
ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)

Como se encara la asistencia medicosocial del niño reumático en la sala de niños del Hospital Salaberry

por los doctores

I. M. Macera, B. Messina, R. Rey Sumay y G. Costa Bertani

Es un hecho real que la asistencia médicosocial del reumático en los servicios hospitalarios de clínica infantil ha sido siempre y es en la actualidad incompleta cuando no deficiente.

En nuestro Servicio compenetrados de la importancia de este problema se habilitó desde hace cerca de tres años (agosto de 1932) un consultorio de Reumatología y Cardiología con médicos especializados para cumplir con mayor eficacia dicha asistencia procurando estudiarlos en la forma más completa de acuerdo a los elementos a nuestro alcance (Ortodiagrama, Electrocardiograma, Eritrosedimentación, Tensión arterial, etcétera.) del mismo modo que se hiciera con otras afecciones creándose de ese modo (Consultorios de Tisiología, Sifilografía, Neurología).

Con fecha 4 de abril de 1934, uno de nosotros, G. Costa Bertani, presentó a nuestro Ateneo su proyecto sobre Profilaxis del Reumatismo en el niño, el que aceptado motivó una nota dirigida a la Asociación de Médicos del Hospital Salaberry (ver "Semana Médica", pág. 1147, tomo 2, año 1934) donde se solicitaba el apoyo de esa entidad para la realización de unas Jornadas Médicas Reumáticas con el propósito de despertar el interés hacia este tema. El tenor de esa nota fué el siguiente:

*Señor Presidente de la Asociación de Médicos del Hospital Salaberry,
Dr. Raúl Parodi:*

De nuestra consideración:

El Dr. Guido Costa Bertani, ha tenido la gentileza de ofrecer la prioridad de organizar una liga antirreumática al Ateneo de Pediatría de este hospital.

Funda ampliamente su iniciativa, destacando la importancia de la enfermedad, la gravedad de sus secuelas de orden general y electivamente cardíacas y la invalidez y la incapacidad física y moral que soportan aquellos enfermos que no han sabido dar importancia a su mal en momento oportuno.

Analiza la sólida contribución que ha significado para la profilaxis de otras enfermedades infecciosas, la divulgación entre el público, de conocimientos generales prácticos; cita como ejemplo la difteria, viruela, rabia, tuberculosis, sífilis, etc.; destaca que socialmente hasta ahora nada se ha hecho en forma concreta para evitar las consecuencias del reumatismo agudo y termina proponiendo la fundación de una liga antirreumática que difunda ampliamente entre el público el peligro que acecha a los niños, futuros hombres.

El Ateneo de Pediatría consideró de gran interés la iniciativa y la comisión especial designada para su estudio concreta su opinión en los siguientes aspectos:

- 1.º Fundar la Liga.
- 2.º Preconizar la difusión de consejos prácticos para el público.
- 3.º La propaganda debe ser anónima y aconsejar la consulta del médico en los primeros síntomas dolorosos.
- 4.º Dirigirse solicitando apoyo a las entidades que por su prestigio signifiquen una garantía para el mejor éxito: Academia Nacional de Medicina, Asociación Médica Argentina, Facultad de Ciencias Médicas, Sociedad Argentina de Pediatría, Sociedad de Higiene, etcétera.

Pero al par que se ha considerado que para dar mayor solidez, no ya a la difusión de orden social, sino a la acogida que puedan prestar a la iniciativa dichas entidades, las autoridades y el gremio médico en general, convenía la realización previa de unas Jornadas Médicas, cuyo tema único fuera el reumatismo, teniendo en cuenta que si interesa electivamente a los pediatras, no es patrimonio exclusivo de la infancia y en tal sentido el aporte de la opinión médica general, debe ser de significativo interés.

En tal sentido, el Ateneo de Pediatría, se dirige a la Asociación que Ud. preside, proponiendo la realización de las Jornadas Médicas del Reumatismo Agudo o de la Fiebre Reumática, para tratar así de actualizar el tema, interesar al gremio médico y preparar el ambiente para que la Liga tenga desde su iniciación el más franco apoyo de todos.

José Pereyra Käfer
Secretario General

José María Macera
Presidente

La mencionada Asociación hizo suyo el pedido de dicha nota resolviendo llevar a la práctica estas Jornadas, las que se realizarán el 24 de agosto próximo.

Es desde entonces que estamos empeñados dentro de los recursos a nuestro alcance, en esta campaña profiláctica, haciendo efectiva nuestra lucha antirreumática por medio de: Volantes-cartillas que se distribuyen a todos los enfermos que concurren solicitando número para ser atendidos en los consultorios externos (1.^a y 2.^a infancia). Cartilla redactada para ser comprendida por ese público concurrente.

A su vez se ha confeccionado una Cartilla para los reumáticos que encierra consejos y que se entrega al enfermo reumático; carteles murales, que ilustran a las personas que desfilan por el hall del Servicio; publicaciones en Revistas locales y difusión en nuestro medio hospitalario, de la forma en que ha de tratarse un reumático.

En cuanto a nuestra organización interna hemos creado la ficha del reumático así como también la ficha cardiológica donde se sigue paso a paso la evolución de nuestros enfermos (adjuntamos copias de las mismas).

CARTILLA DE CONSEJOS PARA EL PUBLICO

PARA EVITAR LAS CONSECUENCIAS DEL REUMATISMO EN EL NIÑO

El **REUMATISMO** es una enfermedad muy seria y traicionera.

El **REUMATISMO** en la infancia es una enfermedad muy común.

Casi todas las enfermedades del corazón en el adulto son consecuencias del **REUMATISMO** que ha sufrido en la infancia.

El **REUMATISMO** no curado a tiempo produce graves enfermedades en el corazón, quedando el enfermo inutilizado y con peligro de su vida.

El **REUMATISMO** curado a tiempo deja al niño en buenas condiciones.

Para curar el **REUMATISMO** y evitar las complicaciones del corazón, debe Vd. ver a su médico en cuanto aparezcan en el niño los primeros dolores, aunque sean pequeños, (en las coyunturas, tobillos, rodillas, muñeca, hombro, codos) o dolores al caminar.

SEÑORA:

si su niño tiene dolores, no pierda tiempo con remedios caseros ni calmantes. Llame a su médico.

En la Sala de Niños del Hospital Salaberry se atiende todos los martes de 9 a 11 horas a los enfermos de **REUMATISMO**. (Sacar número de 8 a 9 horas).

“Ateneo de Pediatría del Hospital Salaberry”

CARTILLA DE CONSEJOS PARA EL ENFERMO REUMATICO

Para curar el **REUMATISMO** en el niño y evitar las serias y frecuentes complicaciones del corazón, los padres deben saber:

- 1.º Que el **REUMATISMO** no curado a tiempo produce graves enfermedades del corazón.
- 2.º Que esta **complicación** puede hacer del niño un ser inútil haciendo peligrar su vida.
- 3.º Que el **REUMATISMO** curado a tiempo, con el tratamiento del médico, deja al niño en buenas condiciones.
- 4.º Que el niño debe seguir las **instrucciones** de su médico al “**pie de la letra**” para evitar las complicaciones.
- 5.º Que el **medicamento** debe ser tomado durante mucho tiempo, para que no haya **complicaciones**.
- 6.º Que todo reumático debe quedarse en la cama por lo menos **un mes** después de desaparecer sus dolores y la fiebre, para ayudar a evitar complicaciones.
- 7.º Que el enfermo debe ser alimentado con: leche, verdura, pastas, frutas y dulces, evitando alimentos grasosos.
- 8.º Que el enfermo deberá desocupar su vientre todos los días.
- 9.º Que la repugnancia y vómitos que puede provocar el remedio, es evitable. Consulte a su médico.
- 10.º Que el enfermo que tiene la complicación en su corazón, para evitar que el mal progrese debe mantener el reposo en cama muchos meses y ser vigilado con frecuencia por su médico.
- 11.º Que estos enfermos deben habitar en casas secas y soleadas; evitando juegos y ejercicios violentos; enfriamientos y mojaduras.

“Ateneo de Pediatría del Hospital Salaberry”

IMPORTANCIA DEL REUMATISMO EN LA INFANCIA

POR EL DR. RODOLFO S. REY SUMAY

Publicación aparecida en “General Paz”, mes de julio

El reumatismo articular agudo es una de las enfermedades más frecuentes y peligrosas de nuestro ambiente. Y si recordamos que el reumatismo en el niño tiene características especiales que lo hacen a veces difícilmente diagnosticable, veremos la importancia que este tema tiene, razón por la cual nos hemos decidido a colaborar en este número extraordinario de “General Paz” creyendo que con ello hacemos seria obra profiláctica, al par que contribuimos con nuestra

modesta colaboración a la obra social que con tanto entusiasmo realizan nuestras sociedades de fomento.

El reumatismo infantil se presenta la mayoría de las veces en una forma fugaz, no manifestándose sino por ligeros dolores en las articulaciones y por un estado febril que llega a alarmar muy poco a las madres. Y es aquí donde reside el mayor peligro de esta enfermedad, pues, que mientras se presenta en forma tan inocente, comienza desde ya a atacar el órgano más vital del organismo de nuestro pequeño enfermo, cual es su corazón.

Hace muchos años un célebre médico dijo que "el reumatismo lame las articulaciones y muerde el corazón".

Entonces es necesario que el pueblo esté prevenido contra este mal para poder así evitar las terribles y lamentables consecuencias que el reumatismo provoca y no tener que ver el doloroso cuadro que significa un niño, en quien la patria pone todas sus esperanzas, convertido en un hombre inútil para la sociedad y para su familia, porque su corazón no le responde a las exigencias de la vida diaria.

La complicación cardíaca es perfectamente evitable a condición de hacer un buen tratamiento desde el comienzo de la enfermedad; y para ello debemos contar con la colaboración de las madres o personas que tengan a su cuidado a los pequeños, quienes tienen la obligación de hacer examinar a sus niños al más leve dolor que ellos manifiesten. No deben olvidar que muchas veces los chicos no dicen nada de sus dolores, pero una madre observadora siempre se dará cuenta que a su hijo le pasa algo, al ver que no corre como lo hacía antes o que no juega como de costumbre.

Es en ese momento que debe llevarlo a un médico para que lo examine e instituya el tratamiento inmediatamente, tratamiento que ha de ser seguido al "pie de la letra" para así estar seguro que las cosas no van a ir adelante. Procediendo en esta forma se podrían evitar muchas complicaciones cardíacas, como las que estamos habituados a ver los que nos ocupamos con especial interés de estas afecciones.

Pero aquí no debe terminar la acción profiláctica, pues, no debemos abandonar al enfermo que ya tiene su lesión cardíaca, sino practicarle el tratamiento adecuado para que en ese corazón no se produzcan nuevos brotes, porque aunque el enfermo ya es un cardíaco, sabemos que el reumatismo puede tener sucesivos brotes, y hay que prevenirse contra ellos, ya que cada nuevo brote será un nuevo latigazo para su corazón enfermo, latigazos que lo podrán conducir a la insuficiencia cardíaca completa en un breve lapso de tiempo.

Además de los cardíacos el reumatismo tiene otras complicaciones que aquí no mencionaremos por ser de menor importancia.

De manera que la voz de orden debe ser: hacer examinar a la brevedad posible a todo niño que tenga dolores, por leves que ellos sean, no perdiendo tiempo en darle los numerosos productos comerciales que existen, que la mayoría de las veces sólo sirven para que el médico compruebe días después, la inevitable catástrofe consumada.

Quedaría enormemente satisfecho si con estos consejos consiguiera salvar de la inutilidad a muchas niñas y niños que serán las madres del mañana y nuestros gobernantes del futuro.

Donación de la Unión Vecinal de Fomento "General Paz" al Ateneo de Pediatría, del Hospital Salaberry, de acuerdo a su plan de difusión social

SERVICIO DE CLINICA INFANTIL DEL HOSPITAL SALABERRY

Jefe de Sala: Dr. J. M. MACERA

FICHA DEL REUMATICO

Hecha por
Nombre Edad Nacionalidad Domicilio
Antecedentes Familiares..... Antecedentes Personales
Antecedentes Reumáticos Familiares Medios de vida
Episodios reumáticos anteriores Vivienda
Enfermedad actual Estado actual
Articulaciones afectadas Estado de sus amígdalas
Estado de su dientes Otros focos sépticos
Peso Talla Bóveda Plantar
Tratamientos anteriores (clase, forma, tiempo y dosis)
Tensión arterial Eritrosedimentación Forma Leucocitaria
Fibrinosis Hemocultivo Análisis de orina
Tratamiento Evolución

SERVICIO DE CLINICA INFANTIL DEL HOSPITAL SALABERRY

Jefe de Sala: Dr. J. M. MACERA

FICHA CARDIOLOGICA

N.º
Aparato Circulatorio de Fecha
Hecha por Edad Sexo
Nacionalidad Domicilio
Antecedentes Hereditarios Antecedentes Personales
Enfermedad actual Estado actual
Disnea espontánea Disnea de esfuerzo Palpitaciones
Dolor precordial Tos y disnea nocturna
Zona precordial y corazón Pulso frecuencia Ritmo
Igualdad Presión brazo Mx. Mn.
Presión Pierna: Mx. Mn. Arterias periféricas oscilaciones ...
Venas periféricas Otros síntomas: Cianosis Edemas
Aero-hipotermia Diuresis (cantidad) Ritmo
Hígado Bazo Riñones Cerebro
Pulmones y bronquios ... Expectoración ... Pleuras ... Peritoneo ...
Suficiencia cardíaca Diagnóstico Pronóstico
Etiología Tratamiento..... Evolución
Presión arterial: Normal (Pachon) Escala según edades de 1 a 14 años.

Hemos tenido presente la importancia de la pureza de los salicilatos, habiendo así decidido proveer nosotros a la formación de droga pura para la preparación del medicamento.

Desde la publicación del trabajo de Lutembacher (mayo 1933), usamos el Polisalicilato, pero en distinta concentración a la indicada por este autor, usando una fórmula en la que los salicilatos de sodio, calcio y potasio van en proporciones iguales, fórmula que ha sido ideada por uno de nosotros, Dr. Rey Sumay, de acuerdo con el jefe de la farmacia del Hospital, Dr. P. Rey.

Desde el mencionado trabajo de Lutembacher, usamos en forma intensiva la vía endovenosa, como tratamiento de ataque, y de refuerzo, practicando en la actualidad a todo niño que concurre a nuestro consultorio, con cardiopatía o sin ella, dos inyecciones endovenosas quincenales de un gramo de Polisalicilato cada una, no habiendo observado nunca accidentes serios, ni esclerosis venosas, teniendo en este momento una experiencia de más de 500 inyecciones endovenosas.

Consideramos interesante recalcar los siguientes resultados obtenidos, como asimismo las consideraciones derivadas de la observación:

1.º Se han levantado 66 fichas del reumatismo desde que se creara esta ficha en (febrero de 1935), contando en este número alguno de los casos de interés seguidos anteriormente.

2.º Siendo atendido el consultorio una vez por semana, hemos llegado a reunir, en un sólo día de consultorio, hasta 30 reumáticos.

3.º La asistencia diaria actual es de 20 enfermos, término medio.

4.º La evolución desde que se instituyó el tratamiento de refuerzo es ampliamente favorable.

5.º Consideramos que la medicación endovenosa es necesaria, dados los beneficios obtenidos.

6.º Hemos observado que: el temor a la cardiopatía ha hecho que el público mire con recelo una afección a la que hasta ahora había permanecido indiferente.

7.º Del material estudiado saldrán diversos trabajos de interés como salicilato y tensión arterial; alteraciones electrocardiográficas provocadas por el reumatismo, acción del polisalicilato en grandes dosis por vía endovenosa, etc., que se presentarán a la Sociedad de Pediatría en su oportunidad.

8.º Hemos completado la acción del consultorio de Reumatismo cuando las circunstancias lo exigían o en los casos agudos (d'emblee); internándolos en nuestra sala en forma tal, que, en algunas oportunidades sobre un total de 30 camas, existían 8 reumáticos simultáneamente, asegurando de este modo poder llevar a término el tratamiento de ataque asociado, a la clinoterapia prolongada, y al régimen dietético, clinoterapia que llegó a ser hasta más de tres meses, en especial en los meses de invierno, cuando el frío y las lluvias eran más intensas, única forma de evitar enfriamientos en estos niños que debían concurrir al consultorio de Reumatismo.

9.º Con el propósito de buscar nuevos horizontes en el tratamiento de la fiebre reumática, uno de nosotros (Macera) ha iniciado un nuevo tratamiento que consideramos tiene una sólida base científica, es un tratamiento biológico ya utilizado y probado como eficaz en otras afecciones, nos referimos a la inmunotransfusión de plasma de enfermos reumáticos convalescientes y en pleno tratamiento salicilado; contando para esto con la eficaz colaboración de los distinguidos colegas y amigos, Dres. Palazzo y Teneoni, bien conocidos en nuestro ambiente por su competencia y preparación en esta materia; quienes se encargan de preparar el plasma del enfermo por nosotros remitido (los resultados que se obtengan se traerán al seno de esta Sociedad).

10. Faltaría completar la acción social con la creación de la Cartilla Social del Reumático, la que hemos dejado en suspenso hasta tanto podamos contar con la colaboración de las visitadoras, las que se encargarían de aportar los beneficios inherentes que la práctica ha confirmado.

11. Consideramos una necesidad la creación de la Liga antirreumática como asimismo la creación de un Instituto para la asistencia de estos enfermos de acuerdo a lo que ya se hace en otros países donde se ha encarado este problema seriamente ateniéndose a la realidad de los hechos. Bastará citar al respecto la obra iniciada en Inglaterra. (Creación de la primera Clínica Cardiológica en Escocia, Royal Hospital for Sick Children de Glasgow) en 1923. El Queen Marys Hospital for Children de Carshalton (considerado como modelo por su organización).

A su vez la acción desarrollada en Norte América donde se le asigna a la profilaxis de reumatismo tal trascendencia que es considerado actualmente uno de los problemas más urgentes de salud pública, pues se calculan en 200.000 la cifra de adolescentes cardíacos,

existiendo hospitales especializados en New York, Filadelfia, Chicago, New-Haven, Boston y Rochester.

Actualmente existen en Norte América y Canadá 253 clínicas cardíacas.

Los americanos por otra parte han llegado a establecer que la gravedad de la enfermedad cardíaca en los niños constituye la principal causa de muerte entre los 10 y 14 años de edad, siendo calculada la frecuencia con que ocurre la enfermedad cardíaca en los niños en un 7 por mil (Morquio).

Alemania cuenta con un Instituto de investigaciones sobre el Reumatismo y con hospitales especializados en Berlín, Hamburgo y Dresde.

Suiza, con cuatro hospitales especializados para reumáticos. Dinamarca y Bélgica, con centros antirreumáticos. En el Uruguay el malogrado maestro Morquio organizó en 1933, en su Instituto de Pediatría, un Servicio de Asistencia Hospitalaria y una Policlínica especial cuya función es continuar el tratamiento y vigilancia de los niños reumáticos y cardíacos que pasan por la clínica.

Entre nosotros, el Prof. Bullrich ha creado la Clínica Cardiológica inspirada en la "Ayuda del Cardíaco", creada en Francia, en 1929, por Vaquez. Por otra parte uno de nosotros, Costa Bertani, tiene a su cargo un Consultorio de reumatología en el Hospital Alvarez, cuya estadística ha sido publicada recientemente en la "Semana Médica".

Ultimamente, el Instituto de Clínica Pediátrica de la Facultad de Medicina que dirige el Prof. M. Acuña, ha patrocinado la acción social que desarrollamos, entregando a Tertulia Médica de Radio-Municipal para que transmitan periódicamente las cartillas y artículos emanados del Ateneo de Pediatría del Hospital Salaberry.

La asistencia social del niño cardíaco en Estados Unidos de Norte América (*)

por la

Dra. Perlina Winocur

“Cada lesión cardíaca que puede ser prevenida disminuye el sufrimiento individual y la carga económica que significa para la sociedad”. Esta frase resume el espíritu de la asistencia prestada a enfermos en los Estados Unidos.

El “Heart Committee de La “New York Tuberculosis and Health Association” fué iniciado en 1915, para prevenir y aliviar las afecciones cardíacas (Prevention and Relief of Heart Diseases) y no sólo se ocupó de la asistencia médica y social sino también de la investigación científica para llegar a un conocimiento mejor de las enfermedades, de los métodos de diagnóstico y tratamiento para llenar un cometido en la forma más eficiente. En nuestro informe presentado a la Facultad de Ciencias Médicas nos ocupamos con más detalles del desarrollo de esta Asociación. Un alto espíritu crítico informa su obra, toda experiencia es cuidadosamente vigilada, los resultados de sus instituciones bien examinados antes de seguir adelante.

Vamos a transcribir la clasificación funcional de la “American Heart Association”, pues es la aceptada en todas sus dependencias y con frecuencia nos hemos referido a ella en nuestra exposición:

ENFERMEDADES ORGÁNICAS DE CORAZÓN:

CLASE 1.—Enfermos con *lesiones orgánicas de corazón capaces de actividad física ordinaria*, sin experimentar ninguna molestia.

(*) Comisionada por la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, en 1933, para el estudio de “La asistencia Social del cardíaco en los Estados Unidos de N. A.”.

CLASE 2.—Enfermos con *lesiones orgánicas de corazón, incapaces de la actividad física ordinaria*, sin experimentar molestia

A) Actividad ligeramente limitada.

B) Actividad muy limitada.

CLASE 3.—Enfermos con *lesiones orgánicas de corazón* con síntomas o signos de falla cardíaca, *incapaces de cualquier actividad física* sin sentir molestia.

CLASE 4.—*Possible cardiopatía*.—Enfermos con signos o síntomas que pueden ser achacados al corazón; pero donde el diagnóstico de cardiopatía es incierto.

CLASE 5.—*Cardiopatía potencial*.—Enfermos sin signos de enfermedad de aparato circulatorio; pero el antecedente o presencia de un factor etiológico de ellas impone una observación.

Pasaremos revista a las principales instituciones que se ocupan de la asistencia social del cardíaco:

CLÍNICA CARDÍACA STANDARD

Se enrolan en esta clínica los enfermos con afección cardíaca evidente o en potencia. El jefe o el médico indicado por éste ve a los enfermos de primera vez y decide sobre su elegibilidad, en caso afirmativo se hace la historia clínica y social, completando en las visitas siguientes los exámenes de laboratorio y rayos para llegar al diagnóstico que debe ser hecho con la mayor precisión. Hemos tenido la oportunidad de oír a veces largas discusiones con el jefe y subjefe antes de rotular una historia. Como ellas deben servir no sólo para el mejor tratamiento del enfermo, sino también como documentación para el estudio que la Asociación realiza, es extraordinario el celo que se pone.

El paciente debe concurrir con regularidad en cuyo caso figura en la *lista activa*, si interrumpe su asistencia por más de seis meses pasa a la *lista inactiva*; pero antes de hacer este cambio es visitado por la nurse, la cual expone los motivos al jefe quien resuelve en definitiva lo que ha de hacerse.

Algunos enfermos son enviado a la Clínica Cardíaca sólo para conocer la opinión del especialista. El nivel de cultura es bueno, cumplen bien las citaciones. Recordamos el caso de una niña con afección congénita que no tenía ninguna molestia y hacía siete años, desde la edad escolar, concurría periódicamente.

Las "*Social Workers*" completan y hacen efectivo el tratamien-

to médico con su asistencia social, trabajan en las salas y consultorios, mejoran las condiciones del hogar en lo posible; son responsables en la Clínica Cardíaca ante la jefe del Servicio Social.

Tienen a su cargo 100 enfermos a quienes dedican su "full-time". Asisten todo el tiempo que se trabaja en el consultorio, visitan al enfermo nuevo en su domicilio, debiendo completar con su información la historia clínica antes de la tercera visita. Vigilan el cumplimiento del tratamiento indicado por el médico y la asistencia regular del enfermo a la Clínica. A la social worker son dirigidos todos los enfermos que presentan problemas de orden social, o para internación en hospital y casas de convalecencia. Mantienen vinculaciones con nurses escolares, de salud pública, agencias de distinto orden de las cuales se puede obtener ayuda y colonias de vacaciones para niños. Conectan las distintas instituciones, efectúan los trámites y dan las informaciones necesarias al paciente o a la familia.

CASAS DE CONVALESCENCIA.—Ellas están destinadas a consolidar la obra hospitalaria; es bien conocida la importancia que tiene en las afecciones cardíacas un reposo prolongado y esto puede hacerse en forma menos costosa y más agradable en las casas de convalecencia.

No existe una reglamentación uniforme en estas instituciones; pero todas ellas aceptan los enfermos siguiendo la clasificación de la "American Heart Assotiation" los grupos I, II, IV y V. El ideal sería la admisión de los enfermos por intermedio del Clearing House Central de la Ass, el cual tendría la lista de los candidatos seleccionados por los médicos que atienden las clínicas cardíacas de su dependencia.

El tiempo de permanencia está regulado por el estado y condiciones del enfermo. Los niños admitidos permanecen en cama hasta apirexia completa y constante, desaparición de todo síntoma de proceso en actividad, con mejoría del estado general y aumento progresivo de peso. Parece que la recuperación se hace en las C. de C. con menos recaídas, con menos perjuicio para el corazón que cuando es dado de alta después de una asistencia hospitalaria breve.

La observación continuada del enfermo demuestra que aun en las C. de C. los beneficios alcanzados no duran mucho tiempo en aquellos que no cooperan siguiendo el régimen higiénico que se les ha enseñado durante el internado.

Fuera de los hábitos de salud que se enseña en estas instituciones donde los niños permanecen en general mucho tiempo el "Bu-

reau of Education" envía a sus maestros para que pueda continuar su escolaridad. Aprenden trabajo manual, dibujo, etcétera.

Deben volver a la C. deC. a la semana de ser dados de alta y luego regularmente cada mes, estos intervalos se hacen más cortos en invierno, particularmente para aquellos que necesitan una atención mayor. Reingresan al menor síntoma de empeoramiento y ellos son más frecuentes en los reumáticos durante el invierno y primavera.

El niño dentro del medio escolar.—Se ha desarrollado una acción vasta dentro del medio escolar, pues es siempre más fácil proteger al niño que ya normalmente vive dependiente de la familia y del Estado, y su vida no está llena de obligaciones como la del adulto. La familia teme enviar a la escuela al niño con afección cardíaca, éste participa rápidamente del temor y prefiere quedar en la casa. Si asiste a clase falta con frecuencia y no siempre por razones justificadas; pero con una supervisión bien llevada se ha cambiado mucho la faz del problema y con gran beneficio para el pequeño lisiado. Se ha pensado la forma de hacerlo más feliz buscándole entretenimientos y ejercicios adecuados y prepararlo para el futuro cultivando en él una aptitud innata, dándole una profesión que le permita bastarse a sí mismo si es posible.

Siguiendo la clasificación a la que hiciéramos referencia en el medio escolar los de la :

Clase I.—Son considerados por su capacidad funcional como sanos salvo que ocurran infecciones. La supervisión es más o menos ligera y sólo por prudencia se limita su actividad prohibiendo juegos atléticos de competencia que exigen un esfuerzo considerable, o ejercicios que exigen un gran desgaste físico.

Clase II, A.—Cuya capacidad física les permite una actividad dentro de los límites normales; pero todo exceso, todo esfuerzo, como los que se hace en juegos vigorosos, carreras, les ocasiona una fatiga persistente la que en niños normales pasaría rápidamente. Pueden tomar parte en ejercicios escolares; pero con la condición de retirarse al menor síntoma de cansancio.

Clase II, B.—De capacidad notablemente limitada, la mayoría con infección evidenciada por la temperatura y leucocitosis. Estos niños deben guardar cama, pues la actividad escolar empeora sus condiciones. Los padres deben ser informados sobre la necesidad de

reposo y asistencia médica. Una vez mejorados regresan a la escuela y pueden ser clasificados en el grupo I o II, A.

Clase III.—No deben concurrir a clase.

Clase IV.—Para ellos es difícil señalar una actividad determinada, el médico se atendrá al caso individual.

Clase V.—Son considerados como cardíopatas potenciales por el antecedente de corea o reumatismo.

Estas clasificaciones no son definitivas y ya sea por mejorar o empeorar cambian.

La nurse visitadora al conocer el antecedente de un alumno que ha tenido una afección cardíaca o el médico escolar al descubrirla en el examen practicado, lo remite a la Clínica Cardíaca y ésta da las indicaciones para la escuela.

Hemos mencionado las clases especiales dentro de la escuela común, tiene la ventaja así de ser numerosa y no tener el niño que recorrer una gran distancia. En algunas partes no tienen aulas especiales estudian como todos sólo que no vuelven a la casa para almorzar haciéndolo en la escuela donde también toman descanso acostados en catres, en salones bien aireados envueltos en mantas durante el invierno⁽¹⁾. Ocupan aulas de planta baja para evitar la fatiga de subir y bajar escaleras.

En la Escuela Willam S. Baer, de Baltimore, verdadero palacio dedicado para distintas clases de lisiados, sordos, visión defectuosa, paralíticos, cardíacos, etcétera, hemos podido observar la siguiente organización:

Los cardíacos estaban divididos para la gimnasia de acuerdo con lo anteriormente expuesto y aquellos que no podían efectuar ningún ejercicio, tenían otra clase de entrenamientos o juegos que les hacían olvidar sus condiciones de inferioridad. Se hacía en dicho establecimiento curas de terreno con marchas de duración y rapidez progresiva en terrenos planos luego inclinados y con las mismas características subir y bajar escaleras en los dispositivos instalados al aire libre. Los movimientos sintéticos progresivos aumentan así la capacidad funcional y tienen una acción tónica general.

No faltan en esta escuela música, representaciones teatrales, danzas que sirven para la enseñanza del ritmo a los sordos. No debe olvidarse que una cantidad de niños como estos últimos y los de vi-

(1) Existe en Estados Unidos el doble horario escolar.

sión defectuosa son sanos en otro sentido y capaces de entetener a los otros con sus cantos, y representaciones.

Se dedica una atención especial al cultivo de alguna aptitud, dibujo, pintura, trabajo semiartístico. Continúan más tarde en el Eigh School para adquirir una cultura superior que en alguna forma le será útil para una actividad de tipo sedentario, o pasan al "Vocational" y luego al "National Rehabilitation Bureau" que les brinda ocasión para desarrollar la actividad que coincida con las aptitudes demostradas durante el entrenamiento vocacional.

A pesar de tener sus médicos esta escuela está ligada al hospital y los niños que necesitan asistirse tienen sus días y hora previamente arreglado por la nurse visitadora.

Existen colonias de vacaciones para cardíacos con ubicación y actividad adaptada convenientemente; pero lo más común es que concurren a algunas colonias con otros niños teniendo solamente sus limitaciones en la actividad y períodos de descanso más largos.

El servicio social se encarga de mejorar las condiciones de la familia haciendo que ésta reciba ayuda monetaria para mejorar la alimentación y para que el niño pueda trasladarse a la escuela en tranvía. Enseña la mejor manera de utilizar los recursos que dispone, la ropa que debe llevar según la estación y para preservarlo del exceso de frío o humedad. Vigila el trabajo evitando así la sobre carga a que los obliga a veces la ignorancia de los padres.

En varias ciudades se hizo la investigación de las afecciones cardíacas en el medio escolar, se halló en New York 20.000 niños en estas condiciones que fueron separados de las aulas comunes instituyéndose las clases especiales para ellos. Se discute mucho esta separación, por razones de orden sentimental algunos médicos sostienen que pueden concurrir a las clases comunes estableciendo algunas diferencias en la actividad y descanso.

El "Committee of Vocational Guidance and Occupation" aconsejó el entrenamiento en distintos trabajos y la colocación ocupacional para niños cardíacos que eran seguidos al mismo tiempo en su enfermedad. Al parecer sus resultados no fueron del todo buenos.

En 1923, el "Board of Education" abrió clases para cardíacos anexo a la "Manhattan Trade School for Girls". El Comité consiguió que un cardiólogo prestara servicios gratuitos, practicara el

(2) Coburn.—The Factor of Infection in the Rheumatic State, 1931, página 239. The Williams and Wilkins Co.

examen de los postulantes y lo repitiera periódicamente en los aceptados. Se enseñó profesiones que no requieren mucho desgaste físico, modista, sombrerera, etc. El elemento fué seleccionado de la lista de alumnos suspendidos de las escuelas por inasistencia prolongada, de los rechazados por el Board of Health, de las clases para cardíacos de las escuelas elementales y de los consultorios de especialidades. No se obtuvo el resultado que cabía esperar, por no permanecer las alumnas el tiempo necesario para aprender un oficio. El abandono prematuro se debió a la necesidad de una ganancia inmediata y la falta de comprensión del valor que tiene el entrenamiento para un trabajo adaptado a la capacidad física. Según las estadísticas salían hábiles empleados, porque estaban en el lugar que les correspondía.

En 1924 el "Board of Education" estableció este mismo tipo de clase en el "M. Murray Vocational School". Se becó a los alumnos pobres para que asistieran a estos cursos, se hizo todo lo posible para evitar las interrupciones visitándolos e interrogándolos sobre las causas del abandono de la escuela.

Enseñanza y propaganda.—La "American Heart Association" reúne un gran material de propaganda, folletos, hojas mimeografiadas, diapositivos y films que se distribuye o presta para conferencias.

Los padres son instruidos sobre la necesidad de hacer examinar la boca y garganta de los niños por especialistas y cumplir las indicaciones aconsejadas. Sobre dolores de crecimiento y corea, sus vinculaciones con el reumatismo. Profilaxis de las enfermedades contagiosas, vacunaciones ya sancionadas como eficaces. Bronquitis, faringitis, resfríos comunes para los que todo reumático tiene gran predisposición y que tiene una influencia desfavorable para su afección. En otro lugar hicimos referencia a otros puntos.

La enseñanza escolar se hace también en los cardíacos hospitalizados cuando sus condiciones lo permiten, lo mismo la enseñanza de distintas manualidades. El "Bureau of Education" envía los maestros en general. Queremos también recordar que en los últimos años se habla mucho y se ha ensayado la profilaxis del reumatismo tomando al niño reumático lo más precozmente posible y enviarlo a un clima tropical o subtropical. Se ha remitido un grupo a Puerto Rico, lugar donde no parece existir reumatismo. Se han hecho estudios interesantes sobre la virulencia escasa de los gérmenes que se consideran causantes del reumatismo poliarticular agudo.

RESUMEN

La organización para la mejor asistencia del cardíaco en los Estados Unidos comprende:

La investigación, el estudio científico para hacer un diagnóstico precoz, tratamiento y profilaxis más eficaces.

Asistencia médica, examen periódico en las clínicas cardíacas, para los enfermos de alta de los hospitales, casas de convalescencia o en quienes se ha diagnosticado o sospechado una afección cardíaca.

Las casas de convalescencia hacen que el enfermo se recobre en mejores condiciones. La enseñanza de nuevos hábitos de vida, cuidados higiénicos, reajuste del hogar, tienden a consolidar los beneficios obtenidos.

La escuela regula la actividad física e intelectual del niño, lo sigue en el hospital, casas de convalescencia, cuando sus condiciones le permiten reanudar sus estudios en forma prudente y gradual. Hace cumplir las indicaciones médicas a los alumnos que concurren a sus clases especiales. Trabaja en colaboración con instituciones que directa o indirectamente benefician al cardíaco. Trata de llevar en ellos la enseñanza más allá de la elemental puesto que su campo de acción para el futuro es más restringido, la preparación intelectual lo habilitará para tareas más livianas o favorecerá la expresión de una aptitud literaria.

Existe en los Estados Unidos un esfuerzo constante para brindar a los niños lisiados lo que hasta ahora parecía patrimonio exclusivo de los sanos. Los preparan de modo que puedan llenar sus largas horas de inactividad forzosa en forma más o menos agradable, tratan de darle una profesión adecuada a su capacidad. Toda la obra está inspirada en una profunda simpatía humana al mismo tiempo que se disminuye la carga que significa para la sociedad un individuo no productivo.

El Servicio Social en el Pabellón de Lactantes del Hospital de Niños

por el

Prof. Mario I. del Carril
Jefe del Servicio

El Servicio Social que a manera de ensayo y con personal voluntario y honorario, existe en el Pabellón de Lactantes, que dirijo, en el Hospital de Niños, ha sido y es de gran utilidad. 1.º Para los médicos que atendemos los enfermitos, porque nos dan datos fidedignos sobre el ambiente en que ha vivido el niño permitiéndonos investigar el origen de los padecimientos que observamos, descubrir en caso de enfermedades contagiosas, el agente contagiante, y otras víctimas del contagio entre los miembros de la familia y por último colocándonos en condiciones de resolver la conveniencia o no de la reintegración del niño a su hogar. 2.º Utilidad para el *enfermo* y su *familia*, pues teniendo en cuenta lo que acabamos de decir se deduce la mejor asistencia, el más eficaz tratamiento y la profilaxis mejor dirigida. Además como las visitadoras no se limitan a la parte médica sino que investigan el ambiente en sus aspectos económico y social, siguen su acción y mejoran estas situaciones en ambos aspectos. Y 3.º Para el establecimiento o la entidad que lo dirige puede ser de gran utilidad también porque se está en condiciones, teniendo conocimiento del estado económico del caso, de saber si la asistencia sería gratuita u onerosa y en qué grado. Esto último naturalmente será de aplicación el día que se pretenda implantar el arancel hospitalario, lo que sólo podrá llevarse a cabo en forma equitativa y justa con la ayuda del Servicio Social.

Fuera de estas consideraciones que se refieren al Servicio Social Individual, el hecho de las visitas domiciliarias hace co-

nocer en el vecindario los servicios que presta el hospital y el interés que se toma por sus enfermos, y esta propaganda ya entra en el Servicio Social colectivo, pues hará que el público menesteroso y poco culto acuda cuanto antes al hospital y de ese modo será posible disminuir grandemente, sino hacer desaparecer, la enorme cantidad de niños que acuden tarde al establecimiento y mueren en las primeras horas de su ingreso. Para dar una idea de la importancia de esta cifra de niños muertos en las primeras 24 horas de su ingreso al hospital, lo que en su gran mayoría significa que no han sido asistidos o lo han sido mal, me bastará decir que en el Servicio que dirijo, en el Hospital de Niños, pasan de 150 los que fallecen antes de las 24 horas de su admisión. No puedo hacer mejor para informar del resultado de este Servicio Social que transcribir el trabajo presentado por la Srta. María Luisa del Carril, organizadora y directora de este Servicio al Museo Social Argentino.

El Servicio Social en el Pabellón de Lactantes del Hospital de Niños

por

María Luisa del Carril

Para efectuar nuestra práctica hospitalaria exigida en el plan de estudios de la Cruz Roja, concurrimos al Hospital de Niños, donde el Jefe del Servicio de Primera Infancia, Dr. Mario J. del Carril, al mismo tiempo que nos permitía hacer la práctica nos inculcó la idea de dedicarnos luego al estudio de algo que para él era mucho más interesante y útil, el Servicio Social. Fué así como luego de recibir nuestros diplomas de Samaritana y Enfermera, iniciamos los cursos de Asistencia Social en el Museo Social Argentino.

Terminados nuestros estudios y debiendo presentar el trabajo final, en él me ocuparé de la importancia del Servicio Social en el Hospital, demostrando su razón de ser, su mecanismo y su eficacia y utilidad, aun practicado en pequeña escala, sin ayuda oficial, y en forma absolutamente facultativa.

En pequeña escala, pues, sólo hemos actuado en una sala del Hospital; sin ayuda oficial, pues no hemos contado con contribución de ninguna especie, ni hemos ocasionado gasto alguno al establecimiento; en forma facultativa porque hemos realizado nuestra obra sin obligación alguna, lo que no ha impedido que lo hiciéramos con constancia y un interés cada vez mayor, al ver que llenábamos una necesidad y cumplíamos el deseo expresado por el Jefe del Servicio. Los resultados obtenidos, son una muestra de lo que puede llegar a ser este Servicio Social si estu-

viera organizado, completo, con apoyo de las autoridades, ayuda de las sociedades filantrópicas, interés de los médicos y comprensión de la gente.

Es fácil poner de manifiesto la utilidad del Servicio Social con sólo considerar su razón de existir: Las Instituciones oficiales o privadas destinadas a la Asistencia en cualquiera de sus formas, desarrollan su actividad independientemente, y es necesario que quienes necesitan de ellas, acudan a las mismas y soliciten lo que precisan; la Institución entra en acción y presta su ayuda, gratuita o no, según los informes presentados por el mismo que hace el pedido, que muchas veces oculta la verdad. En el caso particular del Servicio Social en el Hospital vemos que los distintos hospitales nacionales, municipales o particulares con que cuenta Buenos Aires, prestan sus servicios a quienquiera acuda por estar enfermo, siempre que haya cama disponible, y que la afección que presente el enfermo corresponda a las que pueden asistirse en dicho hospital, y no cobran nada o casi nada por la asistencia de acuerdo a lo que declara el mismo enfermo; por otra parte, el que necesita asistencia a veces se informa por referencias indirectas de personas profanas y otras veces, desgraciadamente muchas, carece de toda información o va adonde se le ocurre, sufriendo pérdidas de tiempo que empeoran su situación, pues ignora el camino o es desviado por gente poco escrupulosa que lo explota.

En nuestro caso el niño enfermo pocas veces es llevado al Hospital cuando comienza la enfermedad; generalmente se escuchan los consejos de personas que se dicen entendidas o van a parar a manos de curanderas, todo esto en perjuicio grave del niño que llega por último al Hospital cuando ya no hay nada que hacerle. Esto parece una exageración, sin embargo la prueba más convincente de lo que decimos es esta: En los años 1933 y 1934 han llegado al Servicio de Lactantes del Hospital de Niños 300 que sólo han estado unas horas en la Sala, falleciendo antes de que pudiera efectuarse el examen completo y sobre todo en un plazo en que ningún tratamiento puede llegar a actuar. El Servicio Social por medio de las Visitadoras, al mismo tiempo que desarrolla su acción, hace propaganda e instruye sobre la existencia del Hospital y la atención que allí se dispensa al enfermo. En muchísimas ocasiones al hacer nuestra visita hemos informado y aconsejado a familias vecinas de las ventajas del Hospital cuando se acude a tiempo, y hemos podido remover ciertos prejuicios; a veces el sólo hecho de ir a las casas de los enfermos, de que los padres vean que nos interesamos por ellos, que tratamos de interesar al médico, hace que nos den datos que han ocultado, que nos revelen detalles que nos guiarán para ayudarlos, y que sigan con más confianza nuestros consejos.

Todo esto muestra la utilidad que representa el Servicio Social para el que necesita del Hospital; pero el médico también lo necesita, pues le representa un auxilio poderoso, gracias a cuya ayuda puede realizar su obra en forma completa, procurando el bien del enfermo en el presente y en el futuro.

El enfermo va al Hospital para que el médico diagnostique su en-

fermedad y la cure; pero con frecuencia oímos decir que, sobre todo en la Primera Infancia, la base del diagnóstico está en los datos que tenga el médico sobre los antecedentes, especialmente los hereditarios y los del medio en que ha vivido el niño. Pues bien, éste es llevado por la madre o el padre, a quienes se les hace un interrogatorio sobre dichos antecedentes y casi siempre cuando se pregunta sobre la salud de los padres, se recibe una respuesta satisfactoria, lo que significa que se falsea la verdad, unas veces por ignorancia y otras por malicia, de modo que al médico le falta uno de los puntos más útiles para su diagnóstico; además, cuando la enfermedad que lo ha llevado al Hospital cura, el médico tiene interés en saber si el ambiente familiar es capaz de asegurar al niño el mantenimiento de su estado de salud o si ofrece peligro su permanencia en ese ambiente. El Servicio Social en el Hospital realiza una encuesta prolija y detalla en la ficha social del enfermo las condiciones morales y materiales del ambiente, la higiene de la habitación y de las personas y así puede dar un informe con los datos precisos que muchas veces aclaran una situación, controlan los informes dados y ayudan al diagnóstico.

Uno de los casos más frecuentes que se nos han presentado es el de los que han estado en contacto con tuberculosos. El niño tiene reacción de Mantoux francamente positiva, pero según los datos de la familia nunca ha estado en contacto con enfermos. Vamos a la casa, y casi sin excepción, hemos encontrado el origen del contagio: algún miembro de la familia, un amigo o vecino; el Servicio Social entonces no sólo ayuda al diagnóstico médico, sino que trata de evitar las causas que han favorecido el desarrollo de la enfermedad; que el pariente o vecino tuberculoso se asista, combate el cariño mal entendido, enseña prácticas de higiene, consigue ayuda de otras instituciones; en el caso Veli-che, por ejemplo, la madre sigue el tratamiento en el Hospital Rawson, el Dispensario de Vías Respiratorias le pasa la alimentación, la parroquia de San Pedro les ayuda y les da un litro de leche por día, el Preventorio Roca va a hacerse cargo de 3 niños, la Casa de Expósitos de otro, todos de acuerdo.

Otro caso que se repite es el del niño que presenta trastornos gastrointestinales, que revelan fallas de higiene, de alimentación, etc. También en estos casos se enseñan las nociones elementales de higiene, y se explica la importancia que tiene la alimentación apropiada para un niño pequeño, además se han conseguido de la Casa de Expósitos direcciones de cuidadoras con experiencia y recomendadas.

Pero el Servicio Social tiene una acción más amplia aun; muy a menudo, el niño enfermo nos lleva a conocer situaciones al parecer complicadas que necesitan sólo paciencia y tenacidad para ser resueltas en beneficio del niño, pues al volver la tranquilidad a la familia, recibirá la atención y cuidados que necesita. Por ejemplo el caso Muratore: El padre, estibador, estaba enfermo y apenas trabajaba; la mujer no conseguía trabajo ni tenía con quien dejar sus dos hijitos; tenían dos piezas, todo en desorden, sucio; no tenían interés por nada ni amigos; sien-

do católicos se habían alejado de la Iglesia y no estaban casados ni por el Civil; empezaban a endeudarse. Pues bien, se les arregló el casamiento tanto Civil como Religioso, reconocieron y bautizaron los hijos; se convenció el padre de que siguiera el tratamiento, lo recomendamos al Hospital y al Dispensario. Hoy ya se ha puesto 7 series de inyecciones y puede trabajar como antes; se consiguió de una casa donde había trabajado la madre durante 7 años, que le dieran una recomendación por si necesitaba trabajar; como se han casado, la familia se ha reconciliado con ellos y como ahora reciben visitas, tienen los cuartos limpios y bien arreglados, lo mismo la ropa, y el marido trata a su mujer con una consideración que antes no usaba. En fin una familia feliz y contenta.

Para realizar esta obra, hemos seguido un sistema muy sencillo: Cada Enfermera-Samaritana ha buscado una amiga que teniendo automóvil, se compromete a acompañar y llevarla a las visitas una vez por semana, por lo menos (cada vez se visitan 4 casas, término medio). Tenemos 2 cuadernos y las fichas sociales. El primer cuaderno es una especie de índice del segundo, y al mismo tiempo lleva todos los datos que nos pueden guiar en la visita; a cada niño corresponde un solo renglón, allí tenemos el nombre, edad, domicilio, fecha de entrada, número de la cama que ocupa (sabemos así qué médico lo atiende), y los resultados de las reacciones de Wassermann y de Mantoux que orientan nuestras observaciones. Anotamos la fecha de la primera visita, esto nos permite encontrar la historia detallada en el otro cuaderno, y por último cualquier detalle notable y la fecha de salida.

Llevamos siempre este cuaderno con nosotros. Ejemplo:

Nº cama	Fecha entrada	Nombre	Mantoux ^ v	Wasserm. =	Edad	Domicilio	1ª visita	Observaciones	Salida	Nº histor.
17	jun. 22	Alberto E.	^		5 m	Bustaman. 2351	25-VI-34	Pedir datos al Dr. Mirata, H. Pirov.	F.	1037
19	» 14	Teresa N.	v		4 m	Agüero 1160	22-VI-34		R.	1017
42	» 22	Guillermo V.	=		16 días	Moldes 1917	23-VI-34	Nec. cuidadora	A.	1039
21	» 25	Antonio S.	^ v		1 año	Buenos Aires 786	2-VII-34	Desea coleg. aleman para niño de 7 años	A.	1043
38	» 26	Elsa U.	v		3 m	Progreso 648	2-VII-34		F.	1047

El segundo cuaderno es el detalle de esta visita; están por fecha y numeradas al margen. Por lo tanto si interesa un caso, sabiendo la fecha de la primera visita puede seguirse toda la historia hasta el final, con todos los pormenores; en la Historia Clínica del enfermo sólo ponemos la ficha social llenada en el domicilio, a la que agregamos los detalles de interés para el médico, o algún dato importante, así en pocas palabras sabe lo que interesa. Guardamos el borrador de las fichas en otra carpeta que viene a ser nuestro fichero particular.

Apenas internan un niño, vamos lo más pronto posible a la casa, y seguimos atendiendo el caso hasta haber hecho todo lo que podemos en su favor. Aquí es donde aparece la diferencia entre la ayuda que presta el Hospital y la que puede prestar la Asistencia Social, y se presenta para nosotros una gran dificultad: El Hospital, es decir, el médico, se interesa mientras haya enfermedad, suministra el tratamiento, observa el enfermo, se interesa por el ambiente que lo rodea, en el mejor de los casos regala los remedios si hacen falta y repite con paciencia las instrucciones a las madres. Pero, y si el niño muere? Fácil es comprender que el Hospital y el médico nada tienen que hacer cuando no hay un enfermo de por medio; sin embargo la práctica nos demuestra que en estos casos es cuando más falta hace la Asistencia Social: Han quedado los hermanos en iguales condiciones favorables para el desarrollo de la enfermedad; la misma madre que no supo cuidar un hijo no sabrá cuidar los que vendrán después; el mismo padre que no pudo protegerlo, los mismos vecinos que lo contagiaron, el mismo ambiente que lo minaba, rodean a los que quedan, esperan al bebe que llegará en las mismas pésimas condiciones que el anterior. Con los que salen de Alta, o los que son retirados antes, sucede algo parecido, pero si siguen yendo al Consultorio Externo no pierden la vinculación con el médico, y si salen de Alta es posible que la enfermedad que lo ha llevado al Hospital sea pasajera y no dependa del ambiente, o que la familia se haya dado cuenta a tiempo del peligro y esté alerta para impedir que el caso se repita.

La mortalidad infantil está en relación con la miseria y la ignorancia, y sucede como con los accidentes: Hay los casos inevitables, pero hay una gran proporción que se puede evitar. El Asistente Social debe realizar su obra educadora: Siembra consejos de higiene, explica lo que no entienden y pronto se convierte en la consejera de la familia; a ella acuden en cualquier dificultad, porque saben que les prestará toda atención y que conoce todas las Instituciones que pueden utilizarse en cada oportunidad. Pero con frecuencia ella a su vez necesita la guía y el consejo del médico, cuando éste ya se ha desligado del caso, y lo ha olvidado (hemos tenido algunos que seguíamos visitando muchos meses después de haber salido del Hospital). Qué hacer? Felizmente para nosotros, la mayoría de los médicos se han interesado por el Servicio Social y no shan ayudado todo lo posible, tanto los del Hospital de Niños como los de otros Hospitales y Dispensarios; pero hay otros que si no han impedido, por lo menos han puesto obstáculos a nuestra obra, como nos pasó con un médico que entregó un certificado de no padecer enfermedad contagiosa a la cuidadora del niño R. González, que luego descubrimos se asistía en un Dispensario de Vías Respiratorias, y figuraba con el diagnóstico de Infiltración bacilosa de vértice y base de P. D., resultando que el certificado había sido dado de favor porque se trataba de la niñera del médico quien después sostuvo otro diagnóstico que no ofrecía peligro para el niño, y sin embargo éste era tuberculoso y no había vivido sino con la cuidadora; la madre era sana y trabajaba de sirvienta. Todo esto causó tal desconcierto en esta última, que no sabía qué hacer; terminó perdiendo su colocación por no atender

sus obligaciones, y robando su propio hijo. Felizmente todo pudo arreglarse. No hay duda que este médico nos ha considerado unas entrometidas, igualmente como otros a quienes el Servicio Social no interesa; sin embargo, hoy en día, está él implantado en casi todos los países adelantados; aquí no está más desarrollado porque no se le conoce bien, porque no se ha tratado de conocerlo. Encontramos nosotros los mismos o parecidos inconvenientes a los que se han encontrado en otros países, y que poco a poco fueron desapareciendo. Aquí pues es preciso hacer conocer mejor el Servicio Social y lo que puede realizar: Que los necesitados sepan adonde deben acudir, cómo pueden impedir que la enfermedad o la miseria se apodere de ellos, y que los que pueden sepan a su vez a quién ayudar, y con qué poco es posible hacerlo: no sólo con dinero, sino dando un poco de su tiempo, de su inteligencia, de su prestigio social, de su ejemplo.

Hay pocas personas que comprenden esto, lo hemos podido comprobar cuando buscamos colaboradoras para nuestras tareas. Empezamos por aquellas que no perteneciendo a ninguna sociedad de caridad, tendrían mucho tiempo disponible; sin embargo (tal vez por falta de costumbre) no nos respondieron a pesar de simpatizar con nuestra obra. Debo pues agradecer doblemente a las que a pesar de tener su tiempo comprometido, han reservado un lugar para las visitas del Hospital.

De las fichas que tenemos hemos sacado la siguiente estadística:

Niños visitados	103
Total de visitas	239

Viven en conventillo	el 67 %
» » departamento	» 2 »
» » casa independiente	» 19 »
» » asilo	» 10 »
» » pensión	» 2 »

No tienen mas ventilación que la puerta	el 48 %
Término medio de personas por dormitorio	» 5 »
» » » » » cama	» 2.2 »

Padres casados por civil e iglesia	el 42 %
» » » civil	» 15 »
» no casados	» 11 »
Viudas	» 4 »
Abandonadas	» 20 »
No se pudo saber con seguridad	» 8 »

Padres sin trabajo	el 4 %
» con ganancia insuficiente	» 11 »
Ayudados por Sociedades	» 26 »

A manera de cartilla, para facilitar las tareas de las Visitadoras, es

que hemos anotado unos cuantos consejos útiles para ser tenidos en cuenta al hacer las visitas. Son el resultado de nuestra experiencia, y nos recuerdan a qué detalles debemos dar más importancia, por ejemplo: no tratar que nos expliquen la enfermedad de un vecino, sino anotar el nombre y la fecha de entrada al Hospital que lo asistió, pues esto nos permite fácilmente conseguir del médico que lo atendió, el diagnóstico completo.

Detalles que conviene tener presentes al hacer las visitas

- 1.º Mirar el cuaderno-guía para saber de qué chico se trata.
 - 2.º Al entrar en la casa preguntar por la familia con cara sonriente, para que no crean que se va a darles una mala noticia del Hospital.
 - 3.º Dar la mano a los miembros de la familia, y si ofrecen sillas sentarse con aire cómodo.
 - 4.º Hablar con naturalidad, como si se conocieran mucho, siguiéndoles la conversación. Si hablan de algún enfermo, ya sea de la familia o vecinos, tratar de saber el nombre y apellido (si es casada el apellido de soltera), en que Hospital estuvo, y en que fecha entró. Al salir, apuntar estos datos en la ficha, porque nos permitirán pedir el diagnóstico médico.
 - 5.º No omitir por cuenta propia opiniones del médico, más bien que ellos nos digan lo que han entendido.
 - 6.º Al hacer una pregunta, tener cuidado de no sugerir uno mismo la contestación. (M. Richmond).
 - 7.º Llenar la ficha.
 - 8.º No formar juicio demasiado pronto, sobre todo en la primera visita; tener en cuenta que el visitado va a desconfiar mientras no se da cuenta que uno va por su bien. La Visitadora debe ser reservada, ni crédula ni desconfiada.
 - 9.º No prometer nada que después no se podrá cumplir. No ofrecer nada y menos dinero; ante un cuadro de verdadera miseria, no demostrar mayormente compasión porque después no hablarán sino de sus necesidades materiales; fijarse más bien qué les hace falta, para llevarlo en otra visita. (Ropa, frazadas, colchón, etc).
 10. Preparar el camino para repetir la visita con cualquier pretexto.
 11. Si se sigue visitando una familia, siempre tener presente su punto de vista, qué se haría si se estuviera en su lugar; si toman una actitud que no se comprende, buscar la causa que la motiva.
-

El Lactárium

Institución médicosocial, su definición, su funcionamiento
y resultados (1)

por el

Dr. Saúl I. Bettinotti

Docente Libre de Clínica Pediátrica

En el año 1928, siendo jefe interino del Departamento de Puericultura del Instituto de Maternidad, que dirige el Prof. Peralta Ramos, había conseguido formar un stock de leche de mujer, con destino al consumo interno de la institución (hipogalactias transitorias, niños prematuros, etc.). En tal circunstancia se realizó la primera venta de leche de mujer destinada a un prematuro perteneciente a mis enfermos particulares, percibiendo el Departamento de Puericultura una retribución en dinero que se aceptó con carácter de donación. Inmediatamente se difundió esta manera de proceder, fijándole un precio que oscila alrededor de \$ 1 los 100 gramos.

Ese mismo año, visitando la Institución que dirige Bauza, en Montevideo, vimos el primer extractor mecánico de leche (simple para una o dos mujeres) y cómo se juntaba un stock de leche superior al que permitía la extracción manual. Estas ideas llevadas a lo que ya se efectuaba en la sala de lactantes de la Cátedra del Prof. Acuña, dieron nacimiento a la Institución médicosocial que llamáramos "Lactárium" (2).

(1) Conferencia dictada en la reunión de la Sociedad Uruguaya de Niología; Montevideo, 20 de junio de 1935. (Homenaje al Prof. Morquio).

(2) Agradezco muy especialmente la colaboración eficaz de la Sra. Cecilia Schön de Worst, que con su constante dedicación evitó más de una vez que se malograra la experiencia.

En el ambiente de esta Sociedad de Pediatría, cuyos dignos miembros no son neófitos en estos asuntos, puedo permitirme prescindir de la larga disquisición que prueba la existencia del problema de la lactancia mercenaria, el cual no ha sido resuelto ni por la ley Rousell ni por otras similares. Esto ha sido motivo de un trabajo mío anterior.

Pretendemos, pues, que el lactario, tal como lo hemos concebido y realizado, es, como lo hemos definido, una Institución perteneciente al Estado, que *sin fines de lucro*, tiene una finalidad médico-social que consiste en extraer, conservar y distribuir leche de mujer y de evitar todos los inconvenientes de la "lactancia mercenaria".

No está en mi ánimo historiar las vicisitudes que ha corrido el lactario desde su iniciación, hasta la realización actual.

Me concretaré, pues, a describirlo, mostrar su organización, cómo funciona y cuáles han sido sus resultados.

Desde el mes de agosto de 1934, la experiencia que realizo, está oficializada por la Facultad de Ciencias Médicas y controlada por intermedio de sus Institutos de Higiene (Prof. Zwanek), y de Pediatría (Prof. Acuña).

DEFINICIÓN

El lactario es una Institución del Estado que, SIN FINES DE LUCRO, tiene una finalidad médicosocial, que consiste en extraer, conservar y distribuir leche de mujer, y además evitar todos los inconvenientes de la "lactancia mercenaria".

Esquema del funcionamiento del lactario:

VISITADORA JEFE	{	Dadoras	{	Encuesta social de cada hogar. Vigilancia médica del niño lactante, hijo de la dadora. Ayuda social fuera del pago habitual. Establecer el excedente de leche de cada dadora. Períodos de retribución semanal o quincenal (\$ 4 el litro).	
		Organización interna	{	Horario de extracción. Horario de distribución. Conservación. Limpieza general.	
		Receptores	{	<p style="text-align: center;"><i>Motivos</i></p> Agalactias. Hipogalactias. Hijos de madres tuberculosas o impedidas por otra afec. Lactantes enfermos. <i>Bajo contralor médico.</i>	{

DADORAS

La encuesta social tiene por objeto reflejar lo más fiel y realmente posible las condiciones de vida del hogar de la dadora, hogar que suponemos de medianos o escasos recursos.

La dadora quedará vinculada al lactario, si ella encuentra utilidad, y así podrá el lactario desarrollar una labor orientadora, médico-higiénico-social. Esta obra es de acción lenta, pero su resultado es seguro y duradero, porque se ha efectuado en forma gradual y sostenida durante todo el tiempo que la dadora ha estado vinculada al lactario.

La vigilancia del hijo de la nodriza, se realiza periódicamente, exigiéndose la presencia del niño, en el momento de efectuarle el pago semanal o quincenal. Además que esta mujer generalmente trae a su hijito cada vez que ocasionalmente se enferma.

Cantidad de leche a extraer: El examen del niño y su edad, así como el examen de la dadora, nos permite establecer la cantidad de leche que vamos a extraer. Cifra variable para cada mujer, no pudiendo tener normas fijas que la regulen. Cada una de las dadoras debe ser objeto de un análisis, considerando si es primípara, o múltipara; en este caso, cómo alimentó a sus hijos anteriores, época del año en relación con la edad del niño, etc.

ORGANIZACIÓN INTERNA

La extracción se realiza en dos turnos diarios. De 7 a 9 de la mañana y de 4 a 5 de la tarde. Se extraen simultáneamente 16 mujeres, anotando la cantidad que extrae cada mujer, ya que la leche es recoigida directamente en frascos graduados. Se mezcla inmediatamente la leche y se coloca en una refrigeradora.

Distribución: También se efectúa en dos turnos y exigimos de los interesados que concurren ellos mismos o envíen personas responsables, a retirar la leche. Quedan así vinculados a la obra, adquiriendo una mayor simpatía hacia la institución, y dándole mayor importancia al acto de conseguir alimento para su hijo pequeño.

Más de una vez, además de la retribución habitual, hemos recibido donaciones de ropas y objetos, destinados para las dadoras más pobres (obra social del lactario que consiste en el acreamiento de las partes).

Conservación.—Se hace en dos formas, por simple enfriamiento o congelada con nieve carbónica. Para lo primero disponemos de una heladera con compresor eléctrico, y de temperatura graduable; para el segundo, de un termo cilíndrico de 90 cm. de altura y 30 cm. de diámetro, que mantiene la leche congelada, con nieve carbónica en blocks de 150 c. c. cada uno.

Esta leche nos permite cubrir las faltas ocasionales o fortuitas.

Limpieza general del lactario.—Es efectuada por las mismas dadoras, por turno diario, no recibiendo actualmente retribución alguna.

RECEPTORES DE LECHE

Son siempre enviados por un médico, corresponden a todos aquellos casos que habitualmente solicitaban nodrizas.

Tienen en el lactario un sustituto de la nodriza.

Eliminándose automáticamente todos los inconvenientes de ambas partes, que todos conocemos. Como ya dijimos más arriba, estas personas quedan atadas por un vínculo de simpatía con la Institución. Muchos niños desde recién nacidos se han criado con alimentación natural exclusiva suministrada por el lactario, hasta la época oportuna para *iniciar la alimentación mixta*, concepto este último de gran importancia para la crianza mejor de los niños lactantes.

En las hipogalactias transitorias de muchas primíparas. En las hipogalactias definitivas. Para raciones complementarias. Hijos de madres tuberculosas, o madres enfermas cuyo impedimento haya sido fijado por el médico.

Aparece además una posibilidad, desconocida para la lactancia mercenaria actual (oficio lucrativo), y es la posibilidad de suministrar leche gratuitamente a los hijos de hogares menesterosos. Creo inútil insistir en el significado de esta posibilidad.

PROVISIÓN DE LECHE PARA EL INTERNADO DE LACTANTES

Con toda regularidad se suministra diariamente la cantidad que se necesite para alimentar entre diez a trece lactantes internados en la sección.

Todo este organismo que acabo de describir, me ha permitido

sacar deducciones prácticas. Se ha establecido la *capacidad máxima* del lactario.

Se entiende por capacidad máxima la posibilidad de contralor real y de real eficacia de todos los resortes del lactario, a cargo de una sola persona, que es la visitadora jefe, la cual trabaja "full-time".

He comprobado que la capacidad de trabajo del lactario no puede aumentarse al infinito, pues superada esta capacidad, el control se relaja y aparecen los vicios que destruyen la obra, haciéndola inútil, al no reemplazar con ventaja a la nodriza actual.

En la definición que he dado del lactario se consigna especialmente que debe ser... "sin fines de lucro". Quedan, pues, eliminados por definición todos aquellos organismos o instituciones particulares que expendan leche de mujer, no teniendo tampoco derecho a usar la denominación "lactárium" o "lactario".

Creo, ahora, que si estas instituciones particulares hechas con fines de negocio llegan a divulgarse, la obra de asistencia social que anhelamos quedará destruída, y que el problema de la lactancia mercenaria no sólo no se habrá resuelto, sino que cambiado un tanto el mecanismo, se habrá agravado aún más.

Aun a riesgo de ser redundante, imaginemos un lactario dirigido por un propietario o patrón, quien necesita disponer atención, tiempo y dinero para costear la instalación y su mantenimiento. Lógico es que reciba una retribución por ese trabajo; en una palabra, se habrá creado un nuevo medio de vida, un nuevo negocio con su correspondiente propietario, "el dueño del lactario". Al ser un negocio puede sufrir los vaivenes a que está sometido cualquier negocio. Si es próspero, la organización puede ser buena y marchar de acuerdo a la inteligencia y dedicación y tendrá el sello que caracteriza al dueño. Por fin, si no es próspero, por altruísta que sea el propietario, si piensa que la ganancia ahora no existe, aparecerán las posibilidades de fraude (por abandono negligente, o consentido). No habrá ya la seguridad del expendio de leche de mujer. Por otra parte, si hubiese necesidad de aumentar la producción del lactario, se recurriría a extraerle a cada nodriza toda su leche aun la que pertenece a su hijo. Si se creara una inspección para controlar o vigilar todas las disposiciones del lactario, tendría ésta una tarea imposible de cumplir... y no nos dejamos llevar más por este raciocinio, pues ya vislumbramos el absurdo. Por estas razones y porque al particular no le interesa la faz social de protección al hijo de la nodri-

za, es que creemos haber demostrado claramente que el lactario no debe ser un negocio.

RESULTADOS

Sueldo de la visitadora jefe: \$ 250.

Costo de instalación de un lactario: \$ 3.000 á 3.500.

Este costo se amortizó en el plazo que ha durado la experiencia, y aun se ha suministrado leche gratis a los menesterosos, por valor de \$ 635, a razón de \$ 4 el litro, desde diciembre de 1934.

Desde el mes de agosto de 1934 hasta la fecha.

Niños de la sala de lactantes que han recibido leche de mujer: 54.

Niños externos para los cuales el lactario suministró leche en el mismo tiempo: 135.

Capacidad de trabajo de la visitadora jefe, se ha valorado por la manipulación de 10 litros de leche de mujer. El promedio mensual nuestro ha sido de 240 litros, lo cual significa manejar diariamente alrededor de 25 a 30 dadoras.

Han desfilado desde agosto, 56 dadoras; han sido vigilados durante ese tiempo, 56 hijos de estas dadoras, sin haber ocurrido en ningún caso enfermedades del aparato digestivo y ningún niño fallecido.

Cuando la sollicitación externa sea mayor, colmada ya la capacidad del lactario, habrá que instalar otro en otra parte, buscando, claro está, la zona de influencia correspondiente, y así sucesivamente, acariciando la idea, si se me permite, la quimera, de conseguir que la nodriza como intitución haya desaparecido del Río de la Plata.

DEDUCCIONES

La experiencia concreta ha durado 12 meses. En este tiempo, 56 dadoras han sido sustraídas a la profesión de nodrizas, es decir, que no han abandonado su hogar propio, ni le han quitado la leche a su hijo pequeño.

En 135 hogares, cuyas madres no tenían leche para dar a sus hijos, no recurrieron a la nodriza mercenaria para solucionar esta situación.

Se ha demostrado que es posible dar leche de mujer gratuitamente a niños menesterosos, evitándoles la obligada alimentación artificial precoz, la enfermedad y quizás la muerte.

El organismo médicosocial que he creado en el Instituto de Pediatría del Prof. Acuña en el Hospital de Clínicas, ha merecido varios comentarios y sanciones que transcribo a continuación:

Voto N.º 5:

“La Segunda Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura recomienda a todos los países americanos la organización de Lactarios en el tipo médicosocial, ideado y realizado por el Dr. Bettinotti, en el Servicio del Prof. Acuña”.

Voto N.º 19:

“La Primera Jornada Nipiológica Peruana, después de escuchar los trabajos presentados por los Drs. Mamerto Acuña y Saúl I. Bettinotti, de Buenos Aires, recomienda que para resolver el problema de la lactancia mercenaria, el “lactario” de leche humana ideado y realizado por Bettinotti, merece adoptarse y difundirse en nuestro país, pues permite alimentar a los niños con leche humana. Confirma en todas sus partes el voto emitido por la Segunda Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura, reunida en Buenos Aires en noviembre de 1934”.

El Servicio Social del Dispensario de Lactantes

por el

Dr. Juan I. Murtagh

Jefe del Dispensario de Lactantes N.º 10 (Boca)

Cuando Calmette fundó, en 1899, el primer Dispensario Antituberculoso de Francia en la ciudad de Lille, estableció su triple función: 1.º, tratar al enfermo; 2.º, educarlo higiénicamente, y 3.º, asistirlo socialmente.

Y bien. Estos tres aspectos, asistencia médica, educativa y social que se consideran ya elementales en la estructura y en el funcionamiento perfectos de un dispensario antituberculoso, deberían aplicarse con igual razón a un Dispensario de Lactantes.

Actualmente, el Dispensario, a) provee a la asistencia médica de los niños sanos, examinándolos periódicamente, comprobando su crecimiento, desarrollo y alimentación y despistando los trastornos eventuales; y b) educa a las madres sobre la manera de criar a sus hijos.

Tal es el espíritu que presidió su creación. (Artículos 15, 22, 23 y 39, etc., del Reglamento de la Sección Protección a la Primera Infancia, 1920).

Pero la experiencia diaria de todos mis colegas puede atestiguar que esta función del Dispensario, por muy noble y útil que sea, deja grandes lagunas sobre cuya existencia y posibilidad de llenarlas cabe llamar la atención.

En primer lugar, la función educadora encomendada al Dispensario — “Escuela de Madres” — se cumple muchas veces insuficientemente. El médico puericultor da el consejo, preciso, minucioso, a menudo a costa de considerables esfuerzos de persuasión, de una gran pérdida de tiempo. Pero la ignorancia, la incapacidad de com-

presión, la frágil memoria, la falta de confianza en la experiencia del médico y la mayor confianza en la presunta experiencia de la vecina o de la abuela, los prejuicios inconvertibles, hacen que aquel consejo caiga en el vacío. Casos semejantes a los publicados por el Dr. J. Damianovich en sus "Notas sobre la Protección a la Primera Infancia" ("Rev. de la Sociedad de Nipiología de Bs. Aires", 1926, pág. 326, son de observación diaria.

Y en otras circunstancias, muy a menudo, por desgracia, nada puede el buen consejo y la indicación alimenticia adecuada frente a los problemas aparentemente insolubles de índole social, moral y sobre todo económica que perturban la vida de muchas familias clientes del Dispensario.

¡Cuántas veces nos hemos visto obligados a dar cinco o seis maderas a niños de un año o mucho más, porque la madre no tiene recursos para prepararles las sopas y demás elementos indispensables!

¡Cuántas veces es inútil nuestro empeño de curar a un lactante tuberculoso, porque no podemos eliminar la fuente de contagio y solucionar la faz higiénica y médicosocial del caso!

Y esto sin entrar a analizar los ejemplos de desvalimiento moral en que se encuentran algunas madres por la situación irregular de la familia, por la desocupación del marido, por la inminencia de un desalojo, por la enfermedad de ellas o de sus esposos, por la exigüidad de sus recursos para hacer frente a los gastos de una familia numerosa, etc....

Estas dos dificultades, la falta de aprovechamiento de la educación sanitaria impartida y las dificultades de orden físico, moral y económico por que atraviesan muchos hogares, agravados en la hora actual por la crisis económica, repercuten intensamente sobre la higiene y la alimentación de la criatura y hacen incompleta y hasta inútil en tales casos la acción del Dispensario.

Ahora bien. La única manera de completar esta acción y de economizar los esfuerzos de estas instituciones, aprovechando mejor el tiempo, las indicaciones médicas y el suministro de alimentos, en beneficio del niño, es la colaboración de la Visitadora de Higiene, el establecimiento en cada Dispensario y con mayor razón en cada instituto de Puericultura, de un Servicio Social.

Se me dirá que dentro de la organización actual de la Sección Protección a la Infancia de la Asistencia Pública, la “Auxiliar” cumple funciones de “Visitadora de Higiene” y hasta se la designa ahora con este título. Pero sólo una cuarta parte de ellas han seguido el curso de V. de H. de Puericultura, de manera que muchas veces los consejos que pueden impartir son equivocados: pues no basta una experiencia, aunque sea de veinte años, observando el trabajo del médico en el consultorio, si esa experiencia no se fija sobre conocimientos y conceptos precisos.

Pero la verdadera dificultad consiste en que teniendo que desempeñar funciones burocráticas de “auxiliar” sólo dispone de las horas de la tarde para efectuar las visitas domiciliarias. Por eso, en la práctica, cada familia es visitada, —cuando lo es—, después de largos plazos de meses, durante los cuales el médico ignora la verdad sobre la situación del hogar y la atención y cuidado de la criatura. Además, la labor de la verdadera V. de H. no reconoce horarios y a menudo debe emplear varios días en gestiones para resolver un caso social.

La misión primordial de la V. de H. es *educativa*. No puede reducirse a una mera “visita de inspección”. Debe hacerse amiga de las madres, conversar mucho con ellas, “escuchar” mucho, compenetrarse de todos los problemas y de sus distintos aspectos para poder hacer su “diagnóstico” social e intentar el “tratamiento” social.

Y luego, vincular a la madre, al niño y a la familia al dispensario en primer término, y luego a las obras e instituciones capaces de resolver la situación física, moral y económica de la familia, para beneficio del niño motivo de su intervención.

Pero aunque sean muchos los beneficios que reportaría al Dispensario y a su clientela infantil la colaboración constante de la V. de H., se abre todavía al Servicio Social una perspectiva incomparablemente más rica.

En efecto. La acción tesonera y personal de un buen jefe de Dispensario rompe el aislamiento de éste con su barrio o zona de influencia. Las mismas madres se convierten en propagandistas y de esta suerte gran parte de la población infantil de los hogares proletarios o muy modestos pasa por el Dispensario, se pone en contacto con él.

Pero es sólo una parte de la población infantil. Según datos del trabajo del Dr. Damianovich, antes citado, de los 40.000 niños de primera infancia de la población proletaria de la Capital, 27.000 han sido inscritos en los Dispensarios de la Protección a la Infancia. Quedaría una tercera parte, por lo menos, que por ignorancia o descuido de los padres no concurre a estos establecimientos. Es en estos casos que el Dispensario debe ir en su busca, para lograr que *toda la población infantil que no puede ser dirigida por médicos particulares*, reciba los beneficios de los consejos y atención médica preventiva de los puericultores de la P. a la I.

Es verdad que las oficinas del Registro Civil de la Capital comunica periódicamente a cada Dispensario la lista de los nacidos en su circunscripción, y que la P. a la I. dispone además de 4 Inspectoras de Recién Nacidos. Pero en muchos Dispensarios la labor de éstas recae sobre la Auxiliar. Por otra parte, sabemos bien que no basta *una* visita al recién nacido y el obsequio de un libro de consejos. Es indispensable muchas veces *seguir* visitando al recién nacido para comprobar la forma en que se siguen los consejos dados. Y por otra parte, es excepcional que durante el invierno el niño pueda ser llevado al Dispensario antes del mes de edad, cuando tal vez ya se ha establecido equivocadamente una lactancia mixta o artificial a falta de la acción vigilante y tesonera de una visitadora exclusivamente dedicada a su función de tal.

Si tuviéramos, en cambio, en cada Dispensario una o varias visitadoras, serían ellas las encargadas de la vigilancia del recién nacido y de su vinculación oportuna al dispensario.

Por lo tanto, creo que es urgente convencernos de la importancia considerable de la labor social necesaria y posible del dispensario y que es imprescindible orientar nuestros esfuerzos para conseguir para ellos el perfeccionamiento grande que significaría la implantación de un Servicio Social bien organizado, que vigilara periódicamente a todos los lactantes de su zona de influencia. La labor parcelaria de cada uno de estos organismos, en cada circuito, efectuada intensa y simultáneamente, determinaría, a no dudarlo, un descenso bien marcado de las cifras de mortalidad infantil de la Capital.

Justificada por la experiencia brillante de las organizaciones sanitarias de protección maternal e infantil en Europa y en los

Estados Unidos (1) esta concepción teórica de lo que debe ser la organización de la lucha contra la morbilidad y mortalidad infantiles en nuestro país, y especialmente en nuestra Capital, ha sido ya señalada por Aráoz Alfaro, Zwanck (2), Olaran Chans y Siri (3), Bettinotti (4), etc.

Siguiendo estas ideas, he iniciado en el Dispensario N.º 10, de la Boca, un plan de asistencia social. Autorizado y alentado por el director de la Protección a la Infancia, Dr. Mario H. Bortagaray, a quien debo agradecer cordialmente el interés que ha demostrado por esta experiencia, y con la colaboración inteligente y abnegada de la Auxiliar Sra. de Simons y de las Visitadoras de Higiene Srtas. Oliveira César, Albinati y Lynch, se ha empezado a fichar desde abril del corriente año a todos los niños que nacen en las 84 manzanas de la Boca, que podemos considerar "zona de influencia" del dispensario, comprendida entre las calles Brasil, Martín García, Irala, Garibaldi y Pedro Mendoza.

Utilizamos la siguiente ficha:

(1) *Juan J. Murtagh*.—La Protección a la Primera Infancia en Inglaterra. "Revista de la Cruz Roja Argentina", octubre de 1929.

Véase, además: *G. Mouriquand y P. Bertoye*.—La obra de las Visitadoras de la Infancia de la Fundación Franco-Americana de Lyon. "Rev. Médico-Social de l'Enfance. 1933: 1: 105. *P. R. Levy-Falco*.—Las auxiliares Sociales. París, 1928. *P. F. Armand-Delille*.—El Servicio Social. París, 1929. *Comité de Higiene de la S. de las Naciones*.—Protección de la madre, higiene de la primera edad, etc., Ginebra, 1931.

(2) *A. Zwanck*.—Organización moderna de la protección a la Primera Infancia. "Sociedad Argentina de Pediatría", 14 de octubre de 1934.

(3) *A. Olaran Chans y L. Siri*.—Algunas consideraciones sobre Asistencia y Protección a la Maternidad y a la Infancia en la Argentina. "Archivos Latino-Americanos de Pediatría", 1929: 23: 424.

(4) *S. Bettinotti*.—Dispensario para lactantes. V.º Congreso de Medicina del Rosario, 1934.

CONDICIONES MORALES					
Constitución regular o irregular de la familia					
Hábitos de trabajo		Templanza			
Concepto de que goza en el ambiente					
CONDICIONES INTELECTUALES					
Mentalidad		Instrucción		Urbanidad	
CONDICIONES ECONOMICAS					
Otros recursos fuera del salario					
Capacidad de administración		Hábitos de economía			
Alquiler					
Otros gastos importantes					
ANTECEDENTES Y OBSERVACIONES DEL NIÑO					
Parto		Hospital		Peso al nacer	
ALIMENTACION: desde el nacimiento					
Clase		Cantidad		Intervalo	
HIGIENE: Baños		Baño		SUEÑO	
VÓMITOS y DIFERENCIAS					
REGIMEN DE VIDA					
LABOR SOCIAL Defectos observados:					
Conceptos dados:					
Acción inmediata a desarrollar					
Fecha de la visita			Fecha de la próxima visita		
Firma de la Visitadora de Higiene			Firma del Director		
NOMBRE		DOMICILIO		FICHA No.	
Fecha de nacimiento		Edad		No. del R. Civil	
No. H. CL.					
COMPOSICION DE LA FAMILIA					
Nombre y apellido	Edad	Nac.	Salud	Profesión	Salario
P					
M					
II					
CONDICIONES HIGIENICAS DE LA HABITACION					
Tipo de casa		Material		Salubridad del barrio	
W. C.		Baño		Aire, luz, sol	
N° de habitantes: menores de 15 años		Mayores de 15 años			
N° de habitaciones de la familia		N° de personas en cada habitación			
en cada cama					
CONDICIONES HIGIENICAS DE LA FAMILIA					
Limpieza					
Hábitos de arración					
Alimentación					

SERVICIO SOCIAL DEL DISPENSARIO DE LA CANTINA N° 10-10-10

La doble leyenda anterior está impresa en un solo lado de una hoja de papel grueso, de 33.5 por 22 ctms. Doblada la hoja por la mitad, es una ficha cómoda, en cuya parte interna, en blanco, se anotan las observaciones de las visitas sucesivas.

Las fichas sociales son distribuídas en un fichero por orden de calles. En un fichero pequeño, anexo, por orden de meses, una pequeña tarjeta correlativa a cada ficha social, con el nombre y domicilio del niño, nos va indicando las fechas sucesivas de las próximas visitas. Aconsejamos a todas las madres la vigilancia médica profiláctica y a las de recursos reducidos la concurrencia al dispensario.

Tal es la organización actual. Hemos ya fichado el primer centenar de niños y ya se han presentado casos sociales, en cuya solución están empeñadas las visitadoras. Se han repartido ajuares, cunas, se han dado socorros en dinero en caso de desalojo, mientras se busca trabajo a algunos padres, y sobre todo se ha logrado vincular al dispensario a costa de continuados esfuerzos a muchas madres rebeldes, para beneficio de las criaturas.

Espero más adelante concretar en cifras la labor realizada. El propósito de esta comunicación es simplemente llamar de nuevo la atención sobre la importancia de la función social del dispensario y la posibilidad de su desarrollo, presentando al mismo tiempo una realización incipiente de tales conceptos.

Doctor:

*Recuerde que el **MALTOSAN**, es una harina preparada especialmente para usarla en los trastornos digestivos de la primera infancia, por indicación médica.*

El Maltosan, circunscribe su propaganda, tan sólo dentro del cuerpo médico y jamás se anuncia al público.

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS

*Único concesionario: A. PERRONE
Córdoba 2427 - Buenos Aires*

Difteria nasal y faríngea en un niño de 28 días de edad

por los doctores

Horacio Montarcé, Jorge Pico y Raúl P. Beranger

La difteria típica o genuina en la primer infancia, más aun la del recién nacido, es un hecho de observación de extremada rareza.

Por ello hemos considerado de mucho interés traer al seno de esta sociedad, esta observación.

Para ser breves, dejaremos de lado las consideraciones que el caso sugiere, pues repetiríamos hechos ya conocidos. Además ya fué tratada esta enfermedad como tema oficial en esta misma sociedad en un interesante y completo estudio clínico bacteriológico a cargo de los doctores Elizalde y Vergoalle.

Nuestro caso es el siguiente:

Enfermo Roberto B., 28 días.

Padres sanos. No hay abortos, ni ambiente bacilar.

Nacido a término, parto normal, alimentación materna. Peso al nacer, 3.000 gramos.

Enfermedad actual: A los 20 días es examinado en el C. V. de la Casa de Expósitos, donde se constató una rinitis purulenta. Pocos días después en un nuevo examen se constata el siguiente cuadro clínico: Niño pálido, febril, respiración dificultosa, cornaje acentuado, inquietud y tiraje supraesternal. Coriza con abundante secreción purusanguinolentas, expulsión de pequeñas membranas grisáceas por boca y nariz.

Llanto y tos apagados. Ingestión de los alimentos dificultosa. Temperatura rectal 38°3.

Al examen de la boca y la faringe se observan dos pseudomembra-

nas que ocultan las amígdalas, se extienden de los pilares a la uvula sin envolverla.

Durante este examen se acentúan las dificultades respiratorias. En cuello se constatan en ambos lados dos ganglios del tamaño de un poroto grande. En pulmones escasos rales diseminados.

Abdomen depresible, se palpa el hígado en sus límites normales y el polo inferior del bazo. Corazón, tonos normales, ritmo acelerado. Se hace un frotis del exudado faríngeo y se comprueba abundantes bacilos de Loeffler medianos y cortos.

Hacemos el primer día 2 inyecciones de suero antidiftérico de 10.000 U. I. con 12 horas de intervalo.

Visto al día siguiente se nota que el niño ha experimentado una franca mejoría, pues la temperatura ha descendido a 37°5. La secreción nasal y el tiraje han disminuído, persistiendo las pseudomembranas más reducidas.

Se hacen 2 nuevas inyecciones de 6.000 U. I. de suero antidiftérico. Al día siguiente se constata desaparición total de las membranas y de los síntomas mecánicos y tóxicos.

8 días más tarde tuvimos ocasión de examinar al niño con una reacción sérica general constatando la persistencia de la mejoría del estado general, restando sólo un reflujo nasal de los alimentos por parálisis del velo.

Hacemos reacción de Shick a la madre con resultado positivo.

La difteria genuina de la segunda infancia se caracteriza según el Prof. Elizalde por:

- 1.º Presencia del bacilo de Loeffler.
- 2.º Pseudomembranas extensivas.
- 3.º Cuadro de intoxicación general.
- 4.º Desarrollo en un receptivo.
- 5.º Acción eficaz de la sueroterapia.

Vamos a colocar frente a los caracteres de individualización de la difteria nuestro caso.

- 1.º El examen de laboratorio comprueba la existencia del bacilo de Loeffler.
- 2.º Constatamos las falsas membranas.
- 3.º El cuadro de intoxicación general era manifiesto (palidez, taquicardia, disnea, fiebre, inquietud).
- 4.º Se desarrolla en un receptivo. En efecto, la reacción de Shick practicada en la madre fué positiva.
- 5.º La sueroterapia fué curativa.

En razón de estas comprobaciones, no titubeamos de rotular nuestro caso como difteria faríngea en un lactante.

En el lactante se observan con poca frecuencia estas formas típicas de la difteria, más a menudo se aprecian las formas locales con pseudomembranas y poca repercusión sobre el estado general, cuya patogenia se atribuye a una inmunidad disociada; es decir, que el niño recibe de la madre por vía humoral las anti-toxinas que le dan inmunidad general sin tener inmunidad local.

Otras formas observables, también en el lactante, son las llamadas por Ribadeaux Dumas, ocultas. En estos casos sólo se comprueba el cuadro de intoxicación general diftérica faltando las pseudomembranas. A estas formas el Prof. Elizalde las llama difteria sin exudado. Es posible llegar al diagnóstico en atención al factor epidémico o bien a la acción francamente curativa de la sueroterapia.

Sospechamos como probable fuente de contagio su asistencia a una Clínica, donde acudió para ser asistido primitivamente de su coriza. Este proceso, disminuyendo las resistencias del niño, ha fertilizado el terreno para la implantación a posteriori del bacilo de Loeffler.

La peritonitis a neumococos en el lactante

A propósito de 7 casos

por el

Dr. Ignacio Díaz Bobillo

Ex Médico Interno y Médico Adjunto

La peritonitis a neumococos es excepcional antes de los dos años, así parecen demostrarlo las pocas observaciones publicadas hasta la fecha. Sin embargo, es muy probable que esta rareza sea más aparente que real, dada la dificultad de diagnóstico en los primeros meses de la vida.

En un trabajo anterior titulado "Sobre un caso de peritonitis a neumococos en lactantes", presentado a la Sociedad de Nipiología, en el año 1933, en colaboración con los Dres. Del Carril y Paz, nos ocupamos de este tema y resumimos varias observaciones publicadas, como las de Netter, Viti, Tapie, Perrin y Halléz, Rodríguez Castro y María Placé. A ellas debemos agregar las de Maidagan, Ribadeau Dumas y Meyer, Mac Cartney, John Fraser, Cameron, Vanelli y Beawen. Estas son las observaciones que hemos conseguido reunir hasta la fecha en nuestra búsqueda bibliográfica. Renard ⁽¹⁾, en 1920, sólo reúne 4 casos (los de Netter, Perrin, Tapie y Maidagan. Ribadeau Dumas ⁽²⁾), hace mención de una estadística del Babies Hospital de New York, en la cual se reúnen 9 casos durante 13 años de observación.

Nosotros, sobre un total de 1.700 lactantes internados durante los tres últimos años en el Servicio del Prof. del Carril, hemos tenido ocasión de observar 7 casos, de los cuales sólo dos pueden considerarse como primitivos porque, clínicamente, no presentaban otra localización neumocócica fuera de la peritoneal. De acuerdo con estas cifras, un hecho nos llama la atención: la

mayor frecuencia de la peritonitis a neumococos en el lactante en estos últimos años, pues Acuña y Casaubon (3), en 1918, sobre un total de más de 1.500 lactantes encontraron 3 con peritonitis supurada, pero ninguna de ellas era a neumococos.

Si analizamos los casos publicados hasta la fecha por los distintos autores, encontramos las siguientes edades y sexo:

Netter.....	1890		3 días	varón
Viti	1891		3 días	>
Tapie	1894		22 meses	niña
Perrin	1903	(4)	3 meses	>
Hallez	1915		5 semanas	>
Cameron.....	1912		2 semanas	>
Maidagan.....	1911	(5)	9 meses	>
Beawen.....	1920	(6)	16 meses	>
Beawen.....	1920		9 meses	varón
Mac Cartney y Fraser.....	1921	(7)	20 meses	>
Ribadeau Dumas y Meyer.....	1922	2 casos	?	?
Vanelli	1928	(8)	2½ meses	niña
Rodríguez Castro y M. Placé ..	1933	(9)	15 días	>

En nuestras observaciones encontramos: menores de 6 meses, 1 caso; de 6 a 12 meses, 2; de 12 a 24 meses, 4.

Tres corresponden al sexo femenino y 4 al masculino. Las dos formas primitivas corresponden al primero.

Las vías de infección más probables son la sanguínea y la genital. Sin embargo, para Obdalek (10) la vulvitis aparece en el curso de la evolución de la peritonitis a neumococos y la considera como debida a una contaminación local por las deposiciones. También otros autores aceptan las vías intestinal y la linfática o transdiafragmática. Esta última nos explicaría casi únicamente los casos de peritonitis secundarias a procesos pulmonares.

Hallez (11), en su interesante trabajo sobre el tema, admite la posibilidad del origen congénito de la peritonitis a neumococos en determinados casos, basado en una observación personal. Se trataba de una niña de 5 semanas, prematura, cuya madre estaba afectada de una afección pulmonar aguda, febril, que parece haber precipitado el embarazo. Algunos días después aparecieron en el recién nacido los primeros síntomas de una peritonitis neumocócica que se confirman en la autopsia.

La mayoría de las veces los síntomas de la peritonitis a neumococos en el lactante están enmascarados por otras manifesta-

ciones neumocócicas concomitantes; por otra parte, si tenemos en cuenta los principales síntomas como ser los vómitos y la diarrea, bien sabemos lo frecuente que son estos síntomas en esta edad de la vida. Estos últimos han sido casi constantes en nuestras observaciones. Dos de nuestros enfermitos han tenido episodios convulsivos que obligan a practicar punción lumbar.

La palpación del abdomen da pocas enseñanzas, pues la contractura abdominal es difícil de apreciar; lo que más nos ha llamado la atención es la gran distensión abdominal con red venosa colateral y la prociencia de la cicatriz umbilical, con rubefacción a ese nivel en ciertos casos. En nuestra observación N.º 2, esta rubefacción era muy acentuada en la región periumbilical.

No hemos tenido ocasión de constatar en nuestros enfermitos signos de vaginitis o hidrocele con edema del escroto, por persistencia del conducto vaginoperitoneal.

Según Perrin, la peritonitis a neumococos de la primera infancia no difiere de la que presentan los niños mayores más que por la atenuación o la oscuridad de ciertos síntomas.

Como dice textualmente Hallez: "Es casi siempre una peritonitis "progresiva": la fiebre va en aumento, el pulso se acelera y el niño adelgaza; el síndrome peritoneal se instala veladamente, cuando se le reconoce es demasiado tarde. En el período de estado se constata: distensión del abdomen y luego timpanismo. Facies terrosa, ojos hundidos, nariz afilada, aleteo nasal, labios cianóticos, al vientre, aunque distendido, ordinariamente se deja palpar, en razón de la ausencia de toda reacción general del enfermo. La temperatura puede ser elevada o baja, según la faz en que es observado el lactante. La respiración se hace corta y rápida, el pulso cada vez más débil, el enfermo se vuelve inerte, insensible y deja escapar deposiciones diarreicas profusas, se enfría y muere".

Según Vanelli (8), en la segunda infancia la peritonitis neumocócica presenta en la generalidad de los casos un curso clínico típico, en cambio, en el lactante las observaciones publicadas hasta la fecha tienen manifestaciones clínicas muy variadas, en relación a la actividad patógena del germen y a los factores inmunizantes locales y generales.

Los primeros autores que se ocuparon del tema dividían las peritonitis neumocócicas en primitivas y secundarias; posteriormente ya no se aceptó esta clasificación y se consideraba a toda

peritonitis a neumococos secundaria a otra localización, ya sea una angina, una neumonía, pleuresía, etc. Esta última tesis ha perdido valor en estos últimos años, pues algunas veces nos encontramos frente a casos en los cuales no se constata ninguna otra localización neumocócica fuera de la peritoneal. Para Papaionnou (12) y muchos otros autores, es muy difícil precisar la frecuencia relativa de las peritonitis primitivas y de las secundarias.

Lenormant y Lecene clasifican las peritonitis a neumococos en aisladas y asociadas, teniendo también en cuenta la dificultad en establecer la sucesión de las diferentes manifestaciones neumocócicas.

Según Brechot y Nové Jossierand (13), en el 60 % de los casos por lo menos, se trata de peritonitis aisladas y más raramente ellas están asociadas a otra lesión de origen neumocócico. Sin embargo, en el adulto y en el lactante, las formas asociadas son más frecuentes (otitis supuradas, meningitis y procesos pleuropulmonares, etc.).

Nosotros, en el lactante adoptamos la siguiente clasificación de Aurousseau (14): 1.º primitivas; 2.º secundarias y 3.º asociadas.

En el primer grupo incluimos los casos que no presentan clínicamente ninguna otra localización del neumococo o por lo menos cuando es la primera en aparecer. (Observaciones N.º 1 y 2).

En el segundo, nos referimos a peritonitis neumocócicas secundarias a otra localización del neumococo, tales como una neumonía, pleuresía, pericarditis, etc. (Observaciones N.º 5, 6 y 7).

Por último, consideramos como peritonitis a neumococos asociadas aquellos casos que presentan otra manifestación neumocócica fuera de la peritoneal y en los cuales es difícil establecer la sucesión de las diversas localizaciones. (Observaciones N.º 3 y 4).

Naturalmente, esta clasificación es arbitraria y en la práctica presenta como las anteriores sus dificultades de aplicación.

El diagnóstico es muy difícil; generalmente la peritonitis a neumococos pasa desapercibida y sólo constituye un hallazgo de autopsia. Así lo prueban las observaciones de Vanelli, Beawen, Netter, Viti, Perrin, Hallez y dos de nuestros casos.

A este respecto dice Papaionnou: "Sólo la aparición de un síndrome digestivo muy grave en un lactante a pecho podría, en ciertos casos, hacer suponer la posibilidad de una peritonitis neu-

mocócica. Pero, en general, no se piensa en ella y la autopsia sólo la revela”.

El error más común es confundirla con el coma dispéptico, así ha ocurrido en una de nuestras observaciones. (Observación N.º 1).

Por otra parte, la intensidad de los signos abdominales nos obliga a descartar una apendicitis ⁽¹⁵⁾, también muy rara en esta edad de la vida, o bien una invaginación intestinal o un estrangulamiento herniario.

En el período de estado, desgraciadamente muy pocas veces observado en el lactante, puede confundirse con la fiebre tifoidea o la peritonitis tuberculosa, afecciones también muy raras a esta edad.

Schakir, Lipshutz y Lowenburg ⁽¹⁶⁾, preconizan la punción abdominal sistemáticamente para confirmar el diagnóstico. Así lo hemos hecho en casi todas nuestras observaciones en lactantes con buen resultado.

Salzer, también se muestra partidario de la punción abdominal exploradora, pues la ha practicado 16 veces, en 1932, sin ningún inconveniente. En cambio, Melchior, no es tan optimista. Para Ciminata y muchos otros autores, la punción exploradora es poco útil en el comienzo, pues el pus no está todavía formado y es además peligrosa por el gran meteorismo. No aconsejamos la técnica preconizada por Loewe ⁽¹⁸⁾, o sea la punción del Douglas, por creerla muy peligrosa.

Generalmente se trata de formas hipertóxicas asociadas a otras localizaciones, ya sean pulmonares, pleurales, meningeas o pericárdicas y, por lo tanto, el pronóstico es muy grave; casi siempre terminan con la muerte del enfermito. La evolución de nuestras 7 observaciones es una prueba de ello.

En lo que se refiere a tratamiento, seguimos una conducta intervencionista como lo demuestran 4 de nuestros casos; hecho el diagnóstico han sido operadas inmediatamente. Seguimos este criterio terapéutico en el lactante basados en la rareza del enquistamiento del proceso peritoneal, en la gravedad del mismo y en la asociación con otras manifestaciones neumocócicas. En cambio, cuando se trata de un caso de segunda infancia, seguimos una conducta distinta, pues esperamos el enquistamiento de la peritonitis ⁽¹⁹⁾.

Durante el acto quirúrgico nos limitamos a efectuar una la-

parotomía infraumbilical, previa anestesia local con novocaína, dejando amplio drenaje.

En el pre y postoperatorio indicamos suero antineumocócico intramuscular a grandes dosis, tónicos cardíacos y estimulantes generales. Mac Cartney y E. J. Donovan (²⁰), aconsejan practicar transfusión sanguínea. Melchior (²¹), indica lavajes de la cavidad peritoneal con una solución de optoquina.

HISTORIAS CLÍNICAS

OBSERVACIÓN N.º 1. — Historia clínica N.º 138. Rebeca B., 8 meses. Ingresada al Servicio de Lactantes el 24 de Marzo de 1933.

Antecedentes hereditarios: Presenta como dato de importancia un aborto espontáneo de 4 meses.

Antecedentes personales: Nacida a término. Pecho exclusivo hasta los 5 meses. Actualmente alimentación mixta.

Enfermedad actual: Comenzó hace tres días con temperatura alta, náuseas, escasos vómitos alimenticios y diarrea serosa. Continúa en estado grave hasta la fecha, agregándose además disnea, somnolencia y gran postración.

Estado actual: Mal estado general, somnolencia, posición de "esgrimista". Gran deshidratación. Hipertonía. Facies tóxica. Tonos cardíacos débiles. Pulmones: rales subcrepitantes diseminados.

Abdomen: globuloso, tenso, ombligo procidente. Dado el estado semicomatoso en que se halla el enfermito es difícil apreciar la sensibilidad dolorosa.

La temperatura, los vómitos y diarrea que acompañaron el comienzo de la enfermedad actual, el estado tóxico grave con gran deshidratación que se comprobó con el examen clínico del enfermo, nos orientó hacia el diagnóstico de coma dispéptico, más aun si tenemos en cuenta la época del año en que es observado y la alimentación mixta a que estaba sometido.

Se hicieron las indicaciones correspondientes al caso y al serle practicada la punción abdominal con el fin de inyectar suero Ringer por vía intraperitoneal, fuimos sorprendidos por la salida a través de la aguja de líquido purulento, de coloración verdosa, bien ligado e inodoro. El examen bacteriológico y el cultivo dió neumococos.

Cirujano Dr. Paz. Se practica una laparotomía previa anestesia local con novocaína que confirma el diagnóstico de peritonitis a neumococos y se deja amplio drenaje.

Fallece una hora después. Se practica autopsia (congestión y edema de ambos pulmones, miocarditis, pielitis doble, peritonitis purulenta, congestión y edema meningeocerebral).

Esta observación ha sido presentada a la Sociedad de Npiología con los Dres. del Carril y Paz (²²).

OBSERVACIÓN N.º 2. — Margarita K., de 1 año de edad. Historia clínica N.º 1314. Ingresa al Servicio de Lactantes el 25 de noviembre de 1934.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Nacida a término. Peso al nacer: 3.300 gramos. Pecho materno hasta los 3 meses.

Enfermedad actual: Comenzó ayer por la mañana con fiebre alta 39°, por la tarde tiene dos episodios convulsivos y 40° de temperatura. Esta madrugada se repiten las convulsiones.

Estado actual: Mal estado general, buen estado nutritivo, facies tóxica, de sufrimiento. Polipnea, subcianosis y enfriamiento de las extremidades. Incurvación de tibias, discreto rosario costal. Conjuntivas inyectadas con secreción seropurulenta. Midriasis. Pupilas reaccionan perezosamente a la luz. Ligera rigidez de nuca. Pulmones: nada de paticular. Tonos cardíacos débiles. Ritmo taquicárdico.

Abdomen: A la inspección se presenta globuloso, con red venosa colateral en la mitad superior y en base de tórax. Llama la atención la prociencia del ombligo y la rubefacción periumbilical. A la palpación: tensión exagerada que no permite la palpación superficial ni profunda. A la percusión: hipersonoridad en las regiones epigástrica y umbilical. Submatítez en los flancos. Genitales normales. No hay flujo.

Sistema nervioso: sensorio embotado. Reflejos tendinosos exagerados.

Se practica punción lumbar y se extraen 8 c.c. de L. C. R. límpido, cristal de roca y con tensión aumentada cuyo examen da el siguiente resultado: análisis químico, negativo. Análisis citológico, 20 linfocitos por mm³. Reacción de Lange: 123.444.321.000. Análisis bacteriológico, negativo.

Seroreacción de Wassermann y Mantoux, negativas.

Al día siguiente continúa con fiebre alta, mal estado general, vómitos alimenticios y 8 a 10 deposiciones diarreicas. Igual estado abdominal

Se piensa en una peritonitis a neumococos y se practica punción abdominal extrayéndose ½ c.c. de pus verdoso, cuyo examen bacteriológico revela la presencia de neumococos.

Operación: Cirujano Dr. J. E. Rívarola. Anestesia local con novocaína. Laparotomía mediana infraumbilical. Abierto peritoneo sale pus verdoso, libre en cavidad. Se deja drenaje de Mickuliz al fondo de saco del Douglas. Cierre parcial de la pared.

Indicaciones: suero antineumocócico intramuscular, suero fisiológico y tónicos cardíacos.

Al día siguiente continúa grave, disnea y cianosis más marcada. Lluvia de rales subcrepitante finos en línea axilar posterior y en la base. Tonos cardíacos alejados. Ritmo embriocárdico. Fallece.

OBSERVACIÓN N.º 3. — Historia clínica N.º 804. Catalina N., de 17 meses. Ingresa al Servicio de Lactantes el 5 de marzo de 1934.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Nacida a término. Peso al nacer: 3.500 gramos. Pecho materno hasta el año.

Enfermedad actual: Ayer por la mañana acceso de tos y cianosis. A las 12 horas episodio convulsivo de corta duración con fiebre alta 40° y diarrea intensa con cólicos. Hoy aparecen vómitos, continuando la fiebre y la diarrea.

Estado actual: Buen desarrollo pondo estatural. Taquipnea franca con gran hipertermia, respiración quejumbrosa. Buena conformación esquelética y muscular. Tonus normal. Faringitis catarral. Respiración ruda en $\frac{1}{4}$ inferior de P. D. Abdomen. Blando, depresible, indoloro. No se palpa bazo ni hígado.

Examen de oídos y análisis de orina: negativos.

Seroreacción de Wassermann: positiva. Mantoux: negativa.

Marzo 7: persiste la respiración ruda en base derecha, en líneas axilar rales crepitantes finos. Temperatura 40°, taquicardia, palidez, meteorismo y vómitos alimenticios.

Marzo 8: estado general gravísimo; cianosis, enfriamiento de extremidades, pulso pequeño, hipotenso. Semiindiferencia. Submatitez en ambas bases pulmonares con respiración soplante franca en base derecha, donde abundan rales crepitantes y subcrepitantes y broncofonía. Abdomen: tenso, meteorizado. Se hace punción peritoneal en línea umbilical transversa, a 2 cms. a la izquierda, obteniendo un líquido de aspecto seropurulento, cuyo examen bacteriológico da el siguiente resultado: Se observa fibrina, abundantes glóbulos de pus. Gran cantidad de neumococos y bacilos a diferenciar por cultivo.

Cultivo: Desarrollan neumococos y colibacilos.

Operación: Cirujano Dr. Ruiz Moreno. Previa anestesia local infiltrativa con novocaína se hace la parotomía subumbilical mediana. Al abrir peritoneo sale abundante cantidad de pus. La inspección intraperitoneal muestra abundante adherencias de tipo laxo que se desprenden fácilmente. Se deja drenaje con cofferdavit.

Se inyecta suero antineumocócico y tónicos cardíacos. Fallece al día siguiente.

OBSERVACIÓN N.º 4. — Historia clínica N.º 1563. Américo B., 5 meses. Ingresa al Servicio de Lactantes el 3 de marzo de 1935.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Nacido a término. Pecho exclusivo hasta los 3 meses. Actualmente alimentación mixta: con cocimiento de kufeko y Larosan.

Enfermedad actual: Desde hace 5 días temperatura alta, decaimiento, tos y constipación, síntomas que se han ido acentuando.

Estado actual: Talla: 62 cms. Peso: 4.700 gramos.

Enfermo en mal estado de nutrición. Intensa disnea y cianosis. Tos catarral, edema de miembros inferiores, signos de "godet". En el resto de piel infiltrada. Ligera hipertonía. Enfriamiento de extremidades. Ti-

bias incurvadas. Cráneotabas. Seborrea de cuero cabelludo. Fontanela deprimida. Córneas ligeramente opacas, pupilas reaccionan perezosamente a la luz. Boca; labios cianóticos. Fauces libres. Cuello; rigidez y contractura de la nuca. Tórax: intenso tiraje supraclavicular e intercostal. Pulmones: submatitez en un tercio inferior de P. D. En un tercio medio del mismo lado se ausculta soplo tubario con abundantes rales subcrepiales medianos. En P. Izq. respiración soplante en base, broncofonía y rales finos y medianos. En axila derecha: soplo tubario. En axila izquierda: rales gruesos y subcrepitantes medianos. Corazón: tonos cardíacos algodonados, tendencia al ritmo embriocárdico.

Abdomen: muy distendido con prociencia del ombligo y red venosa colateral en su $\frac{1}{2}$ superior. A la palpación es tenso y doloroso. Hígado a un través de dedo. Se palpa bazo. A la percusión: sonoridad timpánica.

Genitales: testículos indurados. Anillo inguinal izquierdo algo grande. Reflejos vivos.

Se indica revulsión torácica, tónicos cardíacos, sonda rectal, etc.

Marzo 5: Igual sintomatología pulmonar. Estado general muy grave. 4 deposiciones. Abdomen: con iguales caracteres que anteriormente. Se practica punción abdominal y se extraen algunas gotas de líquido purulento.

Examen bacteriológico: se observa fibrina, leucocitos normales y degeneración, pus, hematies y gérmenes con los caracteres del neumococo.

Operación: Cirujano Dr. Caamaño. Anestesia local con novocaína. Laparotomía infraumbilical. Al abrir peritoneo sale abundante cantidad de pus, de color verdoso y libre en cavidad peritoneal. Se deja amplio drenaje.

Indicaciones: tónicos cardíacos, suero antineumocócico, etc.

Fallece por la tarde.

Autopsia (Dr. Monserrat): Bronconeumonía pseudolobar de ambas bases y lóbulo superior y medio derecho. Pleuritis. Laringo faringitis. Degeneración grasa perilobulillar de hígado. Nefrosis. Leptomeningitis purulenta. Peritonitis purulenta exudativa. Bazo supernumerario. Esplenitis subaguda.

OBSERVACIÓN N.º 5. — Historia clínica N.º 336. Luis O. M., de 15 meses. Ingresa al Servicio de Lactantes el 8 de agosto de 1933.

Antecedentes hereditarios y personales: Sin importancia.

Diagnóstico: Pleuresía metaneumónica de gran cavidad derecha.

Se trata con punciones pleurales que dan salida a gran cantidad de pus. Examen bacteriológico y cultivos del pus: neumococos.

La temperatura oscila entre 38° y 39°. Reacción de Mantoux: negativa.

En agosto 17: se practica pleurotomía.

Agosto 18: presenta edema generalizado blando, discreto, más pronunciado en regiones declives. Se indica régimen hipoclorurado. La herida drena abundantemente.

Agosto 23: Los edemas han desaparecido. Estado general bueno. Buen apetito. Después de la pleurotomía la temperatura oscila entre 37° y 37°8.

Agosto 28: Estado general muy grave, tinte pálido terroso, respiración quejumbrosa, persisten los vómitos. Al examen general se nota en base de P. I. respiración soplante con rales subrepitantes medianos y algunos finos. Vientre abombado, timpánico (meteorismo). Fallece por la tarde.

Autopsia: Pleuresía purulenta derecha con focos de bronconeumonía en pulmón izquierdo y atelectasia del derecho. Hidropericardio. Miocarditis. Peritonitis purulenta.

OBSERVACIÓN N.º 6. — Historia clínica N.º 1193. Luis A., 15 meses. Ingresa al Servicio de Lactantes el 2 de septiembre de 1934.

Diagnóstico: Pericarditis purulenta a neumococos.

Este enfermito es operado de su pericarditis purulenta a los 2 días de su ingreso. El postoperatorio inmediato es bueno, pero 8 días después de haber sido intervenido la temperatura asciende a 39°, tiene vómitos alimenticios, el pulso es más frecuente: 140 pulsaciones min., pequeño y poco tenso, al abdomen se nota más distendido y timpánico, palpándose en la fosa ilíaca izquierda una tumoración con sensación de renitencia. Los tonos cardíacos están muy débiles, la respiración es frecuente y superficial, las deposiciones son más frecuentes (4 o 5 diarias).

Se practica una punción peritoneal y se extrae líquido purulento cuyo examen bacteriológico revela la existencia del neumococo.

El enfermito fallece poco después.

Esta observación ha sido motivo de una comunicación a la Sociedad de Nipiología el 4 de noviembre de 1934, por los Dres. Del Carril, Pflaum y Detchessarry (23), por cuya causa no publicamos la historia clínica completa.

OBSERVACIÓN N.º 7. — Historia clínica N.º 1656. Víctor A. G., de 17 meses de edad. Ingresa al Servicio de Lactantes el 29 de abril de 1935.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Nacida a término. Criada a pecho hasta el año. Sarampión a los 10 meses.

Ingresa con signos evidentes de pleuresía purulenta de gran cavidad izquierda.

El cultivo del pus dió neumococos. Se trata con punciones evacuadoras, evolucionando con poca temperatura.

Mayo 17: Temperatura 40°, mal estado general, matitez en la base de P. I. Silencio casi completo del murmullo vesicular en la base. Respiración tubaria en vértice y axila.

Mayo 22: Persiste temperatura alta, mal estado general, iguales síntomas pulmonares.

Mayo 26: Continúa grave. Polipnea, cianosis, respiración quejumbrosa. Submatitez en base derecha con disminución del murmullo vesicular a ese nivel. Se punza y se extraen 50 c. c. de líquido seropurulento.

Fallece el mismo día.

Autopsia: Pleuresía purulenta bilateral con hepatización de base pulmonar izquierda y focos en lóbulo superior. Peritonitis purulenta. Leptomeningitis purulenta. Nefrosis. Tumefacción turbia y grasa en focos de hígado. Hiperplasia folicular de bazo. Adenopatía mesentérica sin caseosis. Dr. Monserrat.

BIBLIOGRAFIA

1. *Renard*.—Pneumococcies des nourrissons (Etude clinique sur). Tesis. París, 1920.
2. *Ribadeau Dumas y Meyer*.—Enfermedades del peritoneo. Colección Sergent. "T. Pediatría", N.º 1, pág. 837.
3. *Acuña y Casaubon*.—La peritonitis supurada del lactante. "La Prensa Médica Argentina", año 1918, pág. 197.
4. *Perrin*.—Péritonitis à pneumocoques. "Revue Mens. des Maladies des Enfants", enero 1903. — "Archives de Médecine des Enfants", pág. 759, año 1903.
5. *Maidagan*.—Peritonitis secundaria a una bronconeumonía. "Revista Médica del Rosario", año 1911, pág. 175.
6. *Beawen*.—Pneumococcus peritonitis in infancy and early childhood. "Amer. Journ. of Diseas. of Children", año 1920, 2.º t., pág. 341.
7. *Mc. Cartney and John Fraser*.—Pneumococcal Peritonitis. "The British Journal of Surgery", año 1921-22, p. 479.
8. *Vanelli A.*—La peritonite pneumococcica primitiva nell'infanzia. "Rivista di Clinica Pediatrica", año 1928, pág. 33.
9. *Rodríguez Castro y M. Placé*.—Peritonitis a neumococo en un lactante de 15 días. "Archivos de Pediatría del Uruguay", año 1933, pág. 235.
10. *Obdalek*.—Über die genuine Peritonitis bei Kindern. "Zentralblatt für Chirurgie", año 1931, pág. 1250.
11. *Hallez*.—La péritonite a pneumocoques chez les enfants du premier âge. Possibilité d son origine congénitale. "Le Nourrisson", año 1915, pág. 138.
12. *Papaïonnou*.—La péritonite a pneumocoques. Tesis. París, 1932.
13. *Bréchet et Nové Jossierand*.—Les péritonites a pneumocoques. "XI Congrès Français de Chirurgie". — "La Presse Médicale", año 1931, pág. 1505.
14. *Aurousseau*.—Péritonites à pneumocoques. "Revue Médicale Française", octubre de 1931, pág. 641.
15. *Díaz Bobillo*.—Apendicitis, en un lactante de 10 meses. "La Prensa Médica Argentina", año 1933, pág. 452.
16. *Lipshutz y Lowenburg*.—Pneumococci and streptococci Peritonitis. "The Journal of Am. Med. Assoc.", año 1926, pág. 99.
17. *Salzer*.—Zur Diagnose und Therapie diplokokken Peritonitis. "Wien. Med. Wochensh.", año 1932, pág. 1454.
18. *Loewe*.—Die Schnelldiagnose der Pneumokokkenperitonitis. "Zentralblatt für Chirurgie", año 1932, pág. 3049.
19. *Paz y Díaz Bobillo*.—Contribución al estudio de la peritonitis neumocócica en la segunda infancia. (A propósito de 45 casos). "La Semana Médica", N.º 17, año 1932.
20. *Donovan E. J.*—Surgical Aspects of Primary Peritonitis. "Amer. Journal of Diseas. of Children", pág. 1170, noviembre de 1934.
21. *Melchior*.—Problemas recientes de la peritonitis neumocócica. "Revista Médica Germano Ibero-americana", año 1933, pág. 61.
22. *Del Carril, Paz y Díaz Bobillo*.—Sobre un caso de peritonitis a neumococo en lactante. "Revista de la Asoc. Méd. Arg.", año 1933, pág. 3459.
23. *Del Carril, Pflaum y Detchessarry*.—Pericarditis purulenta a neumococos en un lactante. "Revista de la Asoc. Méd. Arg.", año 1935, pág. 167.
24. *Ciminata A.*—Quando si deve operare la peritonite acuta pneumococcica primitiva. "La Riforma Medica", año 1932, pág. 1477.

Sociedad de Pediatría de Montevideo

SESION DEL 21 DE JUNIO DE 1935

Preside el Vicepresidente, Prof. A. Rodríguez Castro

Nefritis aguda de forma asistólica

Dres. C. Gianelli y M. Mantero.—Niña de 5 años, con impétigo de las nalgas y muslos desde una semana antes del ingreso, que presentaba anorexia, decaimiento y por último, edema de los párpados, orinas escasas y oscuras. Ingresa al servicio del Prof. Burghi, en el Hospital "Visca", algo obnubilada, con edemas de cara, párpados y miembros inferiores, facies vultuoso, intensa disnea; disminución de sonoridad en las bases pulmonares, pequeño derrame en la cavidad pleural derecha; tonos cardíacos normales; presión: Mx., 13 ½; Mn., 6 ½; vientra abultado, con derrame líquido; hígado grande y doloroso. Al día siguiente, ruido de galepe izquierdo, oliguria; uremia, 0 gr. 60 por mil; orina: albúmina, 1 gr. por litro; glóbulos rojos, leucocitos, cél. epitel., cil. granuloso y hialinos. Temperatura alta. Un día después, gran disnea, inquietud, estado nauseoso, diarrea líquida; se aprecia dilatación cardíaca y estado asistólico, de censo destemperatura; al radióscopo se aprecia dilatación cardíaca. Se practica sangría, régimen azucarado y fructífero, todo lo cual determina una mejoría que se pronuncia días después, hasta entrar en la normalidad.

El caso corresponde a la primera fase de la glomerulonefritis difusa isquémica.

Exóstosis osteogénica

Dres. R. M. del Campo y H. C. Bazzano.—Niño de 11 años, sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia, al que desde los dos años de edad le notaron tumefacciones en los huesos largos. Panículo adiposo muy abundante, sobre todo en los miembros inferiores; cráneo voluminoso, ausencia de anomalías dentarias; miembro superior derecho más corto que el izquierdo, desviación marcada del meñique izquierdo, genuvalgum, pie plano. En los huesos de las extremidades y del tórax se palpan numerosas tumefacciones duras, inmóviles, íntimamente aplicadas al hueso, algunas se prolongan en forma de

pedículo; asientan, sobre todo, en los huesos largos, al nivel de la zona diáfisioepifisiaria; existen, también, en el cráneo y el tórax, como lo comprueba el minucioso estudio radiográfico que se ha hecho. Se trata de exóstosis múltiples, poliostótica, casi generalizada. La sífilis ni la tuberculosis se hacían presentes en este enfermo. Tampoco existía ninguna perturbación funcional que obligara a alguna intervención quirúrgica.

Las llamadas neumonías hiliares del niño

Dres. A. Carrau y H. C. Bazzano.—Recuerdan que este nombre de neumonía hilar fué empleado por Martinho da Rocha en 1931, y que Mouriquand, al aceptar la existencia de neumonías centrales, cree que a veces pueden tener una localización hilar verdadera. Radiológicamente aparecen como una sombra homogénea, a derecha o izquierda, situada en la región del hilio pulmonar, casi a igual distancia del vértice pulmonar y de la bóveda diafragmática; su aspecto se asemeja mucho al de las lesiones gangliopulmonares tuberculosas. Los autores han reunido 12 observaciones, con estudio clínico y radiológico completo. El estudio radiológico de perfil permite afirmar que no se trata de verdaderas neumonías hiliares radiológicas; a lo más son pseudohiliares. Presentan esquemas y radiografías donde se demuestra que la apariencia de la imagen frontal, anteroposterior, se desvanece en las otras incidencias de rayos. Las formas hiliares de la neumonía, de acuerdo con lo observado por la Escuela de Lyon y por los autores, se presentan de dos maneras: unas, primitivamente hiliares en su desarrollo, que se acercan a la base y que se ven en los lóbulos inferiores, sobre todo en el derecho; otras, las verdaderas neumonías hiliares, sin evolución periférica, localizadas en toda su evolución al nivel del hilio, sin alcanzar la pared torácica, que corresponden a localizaciones sobre el lóbulo medio. Estas neumonías son casi siempre accesibles al oído, casi nunca silenciosas o mudas. El síndrome físico es axilar, más o menos anterior o en la zona media posterior. El hilio neumónico o la hilitis neumónica — distinta de la localización hilar neumónica — estaría constituido por las adenopatías traqueobrónquicas neumocócicas que, según Engel, aparecen en los primeros tiempos evolutivos de las neumococias pulmonares; los autores no han podido verlas. Las neumonías pueden iniciarse en el parénquima pulmonar que rodea al hilio; pero, en la casi totalidad de los casos que han observado los autores, el punto inicial, clinicoradiológico, es siempre la parte dorsal: en el lóbulo medio, es en el ángulo posterior, cerca siempre de las cisuras interlobares; en los lóbulos superiores, es inferior y dorsal, y en los inferiores es superior y dorsal.

Tuberculosis múltiple en evolución en un niño infectado a los 3 meses de edad

Dres. M. Place y J. A. Soto.—Niño de 2 ½ años, infectado antes del tercer mes, que presenta múltiples manifestaciones de tuberculosis (pulmonares, óseas y cutáneas). El comienzo tan precoz obscureció el pronóstico. Las lesiones pulmonares afectaban, a los 8 meses, casi todo el lóbulo superior derecho; luego apareció una espina ventosa (segunda falange del índice derecho); más

tarde, lesiones cutáneas. Separado del medio infectante, con régimen de sobrealimentación, tónicos y vida al aire libre, la mejoría se inició a los 18 meses, prosiguiéndose hasta la actualidad, en que el estado es el de eutrofia, quedando solamente como restos del pasado patológico, una ligera adenopatía hiliar.

Orquitis doble leucémica

Dres. H. Cantónnet y A. Volpe.—Niño que ingresa a la Clínica del profesor Morquio, por tumefacción de ambos testículos, iniciada cinco meses antes. No existían antecedentes ni de sífilis ni de tuberculosis. Pocos meses antes de aparecer esta tumefacción testicular, el niño había acusado dolores óseos, sobre todo al nivel de la cresta tibial derecha y a predominancia nocturna. Se realizó un examen completo de sangre, el que no reveló alteraciones. Se pensó en la posibilidad de una lesión sífilítica, por lo que se inició un tratamiento específico. Tres meses después del primer examen de sangre se realizó otro, el que arrojó el siguiente resultado; glóbulos rojos, 6.250.000; glóbulos blancos, 46.000; hemoglobina, 80 %; formas juveniles, 2 %; formas en cayado, 11 %; polinucleares neutrófilos, 6 %; polinucleares eosinófilos, 5 %; linfocitos, 64 %; linfoblastos, 8 %; células de Türk, 1 %; monocitos, 2 %. Los testículos ofrecían una consistencia leñosa, confundiendo en la misma masa tumoral, testículo y epidídimo. La cresta tibial derecha aparecía manifiestamente engrosada. Al ingresar al hospital no existían ni hepato ni esplenomegalia, pero meses después ellas eran evidentes. Al décimo quinto día de hospitalización apareció una angina, que luego adquirió el aspecto necrótico sobre ambas amígdalas; aparecieron hemorragias gingivales. Diez días más tarde se hizo otro examen de sangre: glóbulos rojos, 3.500.000; glóbulos blancos, 25.000; hemoglobina, 60 %; formas juveniles, 1 %; polinucleares neutrófilos, 4 %; polinucleares eosinófilos, 0,33; linfocitos peq., 4 %; linfocitos med., 13 %; monocitos, 2 %; células de Türk, 2 %. El fallecimiento se produjo pocos días después. El cuadro correspondió, pues, al de un tipo de leucemia linfoblástica que evolucionó en pocos meses.

Sociedad Argentina de Pediatría

OCTAVA SESION CIENTIFICA: 13 de Agosto de 1935

Presidencia del Dr. Mario J. Del Carril

Sobre las indicaciones del tratamiento del síndrome pilórico del lactante

Prof. Dr. F. Schweizer y Dr. A. Llambías.—Se refieren al empleo de los antiespasmódicos de acción local: belladona, novocaína, papaverina; y a los de acción general acentuada; luminal, tintura tebaica. Estos sedantes o hipnóticos pueden conducir a la curación de sus vómitos pertinaces a los lactantes hidroestables. Para la corrección del deficiente reflejo peristólico se emplean las mezclas alimenticias espesadas, y se trata de evitar la aerofagia.

Si a pesar de todas las medicaciones y de las medidas dietéticas los lactantes vomitadores pierden peso más o menos rápidamente, presentan escasas deposiciones de hambre, a la vez que la exageración de su gastroperistaltismo, y algunas veces el tumor pilórico palpable, entonces corresponde practicar el tratamiento quirúrgico.

El Dr. Llambías, cirujano del Servicio de Niños del Prof. Schweizer, se refiere a las ventajas de la pilorotomía parcial preconizada por Ramstedt, que ha realizado dos veces con éxito en dos lactantes presentados — ya curados — a la Sociedad de Médicos de Niños de La Plata. Es poco traumatizante y puede practicarse en pocos minutos. El tratamiento postoperatorio tiene gran importancia.

Discusión: *Dr. Velasco Blanco.*—Ha presentado con Dellepiane Rawson en esta Sociedad 6 u 8 casos de síndrome pilórico que han curado todos con sondaje del píloro, sin llegar a la intervención. Admite que ésta puede ser necesaria en ciertos casos; lo difícil es juzgar el momento oportuno de la operación.

Dr. del Carril.—En nuestro medio la hipertrofia de píloro es rara; casi todos los síndromes pilóricos son funcionales. El momento de abandonar el tratamiento médico es difícil de precisar. En tal caso tienen más importancia que la frecuencia de los vómitos, la pérdida de peso y el estado general del paciente.

Dr. Schweizer.—Es muchas veces difícil establecer la diferencia entre los síndromes de origen orgánico y los de origen funcional. Cuando se puede efectuar el sondaje duodenal, se puede eliminar el diagnóstico de estenosis orgánica. La precocidad del vómito, el descenso de peso, el peristaltismo visible y el tumor pilórico indican la necesidad de la intervención.

Tuberculosis aguda generalizada sin tubérculos típicos

Dres. F. E. White y N. O. Sánchez Basso.—Presentan un niño débil vital, hijo de madre afectada de córticopleuritis, que permanece en el Servicio del Prof. Elizalde durante tres semanas. Sale de alta, pero reingresa a los siete días, febril, con hepato y esplenomegalia, coriza, descenso de peso, sin sintomatología pulmonar. Fallece a los tres días. Las reacciones de Mantoux, negativas.

En la autopsia constatan adenopatías mediastínicas, caseosas y micronódulos diseminados en pulmones, pleura, hígado y bazo. Estudiando histológicamente los nódulos pulmonares, se los encuentra constituidos por lesiones de broncoalveolitis exudativa simple, unos y otros con caseosis, pero sin formar en parte alguna folículos tuberculosos típicos. Encontraron bacilos de Koch en gran abundancia.

Casos semejantes han sido descriptos por Barbier y Ribadeau-Dumas en Francia, por el Prof. Elizalde entre nosotros en 1924, y por Reilly y Rolin en 1931 en los EE. UU. Lo que llama la atención en esta forma sobreaguda de tuberculosis es la enorme extensión de las lesiones pulmonares, que van rápidamente a la caseosis. Esta forma debe responder a contaminaciones muy ricas en gérmenes en sujetos muy jóvenes, por lo general débiles vitales, y las lesiones de los otros órganos por generalización hematogena secundaria.

Difteria nasal y faríngea curada en un niño de 28 días

Dres. E. Beranger, J. Pico y H. Montarcé.—Coriza con abundante secreción piosanguinolenta y expulsión de pequeñas membranas grisáceas. Seudomembranas sobre ambos pilares del velo. Niño pálido, inquieto, con cornaje acentuado, tiraje supraesternal, llanto y tos apagados. Ganglios satélites del tamaño de un poroto de ambos lados. Temperatura rectal, 38°3. Bacilos de Loeffler, medianos y cortos. Dos inyecciones de suero antidiftérico de 10.000 U. con 12 horas de intervalo.

Al día siguiente, franca mejoría. Dos nuevas inyecciones de 6.000 U. 24 horas después, desaparición total de las pseudomembranas y de los síntomas mecánicos y tóxicos. Ocho días después, parálisis del velo. Reacción de Schick de la madre, positiva.

Discusión: Dr. del Carril.—Esta observación es interesante porque la difteria faríngea es muy poco frecuente en el recién nacido. Lo habitual es la localización nasal. En los 15 años que estuvo al frente de la sala de difteria del Hospital de Niños, sólo una vez observó un caso. Las llamadas difterias ocultas tienen a veces exudado en el nasofarinx.

La peritonitis a neumococos en el lactante

Dr. I. Díaz Bobillo.—Estudio sobre siete casos; uno, menor de 6 meses; dos, de 6 a 12 meses, y cuatro, de 1 a 2 años. Tres mujeres y cuatro varones.

Siguiendo a Auroousseau, las clasifica en: primitivas (dos casos), secundarias (tres casos) y asociadas (dos casos).

Los vómitos y la diarrea han sido casi constantes en estas observaciones. La palpación del abdomen proporciona pocos datos, pues la contractura es difícil de apreciar. Lo que más llama la atención es la gran distensión abdominal con red venosa colateral y prociencia de la cicatriz umbilical, con rarefacción a su nivel, en ciertos casos. Es siempre una peritonitis “progresiva”. Evolución fatal en todos los casos.

El diagnóstico es difícil; generalmente la peritonitis pasa desapercibida y constituye un hallazgo de autopsia: debe hacerse con el coma dispéptico, la apendicitis, la invaginación intestinal o la estrangulación herniaria. Aconseja la punción abdominal sistemática para confirmar el diagnóstico.

La intervención quirúrgica inmediata se justifica en la primera infancia por la rareza a esta edad del enquistamiento del proceso; en la segunda infancia, por el contrario, está indicada la expectación. Laparotomía infraumbilical, previa anestesia local, dejando amplio drenaje. Suero antineumocócico intramuscular a grandes dosis, tónicos cardíacos, estimulantes generales.

Discusión: *Dr. Velasco Blanco.*—Su experiencia se refiere a peritonitis neumocócicas de la segunda infancia. El hecho de haber en el lactante un número aproximadamente igual de niñas y varones, indica que en éste la vía genital no tiene la importancia que representa en la segunda infancia, en donde predominan las niñas, generalmente con vaginitis neumocócicas. Lo mismo que en las pleuresías a neumococos, emplea en las peritonitis autovacunas e inmunotransfusión, preparando así el enfermo para la intervención.

Dr. del Carril.—La rapidez del proceso en el lactante impide el tratamiento con autovacunas e inmunotransfusión.

Dr. Díaz Bobillo.—Sus observaciones confirman respecto a la segunda infancia lo manifestado por el Velasco Blanco; para 41 mujeres, ha observado cuatro varones. En esta edad espera hasta 20 y 25 días antes de intervenir.

SESION EXTRAORDINARIA DEL 26 DE AGOSTO DE 1935 EN HOMENAJE AL Prof. LUIS MORQUIO

Presidencia del Dd. Rodríguez Castro

Efectuada en la Sala VI del Hospital Nacional de Clínicas, con asistencia de los Dres. R. Berro, Bonaba, Rodríguez Castro, Pelfort, Escardó y Anaya, Leunda, Soto, Jáuregui, Delgado Correa, etc., de la Sociedad de Pediatría de Montevideo, y un numeroso grupo de pediatras argentinos.

**Discurso del Presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría,
Dr. M. J. del Carril**

La desaparición del Prof. Luis Morquio es para los pediatras argentinos una grande e irreparable pérdida, pues era un eximio maestro de nuestra ciencia y un gran amigo de nuestra Sociedad de Pediatría. Agrega que la mejor manera de honrar a los grandes muertos es ajustar nuestra vida a las enseñanzas y ejemplo que nos dieron; y que este acto está precisamente ajustado a estos principios. Venimos a esta cátedra que él ocupó, trataremos temas que él estudio, y nos hallamos en familia, hermanadas las Sociedades de Pediatría de Montevideo y la Argentina, como él quiso que estuvieran siempre. Y termina haciendo votos por que la vida ulterior de ambas sociedades sean protegidas, estimuladas y guiadas por la gloriosa memoria y el luminoso ejemplo del gran maestro Morquio.

**Discurso del Presidente de la Sociedad de Pediatría de Montevideo,
Dr. A. Rodríguez Castro**

La vida de nuestro viejo Morquio fué un conjunto armónico, sin notas discordantes, llena de energía y actividad fecunda. Morquio sentía notoria predilección por los pediatras argentinos y se solazaba a menudo señalando sus triunfos en donde veía reflejarse la trayectoria rectilínea de su noble vida. Las generaciones estudiantiles no olvidarán jamás el calor que ponía al remontarse a treinta años atrás, cuando explicaba la originalidad y cooperación de la incipiente ciencia pediátrica del Río de la Plata. Morquio perteneció a los uruguayos porque nació bajo su cielo, porque lo tuvieron siempre entre ellos y porque gozaron del privilegio de escucharlo desde su cátedra y en su sala, pero es también de los argentinos, porque con ellos tuvo perennemente su corazón y su pensamiento.

Finalmente, agradece en nombre de los discípulos del Prof. Morquio, el homenaje de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Flebitis aguda, como complicación de angina, en una niña de 4 años

Dres. M. Acuña y F. de Filippi.—En la convalecencia de una angina complicada con glomérulonefritis en focos, presentó esta niña una flebitis aguda del miembro inferior izquierdo, con los síntomas clásicos de fiebre, taquicardia, edema, red venosa, etc. Después de varios meses de tratamiento de reposo y calor con baños de luz eléctrica, desaparecieron todos los síntomas de su miembro inferior, salvo un persistente aumento de su diámetro a diferentes alturas.

Hacen un resumen de las pocas publicaciones de la literatura mundial sobre el tema, comentando las más importantes, especialmente los trabajos del Prof. Morquio y de sus discípulos uruguayos.

Pronóstico del eritema nudoso basado en 110 observaciones

Dr. Raúl Cibils Aguirre.—Ante la anarquía etiopatogénica aun existente

sobre el eritema nudoso, difícil es establecer un pronóstico bien fundamentado. En cambio, aceptando la etiología tuberculosa que el comunicante defiende y prueba, el problema pronóstico del eritema nudoso se diluye en el problema pronóstico de la infección tuberculosa.

De los 110 casos, ocho han sido observados en la primera infancia, 97 en segunda infancia e infancia avanzada y cinco en la pubertad y adultez.

En síntesis, de las 110 observaciones seguidas desde el año 1919, controladas repetidamente desde plazos de pocos meses hasta de 16 años, resulta:

1.º Casos mortales: seis (tres meningitis, uno miliar pulmonar, uno mal de Pott y uno peritonitis bacilosa).

2.º Las otras manifestaciones tuberculosas — 22 concomitantes y 24 consecutivas — evolucionaron favorablemente.

3.º Los casos de primera infancia (segundo año) no comprueban la gravedad mayor del eritema nudoso en esa época de la vida, como parecieran demostrarlo otras publicaciones.

4.º En cambio, los casos de la adolescencia o de la edad adulta, han demostrado un mayor porcentaje de manifestaciones tuberculosas concomitantes o consecutivas.

5.º La evolución radiográfica de las manifestaciones gangliopulmonares, que por su extensión será objeto de otro trabajo, demuestra la gran frecuencia de su retrocesión y aun curación completa.

6.º Es imprescindible, para poder formular un pronóstico preciso, determinar en cuanto sea posible, si el eritema nudoso constituye una manifestación del estadio subprimario, es decir, la exteriorización de la primera infección tuberculosa — que es lo frecuente, — o se presenta en una etapa ulterior del proceso, lo que es mucho más raro. En el primer caso, puede establecerse un pronóstico que generalmente es favorable, una vez transcurridos los diez primeros meses de su eclosión, época en la que más frecuentemente suelen presentarse las complicaciones. En el segundo caso, el pronóstico queda englobado en el pronóstico general de la forma de tuberculosis evolutiva que el enfermo presenta en ese momento.

Discusión: Dr. R. Berro.—Felicitó al comunicante por su constancia y tesón en el estudio de un tema tan interesante y a cuyo esclarecimiento ha contribuido tan preponderantemente. En el estado actual de nuestros conocimientos no es posible llegar a conclusiones distintas que las del Dr. Cibils Aguirre. Recuerda, en apoyo a lo que ha manifestado el comunicante, el caso del hijo de un colega que a los 3 años presentó un eritema nudoso con Mantoux positiva como única manifestación clínica; dos o tres años después, tiene una pleuresía serofibrinosa y este año (tiene 11 años), después de un traumatismo de rodilla hace una artritis tuberculosa.

Funcionamiento de la Policlínica Cardiológica Infantil del Instituto de Pediatría de Montevideo

Dres. B. Delgado Correa y Otilia Maccio.—Hacen un estudio completo sobre el funcionamiento de la primera policlínica cardiológica infantil que funciona en el Uruguay, creada por el Prof. Morquio en marzo de 1933 en el Instituto

de Pediatría. Su estadística señala 366 enfermitos fichados, 7.680 consultas y 600 visitas efectuadas por el Servicio Social. Todo enfermo es estudiado del punto de vista médico, radiológico, electrocardiográfico y social, pasando luego a los servicios de Otorrinolaringología y Odontología. Concurren niños con cardiopatías reumáticas o congénitas, y reumáticos sin cardiopatías, ejerciéndose una severa vigilancia médicosocial.

Estudian todos los tipos de cardiopatías reumáticas y congénitas. Hacen la medicación salicilada en forma intensa y prolongada, utilizando ampliamente la vía endovenosa, habiendo dado 3.110 inyecciones de salicilato de sodio al 10 % sin ningún inconveniente.

Insisten sobre la importancia de la acción social en la profilaxis y tratamiento de las cardiopatías infantiles. Los resultados obtenidos son magníficos, habiendo conseguido disminuir el coeficiente de mortalidad y logrado un 16 % de cardiopatías reumáticas iniciales curadas. Establecen la necesidad de una permanencia prolongada en las clínicas de todo niño reumático con o sin cardiopatía y de la creación de un servicio de convalecientes en los alrededores de la ciudad, para el envío de los cardíacos una vez dados de alta en los hospitales.

Diseusión: *Dr. Macera*.—Recuerda lo expuesto en su trabajo presentado el 30 de julio próximo pasado a esta Sociedad, historizando la organización y el funcionamiento de la Clínica Reumatológica y Cardiológica de su servicio del Hospital Salaberry. Insiste en la importancia de la campaña popular de profilaxis y en la necesidad de establecer servicios semejantes en todos los hospitales. Respecto a las inyecciones endovenosas de polisalicilatos, da hasta 2 grs. diarios. Es imprescindible contar con la pureza de la droga.

Prof. Acuña.—Aplaude calurosamente la obra emprendida en el Uruguay. Ha apoyado con entusiasmo la iniciativa del Dr. Macera e iniciado la organización de un Centro Cardiológico en su Instituto, considerando indispensable la colaboración del Servicio Social.

Síndrome humoral en la estenosis congénita del píloro

Dres. J. P. Garrahan y C. Ruiz.—Se refieren a dos observaciones de estenosis congénita del píloro que permitieron comprobar el llamado síndrome humoral de la afección: reserva alcalina alta e hipocloremia.

Se sostiene que a esas características del síndrome debe agregársele la relativa al descenso de la relación eritroplasmática del cloro.

Se comentan los datos bibliográficos sobre el punto, las objeciones recientes al valor diagnóstico de la reserva alcalina, y lo relativo a la importancia de la relación eritroplasmática del cloro, y se destaca el interés del asunto, sus aspectos discutibles y la necesidad de proseguir su estudio.

Recidiva de una parálisis infantil

Dres. A. Casaubon y S. Cossoy.—Niña de 7 años, que después de un período prodrómico febril de cuatro días, seguido de un período de salud apa-

rente de once días, realiza un cuadro paralítico que invade los músculos del cuello, tronco y de las cuatro extremidades, con paresia facial izquierda y reacción meníngea humoral disociada (albúmina normal y citología netamente aumentada). Las reacciones eléctricas indican degeneración parcial o completa de todos los músculos examinados. Ambos deltoides indemnes.

Este primer ataque evoluciona de modo tan netamente favorable en el plazo aproximado de ocho meses, que la enferma recupera su motilidad de un modo casi completo, pudiendo caminar y hasta correr por sus propios medios.

A los 18 meses del primer ataque, recidiva de la enfermedad, que se calca sobre la anterior y se acompaña de atrofas musculares, scénelas del primer episodio y que como éste, tiene también su paresia facial izquierda y su reacción meníngea humoral disociada. Hay esta vez, ataque de ambos deltoides. Las parálisis retrogradan lentamente.

Los comunicantes discuten el diagnóstico diferencial y concluyen afirmando el de enfermedad de Heine-Medin, recidiva 18 meses más tarde.

Comentan lo excepcional de observaciones semejantes e interpretan la recidiva como debida a brotes congestivos con paresias o parálisis pasajeras, en cuyo determinismo cabe admitir que el virus ha quedado en estado latente, reavivándose 18 meses después bajo la influencia de causas que escapan a la investigación clínica.

SEGUNDA SESION EXTRAORDINARIA DEL 12 DE SEPTIEMBRE DE 1935

Presidencia del Dr. Camilo Muniagurria

Palabras del Dr. M. J. del Carril

Es ésta, una reunión extraordinaria por el honor de tener entre los comunicantes al Prof. C. Muniagurria, el maestro propulsor de los estudios de pediatría en Rosario, cuya vasta experiencia de 30 años ha sido empleada íntegramente en beneficio del niño. Y una prueba elocuente de la clara inteligencia y de la actividad incansable del Dr. Muniagurria ha sido el éxito del Quinto Congreso Nacional de Medicina de 1934 en Rosario, que él presidió.

La epidemia de Heine-Medin en Santa Fe en 1934

Prof. Camilo Muniagurria.—Agradece las palabras del señor Presidente y se manifiesta complacido de poder presentar esta comunicación a la Sociedad de Pediatría, donde se considera como en su propia casa. Esta visita le permite no sólo estrechar los vínculos personales que lo unen a los pediatras de Buenos Aires, sino también hacer más sólidas las relaciones científicas entre esta escuela y la del Rosario. La escuela de Buenos Aires, con su bien conquistado y sólido prestigio, ha alcanzado su mayoría de edad; la de Rosario, en formación, necesita todavía los impulsos que puedan proporcionarle.

Ha tenido la fortuna de poder estudiar en Santa Fe en 1934 una formidable epidemia de parálisis infantil. Las epidemias de esta enfermedad son de las más interesantes: a) por ser las más recientes, b) porque aumentan de año en año su importancia, c) porque aun se ignora mucho de esta enfermedad, d) porque es una enfermedad grave (11 % de mortalidad) y e) por su importancia desde el punto de vista del porvenir del enfermo.

La epidemia de Heine-Médin apareció en 1909 en Buenos Aires. En Rosario era desconocida hasta 1915. En ese año, en la estadística de su servicio, figuran tres internados. Y ha seguido siendo más frecuente, hasta tener 14 internados en 1927 y 40 en 1934.

En 1934 han desfilado por los C. E. de Rosario 400 enfermos. Una encuesta realizada en toda la provincia establece en ella—exceptuando Rosario—600 enfermos. Expurgando esta estadística (porque muchos de los de la provincia fueron seguidos en Rosario), se puede establecer que en 15 meses (todo el año 1934 y los primeros meses de 1935) hubo 873 enfermos. Si tenemos en cuenta, además, todas las formas abortivas que no figuran en la estadística, podemos clasificar esta epidemia de 1934 como de verdadera pandemia.

Iniciada en Rosario (50 casos por mes), invadió luego toda la provincia y terminó bruscamente en mayo del corriente año. Epidemia en onda, con casos en todas las estaciones y aun exacerbaciones en primavera y verano.

Entre sus caracteres clínicos especiales, cabe destacar la gran frecuencia de las localizaciones bulbopontinas. Las parálisis faciales fueron casi constantes; podría preguntarse si muchas de las parálisis faciales criptogenéticas no son poliomiélicas, puesto que hay muchas parálisis faciales desde que hay poliomiélitis.

Se muestra contrario a la opinión de los americanos que la hemiplejía espasmódica infantil sea también una forma de poliomiélitis, basándose en que ataca a niños mayores y en que existía antes de la poliomiélitis.

Ha observado localizaciones curiosas: las de los músculos masticadores, que generalmente retroceden, quedando sólo la parálisis de los pterigoideos. También ha visto oftalmoplejías externas. El ataque del núcleo de Stilling determina el "síndrome o triada del ambiguo" (glosofaríngeo, neumogástrico y espinal). La localización puede ser exquisita, afectando uno solo de dichos nervios o los tres. Por la parálisis del glosofaríngeo se observa trastornos de la deglución, por la del neumogástrico, taquicardia y fenómenos respiratorios (respiración puramente diafragmática, el síntoma del "estomudo esbozado"); por la del espinal, la cabeza cae hacia atrás por parálisis del esternocleidomastoideo. El enfermo muere por edema pulmonar. El Dr. Ruiz comprobó en estos casos lesiones del núcleo ambiguo o de Stilling.

Importancia del examen del líquido cefalorraquídeo. Hay generalmente gran aumento de células (400 a 1.500), albúmina muy escasa, Pandy y Nonne-Apelt apenas modificadas. Esto pone al día el diagnóstico entre la meningitis linfocitaria benigna (Lermoyez) y la P. I. La primera sería para Netter una poliomiélitis. En esta epidemia el comunicante ha observado cinco casos con signos de meningitis benigna, sin parálisis.

Particularmente interesante es la cuestión de la profilaxis. El agente de

la parálisis infantil es un virus filtrable (Flexner mismo ya no cree en su micrococo). Existe en el mucus nasal de los enfermos, pero no podemos asegurar que se transmita directamente. Muchos casos se producen por contagio, pero no todos. Por lo tanto, no tenemos grandes recursos para defendernos contra el agente. No cree que los portadores de gérmenes tengan un gran papel en la patogenia, porque los médicos y los padres de los enfermos no transmiten el contagio y por la manera de propagarse la epidemia de Rosario. El transporte de los gérmenes por el agua y la leche tiene un papel muy reducido y no explica la mayoría de los casos. Según la hipótesis de Fiori, se trataría de un virus universalizado, pero con cierta afinidad para las mucosas (nasal, etc.). Este virus, cultivado en el seno de una colectividad determinada, llegaría a tener un tropismo hacia el sistema nervioso.

Hasta ahora la profilaxis ha sido empírica. En una población epidémica los individuos pueden clasificarse en: 1.º infectados inequívocos, 2.º infectados equívocos (parálisis abortivas, formas subclínicas) y 3.º los no infectados. Fundados en esto es que se puede aconsejar la inmunización preventiva con la sangre de los del tercer grupo (Flexner). Es lo que bajo la sugestión del comunicante se ha hecho en Totoras, población santafecina de 4.000 habitantes. Se pudieron tratar 600 niños con tres inyecciones de 5 c.c. a dos o tres días de intervalo, de sangre materna o paterna. En dicho pueb losólo se registraron ulteriormente cinco casos de parálisis infantil, todos en niños que no habían sido vacunados.

Considera inútil el aislamiento, teniendo en cuenta los hechos de observación en la campaña, de aparición de la enfermedad en el seno de familias que viven en completo aislamiento.

Respecto a tratamiento por el método de Bordier, conviene recordar para juzgar los resultados obtenidos, que las formas graves y aun las bulboprotuberanciales, pueden retroceder totalmente, de manera espontánea. Su experiencia personal no es favorable al método: no ha observado diferencia entre los tratados y los no tratados. Por el contrario, desde que se emplea el Bordier ha notado que las parálisis retroceden más lentamente.

En lo que se refiere al suero, su opinión es categóricamente desfavorable, porque: a) desde el punto de vista experimental, se ha demostrado que ni las drogas ni los sueros actúan sobre las enfermedades a virus (Ribes), y b) desde el punto de vista práctico, por la dificultad insuperable de obtener suero en cantidad suficiente (100 a 300 c.c.), dificultad que se agrava por el hecho de que su actividad no parece prolongarse más allá de los seis meses.

Discusión: *Dr. Casaubon*.—Con respecto a la inmunidad que confiere la epidemia de Heine-Medin, recuerda el caso excepcional de recivida que presentó a la sesión anterior y pregunta al comunicante siha observado otros semejantes .

Dr. Velasco Blanco.—Las vías de comunicación no han servido felizmente para la propagación de la epidemia; lo prueba el hecho de haberse observado muy pocos casos en Buencs Aires durante la de Rosario. Pregunta si se han señalado muchos enfermos en las escuelas, que indicasen la propagación escolar. Cree que el suero no actúa ni aún en la iniciación de las parálisis. Ha observa-

do un caso de localización exclusiva glosafaríngea y cree con el comunicante que muchas parálisis faciales se deben al Heine-Medin.

Dr. Acuña.—En la epidemia del verano (1911-1912) se atendieron en el H. de Clínicas de la capital 40 casos, de los cuales 36 de la ciudad. Todos fueron niños por debajo de los 3 años, lo que descartaría la escuela como medio de propagación del contagio. Seis, menores de 6 meses y 15 menores de 1 año. Por tanto, es difícil determinar la forma de contaminación. Generalmente en familias de clase media. La localización predominante fué la espinal; una forma de hemiplejía cerebral. Ha observado en la campaña un enfermito de 22 meses que nunca había salido del puesto en que vivía, separado por leguas de todo núcleo de población; ese niño llevado al pueblo originó una epidemia de 5 casos. No cree en la eficacia del Bordier ni en la del suero.

Dr. F. de Elizalde.—Pregunta si ha observado algún caso de adolescente o de adulto.

Dr. del Carril.—Ha visto enfermos de H. M. con reacciones meníngeas celulares de cierta importancia. La concepción epidemiológica de Fiori explica muchos hechos; niño del Neuquén ligeramente resfriado que se baña en un lago de agua fría y sale con parálisis infantil; en una familia de Quilmes, en plena epidemia gripal, uno de los niños también después de un baño frío, inicia su enfermedad de Heine-Medin: posible acción del enfriamiento y del factor predisponente de su infección gripal. Los mapas de las distintas epidemias no hablan en favor de la propagación por las vías de comunicación. Su opinión sobre el estado actual del tratamiento, es idéntica a la expresada por el comunicante.

Dr. Muniagurria.—Ha observado un sólo caso de recidiva. Respecto al papel de la escuela en la propagación de la epidemia, se opuso al cierre de las mismas cuando en Rosario se planteó este asunto: la enfermedad ataca menos a los niños en edad escolar. La edad más frecuente ha sido de 2 a 5 años. Un caso de 17 años. Para la inmunización, deben buscarse los dadores de sangre entre personas que han estado en contacto con enfermos de H. M., preferentemente el padre o la madre.

Sarcoma osteogénico de fémur

Dres. L. Velasco Blanco y O. Copello.—Niña de 10 años, que dos meses atrás inició su enfermedad por un fuerte dolor a nivel del tercio superior del muslo izquierdo, índice tal vez de una fractura espontánea a ese nivel. Al examen, tumoración, gran edema, aumento de temperatura local y red venosa. Al examen radiográfico, se constata una fractura patológica y una masa tumoral de carácter osteolítico. Una biopsia revela un sarcoma a células polimorfas (sarcoma osteogénico). No pudo ser operada por el mal estado general y falleció a los pocos días.

NOVENA SESION CIENTIFICA: 24 de Septiembre de 1935

Presidencia del Dr. Mario J. Del Carril

Una nueva observación de enfermedad de Barlow

Dr. R. Abdala.—Se trata de un niño de 11 meses, alimentado desde el mes de edad con leche de vaca hervida más de 5 minutos. Desde los 9 meses el niño se queja de dolor intenso en sus miembros inferior y superior derechos. Después de dos meses de ensayo de tratamientos salicilados y antisifilíticos, es examinado por el comunicante que comprueba por la radiografía su presunción clínica de enfermedad de Barlow. Tratado con 100 grs. diarios de jugo de naranja, se constata mejoría a las 24 horas y curación a las 48 horas.

Concluye que no sólo la alimentación con substancias conservadas es capaz de producir el Barlow sino que también la leche envejecida y la que ha sufrido largos y repetidos hervores tiene propiedades escorbútigenas; y que conviene no olvidar que existen factores de predisposición individual o familiar que hacen posible la aparición de la afección con alimentos débilmente carenciados.

Ampollas subpleurales en lactantes

Dres. J. C. Navarro y R. R. Sundblad.—Después de señalar la rareza de este proceso en la infancia, refieren dos observaciones interesantes.

En un lactante de 4 meses, se advierte al examen radiográfico del hemitórax izquierdo, cerca de la punta de corazón, una imagen cavitaria, redondeada, difícil de interpretar satisfactoriamente; y en el lado derecho imágenes aéreas de forma y distribución excepcionales, y de interpretación clínica imposible. A la autopsia, —la niña falleció de toxicosis—, se encuentra en el pulmón izquierdo, indemne de toda lesión inflamatoria, varias ampollas subpleurales. En el derecho, una neumonía crónica y dos neumotórax parciales.

Otra niña, de 5 meses, con neumonía derecha, presenta además radiográficamente un neumotórax apical del mismo lado, y en el izquierdo, una zona clara, situada inmediatamente por debajo de la pared anterior del tórax, ovoidea, de gran eje longitudinal, de contornos nítidos, que rechaza el pedículo vascular hacia el lado opuesto. La evolución favorable de la neumonía, sólo permite interpretar dicha zona con mucha probabilidad como una gran ampolla subpleural izquierda que se puso bien de manifiesto cuando las dificultades de la hematoxis (neumonía y neumotórax) exigieron al pulmón izquierdo un mayor esfuerzo, y que fué borrándose radiológicamente paralelamente a la mejoría.

Discusión: Dr. del Carril.—Confirma lo extraordinario de este proceso en el lactante. En la gran cantidad de autopsias de procesos pulmonares agudos y crónicos que ha tenido ocasión de presenciar nunca ha encontrado ampollas subpleurales.

Tratamiento del reumatismo poliarticular agudo

Dr. J. M. Macera.—El salicilato de sodio lo administra simultáneamente por vía oral y endovenosa. Por vía oral debe ser bien dosificado, muy puro y asociado al bicarbonato de sodio o al óxido de magnesio para su mejor tolerancia. Como lo ha establecido Lutembacher, muchas cardiopatías obedecen a la insuficiencia de las dosis de 0.50 grs. por año, aconsejadas hasta el presente. Aconseja iniciar el tratamiento de ataque con dosis de 1 gr. por año de edad.

Como el método de Lutembacher es difícil llevarlo a la práctica si no se cuenta con servicios u hospitales especializados y con la educación del público, propone un método que siguiendo las normas del cardiólogo francés ha utilizado con buenos resultados. Inicia el tratamiento dando durante 10 días seguidos 1 gr. de polisalicilatos endovenosos y 6-8-10 grs. de polisalicilatos por vía oral y repite las inyecciones de 1 gr. durante 2 días seguidos cada 10 días, continuando de esta manera 45 a 60 días, vigilando corazón y riñón y asociando la clino-terapia y el régimen dietético apropiado. Después de transcurrido este tiempo, da durante 10 días cada mes 2 a 3 grs. diarios de polisalicilato por boca y cada 15 días durante 2 días seguidos 1 gr. endovenoso. Se mantiene este régimen alrededor de 3 a 6 meses, de acuerdo a la evolución clínica y termométrica y a los resultados de la eritrosedimentación y de la electrocardiografía que pueden revelar una recidiva antes de la aparición de manifestaciones artálgicas.

Utiliza el polisalicilato de sodio, potasio y calcio en la proporción de 33 % de cada uno y en solución al 5 % en agua destilada. La tolerancia es perfecta y la eficacia muy buena, desde que son raras las recidivas y el progreso de las cardiopatías. Habiendo efectuado ya más de 500 inyecciones, no ha observado esclerosis venosas ni accidente serio alguno.

Cita algunas observaciones, como la de un niño de 13 años, que en 49 días recibió por boca 431 grs. de salicilato de sodio y 42 grs. de polisalicilato endovenoso (a razón de 2 grs. diarios), con tolerancia perfecta (control de orina).

En los casos de intolerancia utiliza la insulina terapia con buenos resultados. Comenta la acción eficiente de los denominados "mordientes" del salicilato (azufre coloidal, proteínas heterólogas, petona al 10 %, metales coloidales, etc.). Recientemente está investigando la acción de la inmunotransfusión de plasma de enfermos convalescentes, cuyos resultados dará a conocer en breve.

Señala la importancia de la cura higiénicodietética, citando lo que se hace en otros países y los resultados alcanzados.

Contribución al estudio del mongolismo

Dres. B. D. Martínez y F. Arancibia.—Después de analizar las distintas teorías sobre la etiopatogenia de la afección, estudian 13 lactantes mongólicos, con antecedentes familiares de sífilis en 8, con reacciones serológicas positivas en 10, y con curvas de reacción de Lange positivas, indicando coexistencia de lúes congénita latente o en actividad, en la totalidad de los enfermos.

Dilatación congénita de vías urinarias superiores. Reflujo vésicoureteral permanente

Dres. A. N. Achinelli y A. Puglisi.—Presentan dos casos. Un niño de 11 años, de desarrollo físico marcadamente deficiente, se queja desde un año atrás de cefáleas, insomnio, inapetencia, astenia, dolores musculares y articulares. Polaquiuria y disuria dolorosa. Se constatan puntos dolorosos renales, albuminuria y piuria abundante, uremia progresivamente creciente. La citoscopia y la radiografía revelan capacidad vesical aumentada, enorme dilatación de los ureteres (por cuyo meato vesical entreabierto refluye el contenido de la vejiga), dilatación de pelvis y cálices renales. El pronóstico es muy malo por la insuficiencia renal progresiva y la ausencia de recursos terapéuticos.

El segundo caso se refiere a un niño de 9 años, que desde los dos años tiene enuresis, con orinas con mucosidades y muy densas. Hace 6 meses que las orinas, turbias, se tiñen de rojo. Al examen, zona renal derecha muy dolorosa, albuminaria, hematuria y piuria. La radiografía muestra una dilatación congénita grande del uréter izquierdo con fácil reflujo vésicouréteropélvico. El pronóstico de este caso es mejor por la ausencia de lesión renal y la unilateralidad del proceso. Aconseja la nefrectomía.

Tumor congénito de testículo en un lactante de 5 meses

Dres. J. M. Macera, M. de la Fare y M. de la Puente.—Niño que nace con una tumoración que aumenta de volúmen en la bolsa derecha, indoloro, ovoideo, de superficie lisa y regular, de consistencia firme y elástica. Elementos del cordón, normales; prueba de la transiluminación negativa. La punción exploradora da salida a un líquido sanguinolento: 10 cc. Después de la punción se palpa bien el tumor del tamaño de un huevo de gallina, de superficie, de consistencia firme. Operación: castración del testículo derecho. Examen histológico (Prof. D. Brachetto Brian): tumor congénito de testículo, del tipo epitelioma wolffiano. Los casos relatados en la literatura médica nacional se refieren a niños de 2.^a infancia, entre 7 y 15 años. Los únicos casos en lactantes son el de Host y Abankhalil (1933), niño de 3 ½ meses, y el de Silcok y Parker. El pronóstico es muy serio por la generalización del proceso, lo que obliga a la castración inmediata.

Discusión: *Dr. Damianovich.*—El año anterior tuvo oportunidad de ver un lactante de pocos meses que se presentó a la consulta con síntomas de un "testículo agudo". Operado de urgencia se comprobó la existencia de un tumor testicular. De una cuña extraída se hizo estudio histológico que reveló un tumor maligno. Al día siguiente se efectuó la castración. Lleva año y medio de operado y sigue en buenas condiciones.

Crónica

Nuevo Profesor de Clínica Infantil Dr. José Bonaba

(Montevideo)

El Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de Montevideo ha designado, por unanimidad de votos, al Dr. José Bonaba, hasta ahora Prof. de Patología Interna, para ocupar el cargo de Prof. de Clínica Médica Infantil y Director del Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura, que había quedado vacante por el lamentado fallecimiento del distinguido Prof. Morquio.

El Prof. Bonaba fué uno de los más destacados discípulos del Prof. Morquio, y en varias ocasiones lo había reemplazado en la Cátedra y en la Dirección del Servicio de Protección a la Infancia.

Doctorado en 1909, después de una brillante carrera universitaria, perfeccionó sus estudios en Europa, y a su regreso, en 1911, fué designado Jefe de Clínica por el Prof. Soca, a cuyo lado permaneció tres años. El mismo año fué designado por el Prof. Morquio, Jefe de Laboratorio de su Clínica, ocupando el cargo hasta 1923.

En 1916, por concurso de oposición, fué designado Prof. Agregado de Medicina, y en 1923, titular de Patología Médica.

Es desde 1912 médico Jefe de consultorio "Gota de Leche", habiendo dado a éste una organización modelo.

Fué Presidente de la Sociedad de Pediatría en 1929, en la que cooperó con numerosos trabajos.

Su producción científica es numerosa y calificada.

Auguramos el mejor éxito en su nuevo cargo y que, como digno discípulo del ilustre maestro desaparecido, ha de mantener el alto nivel alcanzado por la Cátedra de Pediatría.

Análisis de Libros y Revistas

Dr. CARLOS A. BAMBAREN.—*Orientación profesional y enseñanza técnica.*
“La Crónica Médica” (Perú), abril 1935, págs. 130 a 134.

Estudia primeramente la relación de la psicotécnica y la medicina, y sus consecuencias de aplicación práctica, evitando en muchas circunstancias el fracaso en la vida futura de niños y jóvenes en los cuales un consejo oportuno después de un diagnóstico de aptitud los encarrilará en la ruta del estudio o del trabajo que le ha de ser conveniente.

Llega a las siguientes conclusiones:

1.º La psicotecnia es la conquista más trascendental de los tiempos modernos, en el afán de aplicar la psicología a los menesteres de la vida y a la felicidad del hombre.

2.º La orientación profesional persigue descubrir las aptitudes de cada hombre para recomendarle aprender el trabajo profesional que guarde armonía con sus características profesionales y con muchos otros factores que no pueden olvidarse, si se quiere que el hombre de mañana tenga trabajo y los medios de subsistencia que merece.

3.º Hay que reorganizar en el Perú la enseñanza técnica, orientándola con el criterio de la psicotecnia.

4.º La Escuela Nacional de Artes y Oficios necesita incorporar en su labor docente el estudio psicológico y fisiológico del trabajo profesional.

Saúl I. Bettinotti.

J. CATHOLA, BOSQUE et KIRYCZANSKI.—*Le syndrome méningé tardif de l'insolation.* “Archives de Médecine des Enfants”, septiembre 1935.

Las reacciones meníngeas que la insolación acarrea, según su intensidad serán las modificaciones del líquido cefalorraquídeo y en ocasiones se presentan tan intensas que para diferenciarlas de las formas agudas debe recurrirse al laboratorio: el carácter íntacto de las células va en favor de derrame aséptico de las meníngeas.

No siempre fácil de diagnosticarla; lo prueba la historia de un caso clí-

nico de los autores, en que antes de llegar al diagnóstico de insolación, no menos de seis diagnósticos diferentes fueron hechos.

“La frecuencia y la gravedad de los accidentes cerebromeningeos consecutivos a las insolaciones se explica sin duda por la facilidad con que los rayos solares atraviesan los tejidos. Dichos rayos dan solamente una temperatura de 38° en la superficie de la piel, pero a dos centímetros de profundidad el calor es mayor (en 25 minutos en verano alcanza a 40°). Es en primavera que la temperatura profunda alcanza su máximo de intensidad por la calidad especial de la luz solar en esta época. Otro hecho importante es que la temperatura profunda de los tejidos expuestos al sol, persiste largo tiempo”.

Y otro hecho a retener: el surmenage muscular es también factor coadyuvante importante en los síndromes graves de la insolación.

Martín C. Corlín.

P. EIVINE et S. VOURMANN.—*Les Typhus abdominal et Paratyphus a l'age infantile*. “Archives de Médecine des Enfants”. Agosto 1935.

Del estudio de 112 casos de tífus abdominal y 11 casos de paratífus, los autores llegan a las conclusiones: 1.°, la tifoidea ocupa un lugar considerable en la patología infantil; 2.°, clínicamente, ambos tienen una evolución idéntica, de ahí lo conveniente de reunirlos en la denominación de afecciones tifoideas; 3.°, ataca en todas las edades, incluso lactantes, pero su frecuencia aumenta con la edad; 4.°, la curva de morbilidad alcanza su máximo hacia el fin del verano y en otoño; 5.°, el comienzo presenta una variabilidad extraordinaria; a menudo es atípico bajo forma de diarreas, vómitos, convulsiones, etc.; 6.°, la curva febril es muy variable, la clásica de Wunderlich no aparece más que en un 56 % de los casos; 7.°, las miocarditis y bronquitis de relativa frecuencia; 8.°, la esplenomegalia en el 74 %; 9.°, la proporción de leucocitos está en relación directa con la gravedad. La Widal fué positiva en el 82 % de los casos. La reacción de sedimentación de los eritrocitos da valores normales o una aceleración insignificante. No obstante la variabilidad del cuadro clínico, se puede distinguir las formas: tifoidea, séptica, meningocéfálica y colérica, según predominio de tal o cual sistema. La cuestión fundamental de la terapia es la dieta mitigada, etc.

Martín C. Corlín.
