguda en lactantes y niños de corta edad.* “Am. J. Dis. Children”, vol. 47, pág. 388, 1934 y pág. 596, 1934.

La revisión hecha por los autores de las publicaciones que tratan la bacteriología de las intoxicaciones gastrointestinales, o enteritis agudas, o gastroenteritis tóxicas, toxicosis o diarreas de verano, revela que se ha puesto mayor empeño en la identificación de gérmenes bacilares, especialmente de la familia del bacilo disintérico, que en el hallazgo de cualquier otro microbio.

En realidad el germen causal varía de una epidemia a otra, lo que explica la variabilidad de los resultados aun de los hallados por un mismo autor en distinta época.

El acúmulo de datos demostrando la importancia de ciertos estreptococos como agentes nocivos, llevó a los autores a efectuar este estudio en una epidemia de toxicosis en 46 lactantes asistidos en el Hospital de Niños de Cincinnati.

En el 65 % de los casos pudo aislarse una cepa de estreptococos, cuyas características culturales y morfológicas solas, resultaron insuficientes para identificación, pero que en base al estudio experimental parecen idénticos.

Se notaron grandes similitudes en las fermentaciones de los hidratos de carbono de los estreptococos aislados del tractus gastrointestinal en la autopsia, de las deposiciones de estos pacientes, de las gargantas de los mismos y del intestino de animales que recibieron inyecciones de los primeros cultivos, tanto del material intestinal como rinofaríngeo.

Por todas estas razones, los autores sugieren que estos gérmenes son los responsables de la enteritis, y proponen la designación de estreptococcus, microaerofilia enteritidis, para las cepas aisladas en los sujetos de este estudio.

Felipe de Elizalde

ROY FORBES.—*Intestinal Intoxication. (A retrospect of the changing treatment and its relation to mortality).* “Archives of Pediatrics”, May, 1934.

En un corto y sugestivo resumen, historia las distintas épocas en el tratamiento de la toxicosis del lactante durante los últimos años. Aunque se basa en estadísticas propias, necesariamente no muy numerosas, sus conclusiones merecen ser meditadas.

En el primer período que considera desde el año 1922 hasta 1924, la norma terapéutica fué la hidratación del niño mediante la vía subcutánea intraperitoneal; en 20 casos así tratados (además de los medios usuales) la mortalidad fué del 90 %.

Desde 1925 a 1928 se agregaron a eso las pequeñas y repetidas transfusiones de sangre, en otros 20 casos, la mortalidad descendió al 70 %.

En el período subsiguiente hasta 1932 se completó ese tratamiento con la hidratación gota a gota, nasal, con solución de Hartmann. Diez casos estudiados dieron un 60 % de mortalidad.

En el último período, desde 1932 hasta la fecha, se introdujo el mé-

todo llamado de Venoclis, o infusión intravenosa gota a gota, los resultados hasta ahora parecen brillantes en 17 casos que cita, sólo el 14 % de mortalidad.

F. de Filippi

I. B. SILVER and J. W. EPSTEIN.—*The treatment of chorea with phenyl-ethyl-hydantion.* “Archives of Pediatrics, June, 1934.

Los autores se refieren a su experiencia de 28 casos de corea tratados con Nirvanol, que les permite llegar a las siguientes conclusiones:

El Nirvanol no es un específico de la corea.

Se nota marcada mejoría en el 40 % de los casos, ligera mejoría en el 35 % y sin acción útil en el 25 %.

La “enfermedad del Nirvanol” producida por la droga se asemeja a la enfermedad sérica.

Es prácticamente inocuo y puede ser administrado en pacientes internados o no.

Debe suspenderse la administración al aparecer fiebre o exantema. Si esto no ocurriera, no pasar de 14 días de ingestión diaria.

El uso de la droga no evita las complicaciones cardíacas y no tiene efecto nocivo sobre las ya existentes.

El efecto terapéutico es más notable en los casos graves que en los leves.

Las recidivas son tan frecuentes como con los demás tratamientos.

Acompaña al trabajo una buena bibliografía.

Felipe de Filippi

CRONICA

7.ª Jornada Pediátrica Rioplatense

Nos es grato publicar los discursos que se pronunciaron con motivo de la realización de la VII Jornada Pediátrica Rioplatense y que por falta de espacio no habíamos podido hacer en el número 7 de nuestra revista. Los socios que no pudieron asistir se apercibirán a través de esas palabras, del ambiente de franca camaradería que reinó durante su desarrollo.

Las esposas de los delegados uruguayos fueron especialmente recibidas por la Comisión Especial formada por las Sras. Josefina Arraga de Acuña, Julia Clark Sarmiento de Navarro, Elena Luro de Arana, Cora Elina Zemborain de del Carril, Lucía L. de Jorge, Estela García Merou de Elizalde.

Recordamos que durante su visita a la Sala XV del Hospital de Niños, fueron gentilmente acompañados por el Director del Hospital, Dr. Ramón Arana y un núcleo de médicos pertenecientes al mismo Hospital, sirviéndose después un cocktail.

Alocución del Dr. Araújo Alfaro

Compañeros uruguayos:

Amigos!, hermanos, podría decir mejor. Porque, en efecto, estamos unidos en una doble hermandad: la hermandad de nuestras dos patrias, hermandad de sangre, de origen, de heroísmo, de común esfuerzo por la independencia y la libertad, hasta de los colores de nuestras banderas sin mancha; la hermandad sagrada de la ciencia, de la medicina, del amor al niño.

Y como siempre que los hermanos se reúnen en una fiesta de familia, como es esta, comencemos por recordar con íntima "saudade" — para

usar la hermosa expresión de nuestros amigos brasileiros — a los ausentes, a los que se marcharon antes en el viaje a lo desconocido que todos tenemos que hacer, y que fueran entusiastas artífices en esta obra de fraternidad que proseguimos. A Genaro Sisto, pediatra de talento y uno de los primeros y más empeñosos propugnadores de nuestra aproximación argentino-uruguay; a Angel Centeno, caballero sin tacha, espíritu cultísimo y gran profesor, que tantas veces presidió nuestras reuniones comunes. Y a los que, por fortuna, vivos y fuertes aun, no han podido estar presentes en la cita de hoy, en especial nuestro viejo y querido Morquio, “el pediatra máximo de la América latina”, que ausente, presidirá en espíritu, nuestros trabajos; Andrés F. Puyol, que fué por muchos años el obrero más empeñoso de vinculación internacional, y Roberto Berro, espíritu selecto, cuya elocuencia noble y sobria nos conmovió tantas veces y cuya acción eficientísima de médico y de político en favor de la infancia, se concretó, bajo su Ministerio, que por eso sólo quedará ilustre, en ese “Código del Niño” que para honra y bien del Uruguay, está ya definitivamente sancionado.

Queridos amigos, argentinos y uruguayos:

Con Morquio, vamos quedando los únicos entre vosotros de una generación que se va. A mi edad, se vive mucho de los recuerdos. Permittedme que evoque algunos íntimamente ligados a esta noble obra de fraternidad que mantenemos celosamente y que, como a árbol añoso, procuremos vigorizar de nuevo cada año con el riego vivificador de estas reuniones conjuntas.

Hace, precisamente, treinta años que, aprovechando la reunión en Buenos Aires del 2.º Congreso Médico latino americano, del que fuí secretario general, dimos término a las negociaciones iniciadas en años anteriores para crear una revista de pediatría e higiene infantil que fuera el órgano de los especialistas y puericultores de esta parte de América. Y al año siguiente, en Marzo de 1905, aparecía aquí el primer número de los “*Archivos latino-americanos de Pediatría*” — ¡la primera publicación periódica de especialidad!— dirigidos por Morquio (de Montevideo), Olinto de Oliveira (de Porto Alegre), Fernández Figueira (de Río de Janeiro) y por mí mismo, que me ocupaba, además, de la preparación gráfica de la revista. Difícil era entonces mantener un periódico exclusivo de pediatría: no había aun sociedades especiales; los pediatras nos contábamos con los dedos en el Plata y en el Brasil; apenas si los había en otras naciones americanas. En el primer número todos los artículos eran de Morquio y míos; en el segundo, colaboraban Sisto y Olinto Oliveira, pero durante años Morquio y yo tuvimos que sostener casi solos la pesada carga, tanto más cuanto que los brasileiros se retiraron pronto de la dirección conjunta. Ese fué el primer gran acto, de carácter permanente, en la obra de nuestra confraternidad médica, y reclamo para los que lo realizamos, el mérito de una tan noble iniciativa.

Sabéis cómo esa revista creció en lo sucesivo y euan eficazmente sirvió para estimular la producción pediátrica, para hacerla conocer en Europa y para vincular cada día más estrechamente, a los cultores platenses de la medicina y la higiene de la infancia. Sabéis también cómo llegada plenamente

la pediatría en cada uno de nuestros países a la mayoría de edad, la revista común tuvo que desaparecer para que nacieran y crecieran sus dos hijas vigorosas: los Archivos de pediatría uruguayos y argentinos. Como toda emancipación, fué un desgarramiento doloroso para los mayores, pero era justa y necesaria en su hora.

Vinieron después las reuniones conjuntas de nuestras sociedades, que año tras año van haciendo más sólida la trabazón de afectos y simpatías entre nuestros dos países, y mientras los jóvenes, gallardamente, van tomando el gobierno de las grandes naves, nos toca a los obreros de la primera hora, a los timoneles de la primera barca frágil, prepararnos para el tranquilo retiro. Morquio, felizmente, sigue—y espero que seguirá por muchos años—siempre laborioso y entusiasta en su cátedra y jefe respetado de todos los pediatras del Uruguay. Yo, con honda satisfacción, veo a mi derredor toda una falange de hombres jóvenes, llenos de ciencia y de amor a la investigación y al estudio. La pediatría en nuestros dos países es, fuera de toda duda, una de las ramas de la medicina que más alto grado de progreso han alcanzado y que tienen más cultores decididos y fieles.

¡Podéis estar satisfechos de ello, jóvenes colegas! Pero no olvidéis a los obreros de la primera hora, a los que trabajaron con energía y con fe en los comienzos difíciles y abrieron en la dura tierra el surco profundo para depositar la buena semilla que debían regar con su sudor antes de que diera los frutos magníficos de que hoy nos enorgullecemos.

“El hombre—ha dicho Ortega y Gasset—es siempre un venir de algo y un ir a otro algo”. Venís de una generación que se formó casi sin escuelas, casi sin maestros y que entre dificultades y penurias, forjó ella misma sus propias armas, groseras e imperfectas, pero animada de nobles ideales de superación y de amor patrio.

Váis hacia generaciones cada vez más sabias, cada vez más cultas, cada vez mejor armadas para la lucha por la verdad científica y por el bien de la humanidad.

Trabajad con fe y con decisión, procurad subir y subir siempre, ya que en biología y en particular en medicina, no se llega nunca a la cumbre definitiva, porque cuando se cree haber alcanzado la cima ambicionada, se descubre desde allí nuevos horizontes, alturas nuevas, cimas más altas. Pero no seáis injustos con los que os precedieron que, en su hora y en su medio, hicieron esfuerzos análogos a los que vosotros cumplís. No olvidéis que, como ha dicho Renan, todos los siglos de una nación—y yo diré todas las etapas científicas sucesivas—son las hojas de un mismo libro, y que los verdaderos hombres de progreso son los que tienen por punto de partida un respesto profundo del pasado.

Perdonadme, jóvenes, amigos. Pero habéis querido que fuera el más viejo el que diera la bienvenida a los compañeros del Uruguay, y los viejos no podemos dejar de experimentar en estos actos cierta melancolía, aunque ella sea endulzada por los triunfos de los que nos siguen en la vida y por las perspectivas de mayores triunfos en las horas venideras.

Verse superado por los discípulos es una gran satisfacción espiritual para los que hemos sentido noblemente las responsabilidades del profesorado.

¡Amigos uruguayos! Os recibimos fraternalmente, con los brazos abiertos. Juntos trabajaremos estos días por el amor del niño, por el bien de la humanidad y por el porvenir de nuestras patrias queridas, que han de seguir siempre juntas, ascendiendo majestuosamente por el camino del progreso y de la gloria.

Palabras pronunciadas por el Dr. M. Acuña al declararse abierta la segunda sesión (Aula de la Sala VI)

Que me sea permitido, ante todo, agradecer el honor que para nosotros representa el haberse elegido este lugar para celebrar la segunda sesión conjunta de las Sociedades de Pediatría Uruguaya y Argentina.

Ningún sitio más apropiado que el aula de la cátedra para la discusión de problemas vinculados a la salud y a la vida del niño.

Ningún lugar más propicio a las expansiones de la amistad y del afecto.

Es que perdura aquí una tradición que nos legaron ilustres predecesores. Manuel Blancas y Angel Centeno, tradición de hidalguía, de cultura, de cordialidad que vosotros mismos, colegas uruguayos, profesáis con vuestro maestro espiritual, Luis Morquio, y que nosotros nos afanamos por guardar como una reliquia de inestimable valor.

Nos es por ello doblemente grato recibirlos hoy, amigos del país vecino, con quienes nos consideramos hermanos en la historia, en la ciencia, como también en nuestra constante preocupación por la causa del niño.

Hermanos todavía por los vínculos que nos unen, por los afectos que nos aproximan.

Es por eso que hoy os recibimos en esta casa, sencillamente, es verdad, pero también, jubiloso y satisfechos, con las manos puestas sobre el corazón y los labios modulando el ritmo de palabras cuyo alto significado conocemos bien: amistad, confraternidad, son notas que vibran al unísono en los pechos uruguayos y argentinos.

¡Maestros colegas, amigos del Uruguay, sed los bienvenidos!

Palabras del Dr. Víctor Zerbino en la comida oficial en el Alvear Palace Hotel

Profesor Aráoz Alfaro, leader de la Reunión Pediátrica Rioplatense.

Profesor Bazán, presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Distinguidos colegas y estimados amigos:

A pesar de circunstancias desfavorables, a pesar de inconvenientes fortuitos, los pediatras uruguayos hemos tratado de responder de la mejor manera a vuestra cita de honor en esta nueva jornada.

Hemos venido a esta VII reunión en tren de estudio, pero con espíritu de fiesta. Y nuestro ánimo está regocijado porque desde luego nada puede sernos más agradable que compartir con ustedes estos momentos comunes,

reavivando el cálido, el sincero, el fecundo afecto que une a las escuelas de Pediatría Argentina y Uruguaya.

Pero hay, además, otros motivos de regocijo. Hace ya 15 años que existe, se vigoriza y acrece, esta solidaridad en el trabajo, traducida en estas jornadas. Y como hace ya más de 20 años que la vinculación de nuestras escuelas se realizó por la obra clarividente, lírica, sentimental y perseverante de Aráoz Alfaro y de Morquio, resulta que festejamos juntamente la adolescencia y la mayoría de edad de esta formidable empresa, cuyos comienzos recordaba hoy Aráoz Alfaro, que basta por sí sola para consagrar a ambos maestros.

Recordemos, haciendo justicia a los iniciadores en estos momentos en que recogemos los beneficios de su obra.

Hay un hecho, señores, que se produce por duplicado, que justifica eloquentemente este significado conmemorativo, consagratorio de la mayoría de edad que yo quiero darle a la reunión de este año.

El hecho es que en la dirección de ambas sociedades de Pediatría Argentina y Uruguaya, nos encontramos dos médicos: Bazán y yo, que éramos recién egresados Benjamines de la medicina allá por 1914, cuando surgía la unión pediátrica platense.

Por lo tanto, Bazán y yo por nuestra vida profesional, somos un exponente vivo de esta obra de confraternidad en el trabajo, un subrayado a toda esa ya larga jornada de esfuerzos, de estímulos y de afectos que nos llevó desde simples iniciados a esta mayoría de edad científica.

A lo largo de esos años la obra de nuestras sociedades ha sido una brillante acción de fe, de cultura, de perseverancia.

Por el impulso de estos factores, elementos fundamentales de todo verdadero progreso (y es preciso observar que su falla es, precisamente, lo que hoy tanto hace sufrir a la humanidad), los resultados han sido óptimos. Sobre esos principios, y en un ambiente de verdadera confraternidad, se han ido formando nuevas y valiosas generaciones de pediatras hermanados en la ciencia, que dan hoy brillante prestigio a la Pediatría platense. Podemos estar orgullosos de la obra de nuestros antecesores y de nuestra obra.

Señores: ¡Felicitando a la Sociedad Argentina de Pediatría por la feliz organización de estas jornadas, quiera brindar por su éxito y por la unión argentina-uruguaya!

Discurso del Dr. Florencio Bazán

Señores Delegados de la Sociedad Uruguaya de Pediatría.

Señores:

Es con una gran satisfacción que tomo la palabra para ofrecer esta demostración de afecto y de amistad con que la Sociedad Argentina de Pediatría ha querido obsequiar a sus colegas uruguayos.

Henos aquí reunidos por la séptima vez en estas Jornadas Pediátricas, que inauguramos hace ya 14 años y que hemos podido, felizmente, conti-

nuarlas con igual entusiasmo e interés hasta el presente. Una sólida vinculación, hecha de amistad y de simpática colaboración, fué la que originó estas reuniones, en las que nos propusimos tratar conjuntamente los problemas de la medicina infantil que mayor urgencia tuvieran en nuestros dos países.

No vienen, pues, nuestros colegas uruguayos a disfrutar de un bien merecido descanso en sus tareas profesionales y docentes. Vienen, por el contrario, a trabajar; a remover el ambiente; a discutir, y nos traen con ellos sus experiencias, sus trabajos y el resultado de sus progresos y sus innovaciones en el campo de la Pediatría. Este valioso aporte nos lo deben nuestros amigos, pues también nosotros les brindamos los modestos triunfos nuestros, en un intercambio simple, necesario e inteligente, entre dos pueblos que, además de hermanos y vecinos, tienen los mismos problemas que resolver, las mismas inquietudes e idénticos ideales que los alientan.

Son grandes y muy interesantes los aportes científicos que nos traen. Es de todos conocida la energía y la actividad de los intelectuales uruguayos. Nos asombran a cada rato con sus progresos, hijos de la iniciativa inteligente de sus hombres, que no descansan en la tarea patriótica del mejoramiento de su pueblo.

En el campo de la medicina infantil, ha existido siempre en el Uruguay una pléyade de médicos esforzados y dinámicos, que ha sabido implantar con increíble rapidez en su país, los beneficios y progresos de la ciencia en favor de la higiene y de la protección del niño. Algunos de ellos, como el ilustre Prof. Morquio, figura de relieve médico mundial y cuya ausencia lamentamos hoy — ausencia debida a un contratiempo de última hora, — han tenido la suerte de ver realizados sus esfuerzos, con la creación de instituciones para el estudio integral del niño, que son un orgullo para la América Latina! Otro de los pediatras eminentes, el Dr. Berro, con grandes capacidades de médico y de hombre público, pudo obtener la creación de un organismo superior, verdadera conquista de la pediatría moderna, el Consejo del Niño, del cual ya se han podido apreciar los primeros frutos, con el Código del Niño, carta orgánica de paz y de progreso, que acaba de ser sancionada por el Ejecutivo.

Los pediatras argentinos no podemos menos que felicitar cordialmente a nuestros vecinos, que tan bien supieron bregar en la cátedra y en el Parlamento, para recoger tantos y tan buenos frutos.

Todas estas novedades nos aportan nuestros colegas uruguayos. Ya ven ustedes si son provechosas nuestras reuniones...; Y nos traen, además, trabajos y observaciones de considerable interés, toda la labor de esta pléyade de pediatras, la mayoría jóvenes, entusiastas y llenos del afán de crear; de cabeza gris los otros, con el espíritu sereno, maduros, para la obra reposada.

La Sociedad de Pediatría Argentina ha luchado siempre con empeño y tenacidad para hacer efectivas en nuestro país las adquisiciones modernas de la medicina infantil; pero tenemos aún mucho que andar en ese trayecto; nuestra obra está recién en sus comienzos. Y no es que nos faltaran hombres capaces para la lucha. ¡Felizmente, los tenemos...! Muchos de ellos aquí presentes, se han dedicado con fervor a la obra social y extensiva

de la pediatría, tratando de interesar a los médicos y a las autoridades públicas en la cruzada patriótica en favor del niño. Pero nuestro inmenso territorio se presta poco para las innovaciones rápidas. Los resortes son aquí complejos y los movimientos mucho más lentos. En vuestro país todo anda con mayor rapidez, dándonos la sensación de que el brazo que construye obedeciera instantáneamente al cerebro que piensa. De allí esa constante evolución, que hace de vuestra patria un magnífico campo de experimentación en todos los órdenes del progreso.

Debo, en honor a la justicia, agregar que, en estos últimos tiempos, nuestros poderes públicos han demostrado un evidente interés por todos los problemas relacionados con la medicina higiénica y social. Ellos han comprendido, también, que no es posible combatir con remedios de farmacia los grandes flagelos que azotan la humanidad y, sobre todo, al niño como la tuberculosis, la sífilis, el paludismo, la enfermedad de Heine-Medín, etc., etc. Que es necesario oponer a ellas amplias medidas sanitarias, alimentos, ropas, vivienda sana, aire, luz. Es de esperar que con el apoyo de gobiernos inteligentes, y a medida que nuestros mismos médicos se embarquen con entusiasmo en las modernas y amplias realizaciones que con tanto provecho se aplican en la mayoría de los países civilizados, podamos pronto exhibir, con orgullo, leyes sanitarias e instituciones modelos, muchas de las cuales habéis ya vosotros sancionado.

Señores:

Antes de terminar estas palabras, quisiera expresar mi profunda satisfacción, como Presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría, al ver reunidos aquí, en torno a esta mesa, a todo lo más representativo de la pediatría uruguayo-argentina. Halaga el espíritu y reconforta el corazón, el constatar cómo, en el transcurso de los años, la vieja amistad que unía a nuestros maestros ha sido cultivada con esmero por sus discípulos. Personalmente me une a muchos de nuestros vecinos, lazos de amistad que espero sean perdurables, pues datan de muchos años y fueron anudados en condiciones muy especiales. El Dr. Víctor Zerbino, Presidente de la Sociedad de Pediatría Uruguaya, El Dr. César Gutiérrez, médico y político de destacada actuación, los Dres. Rodríguez Castro, Piaggio Garzón y muchos otros, fueron mis amigos íntimos, hace ya unos 17 años, época en la que nos iniciábamos en el estudio de la especialidad, cuando la Europa entera estaba convulsionada por los horrores de la gran guerra...! ¡En ese entonces, doctor Zerbino, cuán lejos estábamos de presidir las Sociedades de Pediatría de nuestros países...! ¡En aquella atmósfera de espanto y confusión, confraternizamos íntimamente con el dolor de aquel heroico pueblo de Francia, que defendía desesperadamente sus dominios invadidos...!

Los que vivimos de cerca aquellos años, difícilmente podremos olvidarlos, y estoy seguro, que nuestra amistad, nacida en esos momentos de tristeza y de dolor, ha de ser, por lo mismo, más profunda y duradera.

Señores Delegados de la Sociedad de Pediatría del Uruguay:

Para responder a vuestra amable visita y agradecer el caudal de conocimientos que nos habéis aportado, nosotros también hemos realizado nues-

tro esfuerzo; hemos vaciado nuestras arcas, buscando lo mejor que guardamos para brindárselo y, ante el temor de que tal vez la cosecha fuera pobre, y para poder suplir nuestra modesta contribución, le añadiremos para engrosarla hasta el infinito, todos nuestros sentimientos de afecto y de admiración al pueblo uruguayo.

He dicho.

4.º Congreso Internacional de Pediatría

El Comité Ejecutivo del 4.º Congreso Internacional de Pediatría que se realizará en Roma en 1936, ha establecido como temas oficiales los siguientes:

1.º Metabolismo mineral e hídrico en la primera infancia y sus relaciones con el problema de la lactancia artificial.

2.º El problema de la tuberculosis en la infancia en relación:

a) A los modernos estudios sobre ultravirus.

b) A la contagiosidad de parte del niño.

c) A la profilaxis y terapia.

3.º Las enfermedades neuropsíquicas en Pediatría del punto de vista clínico y social.

Disponiendo a su vez que en dicho Congreso serán aceptadas como comunicaciones, únicamente aquellas que se refieran a los temas arriba mencionados o que tengan directa vinculación a los mismos.

El Comité Argentino al transcribir estas resoluciones, notifica a los pediatras nacionales, que quieran colaborar en algunos de los temas enunciados, se sirva dirigir a la Secretaría de este Comité, anunciando el título de la comunicación a fin de considerarlo y elevarlo a la resolución final del Comité Ejecutivo Central.

Dr. José María Macera

Secretario General

Secretaría: Sala VI del Hospital de Clínicas. Servicio de la Cátedra del Prof. M. Acuña.