

**ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA**

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Organo Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)

Sociedad de Beneficencia de la Capital — Casa de Expósitos  
Servicio del Prof. de Elízalde

**Infección por bacilos disentéricos en la primera infancia (1)**

por los doctores

**P. de Elízalde, E. Chiodí y A. di Bartolo**

La similitud de manifestaciones había hecho presentir a los viejos pediatras el parentesco entre las disenterias del adulto y las formas de enfermedad intestinal que Widerhofer encuadró en su "enteritis folicular". El calificativo de disenteriforme para estos procesos, figura ya en la designación de Henoch (forma disentérica de las diarreas infantiles) y se repite en casi todas las clasificaciones que vienen después. (Enterocolitis desenteriforme según Marfán, nombre generalmente empleado en nuestro país).

Verificada, más tarde, la etiología múltiple de las disenterias del adulto, se buscó en el lactante, con el fin de precisar vinculaciones, a los gérmenes de acción disenterógena demostrada (Protozoarie bacterias).

Las disenterias protozoáricas son extremadamente raras en los niños menores de dos años, por lo menos en las zonas templadas. Contrariamente las infecciones por bacilos disentéricos se han comprobado con frecuencia en todas partes del mundo. Desde los pri-

---

(1) La parte bacteriológica de este trabajo ha sido realizada por uno de nosotros (Dra. Chiodi) en el Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene, que dirige el Dr. Alfredo Sordelli.

meros trabajos de Duval y Bassett Boot, Knox, Hastings, Wollstein, La Fetra y Howland, May Michael, Dunn (1) en Norte América; Auché y Mlle. Campana (2), en Francia; Jehle (3) Leiner (4), Weiche y Schürer (5), Göppert (6), en Alemania; Lo Re (7), en Italia, es innumerable la cantidad de investigadores que han comprobado la presencia de distintos tipos de bacilos disintéricos en niños de primera infancia.

Con Bachmann, en 1907 (8), uno de nosotros encontró bacilos tipo Flexner, en deposiciones de niños enfermos de enterocolitis que se asistían en el consultorio de la Sala VI del Hospital de Clínicas. No tenemos conocimiento de que nadie haya hecho después en nuestro medio comprobaciones semejantes.

Cuando Sordelli (9) y sus colaboradores, a partir de 1932 verificaron la existencia de infecciones disintéricas en distintas localidades del país, pedimos la colaboración del Instituto que aquél dirige, para la investigación de estos gérmenes en los niños que se asisten en la Casa de Expósitos. En este trabajo consignamos los primeros resultados obtenidos.

Hasta ahora se ha investigado la infección disintérica solamente en niños con cuadros de enterocolitis, es decir, que presentaban estado infeccioso y deposiciones numerosas con mucus, sangre y pus. En el año transcurrido, la enterocolitis ha sido poco frecuente; por eso el número de enfermos investigados es relativamente escaso.

Para el examen bacteriológico las muestras de las deposiciones se recogieron en tubos esterilizados conteniendo la mezcla conservadora de Teague y Clurmann, que consiste en una dilución de glicerina al 30 % en solución fisiológica.

En el aislamiento de los gérmenes causales se empleó como medio de cultivo el agar lactosado con bromo-cresol púrpura como indicador. Si el material sospechoso se componía de mucus sanguinolento, se tomaba entonces una pequeña porción para ser triturada en solución fisiológica; cuando el material se componía de deposiciones diarreicas, era necesario lavarlo en solución fisiológica, para tomar el mucus entremezclado, y tratado como en el caso anterior, se sembraba en el medio de cultivo para ser incubado a 37° por 24 horas. Una vez desarrollado el cultivo se separaban las colonias sospechosas para practicar con ellas la aglutinación en gota, frente a los diferentes tipos de sueros disintéricos: Shiga, Schmitz, Flex-

ner y Sonne. Una reacción positiva con cualquiera de los sueros empleados permite un diagnóstico de probabilidad con respecto a la naturaleza del germen.

Se han examinado en esta forma las deposiciones de 30 niños de primera infancia afectados de enterocolitis. En 12 de ellos se comprobaron bacilos disentéricos. Los caracteres de las cepas aisladas permiten afirmar que en todos los casos se ha tratado de gérmenes pertenecientes al grupo Flexner.

Este grupo de bacilos (paradisentérico de Castellani; seudodisentérico de Kruse, bacilos de la colitis de Braun), cuya especialidad ha sido, a veces puesta en duda, es considerado hoy día, como un agente disenterígeno indiscutible.

He aquí las historias clínicas resumidas de nuestros casos positivos:

OBSERVACIÓN I.—Cecilia B., 9 ½ meses de edad; domiciliada en la Capital Federal.

Ingresa a la Sala III en mayo 4 de 1933, con un cuadro completo de enfermedad de Barlow.

Alimentada desde los 15 días de edad con diluciones de leche de vaca, hervida y recalentada.

Ha sido siempre sana. A los 8 meses pesaba 6.500 gramos. La enfermedad actual se inicia hace 10 días en la convalecencia de un proceso catarral de vías respiratorias, que se prolonga durante un mes.

Se indica alimentación con leche cruda, de burra, con la cual mejoran las manifestaciones de la avitaminosis, desapareciendo la fiebre que tenía la niña al ingreso.

A principios de junio se comienza a dar leche de vaca, cruda, y más tarde sopas en caldo, que la niña se niega a tomar.

En junio 7 reaparece la temperatura; hay vómitos y deposiciones líquidas. En los días subsiguientes las deposiciones en número de 5 a 7 contienen mucus, pus y sangre. El peso tiene tendencia al descenso.

En junio 14 las orinas son turbias y contienen abundante pus. La temperatura llega a 39°.

En los días subsiguientes el estado general desmejora mucho, la temperatura se mantiene elevada, las orinas continúan turbias y purulentas, el aspecto de las deposiciones no se modifica y el peso desciende bruscamente.

Se le ha dado leche de mujer en cantidades progresivas, substituyendo a las de vaca y de burra. El tratamiento ha consistido en la administración de rivanol y urotropina y medicamentos estimulantes.

La niña fallece el día 20 de junio. Duración de la enfermedad: 13 días.

En las deposiciones se aísla un bacilo disentérico con los caracteres de los pertenecientes al grupo Flexner.

No pudo hacerse el estudio bacteriológico de las orinas; pero al examen directo se encontró abundantes bacilos cortos muy movibles ( $\frac{1}{2}$  coli-bacilo?)

OBSERVACIÓN II.—P. Senit, 16 meses de edad; domicilio: Cap. Federal.

Alimentada todavía con pecho materno, como complemento de una alimentación con leche de vaca.

Atendida en Consultorios externos (Dr. Cervini). — Se enferma el 12 de septiembre de 1933, bruscamente, con alta temperatura (40°) y abundante diarrea líquida, sanguinolenta, 25 a 30 deposiciones en las 24 horas.

Los primeros días, no obstante persistir la temperatura y ser muy frecuentes las deposiciones con mucus, pus y sangre, el estado general, que era excelente antes de enfermarse, se mantiene en buenas condiciones. El examen no revela nada de particular.

Una semana más tarde, la temperatura tiene tendencia al descenso, pero las deposiciones no han cambiado de carácter y siguen siendo frecuentes.

A partir de este momento el niño entra en apirexia. Deposiciones en número de 15 a 20, en las 24 horas. El estado nutritivo ha desmejorado mucho.

El día 22 se practica un análisis de materias fecales, no encontrándose parásitos intestinales. El día 24, en el examen bacteriológico se aísla un bacilo disintérico perteneciente al grupo Flexner.

En este momento se comprueba la iniciación de una estomatitis úlcero-membranosa que se extiende rápidamente y llega a la gangrena, coincidiendo esto con la reaparición de la diarrea y la hipertermia y más tarde con una erupción purpúrica generalizada.

El niño fallece el día 1.º de octubre, a los 18 días de iniciada su enfermedad.

La alimentación a consistido en alimentación materna, emetina, astringentes, suero antidisintérico de Behring y analépticos. Tratamiento local de la estomatitis con neo salvarsan e inyecciones de neo salvarsan.

OBSERVACIÓN III.—José V., de 22 meses de edad; domiciliado en Sarandí.

Concurre por primera vez al Consultorio externo el 24 de octubre de 1933.

Pecho hasta los quince meses, luego complementos de leche de vaca.

Se enferma bruscamente hace 3 días, con alta temperatura, vómitos, y deposiciones muy frecuentes, fétidas, con mucus, sangre y pus. La temperatura ha ido descendiendo; pero las deposiciones no cambian de carácter y siguen siendo muy frecuentes, hasta 30, en las 24 horas.

Niño muy demacrado y deshidratado. Hipotermia. Trastorno del sensorio. Abdomen doloroso a la presión.

En los días sucesivos el estado general y local se modifica poco. Las deposiciones continúan frecuentes, con mucus, pus y sangre.

La mejoría se inicia a principios de noviembre. Alta, sano, el 12 de noviembre, a los 17 días de iniciada la enfermedad.

ESTO }  
NO }

En las materias fecales analizadas el 29 de octubre se aísla un bacilo disintérico del grupo Flexner.

*Tratamiento:* alimentación con pecho materno; analépticos, astringentes y más tarde alimentación complementaria con leche de vaca.

OBSERVACIÓN IV.—Constantino, 46.717, de 5 meses de edad; domicilio: Capital Federal.

Alimentado a pecho de nodriza.

Ingresa a la Sala III el 1.º de noviembre de 1933. Desde hace tres días diarrea y descenso de peso. Temperatura 37°8. Ligero grado de distrofia. Ligero trastorno del sensorio. Nada de particular en el examen físico. Deposiciones: 6 a 7 en las 24 horas, con mucus, pus y sangre. Se aísla un bacilo disintérico del grupo Flexner.

En los días subsiguientes la temperatura llega a la normal; pero el niño se deprime cada vez más y continúa perdiendo peso. Las deposiciones siguen frecuentes, con pus y sangre, hasta el 11 de noviembre.

La orina obtenida por sonda, el 7 de noviembre, es turbia, no contiene pus, pero sí una enorme cantidad de bacterios cortos muy móviles.

El tratamiento ha consistido en alimentación con leche de mujer, suero Ringer intraperitoneal, analépticos, Rivanol, urotropina, tanino.

Desaparecida la diarrea con pus y sangre, el niño se repone lentamente. Es dado de alta, sano, el 2 de diciembre, un mes después de su ingreso. Las orinas son en ese momento claras.

OBSERVACIÓN V.—Carlos G., de 2 años de edad; domiciliado en Avellaneda.

Concurre al Consultorio externo (Dr. Cervini), el 30 de enero de 1934.

Antecedentes sin importancia. Enfermo desde hace tres días, con fiebre y deposiciones frecuentes y sanguinolentas.

Buen estado de nutrición. Sensorio despejado. Afebril; 15 deposiciones en las últimas 24 horas, con mucus, pus y sangre. Se aísla un bacilo disintérico, grupo Flexner.

En los días subsiguientes disminuye el número de deposiciones. Alta el 12 de febrero.

*Tratamiento:* alimentación láctea, astringentes, emetina, suero antidisintérico Behring.

Duración de la enfermedad: 12 días.

OBSERVACIÓN VI.—Beatriz C., de 20 meses de edad; domiciliada en Lanús.

La enfermedad actual comienza a principios de diciembre de 1933, con vómitos, fiebre y diarrea.

Ha estado internada 20 días en el Hospital de Niños, de donde los padres la retiran el 7 de enero de 1934. Según informes facilitados galantemente por el Profesor del Carril, en cuyo Servicio se asistió, la niña presentó un cuadro febril con determinaciones torácicas, quizá vinculables a infección tuberculosa (Mantoux débilmente positivo); pero en ningún momento hubieron deposiciones frecuentes.

Se presenta por primera vez al Consultorio (Dr. Beranger) en enero

Esto  
sí

16, con alta temperatura, taquicardia, pero sin disnea. Muy desnutrida (peso 7.000 grs.), deprimida y deshidratada. En vista del estado de gravedad se la hospitaliza en la Sala III. Durante ese día hay dos vómitos y mueve el vientre siete veces. Deposiciones con mucus, pus y sangre, en las cuales se aísla un bacilo disintérico del grupo Flexner.

La temperatura se mantiene todo el día en 39° y llega a la mañana siguiente a 39°5'. En vista de la gravedad del estado la familia la retira antes de cumplirse las 24 horas del ingreso.

Tratamiento: breve dieta hídrica. Babeurre, suero glucosado intraperitoneal. Analépticos.

OBSERVACIÓN VII.—Celia P., de 21 meses de edad; domicilio: Neuquén.

Concurre por primera vez al Consultorio externo (Dr. Cervini), el 3 de febrero de 1934.

Antecedentes sin importancia.

La enfermedad se inicia hace 8 días, en Neuquén, de donde ha llegado antes de ayer la enferma, en viaje con su familia para Europa. Bruscamente la temperatura subió a 40°; tuvo vómitos y comenzó a mover el vientre con frecuencia. Ha seguido con fiebre y deposiciones diarreas, verdes, espumosas, con mucus.

Al examinarla en el Consultorio tiene 36°2', está muy delgada y deprimida. Deposiciones grumosas, con mucus y poca sangre. Se aísla un bacilo disintérico del grupo Flexner.

Al día siguiente se embarca para Europa, falleciendo en el viaje.

Una hermanita de esta niña, de 9 meses de edad, que se enfermó dos días más tarde con el mismo cuadro clínico y con la misma evolución, en cuyas deposiciones no se encontraban bacilos disintéricos, falleció también en viaje, según informes que se nos han dado.

OBSERVACIÓN VIII.—Francisco J. R. (clientela privada del Dr. Di Bartolo), de 13 meses de edad; domiciliado en Florencio Varela.

Antecedentes sin importancia. Alimentado a pecho hasta los 9 meses, luego alimentación complementaria con leche de vaca y harinas.

Se enferma en la madrugada del 4 de febrero de 1934; bruscamente la temperatura sube a 39°2 y aparecen deposiciones líquidas frecuentes. En el curso del día hay tenesmo y las deposiciones contienen mucho mucus y estrías de sangre.

Continúa los días siguientes con 20 deposiciones, término medio, en las 24 horas, con pus y sangre. La temperatura oscila alrededor de 38°5. Hay deshidratación y ligero trastorno del sensorio.

A partir del día 12 de febrero la temperatura tiene tendencia al descenso es menos el número de deposiciones y el estado general mejora. Llega a la apirexia el día 17, las deposiciones ya no tienen sangre y el niño entra en convalecencia, sólo interrumpida por un breve empuje de dispepsia a principios del mes de marzo.

Los cultivos de materias fecales permitieron aislar, al tercer día de la enfermedad, bacilos disintéricos, del grupo Flexner.

*Tratamiento:* Leche de mujer; emetina; suero antidisentérico polivalente. Behring. Bacteriófago disentérico de Stock. Astringentes.

Duración de la enfermedad: 13 días.

OBSERVACIÓN IX.—Irene R., de 10 meses de edad; domiciliada en Quilmes. No hay aguas corrientes ni obras sanitarias.

Alimentada a pecho hasta ahora, sólo accidentalmente ha tomado, a veces, pequeñas cantidades de leche de vaca.

Concurre por primera vez al Consultorio externo (Dr. Cervini), el 27 de febrero de 1934. Ha enfermado bruscamente hace 2 días, con 39°5, y tiene deposiciones muy frecuentes mucosanguinolentas.

En las deposiciones se aísla bacilo disentérico Flexner.

El estado general es malo: gran palidez, hipotermia, vómitos.

En los días siguientes siguen las deposiciones frecuentes, con pus y sangre y el estado general desmejora.

Es internada en el Hospital de Quilmes, donde fallece pocos días más tarde.

*Tratamiento:* Leche de mujer; astringentes; emetina. Bacteriófago disentérico de Stock. Suero antidisentérico Behring, analépticos.

OBSERVACIÓN X.—Nélida P., de 5 meses de edad; domiciliada en la Capital Federal. Alimentada a pecho dos meses, luego, con diluciones de leche de vaca.

Concurre por primera vez al Consultorio externo (Dr. Cervini), el 20 de marzo de 1934.

Se ha enfermado hace tres días, sin fiebre, con deposiciones frecuentes mucos purulentas y sanguinolentas.

Buen estado general. En las deposiciones se aísla bacilo disentérico del grupo Flexner.

En los días siguientes las deposiciones disminuyen de número. El 26 ya no contienen sangre.

Alta, en marzo 27. Duración de la enfermedad, 8 días.

*Tratamiento:* Diluciones de leche de vaca, astringentes.

OBSERVACIÓN XI.—Beatriz B., de 14 meses de edad; domicilio: Capital Federal.

Se presenta por primera vez en el Consultorio externo (Dr. Beranger), el 2 de abril de 1934.

Pecho materno, hasta los 6 meses, luego alimentación con leche de vaca y harinas.

Se enferma hace diez días, con fiebre y diarrea que se mantienen (20 a 25 deposiciones en las 24 horas). Desde hace tres días, temperaturas que llegan a 40°.

Se presenta muy deprimida y deshidratada. Las deposiciones son de pequeño volumen, con mucus, sangre y pus. Se aísla un bacilo disentérico del grupo Flexner.

Después de cuatro días de asistencia, en los que se comprueba la persistencia de la fiebre y de la frecuencia de las deposiciones, que con-

servan el mismo carácter, la niña deja de concurrir. Por informes de la familia sabemos que ha fallecido en su domicilio 9 ó 10 días después.

*Tratamiento:* Diluciones de leche, astringentes, analépticos.

Duración aproximada de la enfermedad, 24 días.

OBSERVACIÓN XII.—Dora D., de 6 meses de edad; domicilio: Capital Federal. Alimentada a pecho. Ligero grado de distrofia ¿hipoalimentación?

Ingresa a la Sala III el 11 de abril de 1934.

Apirética, 5 a 6 deposiciones diarias, con mucus y pequeñas estrías de sangre. Se aíslan bacilos disintéricos del grupo Flexner.

En los días siguientes desaparece la sangre de las deposiciones; éstas siguen siendo frecuentes y mucosas durante una semana, luego se normalizan. Alta.

*Tratamiento:* Leche de mujer; alimentación complementaria con leche de vaca y cocimientos de harinas.

Duración de la enfermedad, 7 días.

Clínicamente, los casos de infección intestinal con bacilos disintéricos que hemos estudiado, tienen un aspecto idéntico al de todas las demás enterocolitis disenteriformes en que no aparece esa etiología. Esto autoriza a pensar, de acuerdo con la opinión clásica, que en el cuadro de la enterocolitis caben procesos de diverso origen, a cuyo diagnóstico sólo puede llegarse por el análisis bacteriológico.

Queda por determinar la frecuencia relativa de la etiología disintérica. Algunos trabajos recientes tienden a extender el valor de esta etiología y llegan a cifras mucho mayores que las que se habían admitido hasta ahora. Zaltan Tevelli <sup>(10)</sup> \* de la Clínica de Niños de la Universidad de Budapest (Prof. E. V. Hainiss), encuentra bacilos disintéricos en el 92 % de los casos de enterocolitis primitiva y llega a la conclusión de que, excluidos los casos de gripe, tifus y paratífus, en la práctica toda colitis o enteritis foliular con deposiciones mucosanguinolentas o con pus, debe ser considerada como disenteria bacilar, máxime cuando el papel de los estreptococos del intestino, del coli, del proteus y del pioiciánico aparece como dudoso.

La serie limitada de casos investigados por nosotros nos autoriza a sacar conclusiones respecto a la frecuencia de la etiología disintérica en nuestro medio. En un estudio ulterior trataremos de establecer un juicio sobre base más amplia. Por ahora sólo podemos decir que ella se encuentra en más de la tercera parte de las enterocolitis.

---

(\*) De 56 cepas estudiadas, 47 corresponden al grupo Flexner Y.; 7 al de Shipa - Kruse y 2 al de Russel - Sonne.



De nuestros 12 enfermos, dos tenían 5 meses de edad; uno, 6 meses; uno, 9 meses; y uno, 10 meses; los demás eran mayores de un año. Tres estaban en alimentación natural, tres en alimentación mixta y el resto en alimentación artificial.

No hemos tenido ningún caso en los meses fríos (julio y agosto). La mayor frecuencia se vió en enero y febrero, pero se observaron casos en primavera y otoño.

Seguramente también en nuestro medio las infecciones del lactante por bacilo disintérico han de aparecer en forma epidémica. En años anteriores hemos podido asistir a epidemias familiares y hospitalarias de enterocolitis, pero no se nos ha dado, todavía, la oportunidad de estudiar bacteriológicamente uno de estos enpues.

Dos de nuestras observaciones corresponden a hermanos que han enfermado simultáneamente y han hecho evoluciones parecidas, lo que permite suponer la existencia de un origen común. En una de ellas, se ha hecho investigación bacteriológica en uno solo de los hermanos; en la otra se aisló el bacilo disintérico en uno de los hermanos y en el otro no. El resultado de este último caso no pudo ratificarse porque el enfermo se había alejado del país, lo que hizo imposible un nuevo examen.

La forma en que la enfermedad se ha adquirido no aparece clara en ningún caso. El agua de bebida no debe haber tenido influencia porque la gran mayoría de los enfermos, o no tomaban agua o la tomaban calentada al preparar los frascos. Además buena parte de nuestros enfermos consumían agua corriente, la cual está por encima de toda sospecha de contaminación.

Es más probable el origen alimenticio y por la vajilla o los objetos que los niños tocan en sus juegos. En la observación I, este modo de contagio aparece casi evidente. Cuando se notaron los primeros síntomas intestinales hacía ya un mes que la niña estaba hospitalizada y en la sala no existían enfermos con cuadros enteríticos. Por necesidad del tratamiento de su escorbuto, a esta niña se le administraba leche de burra y vaca, crudas, y aunque éstas eran provistas con un cuidado higiénico muy grande, no puede excluirse la contaminación en el momento del ordeño o durante el transporte hasta el hospital.

La zona de origen de nuestros enfermos es bastante amplia. Comprende toda la parte sud de la Capital y las localidades vecinas: Avellaneda, Lanús, Sarandí, Quilmes y Florencio Varela. Un caso venía, ya, enfermo desde Neuquén. Extendiendo el radio de

las investigaciones seguramente se ha de demostrar la difusión de la infección disintérica a todo el territorio del país, como ya lo hacen suponer los estudios de Sordelli y sus colaboradores.

En dos de nuestros enfermos se comprobó en el curso de la observación la existencia de infección urinaria. Desde hace mucho tiempo se ha establecido la frecuencia de esta complicación en las enterocolitis banales y cuando nos ha sido posible el estudio bacteriológico de los casos que han estado bajo nuestra observación hemos encontrado siempre el colibacilo en cultivo puro. Será interesante comprobar en el porvenir, una vez que nos acostumbremos a caracterizar las enterocolitis a bacilos disintéricos, cuál es el germen que se encuentra en las vías urinarias de los niños con enfermedad disintérica.

En nuestros dos casos, causas ajenas a nuestra voluntad, hicieron que no se realizara cultivo de las orinas; pero el examen directo en fresco, nos permitió reconocer un germen en estado de pureza con movilidad y aspecto del colibacilo.

En la literatura sólo hemos encontrado una publicación sobre infección urinaria por bacilos disintéricos <sup>(1)</sup>.

Este hecho resulta inexplicable si se tiene en cuenta que una buena parte de las enterocolitis están en relación con infecciones por esos bacilos.

Los pocos casos de enterocolitis con bacilos disintéricos que hemos tratado con un suero antidisintérico polivalente, no parecen haber beneficiado de ese tratamiento. Más adelante, con mayor número de observaciones, nos proponemos estudiar la evolución espontánea de estas enfermedades y el valor de las medicaciones específicas.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Citado por *Lo Re*.
2. *Auché, M. B. et Mlle. Campana*.—Contribution a l'étude de la pathogénie et des formes cliniques de la dysenterie bacillaire infantile. "Arch. de Med. des Enf.", 1906, 513.
3. *Jehle*.—Analizado in "Arch. de Med. des Enf.", 1906, 559.
4. *Leiner*.—Citado por Göppert.
5. *Weihe, F. und Schürer*.—Über die Ruhr der Kleinn Kinder. "Zent. f. Kind.", X, 36, 1914.
6. *Göppert, F.*—Die einheinesche Ruhr in Kindes halter. "Erj. der Zun. Med. und Kund. Bd.", XV, 180.
7. *Lo Re, M.*—Etiologia e patogenia dell'enterite dissenteriforme dei bambini. "La Pediatria", 1912, 595.

8. Véase *Elizalde*: Los abscesos del hígado en la infancia. Libro de Oro ofrecido al Prof. Wernicke, pág. 288.
  9. *Sordelli, A. y Savino, E.*—Epidemia de disenteria bacilar en Las Varillas (Prov. de Córdoba) “*Folia Biológica*”, N.º 22.  
*Sordelli, A. y De la Barrera, J. M.*—Epidemia de disenteria bacilar en Caseros (Prov. de Entre Ríos) “*Folia Biológica*”, Nos. 23, 24 y 25.  
*Sosa, H.*—Difusión de la disenteria bacilar en la República Argentina “*Folia Biológica*”, Nos. 34, 35 y 36.
  10. *Teveli, Z.*—Zur Aetiologie der Säuglings Ruhr. “*Arch. fur Kind. Bd.*”, 102, S 75, 1934.
  11. *Teveli, Z.*—Pluriefälle verursacht durch Dysen teriebacillen. “*Arch. f. Kind. Bd.*”, 95, 92, 1931.
-

## Contribución al estudio de las bronquiectasias en la infancia

por los doctores

**Prof. Mario J. del Carril**      y  
Jefe del Servicio de Lactantes

**José Vidal**  
Médico agregado

La exploración radiológica lipoadada del árbol bronquial, ha llevado a su estudio anatómico en vivo (Sergent), librando a las bronquiectasias del concepto puramente anatomopatológico de la mesa de autopsia y de su patogenia infecciosa exclusiva, y extendiéndolo hacia la interpretación de muchas de sus formas clínicas a una constitución propia, congénita, sobre la cual actuaron después los factores múltiples que una copiosa literatura da como origen de ellas.

La radiografía lipoadada de Sicard y Forestier, descubriendo en sus primeras etapas las formas latentes (Hutinel), las monosintomáticas (Laguna), ha puesto de manifiesto la gran frecuencia de las dilataciones bronquiales en los niños que clásicamente se negaba, y que actualmente se han encontrado hasta en los fetos y recién nacidos; lo cual implica, que apesar de las dificultades de técnica en la exploración, debe buscarse realizarla en la primera infancia, como se ha llevado a cabo en la segunda (Armand Delille, Duhamel y Marty), para descubrir en vida estas malformaciones minúsculas algunas y que acondicionan a los futuros bronquiectásicos y máximas otras, como los quistes aéreos del pulmón (Ribadeau-Dumas, Rault, Vaccarezza).

Nos es dable pensar que los múltiples factores (bronquitis a repetición, enfermedades eruptivas, sífilis, heredosífilis, broneoneumonías, pleuresías y retracciones pleurales, esclerosis pulmonares, tuberculosis, cuerpos extraños, estrechese y obstáculos de tráquea y bronquios), no son exclusivos en la patogenia, sino que actúan en

base a esa previa constitución de la estructura y conformación de los bronquios. (Unverricht, Sauerbruch).

El caso que relatamos presenta negativismo de esos factores y nos permite hacer las anteriores reflexiones:

A. G., del Consultorio externo del Hospital de Niños.

*Antecedentes hereditarios:* Padres sanos, con tres hijos, siendo esta niña la mayor; los otros, sanos; un aborto provocado últimamente.

*Antecedentes personales:* Nueve años de edad. Nacida a término, de parto normal; criada a pecho materno hasta los seis meses, luego alimentación mixta, con leche de vaca y cocimiento de cereales hasta el año. Pasó su primera infancia bien. No ha tenido enfermedades eruptivas. Se puede decir que la primera enfermedad ha sido la actual.

*Enfermedad actual:* La niña es traída por el padre porque con frecuencia padece de tos muy intensa con expectoración. Estos episodios comenzaron hace tres años, y el último, hace 20 días; durante esos períodos de tos, no ha tenido fiebre.

*Estado actual:* Buen estado nutritivo, piel con coloración normal y buen desarrollo del esqueleto.

El examen de los distintos aparatos no presentan alteración patológica ostensible de enfermedad aguda, ni estigmas de afección crónica, excepto el respiratorio, que con una sonoridad normal y respiración vesicular generalizada, presenta en la base pulmonar izquierda por detrás y cerca de la columna vertebral, signos cavitarios con soplo anórico y sin ruidos agregados.

Mantoux, negativa; Kant, negativa. Examen de esputos: no se observan bacilos de Koch, células epiteliales, planas; leucocitos, granulosos. Examen de sangre: eritrocitos, 4.600.000. Hemoglobinas, 80%. Leucocitos, 8.400. Polinucleares neutrófilos, 50. Basinófilos, 1. Eosinófilos, 4. Mononucleares grandes, 4. Linfocitos, 25. Formas de transición, 6.

Ante los síntomas cavitarios de base izquierda (localización frecuente de las bronquiectasias 48, 14% que cita Casaubón, tomando los casos de Hutinel, Vogt, Candiani, Milhit y los suyos propios), y sus bronquitis a repetición, diagnosticamos probable bronquiectasia, por lo cual indicamos el examen radiográfico con lipiodol, que nos dió la precisión del diagnóstico.

Se hicieron radiografías simples y varias con lipiodol introducido por vía transglótica, orientándolo hacia la base izquierda, seriadas y laterales (Rist, Soulas), presentando éstas, en la sombra cardíaca, dilataciones bronquiales cilíndricas de más de cinco milímetros de diámetro, en manojos divergentes, confluentes en algunos lugares y otros terminados en fondo de saco y rodeados de muy escaso follaje. La bifurcación de la tráquea se presenta muy infe-

rior, dándole una mayor longitud y los bronquios se separan en ángulo muy agudo (semejante a un caso de Wiese).

Nos encontramos, pues, con una bronquiectasia latente que podríamos llamar frustra y seca, pues su expectoración escasa, sólo se hace manifiesta en los períodos catarrales y sin que los síntomas clínicos clásicos se evidencien. A nuestro concepto esta es la forma cómo se presenta la iniciación de casi todas las bronquiectasias y que

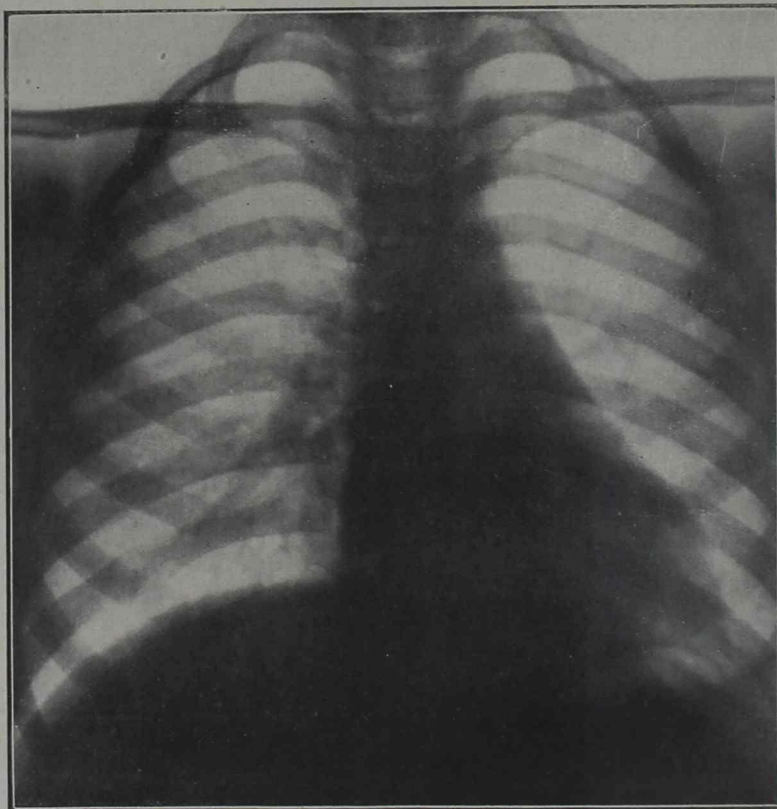


Figura 1

los procesos infectivos son secundarios. Muchas de las bronquitis crónicas de los niños, si las explorásemos con la radiografía lipiodada, encontraríamos su razón, en bronquiectasias ocultas, más o menos extendidas.

Nuestro enfermo, exento de estigmas heredolúeticos con reacciones serológicas negativas, lo colocamos fuera de esa gran cantidad de bronquiectásicos que en terreno sifilítico, sobre todo hereditario,

han encontrado los autores que se han ocupado de ello (Hutinel, Bonnamour, Taussaint, Derscheid, Hutinel J., Bezangon, etc., etc., entre nosotros Castex, Romano, Casaubon, Bizzozero, etc.).

La tuberculosis, a la que muchas veces ha imitado (Vaccarezza, Bezangon, Weil, Azoulay), y que actualmente se acepta como posible causa (Grancher, Egües, Tapia, Tello), no es posible en este

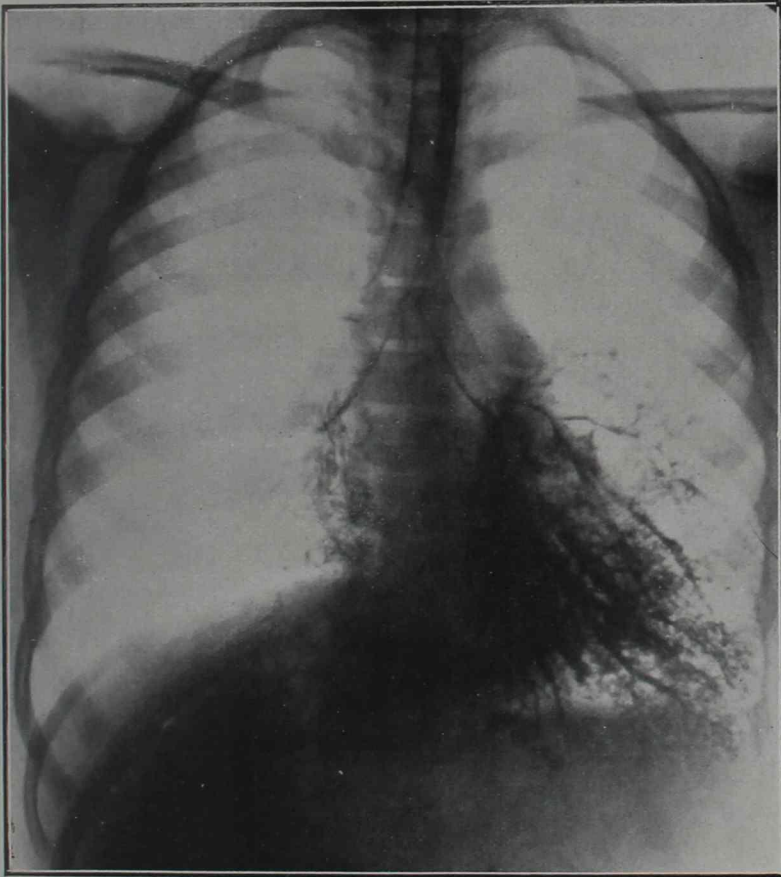


Figura 2

caso, pues ningún elemento permite afirmar esta etiología. No ha tenido enfermedades de la infancia, coqueluche, sarampión, ni bronconeumonía que incidentalmente pudiera considerarse como causal; ningún obstáculo ni estrecheces en tráquea y bronquios (Courtin, Unverricht); puede adueirse, pues los grandes bronquios y la tráquea se presentan mejor dilatados.

Nos quedamos, pues, con que nuestro enfermito presenta una dilatación bronquial de origen congénito, con una bifurcación traqueal baja, en el ángulo agudo que influye desfavorablemente en el desagotamiento de secreciones de bronquios inferiores, condiciones propicias, como lo demuestra la mayor frecuencia de las bronquiectasias de base.

Creemos que debe estudiarse sistemáticamente las arborizaciones bronquiales en sus relaciones con este síndrome, pues de ello sería posible sacar conclusiones patogénicas.

#### BIBLIOGRAFIA

- Sergent, E. y Cottenott, P.*—Ce que la clinique peut demander au injections intratrachéales de lipiodol. "Presse Medical", 18 abril, 1925, pág. 50.
- Hutinel.*—Les petites dilatations des bronches chez les enfants. "Presse Medical", 18 febrero, 1911, pág. 121.
- Laguna, C.*—El problema de la bronquiectasia en la infancia. "Los progresos de la clínica", agosto, 1932, pág. 445.
- Laguna, C.*—La dilatación bronquial en la infancia. "Medicina Latina", oct., 1932, pág. 137.
- Armand-Delille, P.; Duhamel, G. y Marty, P.*—Le diagnostic de la dilatation bronchique chez l'enfant au moyen du lipiodol. "Presse Medical", 14 mayo, 1924, pág. 421.
- Ribadeau-Dumas, L. y Kault.*—Dilatation des bronches dans le jeune age, kysts aériens des poumons. "Paris Medical", 5 nov., 1932.
- Vaccarezza, R. F.*—Bronquiectasia y pulmones quistiformes. "La Semana Médica", 7 dic., 1933, pág. 1778.
- Unverricht.*—Pathogenese und Therapie der Bronchiektasien. "Zeitis. f. äiztliche Fortbildung", 1933, N.º 12.
- Sauerbruch, F.*—Cirugía de tórax. Enfermedades del pulmón. Tomo 1, pág. 592. Traduc. esp. de 1926.
- Casaubón, A.*—Bronquiectasias infantiles. "La Prensa Médica Argentina", 1921, págs. 142, 154, 168.
- Rist, E. y Soulas, A.*—La bronchographie lipiodolée dans les bronchiectasies. "Bull. et Mem. Soc. Med. des Hosp. de Paris", 15 mayo, 1933.
- Wiese, O.*—Die Bronchiektasien im Kindersalter. 1922.
- Wiese, O.*—Chirurgische Behandlung kindlicher Bronchiektasien. "Monatss. f. Kinderherkunde", 1932, pág. 36.
- Bonnamour, M.*—Dilatations des bronches ampullaires syphilitiques. "Lyon Medical", 8 enero, 1923.
- Taussaint, P. y Derscheid, G.*—Essai de classification clinique des bronchiectasies. "Presse Medical", 18 febrero, 1933.
- Hutinel, J.*—Contribution à l'étude anatomopathologique et clinique de la dilatation des bronches. Theses Paris, 1922.
- Bezancón, F.; Weil, M.; P. Azoulay, R. y Bernard, E.*—Forme sèche hemop-



- toique de la dilation des bronches. "Presse Medical", 20 febrero, 1924, pág. 157.
- Caster, M. R.—Sífilis hereditarias tardías. Broncopatías. 1920. pág. 272.
- Caster, M. R. y Romano, N.—Broncopatías. "La Prensa Méd. Arg.", 10 marzo, 1919, pág. 273.
- Bizzozero, R.—Bronquiectasias. "La Semana Médica", 11 marzo, 1923.
- Vaccarezza, R. F. y Pollitzer, G.—Dilatación bronquial cilíndrica a forma seca hemoptoica. "La Prensa Médica Arg.", 1931, pág. 1106.
- Egües, J. J.—Bronquiectasia en la tuberculosis. Resumen: "La Semana Médica", 15 febrero, 1934, pág. 550.
- Tapia, M. y Tello, F.—La etiología tuberculosa de las bronquiectasias infantiles. "Med. Ibero", 16 diciembre, 1933, pág. 839.
- Coutin, W.—Über die Bedeutung der Stenosen von Trachea und Bronchien für die Entstehung der Bronchiektasen. "Zeits. f. Kinderheilk.", 1929, pág. 141.

CITY

242

# TEOMINALE

M.R.



**BAYER**

El sintomático por excelencia en la angina de pecho, arterioesclerosis, hipertonia, asma bronquial.

Tubo x 20 tbls. de 0,33 gr.

"Bayer-Meister Lucius" S.A., CERVIÑO 3101, Bs. AIRES

## Sobre un caso de púrpura abdominal

por el

**Dr. Florencio Bazán**

Profesor Adjunto de Pediatría  
Jefe del Servicio

Los síntomas abdominales del púrpura, son relativamente frecuentes y tienen una importancia muy especial. Aún cuando su conocimiento es de vieja data, ya que el primer caso, fué publicado hace más de cien años, por Willan (1808), la verdad es, que el cuadro abdominal del púrpura, ha pasado casi desapereibido podríamos decir, mereciendo apenas una mención como al pasar en los tratados clásicos. Se habla en ellos, en una forma vaga, de los síntomas abdominales del púrpura reumatoideo, que pueden simular la apendicitis o la invaginación intestinal, pudiendo a veces inducir en error al cirujano no advertido. Este, no dando importancia a la erupción purpúrica, de la piel, o no encontrándola, interviene su enfermo, encontrándose tan solo, con un ligero exudado o una eflorescencia purpúrica a nivel del peritoneo.

Y bien, las cosas distan mucho de ser siempre así!

Si en algunos casos, los más numerosos por cierto, los síntomas sólo simulan un síndrome peritoneal que es pasajero y que cura espontáneamente, en otros, ellos traducen una verdadera peritonitis o una invaginación intestinal y el enfermo muere si no se lo interviene y a veces también a pesar de la intervención. Entre la simple erupción de púrpura a nivel del peritoneo, que produce dolor de vientre, acompañado de vómitos y diarreas y las graves lesiones de invaginación o perforación intestinales no existe un límite bien claro, ni una indicación precisa, que detenga o que por el contrario, guie la mano del cirujano en la intervención operatoria.

Desde el caso publicado por Willan (1808) hasta nuestros días, suman cerca de 150 las observaciones de síndrome abdominal en el curso del púrpura, recogidos en la literatura médica. Su lectura, demuestra que es necesario que médicos y cirujanos tengan muy presente este síndrome frente a un cuadro abdominal de urgencia. Pero no como se decía hasta hace poco tiempo, para poder descartar la intervención sino también para estar alerta e intervenir a tiempo, si es necesario, evitando así muchas veces la muerte del enfermo.

El púrpura abdominal ha sido designado de distintas maneras:

Los autores alemanes e ingleses, lo conocen con el nombre de púrpura de Henoch, por ser este autor el primero que dió una descripción completa del síndrome ("Berliner Klinische Wochenschrift", 1874).

Esta designación, crea una confusión con el "púrpura fulminante" de Henoch, en el cual no se observan nunca trastornos gastrointestinales. Se lo ha llamado también, síndrome pseudo-peritoneal; trastornos gastrointestinales en el curso del púrpura; síndrome abdominal en el curso del púrpura; púrpura abdominal, etc. Este último término es sobre todo empleado para designar los casos en que la erupción y los síntomas se localizan solamente en el vientre a nivel del peritoneo o del intestino y no se acompañan de eflorescencia de la piel.

Casi todos los tipos de púrpura, pueden presentar complicaciones abdominales. Pero es indudablemente en el púrpura reumatoide de Besnier, en el que aquellos accidentes se presentan con mayor frecuencia. En efecto, este tipo está caracterizado por una erupción de petequias, dolores articulares y trastornos gastrointestinales, dolor, vómitos y melena.

El síndrome abdominal ha sido también encontrado en los otros tipos de púrpura, infecciosos, en la hemogenia de Weil, etc.

Estos casos han motivado publicaciones numerosas, entre ellos varias tesis y monografías de importancia. El lector consultará con provecho: el artículo de Comby, en el "Progreso Medical", 1880; Gimard, tesis de París, 1888; Calmels, tesis de París, 1902; la memoria de Dusch y Hoche, Festschlipt, 1890; Wieillard, tesis de Paris, 1907; Lavalloé, tesis de París, 1910; y la bibliografía de estos últimos tiempos que la encontrará en la excelente monografía de I. Cenéque y I. Gosset ("Journal de Chirurgie", di-

ciembre 1932, pág. 828) a la cual nosotros hemos tomado muchos de los datos que aquí resumimos.

Entre nosotros han publicado casos semejantes: Prudencio Pena, de Montevideo: Invaginación intestinal y síndrome puerpérico ("Arch. Lat. Amer. de Ped.", 1916) y Caupolican Castilla: Síndrome abdominal de Henoch ("Revista del Círculo Médico de Estudiantes", 1920). Curación sin intervención; y Raúl P. Béranger y Tomás Iturrioz: Púrpura aislada del peritoneo en una niña de 4 años ("Archivos Argentinos de Pediatría").

La sintomatología a que dan lugar las complicaciones abdominales del púrpura, es muy variable y depende como es natural, del tipo de lesión y de su localización. La forma más común, también la más benigna, es la ya descrita y que se manifiesta por dolor, vómitos y melena. Después de dos o tres días el cuadro se despeja, pudiéndose presentar una o varias recidivas. Este cuadro se acompaña de fiebre moderada, de leucocitosis con polinucleosis y a veces presenta el enfermo los estigmas sanguíneos del púrpura del tipo de la hemogenia. En la mayoría de los casos, sin embargo, no existe retardo del tiempo de sangría, ni disminución de las plaquetas, etc. En muchos casos, como la enfermita que presentamos a continuación, los accidentes gastrointestinales, preceden de algunas horas o de varios días, la erupción purpúrica (Caso de Vieillard, en el cual las manchas purpúricas recién aparecen después de 15 días).

Otras veces, el síndrome abdominal afecta la forma y el curso de la apendicitis aguda franca: fiebre, vómitos, dolor localizado, con o sin diarrea. En estos casos la evolución ha permitido constatar, una erupción de púrpura peritoneal, con lesiones catarrales del apéndice (casos Knoflach, Calmels, Seijet, etc.). El tipo de la invaginación intestinal con dolor, vómitos incoercibles y melena, suele presentarse a veces en forma completa, palpándose a nivel del vientre el "budin" característico. En estos casos la intervención o la necropsia, han demostrado la existencia de un derrame sanguíneo en la capa submucosa del intestino, que rodea como una virola a este órgano, en una extensión de varios centímetros. Esta lesión, así como las ulceraciones en la luz del intestino, favorecen la producción de la invaginación y a veces también de la perforación. El primer caso publicado de invaginación intestinal en el curso del púrpura es el de Comby; el enfermo muere, encontrándose en la autopsia púrpura e invaginación intesti-

nal. Esta complicación es en general muy grave, como lo demuestran los casos de Sutherland, Robinson, etc. En algunos casos, la curación ha sido espontánea, como el de Vierhoff y el Lederer, en el que los enfermos expulsaron por el ano, el "budin" de la invaginación.

Por otra parte, el pronóstico de esta complicación se agrava aun más por la frecuencia de las residivas, como en los casos de Morse y Stone.

La peritonitis por perforación puede por último presentarse también en el curso del púrpura.

Las lesiones ulcerativas pueden ser múltiples y de distinta localización: estómago, duodeno e intestino. En la estadística de Leneque y Gosset, figuran nueve casos de perforación de los cuales ocho con evolución mortal.

A continuación relatamos la historia clínica de nuestra enfermita.

#### HISTORIA CLÍNICA

A. T., de 11 años de edad. Ingresa a la Sala XIV. (Escarlatina) el 13 de junio de 1934.

*Antecedentes hereditarios:* Padre fallecido a los 51 años de bronconeumonía. Madre sana, 46 años. Seis hijos. Tres fallecieron entre los 4 y 11 meses de edad, de trastornos gastrointestinales. Dos abortos.

*Antecedentes personales:* Nacida a término.

Tomó pecho tres meses. Coqueluche a los 9 años. Sarampión a los 10.

*Enfermedad actual:* Comienza tres días antes de ingresar al Servicio, con angina, fiebre. En el día de ayer aparece erupción escarlatiniiforme.

*Estado actual:* Buen estado general: piel blanca con erupción escarlatiniiforme generalizada; signos de Grosóvici astia, positivos. Esqueleto sin anomalías. Labios secos, fuliginosos. Dientes decalcificados. Garganta roja, sin exudado. Oídos: Ojos, normales.

Aparato respiratorio: Sin particularidades. Corazón: tonos netos; pulso regular, igual, 120 por minuto. Temperatura 40°. Vientre: conformación exterior normal. No se palpa hígado ni bazo.

Sistema nervioso: Sin particularidades.

Junio 15: La temperatura ha oscilado durante estos dos días, entre 38° y 39°; se ha quejado de dolor de vientre; tiene vómitos. Al examen, se constata facies peritoneal, ojerías pronunciadas, lengua seca. Vientre sin mayores particularidades. Se hace tratamiento sintomático.

Al día siguiente (junio 16), los dolores de vientre se hacen muy intensos y los vómitos casi incoercibles apareciendo en éstos, algunas estrias de sangre.

Deposiciones diarreicas con sangre.

Al día siguiente (junio 17), el estado general se ha agravado. Los vómitos sanguinolentos, y melena, se han hecho aun más intensos. Lengua seca. El vientre está duro, con defensa en ambos flancos, más acentuada sin embargo, en el izquierdo, todo a lo largo del trayecto del colon descendente. Temperatura, 38°.

*Sangre*: Glóbulos rojos, 4.600.000; glóbulos blancos, 16.800; neutrófilos, 75 %; linfocitos, 14 %; células de Turck, 1 %; tiempo de coagulación, 4'; tiempo de sangría, 1'.

Plaquetas, 518.000.

*Orina*: Sin particularidades.

Frente a este cuadro de vómitos sanguinolentos, melena, dolor de vientre y defensa muscular un poco difusa, es vista repetidas veces con los Dres. Lagos García y Ruiz Moreno, y a pesar de tratarse de un cuadro abdominal de urgencia, se resuelve esperar. La multiplicidad de las lesiones que traducen sus síntomas, hacen sospechar la existencia de una púrpura abdominal con lesiones de intestino y de estómago o duodeno.

A pesar de una búsqueda cuidadosa, no se encuentra en toda la extensión de su tegumento, la menor eflorescencia de púrpura.

Junio 18: El estado continúa siempre grave —gran postración— mucosas secas. No tolera ni una gota de agua, que exacerba sus vómitos. La diarrea con sangre continúa en igual estado. La facies se ha hecho aun más peritoneal. La defensa muscular predomina siempre netamente a nivel de la fosa ilíaca izquierda. En la noche de este mismo día, aparece por fin una erupción purpúrica, constituida por cinco o seis petequias a nivel de ambos codos. Esto, nos confirma el diagnóstico sospechado y se resuelve continuar en la expectativa armada.

Junio 19: La niña ha descansado un poco durante la noche continuando sin embargo, con sus vómitos sanguinolentos y la melena. 120 pulsaciones por minuto; Temperatura, 37°6; Tensión: Mx., 11; Mn., 7.

Junio 22: Continúa casi en el mismo estado: síndrome peritoneal difuso, con mareado predominio de la defensa y del dolor, en la fosa ilíaca izquierda. Persisten los vómitos sanguinolentos y la melena.

Han aparecido algunas otras petequias, en número de 10 a 12 a nivel de las rodillas y de la región sacrocóxigea.

Continúa sin poder tolerar ningún alimento, ni tampoco agua. Se le administra líquidos bajo la forma de suero glucosado isotónico, subcutáneo. Urea en la sangre: 0.51 ‰. Reserva alcalina, 58 c.c. de CO<sub>2</sub> ‰ en plasma. Vestigios de acetona en la orina. Reacción de Widal y hemo cultivo: negativos; cloroplasmático 0.300 % igual 0.496 en cloruro de sodio, cloro globular 0.150 % igual 0.265 % cloruro de sodio.

Junio 28: El estado general continúa sin mayores alternativas. Vómitos y melena. Síntomas físicos del lado de su vientre en igual estado; durante estos últimos días, la niña ha expulsado anillos de tenia con las deposiciones.

Junio 30: Se ha producido casi bruscamente una franca mejoría

en el día de ayer. Han cesado los vómitos y las diarreas. Los dolores de vientre han disminuído, tantos los espontáneos, como los provocados. Empieza a tolerar pequeñas cantidades de leche, después de haber pasado 15 días sin ninguna alimentación. La temperatura se ha mantenido siempre entre 38° y 39°.

Julio 2: Está descamando de su escarlatina. Continúa mucho mejor. Se alimenta y mueve su vientre normalmente. Tensión: Mx., 12; Mn, 7. La temperatura continúa en los alrededores de 39°, atribuible seguramente a un coriza diftérico que se trata con suero y también a un absceso del muslo (inyección infectada).

Julio 21: Curación completa de todos sus trastornos, no presentando nada de anormal al examen. Come y mueve su vientre perfectamente.

Se practica un examen radiológico y radiográfico de su tratus gastrointestinal, no pudiéndose constatar nada de anormal de importancia.

Septiembre 20 de 1934: Ingresa de nuevo al Servicio para ser observada. Durante todo este tiempo no ha presentado nada de anormal y el examen practicado en la actualidad no permite constatar ninguna anomalía. Se vuelve a tomar radiografías de su estómago e intestino que parecen normales, no encontrándose especialmente ningún estigma de púrpura.

*En resumen:* Se trata de una niña de 11 años de edad, sin antecedentes hereditarios de importancia que ingresa en junio 13 de 1934, al Servicio, por una escarlatina; dos días después (junio 15) aparece un síndrome abdominal constituido por dolor de vientre con resistencia difusa, vómitos y diarrea. Al día siguiente junio 16, la niña presenta un cuadro peritoneal grave: vómitos incoercibles, que por la tarde toman el carácter sanguinolento, melena franca y abundante, dolores intensísimos en el vientre, en donde se constata una resistencia profunda y difusa, más marcada a nivel de la fosa ilíaca izquierda todo a lo largo del colon descendente. Facies peritoneal, ojeras pronunciadas, lengua seca, temperatura alta. Pulso rápido. En los días subsiguientes, el cuadro persiste, agravándose diariamente. Los vómitos sanguinolentos y la melena se hacen más acentuados, lo mismo que los dolores espontáneos y provocados, a nivel del vientre.

Los exámenes de sangre y orina, así como también el de la reserva alcalina y el dosaje del cloro sanguíneo, no presentan mayores particularidades.

Frente a este cuadro que traduce lesiones difusas de su aparato gastrointestinal, se resuelve esperar, sospechando, aunque un poco vagamente, la existencia de un púrpura abdominal. En efecto, sus vómitos y diarreas sanguinolentas, ambos con sangre roja,

indican lesiones de estómago o duodeno, y del intestino grueso. Como además se palpa resistencia dolorosa a nivel del trayecto del colon descendente, nos pareció prudente aceptar el diagnóstico de púrpura abdominal por ser el que mejor podría explicarnos estas lesiones. En efecto, en la tarde del cuarto día de la evolución de este síndrome peritoneal, aparecen recién las petequias a nivel de ambos codos y en número de 5 ó 6 elementos de cada lado. Al día siguiente, junio 19, las eflorescencias se manifiestan también a nivel de las rodillas y región sacrocoxígea. Este estado peritoneal grave se prolonga por 15 días, durante los cuales la niña no tolera ningún alimento ni aún el agua.

Ella debió ser hidratada durante todo este tiempo por inyecciones subcutáneas de suero glucosado.

Bruscamente, en junio 30, después de quince días, la niña mejora notablemente y en pocos días, entra en convalecencia. Algunos días después, no existe ni recuerdo de sus trastornos.

Las radioscopias y radiografías tomadas en los días posteriores, no nos dan una explicación satisfactoria de lo que ha pasado en su tubo gastrointestinal.

Creemos que se ha tratado de lesiones purpúricas difusas de su peritoneo, con derrame sanguinolento alrededor de un segmento de intestino, con lesiones ulcerativas de la mucosa intestinal, estomacal y tal vez duodenal.

---



## La dosificación del Ergosterol irradiado en la terapéutica del lactante

por los doctores

J. P. Garrahan y E. Muzio

Ha habido hasta hace poco bastante inseguridad en materia de dosificación de los preparados de vitamina D. Ello se debió, en gran parte, a la actividad muy variable de los productos del comercio (ver nuestro relato al 4.º Congreso Nacional de Medicina: J. P. Garrahan. "Estado actual de la profilaxis y del tratamiento del raquitismo". "La Semana Médica", 1931). Hoy día hemos llegado, al parecer, al desideratum: la titulación uniforme por unidades internacionales, titulación establecida en 1931 por un comité de la "Liga de las Naciones", y mantenida aún, de acuerdo a lo estipulado en una conferencia reciente de la misma liga.

En vista de la ineficacia de las dosis de ergosterol irradiado, aconsejadas en 1929 (J. P. Garrahan y Juan C. Traversaro, Sobre la acción de los preparados comerciales de Vitamina D "La Semana Médica", 1929), nos atrevimos hace ya cuatro años, a elevarlas. Es así que llegamos a utilizar 30 gotas diarias y aun más, de los preparados corrientes, cuando pretendimos realizar una terapéutica activa. De nuestra experiencia al respecto, nos ocuparemos en esta breve comunicación.

Hemos considerado para formarnos juicio sólo los casos bien observados, que nos permiten asegurar, sin dudas, que la terapéutica fué debidamente cumplida. Se trata, en su mayoría, de casos en que la cura fué prolongada. En la tabla que va a continuación se registran datos referentes a 37 observaciones, tales:

Casos de 30 gotas de Ergosterol

N.º	Tratamiento	Fósforo y calcio				Observaciones
		Antes		Después		
		P	Ca	P	Ca	
15	30 gotas - 84 días			3.8		Craneotabes de 2 a 5 meses. Rosario ligero. A los 7 meses: no dientes; no se sienta. Font. yema de dedo.
16	30 » 68 »			5.7		Craneotabes de 2 a 5 meses. A los 7 meses: 2 dientes; no se sienta. Font. yema de dedo.
17	30 » 90 »	3.2				Rosario evidente. Hipotonía muscular. A los 10 meses: no dientes. Incurvación de tibias. A los 14 meses: Font. cerrada. A los 18 meses: no camina. 8 dientes.
25	30 » 48 »					Prematuro. Craneotabes desde 1 a 5 meses.
26	30 » 25 »					Rosario costal ligero al año. Font. pequeña. Caminó al año.
27	30 » 55 »	4.2		4.8		Prematuro. Craneotabes recurrente. Rosario costal evidente.
28	30 » 40 »					Craneotabes desaparecido a los 7 meses. Rosario costal. Caminó al año: 8 dientes. Font. 1 cm.
51	30 » 28 »	6.6				Craneotabes. A los 18 meses: Font. cerrada. Rosario ligero.
114	30 » 48 »	4.1				Craneotabes de 3 ½ a 8 meses. Rosario ligero. A los 9 meses: 2 dientes. Se mantiene sentado y parado con ayuda. Caminó a los 13 meses. Font. yema dedo. A los 15 meses: 12 dientes.
119	30 » 51 »					Craneotabes congénito hasta 8 meses. 9 dientes; no dientes. Font. 2 × 2; no se sienta.
122	30 » 42 »					Craneotabes aun persiste a los 6 meses.
123	30 » 83 »					58 días antes del craneotabes tomó vitamina D. Rosario. 6 meses. Font. yema dedo. A los 9 meses: 8 dientes. A los 10 meses: Font. puntiforme.
126	30 » 30 »					Rosario ligero. Font. yema de dedo: a los 2 meses.
127	30 » 66 »					Craneotabes a los 3 meses: a los 7 aun persiste. A los 10 meses: 6 dientes. Font. cerrada, se sienta.
128	30 » 58 »	4.4				Rosario ligero. A los 9 meses: no dientes. Font. yema de dedo. 3 dientes. No camina. Caminó a los 15 meses. A los 17 meses: 10 dientes. Font. cerrada. Rosario ligero.
129	30 » 34 »					Craneotabes. No mejoró en 3 meses.
130	30 » 20 »					Craneotabes. Rosario costal discreto. A los 9 meses: no dientes. No se sienta. Font. pequeña. Caminó a los 13 meses.

N.º	Tratamiento	Fósforo y calcio				Observaciones
		Antes		Después		
		P	Ca	P	Ca	
131	30 gotas - 32 días					Craneotabes desaparecido a los 5 meses.
136	30 > 20 >					Craneotabes de 3 a 8 meses. Rosario ligero. A los 11 meses: 2 dientes. A los 12 meses: no camina. 4 dientes. Font. 3 × 3.
137	30 > 39 >					Craneotabes persiste a los 7 meses: no dientes.
138	30 > 30 >					Craneotabes de 2 a 7 meses. Rosario ligero. 8 meses: no dientes.
146	30 > 35 >	3.8		4.1		Craneotabes de 2 ½ a 7 meses. 10 meses: 3 dientes. Font. yema de dedo. Al año: camina con ayuda. 4 dientes. Puntiforme. A las 14 meses: Font. cerrada.
151	30 > 20 >					Craneotabes. Al año: caminó a los 10 meses. 8 dientes. Font. cerrada.
152	30 > 59 >					Craneotabes 2 ½ a 7 ½ meses. No dientes.
160	30 > 15 >	2.		3		Craneotabes curado a los 5 ½ meses.
157	30 > 30 >	3.9		4.2		Craneotabes de 3 a los 8 meses. Rosario ligero.
162	30 > 30 >	3.9		4.1		Craneotabes persiste a los 5 meses.
166	30 > 25 >					Craneotabes desaparecido en 16 días. Al año: camina con ayuda. 7 dientes. Font. yema de dedo.
171	30 > 49 >	4.1		4.9		Craneotabes de 3 a 7 meses. A los 9 meses: 2 dientes. Font. yema de dedo. A los 13 meses: incurvación de tibias. A los 15 meses: no camina.
184	30 > 52 >					Craneotabes persiste a los 9 meses. No dientes.
199	30 > 30 >					Craneotabes a los 3 meses. A los 5 ½ meses persiste.
202	30 > 96 >	4.3	10.9	6.6		A los 3 meses: Font. posterior. A los 20 meses: incurvación de tibias.
203	30 > 43 >			5.5		Rosario ligero. A los 11 meses: no dientes. Font. amplia.
204	30 > 62 >	4.4		6.4	11.3	Craneotabes desde el mes a los 4 ½ meses.
207	30 > 100 >	4.4				Distrofia. Evolución favorable.
205	a 30 gotas - 30 julio 1933 a 22 sept. - 52 días	4.		6.6	10.4	Craneotabes de 1 a 5 ½ meses.
	b 2 mayo 1934 a 8 julio 36 días	3.07		5.7	11.1	A los 13 meses: no se sienta.
206	a 30 gotas - 30 julio 1933 a 22 sept. - 52 días	3.30		6.8		Craneotabes de 1 a 6 meses.
	b 2 mayo 1934 a 23 julio 81 días	4.04		4.5	11.3	

La eficacia de estas dosis pudimos comprobarla radiológicamente en varios casos, pero no en todos. Y como lo hemos hecho notar en una comunicación anterior, hemos observado que en la mayoría de los craneotabes la acción de las 30 gotas es nula. Creemos que el asunto no está totalmente resuelto. Pero nos interesa en especial referirnos a la tolerancia, cuestión de fundamental importancia.

En ninguno de los casos citados se advirtieron inconvenientes inmediatos, ni ulteriores, por la medicación. En algunos, la cifra de fósforo sanguíneo ascendió bastante pero en otros no. En cuanto a la calcemia, en los pocos casos en que se investigó, después del tratamiento, no llegó a ser muy alta. Uno de los casos 205 b (gemelo del 206) tuvo gran inapetencia, vómitos y descenso de peso al mes del tratamiento. Por tal cosa se lo suspendió a los 36 días. Dichos síntomas, que Hess y Lewis han visto presentarse acompañando a la hipercalcemia por terapéutica excesiva, nos determinaron a hacer dosar (con especial recomendación) el calcio en la sangre. La cifra fué 11.1, es decir, dentro del límite de lo normal. En realidad, los síntomas en cuestión se debieron a la acentuada anemia ferripriva que presentaba el niño ya desde antes. El gemelo por otra parte, toleró con beneficio 52 días de igual tratamiento.

En prematuros del primer trimestre hemos visto tolerar sin inconvenientes, 30 gotas diarias durante 60, 80 y hasta 100 días consecutivos sin que ello fuera siempre suficiente para evitar un ligero raquitismo.

Hemos referido en otra oportunidad la observación de un caso de craneotabes recurrente, en el que, pareció evidenciarse la insuficiencia de una cura no debidamente prolongada, y la insuficiencia también, de la dosis de 20 gotas diarias.

Todo lo dicho nos autoriza a aconsejar lo siguiente: que para el tratamiento del raquitismo (mediano o ligero) del lactante, se emplee la dosis de 30 gotas diarias, continuada durante 40 a 50 días. No nos parece que haya inconvenientes en prolongarla más y en aumentar esa dosis, como lo hemos hecho, en algunos casos, sin observar trastornos en el niño. Pero si se quiere extremar la prudencia, creemos que debe hacerse control radiográfico, y de la química sanguínea, antes de proceder de inmediato a la prosecución del tratamiento, cuando se haya ya prolongado durante 50 días. Las dosis relativamente elevadas a que acabamos de re-

ferirnos, de cuya necesidad e inocuidad hemos querido convencer- nos con experiencia personal, han sido aconsejadas ya por otros (ver nuestro relato al 4.º Congreso Nacional de Medicina), pero su empleo no se han difundido entre nosotros.

De acuerdo a lo establecido para el tratamiento, considera- mos que para la profilaxis debe aconsejarse en general de 10 a 15 gotas diarias, durante 2 ó 3 meses por lo menos.

Teniendo en cuenta que casi todos los preparados vienen hoy día titulados a razón de más o menos 10.000 U. I. por c.c., po- dría decirse, según nuestra opinión, que la dosis corriente para el lactante debe ser de 8 a 10.000 unidades diarias para uso te- rapéutico y de 4 a 5.000 para uso profiláctico.

Hablando de tratamiento del raquitismo, corresponde desta- car, una vez más, la importancia de la radiografía de muñeca pa- ra el control de la acción terapéutica, cuestión de la que nos he- mos ocupado en una comunicación anterior, y que para nosotros, no está aun agotada.

Terminaremos haciendo notar, que lo que dejamos estable- cido si bien puede dar base algo más firme para la dosificación de los preparados de ergosterol irradiado que circulan entre no- otros, no pretende solucionar el problema en cuestión, el cual exige aun mayor experiencia.

---

*Doctor:*

*Recuerde que el **MALTOSAN**, es una harina preparada es- pecialmente para usarla en los trastornos digestivos de la primera infan- cía, 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*

Resumen de los Trabajos presentados y Discusiones  
correspondientes (\*)

---

(Conclusión)

---

8.º Dr. B. Soria (de Córdoba).—**Coxalgia imitativa:**

Un niño de 2 1/2 años que durante un mes presentó manifestaciones dolorosas a nivel de la articulación coxofemoral que le impiden pararse y caminar, con flexión y rotación interna del muslo y curó bruscamente por sugestión.

Otro niño de 5 años, que sufría de intensas cefalalgias y vómitos desde un año atrás, curaron con el aislamiento de un miembro de la familia, que tenía idénticos trastornos.

DISCUSIÓN.—Dr. J. C. Recalde Cuestas (de Rosario): Recuerda el caso de un niño de 7 años que a consecuencia de una gripe continuó con tos violenta y extenuante sin que el examen revelara o justificara tal estado; y que curó con psicoterapia.

Dr. Madrid Páez (de Bs As.): Refiere un caso semejante de disnea asmatiforme que curó bruscamente por compresión de la apófisis maxilar superior.

9.º Dr. J. C. Recalde Cuestas (de Rosario).—**Los síndromes cetónicos en la infancia:**

En la clientela civil de nuestro medio, es frecuente observar dicho síndrome fuera de las banales acetonurias. Además de los muchos casos que ha tenido oportunidad de asistir, sigue de cerca a 46 niños afectados de ellas. Eneuentra en los antecedentes neuroartritis en el 63 % de los casos y la sífilis en el 17 %. Parece evi-

---

(\*) Recopilados por el Dr. Felipe de Filippi.

dente que interviene un terreno constitucional o diatésico. Las manifestaciones clínicas de la acetonemia se presentan de una manera primitiva o en forma secundaria a raíz o en el curso de otra enfermedad; en ambos casos sus manifestaciones pueden agruparse en 4 síndromes; gastrointestinal, letárgico, meníngeo y eclámptico; los tres últimos comprendidos en la forma meningoencefálica. Señala los posibles errores de diagnóstico (apendicitis aguda, meningitis, etcétera). El régimen dietético instituido ha sido siempre predominantemente vegetariano, pues está convencido del papel que juega el hígado en la patogenia del síndrome. En las enfermedades agudas de los niños predispuestos conviene una dietética preventiva y medicación alcalina.

DISCUSIÓN.—*Dr. Marcascli* (de Córdoba): El síndrome cetónico es casi desconocido en Córdoba, sólo se produce en niños que veranean allí, provenientes de Buenos Aires y Rosario; el factor climatérico debe, por lo tanto, intervenir en su desencantamiento. Cree que la hipoglucemia permanente en niños de constitución hipertímica, hiperinsulínica o hipercórticorenal debe ser una causa predisponente.

Sería interesante estudiar estos enfermos desde este punto de vista (curva glucémica), en el intervalo de los ataques. La insulina es contraproducente. La mejoría obtenida con inyección de suero glucosado podría explicarse también porque se determinaría una eliminación renal rápida, con la consiguiente mejoría del cuadro cetónico.

*Dr. Madrid Páez* (de Bs. As.): Señala la posible intervención del hígado. Casi todos los niños que van a Córdoba son sobrealimentados cualitativamente (purinas).

*Dr. Recalde* (de Rosario): Con referencia a los niños que enferman en Córdoba, recuerda la importancia que Marfan asigna a la altura. En la práctica el tratamiento hepático, da buenos resultados. En su estadística la mortalidad es nula, pero conoce, por referencias, casos mortales. Es una enfermedad de la clientela civil, nunca la ha observado en el hospital.

*Dr. Acuña* (de Bs. As.): Cree que en muchos casos se abusa del término de vómitos acetónicos; coincide en su rareza de observación en la clientela hospitalaria: no ha visto casos mortales.

*Dr. Halac* (de Córdoba): En su opinión, los casos se hacían

mortales cuando se trataban con solución de bicarbonato. Hoy sabemos que es una alcalosis y por lo tanto está indicada la terapéutica con azúcar.

10.º **Dres. F. Menchaca y C. Amado** (de Santa Fe).—**Dos Casos de situs inversus totalis:**

Extensa sinonimia: transposición de vísceras, inversión visceral situs transversus, inversión en espejo, heterotaxia con dextrocardia, heterotaxia, situs inversus totalis, etc.

Se la conoce desde el siglo XV. En 40.000 exámenes radiológicos durante la guerra se encontraron 29 casos.

En la Argentina, 1er. caso, del Dr. Horacio Piñero, en el año 1894.

Interés, desde dos puntos de vista: embriológico, aun muy oscuro; práctico, especialmente en los cuadros agudos de abdomen.

Uno de los casos era acompañado de dolicolon.

Acompañan las historias clínicas, radiografías y análisis de sangre y orina.

---

Cuarta Sesión: JUEVES 6 DE SEPTIEMBRE DE 1934

---

1.º **Dres. José M. Valdés y Miguel Oliver** (de Córdoba).—**Observaciones sobre epidemiología y clínica de la enfermedad de Heine - Medin en la Provincia de Córdoba (Año 1934):**

Los autores refieren la observación de 55 casos de enfermedad de Heine Medin, observada en el curso del corriente año.

Detallan, en primer término, la predominancia de la enfermedad en la primera infancia, 72 %; el predominio sexo masculino, 45 %; procedencia de enfermos de la ciudad, y en su gran mayoría de un ambiente pobre.

Las formas clínicas más comunes han sido las monoplegias y en orden de sucesión: paraplegias, formas ascendentes, triplegias, parálisis faciales.

Los tratamientos ensayados: radioterapia profunda, suero de convalescientes, transfusiones de sangre total, a grandes dosis (150



a 200 c.c.), no les ha dado mayores éxitos, especialmente los primeros.

2.º **Dres. A. Gareiso, A. M. Marque, J. Barberán y F. A. Atucha** (de Bs. As.).—**La enfermedad de Heine - Medin durante el año 1933, en el Hospital de Niños de Buenos Aires:**

Sobre 120 casos observados, 101 son formas medulares, las restantes son síndromes encefalíticos, parálisis pseudobulbares, faciales, etc. Predominan los varones, 62 %; y entre el primero y segundo años de la vida, 37 %. El mayor número de observaciones se registró en otoño (marzo y abril). Respecto al tratamiento, si los enfermos llegan antes del mes de iniciado el proceso, efectuamos el procedimiento de Bordier, de duración de 4 semanas; nunca realizamos el examen eléctrico sino al mes de iniciado el proceso para evitar las inhibiciones funcionales del comienzo.

Los autores llegan a las siguientes conclusiones: 1.º, las formas clínicas observadas en 1933; mantienen el mismo tipo que en las epidemias anteriores 2.º, las localizaciones mantienen el mismo porcentaje notándose una disminución neta en las localizaciones bulbares; 3.º, en los casos tratados precozmente por el procedimiento de Bordier, se nota una disminución de la gravedad de las secuelas; 4.º, el número de atacados no ha aumentado con relación a otras epidemias anotadas en el país, ni en relación al número de la población; 5.º, es necesario hacer un serio y amplio estudio estadístico en el país, decretar la declaración obligatoria y el aislamiento de los enfermos durante el período agudo; 6.º, es necesaria la fundación de sociedades de ayuda social y de previsión para estos inválidos, ayuda para su invalidez física (provisión de aparatos ortopédicos), ayuda para su invalidez moral, (enseñanza de oficios apropiados, provisión de empleos adecuados).

3.º **Dr. I. Slulitel** (de Rosario).—**Consideraciones sobre la epidemia de parálisis infantil en Rosario, durante el año 1934:**

Cree que esta enfermedad por la forma en que viene desenvolviéndose entre nosotros y por sus consecuencias de tan vastos como dolorosos alcances, es un mal que requiere la preocupación más sostenida de los médicos y motivo de particular atención de parte de las autoridades. Rosario ha sido el teatro, este año, de la epidemia más terrible ocurrida hasta ahora en Sud América.

El comunicante ha alcanzado a reunir 310 enfermos, llegando a tener 42 casos fatales, lo que equivale al 13.5 %. Llega a las siguientes conclusiones: 1.º, por su difusión y mortalidad es posiblemente la epidemia más grande y grave de Sud América; 2.º, ha tomado barrios obreros y pobres; 3.º, se ha extendido de Norte a Sud y de Este a Oeste de la ciudad, dejando partes intermedias sin afectar, pero la mayor parte han sido observados en el Norte; 4.º, ante la gravedad que comporta la repetición de estas epidemias, es aconsejable crear un Servicio sanitario especial.

4.º **Dres. J. C. Recalde Cuestas e Isidoro Slulitel** (de Rosario).—  
**Formas clínicas de Poliomiélitis anterior aguda observadas en Rosario, en el año 1934:**

Llegan a las siguientes conclusiones: 1.º, en esta epidemia hemos observado todas las formas clínicas descriptas de poliomiélitis; 2.º, la epidemia del año 1934 se ha caracterizado principalmente por el alto porcentaje de formas bulbo-pontinas; 3.º, todas las formas observadas encuadrarán en la clasificación de Zappert, agregando a esta la forma abortiva. Engloban, en las formas bulbo-pontinas, los casos de parálisis facial dura; 4.º, los análisis de líquido cefalorraquídeo estudiados en las formas clínicas de localización alta, se encuentran en el mayor número de los casos, aumentos de los elementos celulares con predominio de linfocitos; 5.º, al analizar el estudio completo de esta enfermedad, en nuestro país, se impone uniformar criterio respecto de la clasificación de las formas clínicas simplificando dentro de lo posible.

DISCUSIÓN CONJUNTA DE LOS TRABAJOS SOBRE PARÁLISIS INFANTIL.

*Dr. Muniagurria* (de Rosario): En su Servicio recibió gran cantidad de casos, el mayor número en otoño, y la epidemia parece que está actualmente recrudeciendo. No tenemos armas para la profilaxis y ni se conoce el mecanismo del contagio. Se han observado ciertos barrios más contaminados que otros; cita la opinión de Revers, sobre la poca seguridad que existe de que el virus de Flexner y Noguchi sea el agente patógeno. Se trató de dedicar dos Servicios en la ciudad, exclusivamente para aislar estos enfermos con el objeto de impedir su deambulación por la ciudad, sin conseguirse resultados provechosos.

En epidemias anteriores las parálisis faciales eran poco frecuentes; en esta última, abundantes. Se observaron también, casos con grandes alteraciones de líquido cefalorraquídeo. La materno-hemoterapia, como preventivo, no dió resultado. En cuanto a la eficacia del método de Bordier no puede sacar conclusiones de los hechos observados.

*Dr. Chiodin* (de Bs. As.): Alaba los resultados obtenidos con el método de Bordier. Da valor clínico a la presencia de sudores profusos y pereza intestinal y vesical. La frecuencia entre los 18 y 24 meses de edad puede ser útil para profilaxis aconsejando el éxodo de los niños comprendidos en esta edad, en casos de epidemia.

*Dr. Recalde Cuesta* (de Rosario): Las bases del trabajo presentado fueron los niños internados y la encuesta entre los médicos sobre la forma del período de invasión observados. La enfermedad atacó casi exclusivamente a la clase proletaria.

*Dr. Acuña* (de Bs. As.): Recuerda la epidemia en el año 1911, en la que estudió 45 casos, también en la primera infancia, con predominio en verano y otoño, y pidió ya en aquella época declaración obligatoria de la enfermedad. No está convencido de la eficacia de los tratamientos en boga, considera más importante la profilaxis que el diagnóstico precoz. Aconseja sobre todo el aislamiento de los sanos.

*Dr. Marque* (de Bs. As.): Después de grandes epidemias en las ciudades suelen venir períodos de calma. La radioterapia y la diatermia son fibrolíticas e impiden los trastornos producidos por el tejido de cicatrización. Insiste en los exámenes eléctricos al cumplirse el mes de evolución.

5.º **Dres. J. M. Macera, J. Pereyra Kafer y B. Mesina** (de Bs. Aires).—**Las infecciones agudas no supuradas del sistema nervioso en la infancia.** (Estudio Clínico):

Hacen un estudio de estas afecciones, conocidas también con el nombre de neuroaxitis, que dividen en dos grupos: las bien definidas y las mal definidas. En el primer caso, engloban la enfermedad de Heine-Medin, la encefalitis de von Economo, la neuraxitis zosteriana y la rabia, y en el segundo la corea de Sydenham, la neuróptico mielitis de Devic, la neuromielitis de Austregesilo, en-

cefalitis posteruptivas, etc., etc. Acompañan el estudio clínico de seis casos.

DISCUSIÓN.—*Dr. Gareiso* (de Bs. As.): Observó varios casos semejantes a los presentados. Queda, como los autores, con la duda sobre el porvenir de estos enfermos al aparecer clínicamente curados.

6.º **Dres. F. Schweizer, M. A. de San Martín y C. Guridi** (de Bs. As.).—**Espasmo nutans:**

Presentan el caso clínico de una niña de 14 meses, sin antecedentes hereditarios, alimentada desde el nacimiento exclusivamente con leche de vaca, primero diluída y más tarde pura, pero siempre sin azúcar hasta los 10 meses de edad, desde cuya fecha agregan sopas y puré. Al año de edad notaron movimientos de la cabeza en forma de sacudidas que se acentuaban al excitarla o cuando habían varias personas a su alrededor. Al mismo tiempo observaron movimientos rápidos y repetidos en el ojo derecho. Hacen el diagnóstico de espasmo nutans, confirmado por la ausencia de trastornos psíquicos y de lesiones en fondo de ojo y medio transparentes, así como la curación lograda suprimiendo los factores mórbidos determinantes.

Hacen un estudio clínico y patogénico de esta afección con la bibliografía correspondiente.

DISCUSIÓN.—*Dr. Acuña* (de Bs. As.): Pregunta si en esta enfermita se investigó la calcemia y fosfatemia, pues cree no puede desecharse la vinculación con el raquitismo.

*Dr. San Martín* (de Bs. As.): En el caso presentado no pudo efectuarse esa determinación.

---

Quinta Sesión: VIERNES 7 DE SEPTIEMBRE DE 1934

1.º **Dres. L. Velasco Blanco, D. Fuks y A. Kichmayer** (de Bs. Aires).—**Consideraciones sobre la infiltración difusa en el período secundario de la tuberculosis en el niño:**

Los autores presentan cinco historias clínicas que comentan

detalladamente. Hacen consideraciones sobre la sintomatología, diagnóstico y pronóstico de estas formas. Muestran numerosas radiografías analizando y describiendo cada una de ellas.

DISCUSIÓN.—*Dr. Marcasoli* (de Córdoba): Pregunta al doctor Fuks qué criterio clínico o radiológico tiene para catalogar las lesiones como primarias o secundarias.

*Dr. Fuks* (de Bs. As.): Se basa en el factor cronológico.

*Dr. Marcasoli* (de Córdoba): El criterio debe basarse ante todo en consideraciones biológicas además de la cronología. Las lesiones secundarias se producen en organismos ya biológicamente modificados por la alergia.

Pregunta qué características radiológicas le permiten diferenciarla.

*Dr. Fuks* (de Bs. As.): La infiltración primaria se localiza en pleno parénquima pulmonar, la secundaria en tejido periganglionar.

*Dr. Marcasoli* (de Córdoba): No comparte ese criterio. Las infiltraciones secundarias pueden también producirse en pleno parénquima. Para la interpretación radiográfica se basa en la existencia de alteraciones evidentemente anteriores. A veces la primera infección no deja secuela visible; en ese caso es imposible la certeza, aunque no es lo frecuente. Infiltrado secundario es aquel que se produce alrededor de cualquier lesión anterior. El infiltrado perihiliar no es forzosamente secundario, puede ser primario.

*Dr. Rascowsky* (de Bs. As.): Cree que el concepto debe ser inmunológico, lo fundamental es el estado del organismo. En el infiltrado primario no hay alergia, en el secundario sí. En cuanto a la localización topográfica, ésta no permite sacar conclusiones al respecto.

*Dr. Cibils Aguirre* (de Bs. As.): A menudo no es posible resolver si se trata de infiltrados primarios o secundarios. En 17 casos de conjuntivitis flictenular encontró infiltrados, perifocales en tres de ellos.

*Dr. Marcasoli* (de Córdoba): Hizo punción de pulmón en ocho casos de infiltrados perifocales y encontró siempre bacilos de Koch. Cita una experiencia análoga de Parson en 14 enfermos.

*Dr. Fuks* (de Bs. As.): Coincide en pensar que para existir

infiltrados secundarios se necesita infección previa; en cuanto a las radiografías mostradas, en las que interpretó la existencia simultánea de infiltrados primarios y secundarios, recuerda que estos últimos pueden producirse con gran rapidez.

2.º **Dr. R. Cibils Aguirre** (de Bs. As).—**Comprobación bacteriológica de la etiología tuberculosa del eritema nudoso:**

Se refiere a sus conocidas investigaciones al respecto mediante las reinoculaciones sucesivas y aportando la comprobación del bacilo de Koch en pleno tejido de un nódulo. Historia brevemente el proceso de su descubrimiento y muestra las microfotografías correspondientes.

DISCUSIÓN.—*Dr. Marcasoli* (de Córdoba): Felicita al comunicante por la infatigable constancia demostrada y comenta la frecuente coexistencia de eritemas dudosos en casos de primo infección tuberculosa.

*Dr. Muniagurria* (de Rosario): Se refiere a la duda que plantea la existencia de casos epidémicos.

*Dr. Cibils Aguirre* (de Bs. As.): Recuerda las publicaciones norteamericanas al respecto. En 84 nurses con reacción de Mantoux negativa al iniciar sus funciones, se pudo comprobar ésta positiva al finalizar el segundo año.

En 37 de ellas apareció eritema nudoso, en 24 pleuresías serofibrinosas y en 24 infiltrados precoces. Siempre que se investigaron con este criterio las epidemias, se encontró la fuente infectante.

*Dr. Marcasoli* (de Córdoba): Las manifestaciones epidémicas no invalidan la etiología tuberculosa, aunque puedan influir factores climatéricos o estacionales.

*Dr. Acuña* (de Bs. As.): En la actualidad queda un grupo de casos en los cuales no hay motivos para aceptar con certeza la etiología tuberculosa. Insiste en la importancia del trabajo del Dr. Cibils Aguirre y en la prioridad que corresponde a la escuela argentina.

*Dr. Muniagurria* (de Rosario): Acepta las ideas del comunicante, pero cree que no puede generalizarse esa interpretación a todos los casos.

Se resuelve por aclamación dejar constancia de la prioridad

de los trabajos presentados por el Dr. Cibils Aguirre al Cuarto Congreso de Medicina.

3.º **Dr. A. Marcasoli** (de Córdoba).—**Influencia de los contactos infectantes en tuberculosis infantil:**

Utilizando la reacción tuberculínica de Mantoux, llega a las siguientes conclusiones: 1.º, los contactos pausibacilares tienen la misma capacidad infectante que los masivos; por lo tanto, deben considerarse como peligrosos y hacer la profilaxis de los mismos con igual intensidad que la de los masivos; 2.º, el porcentaje de niños infectados en medio infectante conocido es superior al contagio, ambiente de la vida corriente y urbana en un 38 %; 3.º, el 42 % de los niños infectados presenta lesiones radiológicas; 4.º, los contagios masivos dan un 33 % de lesiones radiológicas superior a los pausibacilares; 5.º, el niño escapa a la infección tuberculosa apreciada por las pruebas tuberculínicas por un 2,33 % en los medios con contagio masivo en un 9 % en los medios con contacto pausibacilares.

Estas conclusiones se deducen del estudio de 300 niños.

DISCUSIÓN.—*Dr. Muniagurria* (de Rosario): Comenta la importancia del trabajo y dice que, según su estadística de 100 tuberculosis del lactante, 95 lo eran por infección masiva.

4.º **Dres. M. Acuña y María Teresa Vallino** (de Bs. As.).—**Características radiológicas de la hipertrofia de timo. Sombras atípicas mediastínicas:**

Los autores después de hacer breves comentarios sobre el estado actual del tema, hacen notar las dificultades y errores posibles a que pueden dar lugar la comprobación de sombras mediastínicas cuando no han sido controladas por una correcta técnica radiológica.

Recuerdan la radiografía de un tórax normal en un lactante, para estudiar luego las sombras atípicas mediastínicas. Describen las distintas posiciones en que pueden ser sacadas las radiografías, en qué tiempo de la respiración, haciendo resaltar los errores en que se puede incurrir y las dificultades para obtener buenas radiografías, en niños pequeños.

Comentan dos casos en que clínicamente presentaban cornaje

y tiraje, las radiografías daban sombras atípicas; pero la terapéutica radioterápica confirmó la hipertrofia de timo; presentan radiografías: antes, durante y después del tratamiento, en que las sombras sufren grandes modificaciones. Por último llegan a las siguientes conclusiones: para la correcta interpretación de sombras, mediastínicas en el niño, las radiografías serán tomadas en posición vertical y durante el acto inspiratorio.

Las radiografías de frente deben ser completadas con otras de perfil, tomadas en posición lateral; únicamente ellas permiten explorar ambos mediastinos.

Los exámenes radiográficos deben ser completados con la radioscopia, en diferentes posiciones.

Con este "modus operandi" nos ponemos a cubierto de posibles errores derivados de una técnica defectuosa e insuficiente; pero dada las variaciones individuales de esta glándula, resultan múltiples los aspectos radiológicos de las sombras mediastínicas, no siendo posible afirmar o desechar que se trate de hipertrofia de timo por este exclusivo medio diagnóstico.

La radioterapia tiene una acción rápidamente benéfica sobre la hipertrofia tímica; su acción favorable y definitiva, constituye un argumento de peso en favor de tal diagnóstico, pero en manera alguna la prueba terapéutica sola debe ser considerada concluyente y absoluta.

Por eso, concluimos con Mouriquand y Bernhein, diciendo que cuando se plantee el diagnóstico de hipertrofia de timo, él no será admitido sino con la mayor prudencia y después de analizar los diversos elementos *clínicos, radiológicos y aun terapéuticos*.

DISCUSIÓN.—*Dr. Muniagurria* (de Rosario): Estudia el tema desde hace largo tiempo; cree que el timo normal no es visible radiológicamente, los síntomas clínicos aparecen desde el principio, pues se trata de una hiperplasia congénita a menudo concomitante con malformaciones diversas; la hiperplasia es casi siempre asimétrica, lo que produce a veces diferencias de sonoridad en el lado pulmonar comprimido, radiológicamente está el signo de las 3 sombras constituídas por la sombra tímica, los vasos y el esternón.

5.º **Dres. J. C. Recalde Cuestas y E. Travella** (de Rosario).—**Sobre la enfermedad celíaca:**

Objeto: estudio radiológico de dos casos de enfermedad ce-



lítica y seguida por los autores y teniendo en cuenta los casos ya publicados y radiografiados (República Argentina).

Historia de Griselda y Panchito.

Resumen: 1.º Hipotrofia pondoestatural acentuada.

2.º Trastornos del psiquismo, irritabilidad.

3.º Trastornos intestinales, vómitos, diarreas características.

4.º Hidrolabilidad, hipotonía.

5.º Signos radiográficos.

6.º Abdomen globuloso, Wassermann, Mantoux, examen radiográfico de raquitismo, etc., etc.

Llaman la atención sobre la falta de referencias, especialmente de parte de los autores ingleses, tan prolijos en sus investigaciones. Sobre el signo de Debenedetti.

Su punto de vista de la malformación sigmoidea y elongación del meso, espina irritativa que actuaría en terreno predispuesto.

La conveniencia de tipificar a los que presentan esta malformación anatómica y separarlos de los otros cuadros celiaquiformes; eso tal vez podría modificar el tratamiento teniendo presente lo que experimentaron con Griselda (tal vez una feliz coincidencia) un año de tratamiento indicado, sin resultado. Puesta en Trendelenburg y tratando de inmovilizar el asa sigmoidea, aumentó 7 ½ kgs. en dos meses.

Una coqueluche intercurrente no produjo alteración del estado general.

DISCUSIÓN.—*Dr. Rascowsky* (de Bs. As.): Se refiere al porvenir de estos enfermitos; cree en un trastorno del metabolismo graso, pensando que las investigaciones deben dirigirse en este sentido.

*Dr. de Filippi* (de Bs. As.): Cita cuatro casos observados en el Servicio de la Cátedra del Prof. Acuña, uno de los cuales mejoró considerablemente con leche albuminosa.

*Dr. Marcasoli* (de Córdoba): Usa con el Dr. Valdés un tratamiento parecido con Babeurre y frutas.

*Dr. Escardó* (de Bs. As.): Refiere un caso grave que curó con alimentación variada. No cree se vislumbre aún la patogenia, siendo interesante el caso presentado por los comunicantes. Debiendo establecerse en todo celíaco un estudio preciso de la anatomía y de la función cólica.

*Dr. Recalde Cuestas* (de Rosario): Algo tiene que ver la anomalía cólica en el determinismo de este síndrome, por lo menos en algunos casos; propone tipificar a los celíacos en dos grupos: con y sin anomalías del colón los primeros y el síndrome puede ser la persistencia de la constitución intestinal fetal; hay anomalía cólica con síndrome celíaco.

6.º **Dres. M. Acuña y Puglisi** (de Bs. As.).—**Cardiopatías congénitas:**

Los autores presentan 17 enfermos de cardiopatías congénitas, de los cuales 10 eran estrecheces de la arteria pulmonar; cinco enfermedades de Roger, una estrechez mitral y doble lesión aórtica y una estrechez mitral; acompañan estudios electrocardiográficos, ortocardiográficos, etc.

Los síntomas clínicos sólo permitieron sospechar la lesión cardíaca; en efecto, la disnea, cianosis y poliglobulia se observó en la mayoría de las estrecheces pulmonares, en algunos faltaron completamente y en otros existían estos síntomas sin lesión de la pulmonar.

En algunos casos el área cardíaca se presentó con el típico aspecto de Zueco; en la mayoría faltó.

El electrocardiograma no aporta en general mayores datos, no es típico y sólo revela la preponderancia del ventrículo derecho.

Concluyen los autores, que actualmente la clínica, conjuntamente con otros medios modernos, es impotente para poner con seguridad en evidencia las múltiples lesiones cardíacas congénitas.

7.º **Dr. A. Chattas** (de Córdoba).—**El micrométodo en la eritrosedimentación. Su verdadero valor en la Clínica Infantil:**

Emplea el método de Langer-Schmidt con la modificación personal del capilar. La comparación efectuada más de 400 veces demostró que el micrométodo es tan útil y exacto como el macrométodo; estudia las alteraciones de la eritrosedimentación en la sangre del cordón y del recién nacido; retardo en la ictericia neonatorum, aceleración en los heredolúeticos. Lo estudia además en tuberculosis infantil, en afecciones cardíacas, en anemias secundarias; en la espasmofilia y en varias infecciones.

8.º Drs. R. Cuestas, S. Nemirosky y J. P. Picena (de Rosario).  
— El test amigdalino en la infancia:

Han estudiado 32 niños a los cuales se practicó el método descripto en 1927 por Viggo Schmidt, con el objeto de investigar la culpabilidad de sus amígdalas en los procesos focales, y a discusión dividieron en dos grupos. El 1.º compuesto de 10 niños con amígdalas que nunca han sufrido ningún proceso inflamatorio ni tampoco procesos a distancia atribuibles a ellos, y un 2.º grupo compuesto de 20 niños con antecedentes amigdalares cargados, sus resultados fueron los siguientes:

Primer grupo: Test positivo el 83,33 %.

Segundo grupo: Test positivo el 95 %.

El estudio de los cortes histológicos encuentra todas las amígdalas sin excepción, presentan lesiones de mayor o menor grado.

Conclusiones: 1.º El Test amigdalino no es específico.

2.º La clínica debe aconsejar siempre la conducta terapéutica.

3.º En caso de intervenir, debe practicarse siempre la amigdalectomía total.

---

Sexta Sesión: SABADO 8 DE SEPTIEMBRE DE 1934

---

1.º Drs. M. Acuña y G. G. Oliver (de Bs. As.).—Utilidad y técnica de las transfusiones sanguíneas en el lactante:

En el lactante de pocos meses consideran indiscutible la superioridad del seno longitudinal como vía de elección. Se le han imputado peligros serios, pero una técnica rigurosa los reduce a sus verdaderos límites. Los peligros resultan de la dificultad de mantener inmóvil al paciente, de la manera como se conduce la inyección, de la presión y de la cantidad de sangre empleada.

Relatan a continuación la técnica que emplean, haciendo resaltar la ventaja de mantener el enfermito en posición vertical; la vigilancia debe ser continua por lo que se debe dejar libre un brazo del niño, para que un ayudante tome permanentemente el pulso del

mismo. La inyección sanguínea debe producirse de acuerdo con la técnica empleada sin presión alguna y sólo por la acción de la gravedad y de modo que penetren 5 ó 6 c.c. por minuto, velocidad moderada que permite detener la transfusión antes de que el daño sea irreparable. La cantidad que usan oscila entre 8 y 15 c.c. por kilo de peso.

Creo que este medio terapéutico está llamado a tener un gran porvenir en muchas afecciones de la infancia y una vez que se hayan precisado mejor sus indicaciones y su técnica.

2.º **Dr. E. Travella** (de Rosario).—**La vulvovaginitis en las niñas:**

Creo sería más apropiada la denominación de vulvovagino-uretritis, ya que la uretra es atacada simultáneamente y aun suele ser la causa de que estas afecciones se eternicen, porque olvidando su existencia se las descuida, pudiendo ser dichas uretritis la fuente de reinfecciones. Explica el método que sigue en la actualidad, considerándolo digno de ser tenido en cuenta, por los resultados alentadores que ha obtenido. La técnica que emplea se basa en la combinación de la anilina purísima (Merck) líquida con la fucsina básica. Efectúa tres instilaciones diarias y alaba los resultados satisfactorios obtenidos atribuibles al poder antiséptico, penetración y difusión de la fórmula que propone.

DISCUSIÓN.—*Dr. Acuña* (de Bs. As.): El problema tiene gran importancia y el procedimiento propuesto merece ser ensayado. No debe olvidarse la coexistencia muy frecuente de rectitis, motivo de reinfecciones si no se trata.

3.º **Dres. M. Acuña y S. Bettinotti** (de Bs. As.).—**La vía intraperitoneal en la terapéutica de la primera infancia:**

Han practicado este método en la Sección Internado de Lactantes de la Cátedra de Clínica Pediátrica, vigilando y controlando minuciosamente la evolución de cada caso. Los autores llegan a las siguientes conclusiones: 1.º La vía intraperitoneal para la inyección medicamentosa, merece ser incorporada a la práctica corriente. 2.º La tolerancia del peritoneo para la inyección de suero glucosado isotónico es perfecta aun a dosis elevadas y repetidas. 3.º La absorción es rápida, lo cual permite, cuando es nece-

sario, la inyección dos veces por día y en todos los casos diariamente. 4.º La infección peritoneal debe ser extramedicamente rara, ya que no se presentó nunca en sus casos. Lo mismo se puede decir del shock. 5.º Constituye la vía más rápida y segura, por ahora, para restituir al organismo infantil el líquido perdido.

---

**Subsección: HIGIENE Y ASISTENCIA SOCIAL DE LA INFANCIA**

---

Primera Sesión: JUEVES 6 DE SEPTIEMBRE DE 1934

---

- 1.º **Dres. Olarán Chans y L. Siri** (de Bs. As.).—**La asistencia y protección de la primera infancia en la República Argentina. Plan general para su organización:**

Se refieren a la considerable importancia del asunto y estudian un plan detallado de propaganda popular mediante la creación de comisiones de profesionales y vecinos para la divulgación por conferencias, affiches, etc. Estudian la manera de conseguir los recursos necesarios, locales adecuados, el auspicio de las autoridades; llaman la atención sobre la importante participación de los niños de las escuelas y la importancia de la coordinación de los esfuerzos. Terminan proponiendo un voto para interesar a las autoridades en la solución del problema.

DISCUSIÓN.—*Dr. Martínez Zuviría* (de Santa Fe): En Santa Fe se difundió por intermedio de las escuelas una cartilla para las madres con muy buen éxito. Dice ser muy importante la propaganda por medio de la radio o la prensa. En esa forma pudo vencer la resistencia opuesta a la vacunación antidiftérica.

- 2.º **Dr. J. C. Recalde Cuestas** (de Rosario).—**Federación de las Instituciones de Protección a la Madre y al Niño en Rosario:**

Comunica el esfuerzo realizado en la ciudad de Rosario. Desde hace dos años existe en Rosario una Ordenanza Municipal creando el Comité de Asistencia a la Mujer y al Niño. Sus fun-

ciones son coordinar y orientar los servicios, estudiar los problemas, asesorar a las autoridades, vincularse con organismos de otros puntos, distribuir los fondos reunidos y administrar los legados y donaciones.

DISCUSIÓN.—*Dr. F. de Filippi* (de Bs. As.): Aplaude la obra realizada y para evitar que pueda malograrse en el futuro, pide que se haga llegar a la Municipalidad de Rosario el aplauso a la obra realizada y el voto de que se dé dicha organización todo el apoyo necesario.

*Dr. S. Bettinotti* (de Bs. As.): Apoya lo dicho y espera ver en un futuro próximo comunicados los buenos resultados obtenidos.

*Dr. Recalde Cuesta* (de Rosario): Si no se obtuvieron mejores resultados fué por los escasos recursos de que se dispone.

Puesto a votación el voto propuesto, se aprobó uno conjunto con el anterior, en el sentido de que se facilite en todo lo posible la ejecución de la Ordenanza, dotando al Comité de los recursos necesarios.

*Dr. Acuña* (de Bs. As.): Se adhiere con entusiasmo al voto propuesto, y cree en la necesidad de insistir sin desmayo ante los poderes públicos por la solución de estos problemas.

*Dr. L. Siri* (de Bs. As.): Continúa su exposición, refiriéndose a la acción desarrollada por el Departamento Nacional de Higiene, lamentándose de los exiguos recursos de que está provisto por el presupuesto de la Nación, tan frondoso en otros renglones.

Propone los siguientes votos:

1.º El deseo de que se dote a la repartición de los recursos necesarios para desarrollar tan enorme labor.

2.º Se considere de inmediata necesidad que las instituciones que se ocupan de la asistencia de las madres y los niños investiguen y traten en cada caso la existencia de la tuberculosis.

3.º Se investigue y trate en cada caso la sífilis en las embarazadas.

DISCUSIÓN.—*Dr. S. Bettinotti* (de Bs. As.): Cree se puede resumir pidiendo la aprobación de la Ley de Asistencia Social, a estudio del Congreso, y que engloba todos estos problemas.

*Dr. Travella*: Pide se tome en consideración la importancia del problema de las vulvovaginitis de las niñas que pueden persis-

tir hasta la edad adulta, con los peligros consiguientes, y solicita se agregue al voto propuesto.

*Dr. Siri* (de Bs. As.): Se adhiere al pedido formulado.

*Dr. M. Acuña* (de Bs. As.): Cree que cediendo a todos los legítimos deseos de contribuir a la solución de tantos problemas se multiplicarían los votos propuestos con el poco éxito consiguiente. Se refiere a la necesidad de ajustarse a la orden del día.

*Dr. L. Siri* (de Bs. As.): Considera prematuro pedir la aprobación del proyecto de ley ya existente, criticándolo en varios puntos, especialmente en la autonomía que confiere a la Sociedad de Beneficencia y en el desconocimiento que se hace de las atribuciones y existencia del Departamento Nacional de Higiene, haciendo presente su condición de Delegado de dicha repartición. Cree que son asuntos que deben depender del Ministerio del Interior y no del de Relaciones Exteriores.

*Dr. Acuña* (de Bs. As.): Propone se haga un voto que resume los propuestos y armonice los distintos temperamentos, pidiendo la aprobación de una ley general de asistencia y protección social.

3.º **Dr. Saúl Bettinotti** (de Bs. As.).—**Cómo resolver el problema de la lactancia mercenaria:**

El existir niños pequeños que necesitan obligadamente leche de mujer, la cual no puede ser suministrada por la madre, ha originado un comercio de oferta y demanda y la costumbre de contratar una nodriza que generalmente abandona a su hijo para criar un ajeno mediante una retribución monetaria. Generalmente el hijo de la nodriza, sometido a alimentación artificial, enferma y muere.

Habiéndose perfeccionado la extracción mecánica de la leche de mujer, es posible sacar el excedente que muchas tienen después de amamantar al hijo, y esa leche puede ser mezclada, conservada y distribuída a los niños que la necesiten. Se suprime así la profesión de nodriza como *modus vivendi*, substituyéndola por una ayuda de costas para mujeres de hogares pobres. Es posible sobre esta base legislar y propone el siguiente voto:

El V.º Congreso Nacional de Medicina, considerando los perjuicios de orden sanitario y social que significa la actual organi-

zación de la lactancia mercenaria, expresa el anhelo de que esos inconvenientes sean resueltos de aquí en adelante, creando Institutos o Lactarios dependientes exclusivamente de organismos oficiales, para la extracción, conservación y distribución de la leche de mujer.

DISCUSIÓN.—*Dr. M. Acuña* (de Bs. As.): Pregunta cómo se ha resuelto el asunto en la ciudad de Rosario.

*Dr. Horacio M. Zuasnábar* (de Rosario): No hay legislación especial, pero en el Hospital de Niños un grupo de damas costea el número necesario de nodrizas, a las que se extrae leche, pagándose a \$ 5 el litro.

*Dr. C. Muniagurria* (de Rosario): En su Servicio usa un procedimiento semejante de ordeño y conserva la leche sobrante congelada.

Después de un cambio de ideas, se aprueba el voto solicitado.

---

Segunda Sesión: VIERNES 7 DE SEPTIEMBRE DE 1934

---

1.º **Dr. Horacio M. de Zuasnábar** (de Rosario).—**Amparo y educación de los niños mutilados:**

Estudia el problema del porvenir de los niños mutilados, una vez que abandonan el hospital, asunto descuidado hasta la fecha y de considerable importancia social. En su carácter de Jefe de un Servicio de Cirugía Infantil y del Hospital de Niños, ha podido profundizar el estudio del tema, y refiere varios casos de lucha en favor del niño contra la codicia de los padres o encargados que evitaban el tratamiento adecuado, a objeto de lucrar, dedicándolos a la mendicidad callejera. Propone y pide la creación de institutos donde estos infelices niños reciban educación y oficios adecuados y la sanción de una ley que le prohíba la mendicidad. Todo esto puede y debe resolverlo sólo el Estado, creando los organismos necesarios y protegiendo a las instituciones particulares, serias, que persigan el mismo fin. Pide un voto del Congreso en ese sentido.



DISCUSIÓN.—*Dr. Costa Bertani* (de Bs. As.): Se adhiere a lo expuesto y considera que este problema tiene similitud con otros, igualmente importantes, y que hasta ahora no han merecido atención suficiente.

Puesto a votación el voto solicitado, se aprueba por unanimidad.

2.º **Dr. Guido Costa Bertani** (de Bs. As.).—**Profilaxis de la fiebre reumática en el niño:**

A pesar de que el problema del reumatismo crónico ha merecido alguna atención en lo que se refiere a la invalidez de los obreros y al seguro correspondiente, la fiebre reumática no la ha merecido, pese a su gran importancia. No debe olvidarse que los niños con fiebre reumática son enfermos viscerales y sólo un exacto conocimiento de la enfermedad puede ayudarnos a resolver el problema.

Debe enseñarse a la población a desconfiar de los ligeros dolores articulares en los niños y temer su posible gravedad. Cree útil una campaña a base de affiches, conferencias, radiodifusiones, etc.

Se debe prestar gran atención al tratamiento adecuado, proponiendo la creación de una Liga de Profilaxis Reumática, encargada del asunto.

DISCUSIÓN.—*Dr. C. Cometto* (de La Plata): Ha podido observar una gran cantidad de niños que concurren a las escuelas en estado febricitante. En una estadística sobre 2200 niños, siete presentaban lesiones reumáticas avanzadas.

3.º **Dr. Olivieri** (de Bs. As.).—**Alimentación de escolares en las escuelas de Buenos Aires:**

Se refiere a este problema, que preocupa a la mayoría. La utilidad prestada por las sociedades cooperadoras es escasa, pues sólo son prósperas y eficaces en los barrios ricos, donde su acción es menos necesaria. Se practicaron encuestas que dieron el siguiente resultado.

Sobre un total de 200.000 niños, 30.000 concurrían en estado de subalimentación, y en 6.000 la alimentación era sumamente deficiente. Se fundaron algunas cantinas escolares que más

tarde fueron suprimidas y luego restablecidas en el nombre de comedores escolares. Hechas estables por ley nacional. Actualmente funcionan 24. Funcionan en ellos dos turnos de 150.000 cada uno, vigilados por visitadoras de higiene, cada alumno está fichado y es visitado periódicamente por el médico. Se benefician en esta forma 7.200 niños.

DISCUSIÓN.—*Dr. Carlos Cometto* (de La Plata): Las estadísticas de la Prov. de Buenos Aires son semejantes a las de la Capital. Va abandonando la copa de leche por las dificultades de preparación y suministro. Se reemplaza por comedores escolares que facilitan comida caliente o panecillos.

4.º **Dr. Alfredo Ahumada** (de Córdoba).— **Profilaxis de la tuberculosis en las escuelas municipales de Córdoba:**

Investigan la infección tuberculosa en niños que viven en la proximidad de la ciudad, utilizando los métodos modernos de diagnósticos, biológicos, clínicos y radiológicos. Se practica la reacción de Mantoux en forma sistemática y repetida, pudiéndose observar casos en que ésta que era negativa se hace positiva, casos de prealergia o contaminación. Se obtienen radiografías de las maestras. La reacción de Mantoux fué positiva en un 57 % en los niños que cursan el primer grado escolar mientras que en los cursos donde había algún baciloso comprobado el tanto por ciento positivo ascendía en 64 %. Como algunos niños faltaban este porcentaje quizá sea superior. A medida que se investiga en cursos superiores el porcentaje de positivos aumenta, indicando que casi la mitad de los niños se infectan en la edad escolar. El examen clínico no basta, se efectúan radioscopías a todos los que pretenden reacciones positivas, o son débiles o enfermos. Presenta algunas radiografías o historias clínicas de los distintos tipos observados. Es la primera vez en el país que se encara en esta forma práctica y completa la profilaxis de la tuberculosis en las escuelas. Observaron gran porcentaje de formas evolutivas. Cree se deben dictar leyes haciendo obligatoria esta investigación y profilaxis sistemáticas. Se debe hacer el examen radiológico de todos los maestros.

DISCUSIÓN.—*Dr. Zuasnábar* (de Rosario): Insiste sobre la importancia del problema expuesto por el relator y la obra considerable que puede hacerse en forma similar, para lo cual podría contarse con la ayuda moral y económica del vecindario.

*Dr. Ahumada* (de Córdoba): Cree que el Preventorium debe tener la posibilidad de internar los niños que lo exijan.

*Dr. Cometto* (de La Plata): Los casos de tuberculosis son mucho más frecuentes de lo que se cree. En las escuelas de niños débiles observó un porcentaje de reacciones tuberculínicas positivas inferior al 50 %. En la localidad de Berisso se practicó la radioscopia a todos los niños de las escuelas: Sobre un total de 220 se hallaron dos tuberculosos comprobados.

*Dr. Olivieri* (de Bs. As.): En la Capital Federal se hace lo posible de acuerdo a los escasos recursos. Cree más eficaz el apoyo oficial, su experiencia le indica la poca utilidad de las sociedades cooperadoras.

*Dr. Zuásnabar* (de Rosario): En la ciudad de Rosario tienen una experiencia distinta. Las entidades privadas han tomado la iniciativa en la mayoría de los casos, entre ellas la Copa de Leche y Comedores Escolares y eso en los barrios más necesitados, sin apoyo oficial. Lo mismo se ha hecho con respecto a la lepra.

*Dr. Madrid Páez* (de Bs. As.): Hace presente que la ley es imposición de lo que el pueblo quiere. Primero deben crearse las obras y luego si es necesario oficializarlas. Cree útil hacer un llamado a la población, que en nuestro país ha mostrado siempre su generosidad.

*Dr. Olivieri* (Bs. As.): Insiste en que para dar estabilidad a todo eso se necesita la acción oficial.

*Dr. Cuesta Recalde* (de Rosario): Recuerda la organización que existe en la ciudad de Rosario para coordinar todas las entidades de protección a la mujer y al niño. Debe tratarse de vigorizar los organismos existentes antes de crear otros nuevos.

5.º **Dres. Nicanor Palacios Costa y Florencio Escardó** (de Bs. Aires).—**Organización de la puericultura en la Maternidad Samuel Gache, del Hospital Rawson:**

El Servicio comprende la protección del niño en su forma integral.

Puericultura preconcepcional, intrauterina y postnatal. Para ello se han instalado consultorios de examen prenupcial, de esterilidad y de embarazadas, de sífilis, odontología, puericultura, raquitismo y ortopedia.

Insisten en la necesidad de crear una ficha en que constan, desde el nacimiento todas las circunstancias de su salud, de modo que no se pierdan las observaciones de cada médico que lo revise. Exhiben el sistema de ficha que siguen en las distintas secciones, constituyendo un fichero central base del Servicio Social. Se manifiestan satisfechos de los resultados obtenidos y dan las cifras estadísticas del último semestre.

DISCUSIÓN.—*Dr. Cuesta Recalde* (de Rosario): Explica la organización del Instituto de Puericultura anexo a la Cátedra de Pediatría y su gran eficacia. Existen además distribuidos en la ciudad, 12 Dispensarios y se propuso que en ellos exista también un consultorio para madres embarazadas a objeto de evitar que la larga distancia impida su concurrencia frecuente, como ocurre en la Maternidad. Allí se fichan para luego ser enviadas oportunamente a ésta. Cree muy útil esta descentralización.

*Dr. Madrid Páez* (de Bs. As.): Conocía ya los halagadores resultados obtenidos en la Maternidad Gache, que confirman los del H. Rivadavia.

*Dr. Escardó* (de Bs. As.): Esta organización tiende a una mayor colaboración entre médicos y parteros.

---

Tercera Sesión: SABADO 8 DE SEPTIEMBRE DE 1934

---

1.º **Dr. Francisco Menchaca** (de Sta. Fe).—**Mortalidad infantil de cero a doce meses en la ciudad de Santa Fe:**

Hace notar la falta de trabajos estadísticos al respecto. Desde el año 1909 hasta 1933 fallecieron en la ciudad de Santa Fe, 9.153 niños menores de un año, es decir, el 14.5 % de los nacidos. En relación con las defunciones generales, constituyen, las comprendidas en esa edad, el 25 %. En cuanto a los sexos, el 54.3 % son varones y el 46.7 % niñas.

La mortalidad por “diarrea” y “enteritis” el 5 % de los nacimientos animados y el 38 % de las defunciones de cero a un año.

DISCUSIÓN.—*Dr. Cometto* (de La Plata): Aprecia la labor desarrollada para establecer esos datos. En la Prov. de Buenos Aires y en la ciudad de La Plata, mueren más niños en la campaña que en la ciudad, pero en estas últimas hay mayor porcentaje producido por causas digestivas. La mortinatalidad es mayor en las ciudades o pueblos donde hay mayor número de parteras. Otras causas son: el alcoholismo y la sífilis. En cuanto al tétano del recién nacido, el número de casos descendió de 900 a 200 en las estadísticas recientes. Durante el último año no se observó ninguno en la ciudad de La Plata. Para tratar de disminuir la cifra de mortalidad, se efectúa intensa propaganda de divulgación higiénica. En la Provincia no hay Dispensarios, pero el aumento de la cultura de la población dió resultados halagadores, en este sentido tiene gran importancia la labor desarrollada en las escuelas donde se enseñan nociones de higiene y puericultura a las niñas mayores y se reparten folletos. Esta campaña es económica y eficaz. En cuanto a la pasteurización de la leche se hacía en grandes envases con mal resultado, y hubo que suprimirla. Actualmente se quiere volver a ella, pero efectuándola directamente en los envases pequeños.

*Dr. Recalde Cuesta* (de Rosario): En la ciudad de Rosario se sigue con cuidado la confección de estadísticas. Corroboró el hecho de que la mortinatalidad es más alta en las localidades donde hay mayor cantidad de obstétricas.

*Dr. Bettinotti* (de Bs. As.): Quiere recordar que estudiando las estadísticas de mortalidad infantil en el primer año de vida, la referente a los niños de menos de un mes ha permanecido invariable. Mortinatalidad dependiente de trastornos referibles al parto.

2.º **Dr. S. Bettinotti e Ing. Horacio Randle** (de Bs. As.).—**Tipo de construcción económica de Dispensarios para Lactantes:**

En un terreno de 10 por 30 varas, proyectan un edificio de dos plantas, cuyo costo es de \$ 45.000.00. Le incorporan el lactario. Organismo destinado a la extracción, conservación y distribución de leche de mujer. Establece la zona de influencia del Dispensario y limita la capacidad de trabajo del mismo. Confeccionan el Reglamento de su funcionamiento y el de su personal. Acompañan los esquemas y planos correspondientes.

3.º **Dr. Carlos Cometto** (de La Plata).—**Resultados de la investigación sobre temperatura de 50.000 niños que concurren a las escuelas primarias de la Provincia de Buenos Aires:**

Se efectuaron estudios durante dos años sobre un total de 50.000 de niños de ocho a catorce años de edad. Los niños que habitan barrios suburbanos presentaron porcentaje algo mayor de casos de febrículas que los de las ciudades. El menor número pertenece a los niños rurales. Algunas febrículas fueron debidas a indisposiciones pasajeras, pero observaron casos de niños que concurrían a la escuela con temperatura hasta de 39º, temperatura que había pasado desapercibida. Algunos niños tienen aumento de temperatura moderado en el período digestivo, motivo más para preconizar el horario matutino en las escuelas. Los niños con febrículas fueron observados durante varios meses encontrando que: el 7 al 8 % de casos se prolongaban, de éstos, el 23 % continuaban con fiebre un año después. Entre estos niños con temperatura aumentada, hay un grupo debido a afecciones agudas y otro a causas crónicas, conocidas o no.

Pasa revista a la importancia de las amigdalitis, caries dentales, pielitis, constipación crónica y reumatismo. No observó ningún caso atribuible a hipertiroidismo. En cuanto a la tuberculosis debe ser investigada con cuidado. En la localidad de Berisso se practicó examen radioscópico de todos los niños y maestros de las escuelas. En algunos casos el examen clínico parecía normal, pero los rayos X mostraron alteraciones características. Cree que todo niño con febrícula prolongada debe ser sometido al examen con rayos X.

**DISCUSIÓN.**—*Dr. Acuña* (de Bs. As.): Dice que realmente es un asunto digno de llamar la atención la presencia de esta febrícula en los escolares, siendo un campo importante de labor para los médicos, buscando la solución para el grupo que presenta fiebres debido a causas conocidas y en el otro caso debe prestarse atención al factor emotivo o nervioso capaz de producir fiebre así también como los ejercicios violentos.

*Dr. Cometto* (de La Plata): Observó muchas veces fiebres de causa emotiva en maestras que no eran tuberculosas.

4.º **Dr. Saúl Bettinotti** (de Bs. As.).—**Presentación de un aparato poliextractor de leche de mujer.**

Presenta su aparato extractor de leche de mujer, cuya descripción figura en el número correspondiente a septiembre de este año de los “Archivos Argentinos de Pediatría”.

---

**Voto sancionado por la Subsección Higiene y Asistencia Social de la Infancia**

1.º Dirigirse al Congreso Nacional expresando el deseo vehemente de esta asamblea de que sancione una ley de asistencia y protección integral a la madre y al niño.

2.º Hacer llegar a la Municipalidad del Rosario la complacencia con que ha conocido la ordenanza sobre el Comité de Asistencia Social a la mujer y al niño y su anhelo de que se le preste todo el apoyo posible y se le dote de los recursos necesarios para realizar su obra.

3.º Que se realice la investigación sistemática de la tuberculosis y de la sífilis en la infancia y se creen los organismos necesarios dotados de los elementos indispensables para hacer eficaz la lucha contra estos flagelos, y que las asociaciones cooperadoras de padres, de las escuelas contribuyan a la realización de estos propósitos.

4.º Que dados los inconvenientes de la actual organización de la lactancia mercenaria, que ellos se subsanen creando Institutos o Lactarios, dependientes exclusivamente de organismos oficiales, para la extracción, conservación y distribución de la leche de mujer.

5.º Que es indispensable crear una vigorosa conciencia nacional respecto a la necesidad de resolver los problemas de Higiene, Previsión y Asistencia Social, para lo cual se recomienda la realización de frecuentes campañas de Higiene Social de la Infancia.

6.º Que los poderes públicos dediquen especial atención al problema que plantean los niños mutilados y la mendicidad callejera.

7.º Que para realizar todos los propósitos enunciados anteriormente se facilite la acción que vienen desarrollando las instituciones oficiales y privadas dotándolas de los recursos necesarios.

---



## Sociedad de Pediatría de Montevideo

SESION DEL 23 DE NOVIEMBRE DE 1934

*Preside el Prof. V. Zerbino*

### Adhesión al homenaje al Profesor J. Scoseria

El presidente da cuenta de que la C. D. de la Sociedad resolvió adherir al homenaje que se tributó al Dr. José Scoseria, con motivo de celebrar sus bodas de oro como profesor.

### Leucolisis y frigolabilidad de los elementos leucocitarios del líquido cefalorraquídeo

*Dr. A. Prunell.*—Recuerda el hecho señalado por Kaplan, de la frigolabilidad del líquido cefalorraquídeo en los paralíticos generales, que ha podido comprobar en una serie de 13 casos. Menciona también que Bonaba, en 1918, ha puesto de manifiesto la citolisis espontánea de los elementos del líquido cefalorraquídeo, en diferentes procesos, la que puede llegar hasta su destrucción completa; ella se produciría, no solamente a la temperatura ordinaria, sino a la de la heladera y mismo a la estufa a 37°. Para evitarla, ha preconizado el empleo del ácido acético. En una serie de 11 líquidos de neurosifilíticos, ha comprobado los hechos observados por Bonaba. Concluye que la frigolabilidad es un fenómeno constante en los líquidos cefalorraquídeo de los paralíticos generales y que el ácido acético impide la autolisis, permitiendo efectuar los análisis citológicos a las 48 y aun más horas, después de su extracción. En los líquidos conservados en la heladera, la citolisis es aun más acentuada que en los mantenidos a la temperatura ordinaria. La heladera, si bien es eficaz contra las contaminaciones bacterianas, no impide la autolisis de los elementos celulares.

*Dr. J. Bonaba.*—Se congratula de esta nueva confirmación de los hechos que expuso en su comunicación a esta Sociedad, en diciembre de 1918 y de la eficacia y simplicidad del procedimiento que entonces indicó y que ha sido empleado, luego, por todos los laboratorios clínicos (adicción de una gota de ácido acético por cada 5 cc.<sup>3</sup> de líquido cefalorraquídeo) para

impedir la autocitolisis del líquido cefalorraquídeo, cuando su examen citológico no puede ser realizado de inmediato.

#### Encefalitis en el curso de la tos convulsa

*Dr. C. Cianelli.*—Relata dos casos observados en la Clínica del profesor Burghi, seleccionados entre 20 casos de tos convulsa en niños menores de 2 años de edad, que se asistieron en ella. El primer caso era una niña de 4½ meses de edad, que desde hacía un mes presentaba tos convulsa, que determinó un alto grado de denutrición por la frecuencia de los vómitos. Pasó los primeros días en apirexia, alimentándose mal, con tos emetizante, otitis media supurada; la intensidad de la tos provocaba crisis de apnea y cianosis, que obligaron al empleo del oxígeno; al radióscopo se observaron sombras hiliares engrosadas y campos pulmonares claros. Al XI.º día se observó cianosis, disnea, estertores subcrepitantes en ambos pulmones, diarrea mucogrumosa, movimientos clónicos del lado derecho, fiebre alta; líquido cefalorraquídeo claro, 4 elementos por mm.<sup>3</sup>; 0. gr. 25 de albúmina; 0. gr. 88 de glucosa; leucocitosis: 78.000 con polinucleosis 50.3%. Fallece en estado de mal convulsivo. El segundo caso correspondió a una niña de 5 meses de edad, débil congénita, hija de madre tuberculosa. Ingresó al mes de una tos convulsa, con estado febril y disnea, gran desnutrición, con accesos violentos de tos convulsa, gran cianosis. Al día siguiente, en el curso de un acceso de tos, hizo un ictus laríngeo, con apnea prolongada, que obligó al empleo de la respiración artificial y del oxígeno. A la radiocopia se observaron sombras acentuadas en los hilios y campos pulmonares claros. Al tercer día, convulsiones generalizadas, disnea, síntomas de bronconeumonía; luego, parálisis facial derecha y del miembro superior derecho; líquido cefalorraquídeo claro, sin tensión aumentada, 4 elementos por mm.<sup>3</sup>; 0. gr. 30 de albúmina; 0. gr. 80 de glucosa. Finalmente, convulsiones generalizadas, estrabismo convergente y muerte al séptimo día de estada. Los dos enfermos presentaron, pues, entre la quinta y sexta semana de enfermedad, accidentes convulsivos y paralíticos, síndrome bronconeumónico, líquido cefalorraquídeo claro, sin más modificación que un aumento de la glucosa; leucocitosis elevada. No pudo hacerse autopsia en ninguno de los dos casos, pero todo hace pensar que la causa de los accidentes nerviosos ha sido la existencia de una encefalitis.

#### Profilaxis del reumatismo articular agudo en el niño

*Dr. D. Barbato.*—Recuerda que, con fecha 28 de abril de 1933, una Comisión designada por el Ministerio de Salud Pública e integrada por los profesores Morquio y Montes Pareja y doctores C. Pelfort, B. Delgado Correa y él, trazó un plan profiláctico de la enfermedad reumática, sin que hasta la fecha se haya hecho nada por llevarlo a la práctica. Menciona los esfuerzos del Prof. Morquio, en su Clínica, donde ha organizado una consulta especial para atender a los enfermos reumáticos que pasan por las salas o las policlínicas generales del hospital. Cree que dicha con-

sulta llena satisfactoriamente su misión en lo que respecta al estudio clínico de la enfermedad, pero, es impotente, por falta de apoyo oficial, para realizar la propaganda necesaria sobre profilaxia de las cardiopatías reumáticas. En un libro reciente, el Dr. G. Costa Bertani, de Buenos Aires, estudia la enfermedad reumatismal y coincide con las medidas propuestas por la Comisión mencionada al principio. Termina solicitando se dirija nota al Ministerio de Salud Pública, urgiendo la puesta en práctica del plan aconsejado y se nombre una comisión con el exclusivo objeto de hacer, entre el público, la propaganda necesaria para evitar la difusión de las cardiopatías reumáticas.

*Discusión:* Después de un breve debate, se resuelve dirigirse al M. de Salud Pública reclamando la sanción del plan profiláctico aprobado por la Comisión Especial, postergando el nombramiento de la subcomisión de propaganda para cuando se conozca la resolución que recaiga en este peticitorio.

*Dr. B. Delgado Correa.*—Dice que desde mayo de 1933 funciona en el Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura, que dirige el Prof. Morquio, una Policlínica Cardiológica Infantil, a su cargo, a la que concurren los niños atacados de reumatismo y cardiopatías, que han sido asistidos en las salas y donde son estudiados bajo el punto de vista clinicossocial. Su acción se extiende hasta el domicilio de los enfermos, gracias a las nurses visitadoras, que estudian las condiciones de vida, vigilan el cumplimiento de las indicaciones dietéticas y medicamentosas, que se les hacen. Se instruye a las madres sobre los primeros síntomas de la enfermedad reumática, a fin de que lleven a la Clínica a los niños, apenas sientan la menor manifestación de ella. El Prof. Morquio, desde su cátedra, viene haciendo, desde años, una campaña tenaz contra el reumatismo, enseñando a los estudiantes y a los jóvenes médicos las formas clínicas de la enfermedad, la tenacidad con que hay que realizar el tratamiento salicilado, etc. Además, ha dictado varias conferencias por radiotelefonía. Si la Clínica Infantil no ha realizado una propaganda más intensa entre el público, se debe a que existe un proyecto de lucha contra la enfermedad reumática, en niños y en adultos, pendiente de resolución del Ministerio de Salud Pública. Felicita al Dr. Barbato por el interés y entusiasmo con que ha tratado el problema de la profilaxis del reumatismo articular agudo en el niño y apoya la moción de que la Sociedad de Pediatría se dirija al Ministerio de Salud Pública, encareciendo la sanción del proyecto mencionado anteriormente.

#### Distiroidismo hereditario infantil

*Dr. M. A. Jáweguy.*—Relata tres casos en los que ha observado hipertiroidismo materno e hipotiroidismo infantil. El primero, es un niño de 12 años, débil mental, afectado de mixedema y que ha estado sometido continuamente al tratamiento por la glándula tiroides: presenta un metabolismo basal bajo (por el contrario, la madre tiene un M. B. alto); talla inferior; índice de vitalidad normal y de robustez, inferior; el coeficiente de Manou-

vrier indica que es un "macrosquelo"; el peso no supera al de la edad normal. El segundo, es un varón de 11 años, cuya abuela murió en Italia, a causa de bocio y cuya madre padece de bocio exoftálmico, teniendo el metabolismo basal aumentado; en el niño, éste está disminuído; la niña es de apariencia normal, aunque algo retardada en la instrucción; la talla es la de su edad, pero la corpulencia es inferior; es un "macrosquelo"; el peso es un poco superior al normal. El tercer caso es el de una niña de 13 años, de carácter muy irritable, sin temblor con M. B. disminuído, peso y talla ligeramente inferiores; la madre tiene una ligera exoftalmia, taquicardia, insomnio, excitabilidad, M. B. aumentado. En resumen, estos 3 niños, aparentemente sanos, difieren algo del tipo normal de sus edades respectivas, a causa de su hipotiroidismo. El primero fué un caso de mixedema congénito extremo, pero el tratamiento continuado lo ha convertido en un mixedema frustrado; los otros dos, son niños casi normales, pero hipotiroides evidentes. Termina manifestando que en el Uruguay no hay zonas de bocio y que la mayoría de los casos que se observan proceden del extranjero.

#### Tumor de la bolsa de Rathke (Cráneofaringioma)

*Dres. A. Carrau y C. M. Barberousse.*—Después de señalar las dificultades de localización que presentan los cuadros de hipertensión intracraneana crónica, de origen tumoral, en el niño, destacan los caracteres de los tumores suprasilares: carácter congénito, formación a expensas de los restos del canal faringohipofisiario; situación fija por encima de la silla turca, raramente intrasilares; visibilidad a la radiografía en el 85 % de los casos, según algunos autores, a causa de las infiltraciones calcáreas que sufren casi constantemente.

El diagnóstico clínico se basa en la constatación de una triada patognomónica: a) lesiones endócrinas o infundíbulohipofisiarias (infantilismo, diabetes insípida, obesidad, etc.); b) atrofia de los nervios ópticos (hemianopsia bitemporal); c) sombras de calcificación por encima de la silla turca, con integridad de ésta. A este tríptico se agregan, según la evolución, la edad u otros factores, los síntomas de hipertensión o de localización de las lesiones nerviosas.

Recuerdan que el único caso de bibliografía infantil médico-uruguayo se refiere a una niña del Servicio del Profesor Morquio, cuya historia clínica ha publicado el Profesor A. Schroeder, en su libro "Apuntes de Clínica Neurológica".

El caso que presentan se refiere a una niña de 11 años de edad, con crisis de vómitos y de cefalalgia, datando desde los 22 meses. Al primer examen (noviembre de 1931), no se observó nada anormal clínicamente, incluyendo el examen ocular y el del líquido cefalorraquídeo; la radiografía, informada como normal, presentaba ya algunas ligeras sombras suprasilares. Más tarde (noviembre de 1934), se constata: gran hipotrofia pondoestatural (peso, 16.800 grs.; talla, 1.14 mts.), hipertricosis marcada, reacciones vasomotoras intensas, atrofia muscular, dilatación craneana, disyunción de suturas, cráneotabes; sonido de olla rajada, a la percusión; hemiparesia total

derecha, con desviación de la cabeza hacia la izquierda; reflejos tendinosos muy vivos, clonus del pie, signo de Babinsky a la derecha; marcha y estada de pie, imposibles; asinergia, dismetría derecha, euforia, suavidad del carácter; atrofia papilar bilateral, glaucoma derecho; a la radiografía se observaron: suturas abiertas, impresiones digitales marcadas, sombras de calcificación suprasilares, de frente y de perfil; líquido cefalorraquídeo: 60 elementos por mm<sup>3</sup>; 55 % de linfocitos, 2 grs. de albúmina, 6.78 grs. de cloruros, Pandy positiva, enorme cantidad de cristales de colessterina; presión inicial, 46 (Claude). A los pocos días hizo un nuevo empuje de hipertensión intracranéana y de bronconeumonía, falleciendo. En la autopsia se comprobó la existencia de un tumor del tamaño de una nuez grande, en el piso del 3er. ventrículo, englobando el quiasma y enviando dos voluminosos fondos de saco, llenos de un líquido espeso y cargado de cristales, al ángulo pontocerebeloso izquierdo, comprimiendo el pedúnculo cerebral. El tumor estaba casi totalmente calcificado y existía una gran dilatación de los ventrículos cerebrales. El examen de todas las glándulas de secreción interna no mostraba la existencia de ninguna alteración. El estudio histológico del craneofaringioma, reveló, por la enorme multiplicidad de sus tejidos, un origen indiscutiblemente embrionario.

Después de pasar revista a algunos casos semejantes, citados por Roger y Pekels, Kafha, Mac Lean, etc., señalan algunas particularidades del caso: su aparición precoz (22 meses), la larga evolución, las modificaciones del carácter, las características del líquido cefalorraquídeo (constatación de cristales de colessterina, por ruptura de un quiste en los espacios subaracnoideos, —a menudo ocasionada por la punción—, lo que es un signo patognomónico), la ausencia de infantilismo, el gran retardo del desarrollo, la narcolepsia (signo del síndrome infundibular), la asociación de un síndrome piramidal a uno cerebeloso y los síntomas de tumor de la línea media. Acompañan la presentación del caso con demostraciones radiográficas y la exhibición de piezas anatómicas y microfotografías.

#### Agnesia sacrocoxígea

*Dres. J. A. Soto y M. Place.*—Niño de 1 ½ mes de edad, con cierta rigidez de los miembros inferiores y gibosidad lumbar. Esta es dura, de consistencia ósea y se continúa hacia arriba, con la columna vertebral; debajo de ella, la palpación no permite apreciar el plano resistente del sacro; no existen ni surco interglúteo ni masas musculares glúteas; esta región es chata y en ella se abre el orificio anal; existe incontinencia de orinas y de materias fecales. El estudio radiológico revela que la columna vertebral termina en la Vª lumbar, faltando el sacro y el coxis. Existe, también, una aplasia de la XIIª dorsal y de la Iª lumbar, que determinan una saliente cifótica de la porción terminal de la columna, que es lo que se exterioriza como gibosidad. La ausencia del sacro permite que la porción posterior de ambos iliacos lleguen a contacto, determinando una estrechez pélvica. Existe luxación congénita de ambas caderas y bifurcación de la extremidad posterior de la XIIª costillas. Es un niño nacido a término, de embarazo normal y de

parto normal; no hay antecedentes hereditarios patológicos, ni consanguinidad entre los padres. Se trata, pues, de una malformación compleja, a la que se agregan aplasia vertebral parcial, estrechez pélvica, luxación de ambas caderas. Señalan la rareza de esta malformación, cuyas observaciones son contadas.

---

SESION DEL 7 DE DICIEMBRE DE 1934

Preside el Prof. V. Zerbino

**Madre, y su hija de 30 meses de edad con cardiopatías reumáticas**

*Dres. B. Delgado Correa y H. Lieutier.*—Refieren la historia clínica de una niña de 28 meses de edad, asistida en la Policlínica Cardiológica del Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura (Prof. Morquío), a causa de una cardiopatía de origen reumático (insuficiencia mitral). La madre, que sufrió un año antes, de reumatismo articular agudo a empujes sucesivos, presenta una insuficiencia mitral y una arritmia extrasistólica. El estudio radiológico y electrocardiográfico de estas enfermas, hace ver una similitud de lesiones en la madre y en la hija. El Dr. F. E. Cordero Sloan, que realizó el estudio electrocardiográfico, llama la atención sobre la deflexión P bífida, que aparece en los dos trazados, traduciendo la existencia de un trastorno intraauricular. El estudio social realizado por la visitadora demuestra las malas condiciones de la vivienda y la promiscuidad en que viven los familiares, durmiendo, madre e hija, en el mismo lecho. El tratamiento salicilado ha sido hecho en la niña, de una manera regular, impidiendo la producción de nuevos empujes reumatismales. En la madre, que no se ha sometido a un tratamiento regular, ha ocurrido lo contrario.

Llaman, especialmente la atención sobre los dos hechos siguientes: a) la edad de la niña, que resulta casi excepcional para la iniciación de la enfermedad reumática, en nuestro medio y b), la contagiosidad del reumatismo, que en este caso parece ser bien evidente.

**Leucemia aguda linfoblástica**

*Dr. A. Volpe.*—Niña de cuatro años de edad, que ingresa en octubre último al Instituto de Clínica Pediátrica (Prof. Morquío), en la etapa aleucémica de una leucemia aguda, con un síndrome purpúrico; evoluciona, luego, hacia la etapa leucémica, acentuándose el cuadro purpúrico hemorrágico, sin alcanzar cifras muy altas de leucocitosis, la que desciende a 5.500, cerca de la muerte. Ha visto muchas veces, en el niño, la etapa preleucémica, en el curso de la cual no se ven células embrionarias y sí sólo una linfocitosis como detalle predominante, acompañada, a veces, de hipoglobulia e hipo-

romía, a veces muy marcada, lo que da al caso un aspecto anémico, y lo que conduce a encarar el caso como una anemia grave. Pero, el estudio repetido de la fórmula blanca permite señalar la aparición de células linfoblásticas, primero en pequeña cantidad y luego en número mayor, hasta que la fórmula leucémica linfática aparece francamente; la terminación fatal ocurre en un plazo que oscila entre uno y tres meses.

#### **Escarlatina y neumonías seguidas de pleuresía purulenta estreptocócica**

*Dr. E. Caprario.*—Niño de 12 años de edad, que inicia bruscamente una neumonía del lóbulo inferior izquierdo, la que evoluciona con alta temperatura y grave estado general. Al 5.º día aparece una erupción escarlatinoso generalizada; oliguria, ligera albuminuria, glucosuria, cilindruria. El Prof. Morquio confirma el diagnóstico de escarlatina hipertóxica y neumonía. La temperatura continúa oscilando entre 38 y 39 grados; la diuresis se ha ido normalizando; al 5.º día se atenúa el exantema; al 7.º se nota descamación inicial en las manos, pies y dorso, la que luego se hace en grandes pedazos. Al 13º día del comienzo de la neumonía acusa una fuerte puntada de costado, colapso, hipotermia (36º), que obligan al empleo del oxígeno y de los tonocardíacos; a la media hora la temperatura subía a 39º, la disnea era intensa; se constatan signos de derrame líquido en la pleura izquierda; la punción da pus amarilloverdoso, en el que se comprueba la presencia de estreptococos. Pleurotomía (Dr. Iraola), evacuándose 1.500 grs. de pus; drenaje, inyección de suero antiestrepto. Al día siguiente se constata la aparición de un nuevo foco neumónico en la base del pulmón derecho; el estado se agrava y la muerte se produce en las primeras horas del XVº día de enfermedad.

#### **Pulso lento permanente congénito por disociación aurículoventricular**

*Dres. B. Delgado Correa y F. E. Cordero Sloan.*—Se trata de un joven que en la actualidad tiene 16 años de edad, y que ha sido asistido en la Policlínica Cardiológica del Instituto de Clínica Pediátrica (Prof. Morquio), desde hace dos años, a causa de pulso lento permanente. No presenta antecedentes familiares ni personales de importancia; reacción de Wassermann, negativa en el enfermo y en los padres. El número de pulsaciones por minuto está fijo en 56. Presenta una cardiopatía congénita (estrechez mitral), estado general, bueno; desarrollo ponderal y estatural, normal; ausencia de trastornos funcionales. Prueba de la atropina, con 1 y con 2 miligramos, negativa; reflejo oculocardíaco, negativo. El ortodiagrama (Dr. J. A. Soto) revela un aumento de todos los diámetros cardíacos y también de la aurícula izquierda. El estudio electrocardiográfico (Dr. Cordero Sloan), pone de manifiesto la existencia de una disociación aurículoventricular completa. El estudio roentgenkimográfico (F. E. Leborgne) confirma las características de las alteraciones reveladas por el electrocardiograma. Todo lleva a la conclusión de que se trata de un caso de pulso lento congénito por disociación aurículoventricular y de cardiopatía congénita. Hacen algunas consideraciones sobre la etiopatogenia, la evolución y el pronóstico del caso.

### Contagiosidad del reumatismo articular agudo

*Dres. B. Delgado Correa y O. Maccio.*—Refieren los resultados del estudio de 15 casos de reumatismo articular agudo, —estudiados en la Policlínica Cardiológica del Instituto de Clínica Pediátrica (Prof. Morquio)—, poniendo de manifiesto la contagiosidad de aquella enfermedad. Han encontrado 3 hermanos que fueron atacados por reumatismo articular agudo, con poca diferencia de tiempo unos de otros, y que presentaron cardiopatías. Han visto, también, casos de contagio de padres a hijos, por la vida de promiscuidad que hacían. Han adquirido la convicción de la contagiosidad de la enfermedad reumática, como lo afirman autores de la talla de Marañón, Tamamón, Grenet, Bezaçon, etc. El estudio de la ficha social de los casos revela la promiscuidad con que viven estos enfermos. Creen que la vía de introducción del agente reumático es la rinofaringe. Creen que es la primera vez que en nuestro medio se realiza esta comprobación del contagio del reumatismo. Ello impone la necesidad de realizar la profilaxia de la enfermedad, recurriendo al aislamiento de los enfermos para evitar la propagación de la misma.

### Ausencia congénita de ambos radios — Desarrollo parcial constatado varios años después

*Dres. J. A. Soto y M. Place.*—Este caso fué presentado en la sesión celebrada por la Sociedad, en diciembre de 1927, por uno de ellos, considerándolo como de ausencia congénita de ambos radios. Al mes de edad se constató: ausencia de ambos radios, comprobada radiográficamente, sin esbozo óseo alguno; cúbitos rudimentarios, pulgares rudimentarios, mano zambapalmar. En la actualidad se constata: anquilosis de ambos codos en ángulo recto, antebrazos cortos y chatos, pulgares rudimentarios. Radiográficamente existe un hueso, paralelo al cúbito, sinostosado al húmero y con núcleo epifisiario distal; tiene los caracteres de la porción distal del radio. Creen que se trata del desarrollo de la porción distal de ambos radios, cuyo esbozo óseo apareció después del nacimiento y se soldó al húmero. Hacen notar la rareza de esta evolución, en la ausencia congénita de los huesos. Entre el primer mes de edad y los 7 años, no se realizó observación del caso.

### Dos casos de enfermedad de Barlow

*Dra. María Place.*—El primero, era un niño de 9 meses de edad, que pesó al nacer 3.300 grs.; sin antecedentes de importancia. Tomó pecho solo 18 días; luego, alimentación con leche en polvo, hasta el 7.º mes; pero, desde el 5.º mes recibía también leche de vaca pasteurizada, sometida a la ebullición al ser recibida en la casa y luego, cada vez que se preparaba una mamadera. A causa de un trastorno gastrointestinal, le fué prescrita sopa de malta, la que siguió tomando exclusivamente durante los dos últimos meses. Fué llevado a la Policlínica de Lactantes del Instituto de Clí-



nica Pediátrica (Prof. Morquio), porque desde 15 días atrás estaba inapetente, abatido, llorón, sin fiebre y rebajaba de peso; lloraba mucho al movilizarlo para vestirlo. Peso (a los 9 meses), 4.800 grs.; talla, 0m63; inmovilización de los miembros inferiores, por el dolor; éste era muy acusado a la presión, en la extremidad inferior del fémur izquierdo, pero no había engrosamiento; piel y mucosas pálidas, encías normales; cutirreacción tuberculínica, negativa. Radiografía (Dr. Sotó): alteraciones de la zona metafisoconyugal de los huesos largos; banda opaca, homogénea (banda de Fraenkel); no hay decolamientos periósticos, pero sí acentuación de los contornos de los núcleos epifisarios. Tratamiento: jugo de naranjas, leche hervida apenas 2 ó 3 minutos. Curación completa en 8 días.

El 2.º enfermo había sido un prematuro (7.º mes) de 1.800 grs., criado a pecho 3 meses; luego, leche de vaca diluída al medio, mezclada con cocimiento de cebada.

Desde hacían 2 meses tomaba sopa de malta. Al 7.º mes fué llevado a la Policlínica de Lactantes por abatimiento y llanto cuando se le movía. Examen: rosario costal marcado; al nivel de la extremidad anterior de la 10.ª costilla se notaba una tumoración muy dolorosa; llanto al movilizarla, inmovilidad con los brazos en flexión; engrosamiento de la extremidad inferior del húmero izquierdo, muy doloroso; tumefacción alargada sobre la cara externa del fémur derecho, parte inferior; palidez de la mucosa bucal, sin hemorragias. Radiografía: ensanchamiento de la epífisis de los huesos largos, borramiento de la zona de calcificación y ensanchamiento del cartílago epifisario; ausencia de lesiones osteoperiósticas. Tratamiento: leche apenas hervida y jugo de naranjas. Mejoró rápidamente, pero al tercer día del tratamiento se notó otra tumefacción en la extremidad anterior a la 3.ª costilla derecha. Curación diez días después. Este último caso, con manifestaciones clínicas evidentes de escorbuto infantil, que mejoró rápidamente con el régimen antiescorbútico, no presentaba las lesiones radiológicas típicas del escorbuto y sí más bien las del raquitismo inicial.

#### Actitud de la Sociedad frente a una resolución del Consejo de la Facultad de Medicina

*Dr. C. Pelfort.*—Dice que es público y notorio que el C. de la F. de Medicina, al estudiar su presupuesto, acaba de resolver la rebaja de la asignación fijada al Director del Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura, al vacar el cargo. Cree conveniente que la Sociedad se informe de los motivos que determinan esa actitud, que juzga inconveniente e injustificada.

*Dr. A. Carrau.*—Manifiesta haber sido informado por el Decano, Dr. Rosello, quien se opuso a la resolución adoptada, —que ella fué apelada ante el Consejo Central Universitario, obteniendo su derogación.

El Presidente declara, que, en vista de esto, no cabe sino expresar la satisfacción que a todos produce, la derogación de la medida adoptada.

## Sociedad Argentina de Pediatría

UNDECIMA SESION CIENTIFICA: 30 de octubre de 1934

Realizada en el Hospital de Niños Expósitos

Presidencia del Dr. Florencio Bazán

### Consideraciones acerca de una forma rara de meningitis a neumococo primitiva

*Dres. Aquiles Gareiso, Samuel Schere y Juan C. Pellerano.*—Relatan la observación de una niña de 4 meses de edad con una meningitis a neumococo que evolucionó en apirexia durante todo su curso y que evoluciona espontáneamente hacia la curación, si bien dejando secuelas. A continuación de una bien documentada historia clínica levantada en el Hospital de Niños, los relatores describen el cuadro completo de la hidrocefalia interna que presentaba la niña cuatro meses después y se extiende en consideraciones acerca de la extrema gravedad del proceso, citando las observaciones más demostrativas de los casos curados en niños.

Describen las variedades clínicas observadas y los diversos tratamientos empleados creyendo racional y al parecer inofensiva. Explican la secuela producida en su enferma por las lesiones cicatriciales consecutivas a la ependimitis ventricular curada.

Discusión: *Dr. Bettinotti.*—Pregunta al autor si al comprobar la hidrocefalia se efectuó la punción lumbar, única forma de certificar si la hidrocefalia fué comunicante o si hubo tabicamiento. Por otra parte, ha visto curar niños que presentaban una hidrocefalia interna como secuela de meningitis y que al no ser tabicada, permite el drenaje por punción lumbar desaguadora.

*Dr. Gareiso.*—Manifiesta que fué imposible practicar una nueva punción lumbar por oponerse terminantemente los familiares que por los demás atribuían la hidrocefalia a las anteriores punciones lumbares.

*Dr. Del Carril.*—Cita la observación personal similar a la de los comunicantes; el año pasado sobre 15 meningitis agudas estudiadas en su Servicio del Hospital de Niños, ocho eran neumococos, falleciendo todos los niños.

**El esqueleto de los hijos de madres que recibieron tratamiento antisifilítico durante el embarazo**

*Dres. Pascual Cervini y G. Bogani.*—Comentan la observación de ocho niños cuyas madres hicieron durante el embarazo de los mismos, tratamiento antisifilítico.

Después de un prolijo estudio superpuesto, (semiológico, serológico y radiológico) los comunicantes hacen resaltar la mayor sensibilidad de este último método de investigación, procedimiento simple que no exige reactivaciones previas ni técnica complicada y que sólo requiere ser usado por debajo del año de edad y más especialmente en el primer semestre de la vida. Resalta también ante un por ciento crecido de niños luéticos, hijos de madres ya tratadas (75 %) el deseo de un tratamiento de dichas madres, mejor llevado, en el sentido de que no sólo sea prolongado, sino bien espi-rilicida desde el comienzo, evitando así que infecciones tenaces o deficiente-mente tratadas, influyan todavía en el producto de la concepción.

Discusión: *Dr. Del Carril.*—Califica de muy interesantes las radiografías presentadas por los comunicantes; método de un auxilio enorme para el diagnóstico su estudio debe ser profundizado, pues en muchos casos el solo examen clínico no da el diagnóstico; tiene un material abundante que piensa clasificar más adelante.

*Dr. Bazán.*—Felicita a los Dres. Cervini y Bogani por los estudios que viene realizando; por su parte, ha seguido algunos lactantes de menos de seis meses con líneas de periostitis osificante que desaparecían solas, sin ningún tratamiento. Ha observado sombras radiográficas cataiogadas como específicas que han desaparecido, cree que hay que estar un poco en guardia contra las deducciones definitivas que se saquen.

*Dr. Cervini.*—Con espíritu crítico exagerado han estudiado radiográfica-mente niños incontestablemente sanos (hijos de múltiparas, a pecho perfectamente normales) para poder establecer comparaciones con los niños de la misma edad, hijos de madres que recibieron tratamiento durante el embarazo.

**Alteraciones radiológicas del esqueleto en las anemias infantiles con esplenomegalia**

*Dres. Raúl J. Beranger y F. de Elizalde.*—Los autores presentan la observación de un caso de anemia eritroblástica con lesiones óseas típicas; de una anemia familiar esplenomegálica sin trastornos radiológicos; de una anemia con reacción eritroblástica y mielocitaria y esplenomegalia en un lactante raquíptico, curado con las simples medidas higienicodietéticas y las radiografías de un niño de 7 años con anemia, ictericia, y hepatoesplenomegalia sometido a la esplenectomía. Las divergencias que se consignan en la nosología de las anemias infantiles con esplenomegalia, así como la descripción de su cuadro hemático y modalidades evolutivas, se deben a que no se consideran procesos semejantes. Es muy posible que esta cuestión tan controvertida sea aclarada con la generalización de métodos complementa-

rios del examen hematológico como es la biopsia medular y el estudio radiográfico del sistema óseo.

Estudian a continuación las lesiones óseas observadas, especialmente al nivel del cráneo y que consisten en una rarefacción del tejido compacto y aumento de la reticulación y espesor del tejido esponjoso, las trabéculas tienden a orientarse perpendicularmente a la corteza adelgazada, lo que da en los casos avanzados imágenes estriadas características.

Discusión: *Dr. Acuña.*—Manifiesta que en su Servicio de la Cátedra desde varios años atrás se viene estudiando radiográficamente el sistema óseo de todo niño que presenta un estado anémico prolongado. Así ha podido obtener radiografías en serie en cuatro casos de anemia pseudoleucémica tipo von Jakschluzet. En dos de estos casos no pudieron demostrarse alteraciones de ninguna especie (ambos fallecieron). En cambio en un niño de 11 años que lleva seis de observación, las radiografías denuncian profundas alteraciones de las descritas por los autores americanos como características de la anemia eritroblástica. En otra enferma con cerca de 3 años de observación, radiografías en serie fueron negativas, pero las tomadas en agosto del corriente año denunciaron en las manos, alteraciones iniciales: los metacarpianos muestran adelgazamientos de la cortical y un ligero aspecto poroso de la medular, cree poder interpretarlas como lesiones comenzantes.

También se pudo seguir desde este punto de vista, tres casos de ictericia hemolítica; en dos, repetidas radiografías mostraron ausencia de lesiones óseas; en un tercero, en cambio, dos de las primeras radiografías se demuestran alteraciones acentuadas de la arquitectura ósea con adelgazamiento de la cortical y ensanchamiento de la medular sobre todo al nivel del cráneo; lleva más de dos años de observación. En un caso de enfermedad de Gaucher, las radiografías no pusieron de manifiesto sino mínimas alteraciones; estrias transversales en tibia y fémur.

Dos casos de anemia grave prolongadas por infecciones realizando el tipo pseudoleucémico moderado, no ofrecieron alteración alguna de su esqueleto (en uno de ellos, un año de profundas alteraciones sanguíneas). Las anemias de origen alimenticio, de cierta duración no han producido alteraciones óseas, como tampoco las ha observado en anemias adquiridas de etiología varia, aunque se tratase de formas prolongadas y severas. En niños pequeños, por debajo de los 18 meses, la riqueza medular en los huesos largos, especialmente en los metacarpianos, ofrecen en ocasiones un aspecto ligeramente poroso que puede ser tomado como lesión patológica inicial, constatación fisiológica que es necesaria tener en cuenta en la interpretación de estos hechos. Estos casos fueron presentados con radiografías y comentados en el último Congreso de Rosario.

#### Producción sublingual

*Dres. Pascual Cervini y Y. Maccarini.*—Con motivo de la observación de un niño de 16 meses de edad, que presentaba una tumoración sublingual (enfermedad de Riga Fede) hacen un estudio completo de esta afección de rara frecuencia.

Limado el borde de los incisivos inferiores, se procede a la extirpación quirúrgica del pequeño tumor (Dr. Gamboa) quedando el niño com-

pletamente sano de este proceso, algún tiempo después. El estudio anatómico reveló una hiperplasia conjuntiva y neoformación vascular, es decir, un fibro angioma.

#### Estudios metabólicos y terapéutica con glicocola en las miopatías

*Dr. Arnaldo Rascowsky.*—Relata los resultados obtenidos con la glicocola en el tratamiento de los miopáticos, presentando un enfermo en el cual no sólo se ha conseguido detener la evolución de la enfermedad, sino también mejorar sensiblemente la sintomaeología. La glicocola es a los miopáticos lo que la insulina a los diabéticos. Se extiende el relator en interesantes consideraciones acerca del metabolismo en los miopáticos, agradeciendo el envío de miopáticos para ser estudiados desde ese punto de vista.

*Discusión: Dr. Gareiso.*—Manifiesta que en su práctica no había visto no sólo curarse ni dejar progresar a los miopáticos, opina que el caso presentado es una real contribución a la bondad del método y que se debe seguir en esta vía que tiene una base sólida.

*Dr. Bazán.*—Felicitó al comunicante por el éxito obtenido; todas las escuelas del mundo se han ocupado del tema y en general son optimistas en los resultados obtenidos.

---

### DUODECIMA SESION CIENTIFICA DEL AÑO: 13 de noviembre de 1934

Realizada en el Hospital de Niños

*Presidencia del Dr. Florencio Bazán*

Palabras del señor Presidente Dr. Florencio Bazán, saludando al doctor Leite Bastos, distinguido pediatra brasileño, que nos visita y a quien invita a compartir la presidencia de esta sesión.

*Palabras del señor Presidente, Dr. Florencio Bazán,* dando a conocer la creación del Instituto de Pediatría, la importancia de su misión y la necesidad de que la Sociedad Argentina de Pediatría haga llegar su opinión favorable al pedido de subsidio que el Prof. Acuña gestiona ante el Congreso de la Nación.

*Dr. Pedro Elizalde.*—Cree que dada la importancia del asunto no debe ni siquiera discutirse, desde que la creación del Instituto es un gran paso hacia adelante en el estudio integral de la infancia; propone que se apruebe por unanimidad el pedido y que la C. D. se encargue de redactarlo en la forma más conveniente.

*Dr. M. del Carril.*—Se adhiere en todo a lo manifestado por los Dres. Bazán y de Elizalde y dice que en su calidad de Presidente de la Sociedad de Nipiología, va a proceder en la misma forma. Se aprueba por unanimidad.

#### Enfermedad de Ritter y péufigo neonatorum

*Dres. Carlos Carreño y Alberto Yanson.*—Se ocupan en primer término de

la enfermedad de Ritter, afección rara entre nosotros, comentando sucintamente los casos descriptos en la bibliografía extranjera y nacional. Describen a continuación el caso por ellos observado en una recién nacida que el segundo día de vida presenta las primeras flictenas, que aumentan en los días siguientes; la niña fallece al quinto día de vida. Se ocupan del diagnóstico diferencial con el pénfigo del recién nacido y con la sífilis, variedad vesiculosa. Relatan a continuación la historia clínica de un recién nacido, de 6 días de edad, con erupción ampollosa discreta de contenido líquido amarillento; algunos elementos confluentes han eliminado la piel de las vesículas, dejando una superficie roja rezumante que cura con nitrato de plata y pomada de precipitado amarillo de mercurio, en un plazo de dos semanas. Catalogan como pénfigo del recién nacido la afección que presenta el niño en estudio, haciendo un detenido y completo estudio de esta afección.

*Discusión: Dr. Garrahan.*—Califica de muy interesante los casos relatados, recalca la rareza de la enfermedad de Ritter: en la Maternidad del Hospital Rivadavia, observan de 4 a 5 mil niños por año y sólo ha tenido oportunidad de observar dos casos de enfermedad de Ritter; uno observado el año pasado, tuvo una evolución favorable después de un tratamiento prolongado, en el que destaca la importancia del empleo de material y polvos esterilizados. A pesar de la conocida gravedad de la afección, deja constancia de la posibilidad de la curación.

*Dr. Elizalde.*—No recuerda haber observado ningún caso de enfermedad de Ritter; en lo referente a las afecciones piógenas de la piel, cree que su evolución no depende quizá, de una condición de terreno, sino más bien, de una cualidad propia de los gérmenes; insiste en la ventaja del uso de la pomada de Gougerot, sobre el agua de Alibour.

*Dr. Bazán.*—Cita la observación de dos casos de su clientela civil, que a pesar de ser bien atendidos y cuidados en colaboración con dermatólogos, fallecen ambos; uno de ellos era un caso típico de enfermedad de Ritter, el otro fué clasificado como enfermedad de Leiner.

*Dr. Carreño.*—Agradece la colaboración y el interés que su relato ha provocado.

#### **Acción del Ergosterol irradiado sobre la fosfatemia y la calcemia**

*Dres. Juan P. Garrahan y E. Muzio.*—En 31 casos que se investigó la fosfatemia antes y después del tratamiento, sólo dos no revelaron aumento de la misma. La magnitud de este aumento no ha estado en relación con la intensidad de la terapéutica, lo que hace pensar que intervengan en cada caso factores individuales u otros que escapan aun a su conocimiento. En los ocho casos en que se investigó la calcemia antes y después del tratamiento, se pudo comprobar que después de éste, la cifra se hacía más alta. Las calcemias más elevadas se observaron después de los tratamientos más intensos. Nunca se comprobó gran hiperfosfatemia ni tampoco gran hipercalcemia, lo que tiene especial interés para determinar la dosificación del ergosterol irradiado, asunto del que se ocuparan detenidamente en otra comunicación.

### La acción terapéutica del Ergosterol irradiado sobre el craneotabes

*Dres. Juan P. Garrahan, J. C. Traverso y E. Muzio.*—Según las observaciones de los relatores, el ergosterol irradiado aun a dosis diarias de 30 gotas en curas prolongadas de más de dos meses, es ineficaz, en la mayoría de los casos como tratamiento del craneotabes.

Tal comprobación no justifica que se abandone su empleo, aconsejable por lo menos como profiláctico, en los lactantes que presenten ablandamientos craneanos.

*Discusión: Dr. Macera.*—Dice haber escuchado con interés el trabajo del Dr. Garrahan y sus colaboradores; desearía conocer la edad del niño, en el que no se vió ninguna acción del ergosterol irradiado.

*Dr. del Carril.*—Está de acuerdo con el Dr. Garrahan en que el craneotabes como signo de raquitismo no es el más frecuente, pero es uno de los que curan espontáneamente; los otros signos son a veces, más difíciles de descubrir. En cuanto a la dosis, recuerda las del principio que eran excesivamente pequeñas por temor a las intoxicaciones; al aumentar las dosis han surgido dificultades económicas en la clientela hospitalaria.

*Dr. Elizalde.*—Desea preguntar si no han observado disminución de la calcemia en el curso del tratamiento.

*Dr. Garrahan.*—El interés del asunto radica en que siendo el craneotabes un signo de raquitismo, no cede a veces a pesar de su tratamiento; esto tiene interés, no sólo por el craneotabes, sino por su vinculación con la patología general del raquitismo. Su impresión es que la sífilis no tiene nada que ver con el craneotabes. En lo referente a las dosis, se ocuparán en una próxima comunicación; las dosis actualmente se han nivelado en los diversos productos. Insiste en que el fracaso del tratamiento para el craneotabes, no debe ser un motivo para que sea abandonado.

### Uréteres bífidos. Hidronefrosis parcial

*Dres. J. M. Macera y J. E. Oyhenart.*—Niña de 12 años de edad, que ingresa al Servicio del Dr. Macera con la sospecha de una peritonitis bacilosa, con mal estado general, subfebril. Este diagnóstico pudo ser desechado por la clínica y las investigaciones realizadas. Encuentran en cambio una tumoración renal, en el lado derecho que diagnostican como hidronefrosis. La citoscopia revela la existencia de cuatro meatos urinarios de los cuales el superior derecho era impermeable. El estudio radiográfico con uroselectan B permite asegurar la existencia de sólo un uréter de cada lado, lo que obliga a sospechar la bifidez de los uréteres en su porción vesical.

Se ocupan a continuación del estudio de estas anomalías y del tratamiento a seguir en estos casos.

### Coma acetonémico

*Dres. Juan M. Macera y B. Messina.*—Relatan la observación de una niña

de 20 meses de edad, que presenta en dos oportunidades un estado comatoso (arreflexia tendinosa, hipotonía generalizada, sensibilidad dolorosa desaparecida, midriasis acentuada, lenta reacción a la luz. Durante el primer episodio fué negativa la investigación de la acetona en orín y líquido cefalorraquídeo, no así en el segundo, ocurrido ocho meses después, en el que se demuestra una abundante acetonuria. Interpretan la ausencia de la acetonuria en la primera investigación debido a la circunstancia de haberle recojido la orina que ya estaba emitida al iniciarse bruscamente el cuadro comatoso.

Discusión: *Dr. Zucal Eugenio.*—Ha observado hace pocos días un caso interesante y similar al relatado por los comunicantes: niño con estado soporoso, atonía marcada, reflejos patelares perezosos, no ha habido vómitos pero sí diarrea; hubo que establecer el diagnóstico diferencial entre meningitis, Heine Medin y coma acetónico: la presencia de acetona y ácido acético en orina aclaró la situación. El niño sólo salía de su estado soporoso al ver un vaso con agua. Sometido al tratamiento conveniente, cura bien, en forma rápida.

*Dr. Del Carril.*—Refiere la observación de un niño adiposogenital de 8 años de edad, que en cuatro oportunidades ha presentado crisis acetónicas a forma soporosa, pero sin llegar al coma. Desde que comienza la acetonuria se niega en absoluto a ingerir nada, pasando hasta 15 días en esta situación, debiéndosele hidratar por medios extraorales, siendo curioso comprobar que, después de estos largos períodos de ayuno, sólo ha perdido en oportunidades medio kilo de peso.

*Dr. Rascowsky.*—Hace interesantes consideraciones acerca de la fisiopatología y estudio metabólico en los sujetos atacados de acetonemia.

*Dr. Garrahan.*—Le llama la atención lo ocurrido durante el primer episodio y subraya la conveniencia de profundizar en el estudio de estos enfermos para comprobar la existencia o no de acidosis.

#### Contribución al estudio de la patogenia de la bronquiectasia en la infancia

*Dres. M. del Carril y J. Vidal.*—Destacan la importancia del estudio radiológico lipiolado del árbol bronquial que demuestra la gran frecuencia de las dilataciones bronquiales en los niños.

Relatan la observación de una niña de 9 años de edad, que presenta una bronquiectasia latente comprobada clínica y radiológicamente y que sólo se hace manifiesta en los períodos catarrales. Descartada la sífilis, tuberculosis, las enfermedades pulmonares invocadas como causantes de bronquiectasias, los autores admiten el origen congénito de la dilatación bronquial con una bifurcación traqueal baja en ángulo agudo, que influye desfavorablemente en el desagotamiento de las secreciones de los bronquios inferiores, condiciones propicias, como lo demuestra la mayor frecuencia de las bronquiectasias de base.

Creer que deben estudiarse sistemáticamente las arborizaciones bronquiales en sus relaciones con este síndrome, pues en esta forma sería posible sacar conclusiones patogénicas.