

---

**ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA**

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)

---

**Nuevas adquisiciones  
en el tratamiento de la deshidratación aguda del lactante**

por el

**Dr. Raúl Cíbils Aguirre**

En un artículo recientemente publicado (1) he acentuado la importancia en el tratamiento de las deshidrataciones agudas del lactante en general y de la toxicosis en particular, del método preconizado por Schiek y Karelitz en 1931 (2) y (3).

Dado lo poco que se ha difundido el procedimiento entre nosotros, quiero insistir sobre el punto, agregando los últimos resultados obtenidos en Norte América y Alemania.

La inyección endovenosa común, fuera de las dificultades especiales que implica en la primera infancia, no es posible repetirla varias veces diaria y prolongadamente. Por otra parte, la influencia de la velocidad con que se inyecta venosamente el líquido, influye poderosamente en su absorción y en la utilización de las sustancias en él diluídas, con un mínimo de accidentes, como lo demuestran las experiencias de Hirshfeld (4) y Hyman (5).

La instilación continua endovenosa fué iniciada casi simultáneamente por primera vez, en cirugía de adultos, en Alemania y en Norte América en 1913. Aunque muchos años antes, ya en 1896 Cox la ensayara en China para el tratamiento del cólera asiático.

Friedmann (6) en Alemania y Matas (7) en Rochester, describen y utilizan en el mismo año este procedimiento.

Luego Hendon (8), bajo el nombre de Venocllisis'', lo estudia en 1929.

El término de "venoelisis" es hoy el más corrientemente usado, a pesar de que constituye un barbarismo filológico como híbrido de griego y de latín. Y aunque purísticamente pudiera ser substituído por el de "fleboelisis", ninguno de los dos da la noción de continuidad y duración, que constituyen las características del procedimiento de Schick y Karelitz. Sería, pues, preferible el término de "fleboelisis continua".

Esta designación o la de "instilación continua endovenosa", son las más apropiadas, suprimiendo el calificativo "gota a gota" que muchos utilizan, pues, como lo ha demostrado Titus (9), la solución inyectada no llega en gota a la vena, pues corre en una uniforme y continua corriente dentro de la aguja, por más que una cánula de Murphy se utilice a veces para medir la proporción del líquido.

Antes de referirme en detalle a la técnica e indicaciones del procedimiento en la infancia, quiero recalcar en pro del método, que su uso general se ha difundido en tal forma, que Hyman y Touroff al estudiar en febrero de este año "La terapéutica por la gota intravenosa" (10), refieren que en el plazo de 2 1/2 años, este procedimiento se ha utilizado en el Mount Sinai Hospital cerca de 10.000 veces, es decir, alrededor de 10 casos por día. No pueden ser más elocuentes estas cifras como prueba de la bondad del procedimiento.

Sus grandes indicaciones fueron:

1.º *Profilaxis y terapéutica de episodios quirúrgicos:* En diabéticos, hemorragíparos, traumatizados y quemados. Apendicitis con complicación peritoneal. Cirugía del aparato gastrointestinal, pulmón, sistema nervioso, génitourinarias y tiroides.

Por la gota intravenosa se suministraron soluciones isotónicas e hipertónicas de glucosa, sueros, salinos y alcalinos, sueros específicos, efedrina, epinefrina, yodo, etc., etc.

2.º *Clínica general:* En diabetes con o sin cetosis, en la azoemia de las nefritis, en oligurias y anurias en hemorragias y diatesis hemorrágicas, en deshidratación con vómitos y diarreas, en intoxicaciones con óxido de carbono, barbitúricos, morfina, honros, arsénico, bicloruro de mercurio, etc., etc.

Una de las grandes ventajas de la instilación endovenosa, consiste en la posibilidad de introducir al organismo dosis considerables de sueros específicos, difíciles de utilizar en tal propor-

ción y continuidad por otra vía. Así resulta comparativamente simple inyectar diariamente de 200.000 a 300.000 u. de suero antineumocócico o antitetánico, con la anotación interesante de que las reacciones séricas resultan mínimas con la lenta introducción de los sueros diluidos.

Ultimamente Chargin, Leifer y Hyman <sup>(11)</sup> preconizan el mismo procedimiento en el tratamiento intensivo de la sífilis con Arsfenamina y sostienen que con su método se aproximan al ideal de la "sterilatio magna".

Entre nosotros, Finochietto y muchos en cirugía y otros en clínica de adultos para digitaloterapia y saliciloterapia continuada, lo han utilizado ya.

3° *Clínica infantil*: En trastornos tóxicos o metabólicos como toxicosis alimenticia, deshidratación aguda por vómitos o diarrea, anuria, coma diabético y acetononemia.

#### **La instilación continua endovenosa en el tratamiento de la deshidratación aguda del lactante**

Los fundamentos del programa terapéutico de Schick y Karelitz son los siguientes: Omitiendo toda discusión sobre la causa originaria del trastorno gastrointestinal, ellos consideran la diarrea y el vómito no sólo como causa de la deshidratación sino que, continuando, aumentan su intensidad y los encaran como síntomas de una hipersensibilidad inespecífica del aparato nervioso del tractus gastrointestinal. Cualquier cosa, aun agua o infusión de té, puede irritar y producir una intensa antiperistalsis o exagerar la peristalsis normal.

El tractus gastrointestinal exige un reposo absoluto y sólo así tendrá oportunidad de restaurar su función normal. Cuanto más prolongado sea este período de reposo, tanto mejor será.

Schick indica que ni alimento ni líquido alguno sea dado por boca de 6 a 12 horas, evitando sin embargo un demasiado largo período de inanición. Luego pequeñas cantidades de alimento líquido, 5 a 10 cc., pueden ser indicadas con intervalo de 1 hora, muy lentamente para no irritar estómago ni tractus intestinal. La pequeña cantidad es más importante que la clase de alimento. El tratar de forzar la entrada de líquido, tanto oral como parenteralmente, constituye un arma de doble filo. Si la deshidratación constituye un síntoma peligroso no hay que olvi-

dar que es sólo un síntoma y que es secundario. Bajo la influencia de la enfermedad el organismo no puede retener el agua ni las sales y, por más que se fuerce su administración, ésta puede no conducir a una retención suficiente de líquido, que se elimina por el tractus intestinal; el carácter diarreico de las deposiciones y el hiperperistaltismo puede continuar y aun puede aumentar.

Desde el año 1923 en que Schick se hace cargo de la dirección del Servicio de Clínica Infantil del Mount-Sinai Hospital en New York, utiliza todos los procedimientos clásicos y los que sucesivamente van haciendo su aparición, en el tratamiento de la toxicosis y ninguno de ellos, ni aun las transfusiones repetidas de sangre, dan resultados favorables constantes. Por eso cree que este método de "venoelisis" utilizado por primera vez por Karelitz en la toxicosis en 1930 representa un real progreso en el tratamiento tan descorazonante de esta enfermedad y en el de su síntoma más dramático: la deshidratación.

Karelitz parte de experiencias previas que demuestran que una inyección endovenosa de 150 a 200 cc. de una solución de dextrosa al 5 ó 10 % en casos de toxicosis, produce una mejoría evidente, pero desgraciadamente transitoria de todos o la mayoría de los síntomas, aun cuando se acompañe de transfusión sanguínea. Y comprueba que el rápido mejoramiento consecutivo a la terapéutica intravenosa, no es tan marcado cuando el líquido se inyecta subcutánea o aun intraperitonealmente.

Basado en estas experiencias y en las observaciones de múltiples casos de shock postoperatorio, vómitos cíclicos con acidosis, etc., modificados favorablemente por la administración intravenosa continua de líquido preconizada por Hendon con el nombre de venoelisis, resuelve Karelitz ensayar en los casos graves de toxicosis esta vía de administración utilizando una inyección de dextrosa al 5 ó 10 % en solución fisiológica de cloruro de sodio o en solución de Ringer.

Los detalles de técnica y el conjunto de observaciones están ampliamente detallados en los trabajos de Schick y Karelitz (2), (3), que comentamos. A ellos nos remitimos. Sólo resumiremos sus datos más importantes.

Como se comprende fácilmente, casi siempre es necesario diseccionar una vena del pliegue del codo para poder introducir y asegurar la cánula. Tenemos así un acceso constante a la vena para

cualquier otra medicación sucedánea: adrenalina, epinefrina, cafeína, etc., o para transfusiones sanguíneas. La cánula utilizada es del tipo Sindemann, medidas 18 a 19, que son las adecuadas para niños.

Generalmente, los autores utilizaban la solución de dextrosa al 5 % ya mencionada. Soluciones al 10 % podrían ser preferibles por su mayor acción diurética y mayor valor alimenticio, pero tienen el inconveniente dadas gota a gota de una mayor tendencia a provocar coágulos en la sangre u obturar la cánula.

Ultimamente utilizan soluciones al 5 % de dextrosa y en un caso llegan a mantenerla gota a gota durante doce días consecutivos, es decir 288 horas, sin provocar glicosuria. Pero habitualmente no es necesario prolongarlo tan largo tiempo. El plazo mínimo es de 48 a 36 horas.

La cantidad dada varía entre 500 y 800 cc. diarios. La instilación rápida al principio, de 125 a 150 cc. en los primeros 20 minutos, se disminuye en seguida a 20 ó 40 cc. por hora, pero debe ser prolongada en tanto persistan los síntomas de intoxicación. Por kilo de peso puede calcularse de 130 a 180 c.c. en 24 horas.

El aparato a utilizar es sumamente simple y su funcionamiento puede ser graduado a discreción con la cánula de Murphy que lo acompaña. Pueden así contarse las gotas por minuto y la cantidad de líquido por hora.

Este nuevo tratamiento, sugerido por Schick y realizado ante todo por Karelitz, disminuye de un modo notable la mortalidad por toxicosis como luego veremos.

La suspensión de la leche por un plazo más o menos largo, que constituye una de las fases más importantes de la indicación terapéutica, es perfectamente realizable. Con este procedimiento, todo el líquido exigible es dado a través de la cánula con un mínimo trastorno del niño. La acidosis y las alteraciones de concentración sanguínea responden favorable y rápidamente al tratamiento. El provee agua, sal y dextrosa, produce la diuresis y sus componentes son apropiadamente asimilados por el organismo. Sangre, adrenalina, etc., son fácilmente inyectadas por la misma cánula permanente. Durante el tiempo de la instilación intravenosa, el tractus gastrointestinal, como todo el organismo, logra el descanso exigido. Sobreviene un sueño tranquilo, los vómitos se

atenúan, la sed desaparece y la diarrea es influenciada favorablemente. Se evita al niño el dolor de la inyección subcutánea repetida y las complicaciones ocasionales de la inyección intraperitoneal. (Estas complicaciones son tan excepcionales, debemos aclararlo, que Acuña y Bettinotti <sup>(12)</sup>, que tienen entre nosotros la más amplia experiencia, jamás la han observado).

Basados en su experiencia, Schick y Karelitz concluyen:

1) El tratamiento debe ser radical y exactamente reglado, no bien se haga el diagnóstico de toxicosis. Si se deja pasar demasiado tiempo puede ser o no provechoso.

2) Todo caso de toxicosis debe ser considerado como severo. La administración intravenosa de dextrosa y la transfusión deben ser empleadas rápidamente y el período mínimo durante el cual la leche debe ser evitada, variará entre 24 a 36 horas y hasta que la desintoxicación sea completa.

En dos trabajos posteriores, Karelitz <sup>(3)</sup> sostiene que "ningún otro procedimiento más que la instilación continua, permite administrar líquido en una forma tan constante, sin tener en cuenta a la absorción, o inyectar sales en concentraciones variables o dar glucosa en fuertes dosis en los límites de la tolerancia". Ultimamente sólo utiliza solución de Ringer con el 5 % de glucosa. Es también muy importante que la inyección de estimulantes y de sangre pueda ser hecha por la misma cánula.

La transfusión representa una parte importante de la terapéutica y Karelitz la emplea corrientemente cuando la hemoglobina de la sangre está por debajo del 85 %, utilizando el método citratado de Lewisohn. Se hacen 20 a 35 c.c. de sangre citratada por kilo de peso.

Después de 12 horas de tratamiento en que sólo se humedece con agua la mucosa bucal, se empieza con 10 a 20 cc. de agua cada 2 horas, la que se duplica al día siguiente, y cuando se borran los fenómenos de intoxicación, se empieza con la alimentación con leche a razón de 10 calorías por kilo el primer día, 20 el segundo y así sucesivamente. La instilación endovenosa se mantiene hasta que el niño no esté ya intoxicado y pueda tomar por boca la cantidad necesaria de líquido o a lo menos las 3/4 partes. Karelitz emplea generalmente la mezcla común de 2/3 de leche, 1/3 de agua y 5 % de azúcar, sosteniendo que si es suficiente el período de tratamiento que precede a la realimentación, la cualidad o tipo

de alimento no tiene importancia fundamental y aquella mezcla clásica parece convenir a todos los niños.

Las complicaciones de la instilación continua endovenosa pueden ser: infección local, trombosis, embolia, reacción anafilactoide y edema; pero muchas se evitan utilizando una técnica irreprochable. La embolia, la más terrible, no ha sido observada en niños.

Para Karelitz este método "*representa un perfeccionamiento terminante en el tratamiento de la toxicosis*".

Así, mientras la mortalidad era del 64 % en los 10 años anteriores al empleo de este tratamiento, en los últimos 3 ½ años la estadística del Mount Sinai Hospital demuestra que sobre 75 casos tratados por él, no se han producido sino 11 muertes, es decir el 14.6 %.

El procedimiento de Karelitz puede y debe ser empleado también en la acidosis de los niños diabéticos, como lo ha hecho Wood-yatt (13) y últimamente Spaeth en un caso paradójico de un niño de 15 meses, en pleno comadiabético a pesar de toda la terapéutica usual, del que sólo consigue salir con la instilación endovenosa continua de insulina y la solución de glucosa al 5 % (13a), y en las formas graves de vómitos cíclicos con acetonemia que se acompañan de gran deshidratación como Baas (14).

Múltiples autores han controlado ulteriormente, en estos últimos tiempos, los resultados de Karelitz.

En 1932, Mitchell Brush publica en el American Journal of Diseases of Children (15) otro procedimiento diverso para la instilación continua endovenosa en la infancia. El aparato sumamente simple en apariencia y la técnica están ahí perfectamente descritos y a él me remito.

Las ventajas serían las siguientes:

Control estricto y dosificación fácil de la cantidad de líquido a introducir; regulación y mantenimiento de la temperatura del líquido; conexión estable con la vena del paciente; prevención de la onda venosa de retroceso, en los momentos de aumento de la presión sanguínea.

La principal diferencia con el procedimiento de Schiek y Karelitz descripto, único utilizado por nosotros, consiste en la substitución de la cánula metálica por una cánula flexible, del tipo de un cateter ureteral liso N° 4, evitando así necrosis de las paredes del vaso y otras lesiones del mismo.

Cohen, Miller y Kramer en 1933 <sup>(16)</sup>, en una comunicación previa, comentan una serie de 9 toxicosis graves tratadas con el método continuo intravenoso, efectuando exámenes químicos de la sangre antes, durante y después del tratamiento. La mejoría sobreviene una vez establecida la diuresis, entre 3 y 27 horas después de establecida la terapéutica.

Las variaciones químicas de la sangre exigen mayores investigaciones ulteriores, pues constituyendo uno de los problemas actuales más sugestionantes, más discutidos y que una vez solucionado definitivamente aclarará muchos puntos controvertidos aun sobre la utilidad de los diversos sueros: glucosado, bicarbonatado, clorurado, con sus indicaciones en cada caso particular y sus contraindicaciones lógicas, no se puede ni se debe, como más adelante lo estudiaremos, tener aún un criterio definitivo.

“La terapéutica intravenosa en la toxicosis permite un largo período de reposo gastrointestinal, evita trastornos físicos y mentales del niño en un plazo apreciable y constituye un método por el cual se logra ciertamente que la solución de dextrosa y sal se reciba y absorba”.

En las Sesiones de la Sociedad de Pediatría de la Universidad de Michigan, publicadas en el *American Journal of Diseases of Children* de julio de 1934, John L. Law <sup>(17)</sup> estudia el efecto de la venoclisis continua en el tratamiento de la toxicosis.

Cita las observaciones de Schick y Karelitz en que con los nuevos procedimientos, especialmente la venoclisis, la mortalidad del 64 1/2, hasta entonces observada, desciende al 14 %.

Interesado por estos datos bien sugestivos y comprobando que muchos de los niños con toxicosis, tratados en el Hospital de Niños de Denver con todos los métodos habituales, desde la transfusión hasta los sueros por cualquier vía, siguiendo las reglas alimenticias más estrictas, empeoraban progresivamente, se decidió a utilizar la venoclisis de Schick y Karelitz.

Todo niño, a su admisión al Hospital, era prolijamente examinado clínicamente y con las pruebas de laboratorio, incluso grupos sanguíneos para la transfusión.

La solución a instilar continuamente en la vena, estaba formada por 5 % de dextrosa en solución fisiológica de cloruro de sodio, más 0,5 de clorhidrato de epinefrina por 500 cc.

No se observaron reacciones molestas, cuando la técnica fué

bien seguida. En un caso por error fueron inyectados 500 cc. en el lapso de una hora. Se produjo hipertermia, taquicardia, dispnea y leve cianosis que desaparecieron rápidamente cuando la entrada del líquido se reguló a 20 cc. por hora.

Law pasa en revista 8 casos tratados por este procedimiento, dos de ellos prácticamente moribundos y tratados ya con todos los métodos usuales. A las 12 a 24 horas de iniciado el Karelitz los niños se tranquilizan, disminuyen fiebre, vómitos y deposiciones y el estado tóxico se mejora. Todos curaron.

Las cantidades dadas de solución variaron entre 950 cc. y 580 cc. diarios. Generalmente 35 cc. por hora y 160 cc. por kilo de peso.

La dosis óptima sería para Law de 850 c.c. por día.

En algunos de los niños, pre o postvenoelisis se efectuaron transfusiones sanguíneas. En los que no se efectuó, severamente enfermos, la mejoría clínica fué igualmente satisfactoria. “La inyección continua intravenosa de líquido constituye la más eficaz ayuda terapéutica en el tratamiento de las toxicosis”.

La ingestión de alimentos debe ser cuidadosamente vigilada y la dieta prolijamente mantenida durante el período de venoelisis. La vuelta a la alimentación debe ser paulatina y aproximadamente en 14 días puede llegarse a un régimen de mantenimiento.

Law concluye su trabajo sosteniendo que: las transfusiones sanguíneas, aunque benéficas, no son necesarias cuando se utiliza la venoelisis; ésta hace posible la supresión transitoria de la ingestión oral de líquidos y leche y *promete reducir la mortalidad por toxicosis a menos de un 10 %*.

Más recientemente, Forbes, <sup>(18)</sup> en *Archives of Pediatrics* de 1934, hace un estudio retrospectivo de los diversos tratamientos empleados en la toxicosis y su relación con la mortalidad.

“En los tres años últimos, la venoelisis ha sido agregada a nuestro armamento mecánico, para la inyección parenteral de líquidos. Este procedimiento, aunque dificultoso y requiriendo cierta habilidad quirúrgica, *ha demostrado ser un verdadero procedimiento salvador de la vida en casos hasta aquí considerados desahuciados*”.

Recopila, luego, todos los casos de toxicosis observados y tratados en el Hospital de Niños de Denver desde el año 1922 al 1934, sintetizando su tratamiento y el índice de mortalidad en la siguiente forma:

Período	Año	Tratamiento	Mortalidad
I	1922 a 1924	Hipodermocclisis, inyección intraperitoneal	90 %
II	1925 a 1928	Se agrega: transfusión sanguínea.....	70 >
III	1929 a 1932	Se agrega: Solución de Hartmann .....	60 >
IV	1933 a 1934	Se agrega: venocclisis.....	14 >

“El más significativo descenso en la mortalidad por toxicosis, ocurre desde la reciente introducción de la venocclisis”.

Schiff, de Berlín, sostiene en publicaciones recientes (19) que el tratamiento de la toxicosis y diarreas del lactante, que se acompañan de una gran deshidratación, debe iniciarse con la instilación endovenosa continua de Karelitz, pues ella representa “*cier- tamente un progreso técnico y tiene una particular importancia en los casos acompañados de vómitos profusos*”.

Schiff afirma que, de acuerdo con sus observaciones, la instilación continua domina el vómito, lo que prueba que el vómito no es de origen gástrico, sino “debido a anemia cerebral”, lo que cree haber podido demostrar también en la experimentación animal.

El emplea una mezcla a partes iguales de solución de glucosa al 10 % y solución de Ringer. Para movilizar los depósitos sanguíneos da conjuntamente 0.2 de solución de adrenalina cada 2 horas al principio de la instilación. Cree que este procedimiento es igualmente eficiente como las transfusiones sanguíneas en la toxicosis, pero recordemos que es mucho más simple y fácil de utilizar.

“El efecto de la instilación intravenosa sobre el cuadro clínico resulta *asombroso* en la mayoría de los casos”.

“Cuando se compruebe que el niño anteriormente en coma severo, mira alrededor con ojos vivaces, pocos minutos después de la instilación endovenosa, debe considerarse esto como la mejor prueba de que la obnubilación del sensorio es producida únicamente por la deficiente circulación cerebral”. “Pero desgraciadamente en niños muy gravemente afectados, el sensorio puede volver a embotarse si el sistema circulatorio resulta incapaz para retener el líquido instilado, lo que se demuestra muy fácilmente en una serie de exámenes refractométricos del suero sanguíneo”.

La incapacidad del sistema circulatorio para retener el líquido

introducido probablemente es debida en parte a una profunda alteración de los capilares.

Kapsinow (2º) en la discusión del trabajo ya mencionado de Hyman y Touroff en febrero de este año, sostiene que la instilación intravenosa está indicada en todo caso de concentración sanguínea aumentada, es decir abarcando el campo amplio y total de la anhidremia. De los tres grupos en que él divide la anhidremia según su causa e intensidad, en los dos primeros cualquier método de hidratación es capaz de dar resultado, pero en el tercero, el más grave, donde la anhidremia resulta de la pérdida de líquido por la exagerada permeabilidad capilar, como en los casos de shock peptónico y shock agudo médico o quirúrgico, el método de la instilación endovenosa es el más importante. Quiero recordar que Schiff en su último trabajo afirma que “todos los síntomas clínicos de la toxicosis, así como sus trastornos de metabolismo, pueden ser fácilmente explicados por la anoxemia debida al shock circulatorio”. Este shock circulatorio resultaría producido por toxinas cuya fuente puede ser el alimento, sustancias bactericas o productos de autólisis, pues la toxicosis no implica una etiología uniforme. Lo que es uniforme es el modo de reacción a esos diversos factores patogénicos, caracterizado por una repentina disminución en la cantidad de sangre circulante. “El problema de la toxicosis es primitivamente un problema de circulación sanguínea”.

De cualquier modo que sea, lo que es evidente de todos los trabajos que dejamos expuestos, es la importancia real de este nuevo procedimiento, importancia que se acrecienta para los pediatras en la terapéutica tantas veces desilusionante de las deshidrataciones agudas del lactante en general y de la toxicosis en particular.

Sin entrar a considerar por el momento los nuevos conceptos de Schiff sobre patogenia y tratamiento de los fenómenos de deshidratación aguda, quiero recalcar sus conclusiones respecto a la acidosis que acompaña a la toxicosis: “No reclama ninguna terapéutica particular; ningún tratamiento alcalínico ni insulínico promete el más pequeño efecto benéfico concerniente a la acidosis. La acidosis de los niños con toxicosis es una acidosis anoxémica. Si se pone fin a la exicosis y de este modo a la anoxemia, la aci-

dosis debe desaparecer al mismo tiempo. La terapéutica de la acidosis, entonces, resulta prácticamente la terapéutica de la acidosis”.

No bien apareció el trabajo inicial de Schick y Karelitz, dada la autoridad de los autores y la seriedad de su estudio, resolví aplicar el procedimiento en los casos de toxicosis que se presentaran a mi Servicio de Niños del Hospital Fernández, encargando al doctor Miguel Azcoaga la parte quirúrgica y al doctor Jorge Murtagh el instrumental necesario y la observación ulterior de los enfermos.

Reprodujimos exactamente el instrumental aconsejado por Schick y Karelitz, pensando utilizar más adelante la cánula *ad hoc* preconizada entre nosotros para los accidentes postoperatorios por Finochietto y también, la sonda ureteral de Mitchell Brush.

Como chocáramos con la dificultad de poder tener inmobilizado al niño todo el tiempo exigido por este procedimiento, con el doctor Murtagh hicimos fabricar un simplísimo aparato de contención imitando el propuesto por Laird en el *American Journal of Diseases of Children* (21), que nos ha dado halagadores resultados.

Nuestra experiencia es aún muy reducida, pues después de los primeros casos, tuve que clausurar el Servicio de Lactantes por no poder obtener, dentro del presupuesto, ni amas ni provisión de leche de mujer, condiciones en las cuales resulta paradójico pretender seguir internando lactantes.

Sin embargo, puedo adelantar que la técnica quirúrgica es simplísima. Después sólo se requiere la vigilancia estricta de una buena enfermera.

De nuestra pequeña serie de casos aun no pueden sacarse conclusiones definitivas sobre porcentaje de mortalidad, pero sí podemos asegurar que el procedimiento es bien tolerado y que modifica el estado grave del enfermo en forma a veces asombrosa. Cierto es que modificaciones favorables podemos observarlas diariamente con los procedimientos clásicos de la inyección parenteral de líquido y sobre todo con la inyección intraperitoneal de suero glucosado que tan prolijamente han estudiado y preconizado entre nosotros Acuña y Bettinotti con una considerable estadística (12).

Pero no podemos rechazar la sugestión de los trabajos americanos y alemanes que he enumerado y estamos obligados como

pediatras a utilizar este nuevo procedimiento de la venoclipis, que, según aquéllos, constituye una verdadera conquista en el tratamiento hasta ahora desconsolador de la toxicosis.

Para lograr obtener el número suficiente de enfermos con toxicosis, a objeto de seguir utilizando el procedimiento de Karelitz en gran escala, he aceptado el ofrecimiento del profesor Acuña para ensayarlo en el Instituto de Pediatría, recientemente creado y puesto gentilmente por él a disposición de los profesores adjuntos de la cátedra para esta clase de investigaciones.

Con nuestro instrumental, la experiencia con que ya contamos y la organización estricta del Servicio de Lactantes en que será ensayado, estaremos facultados para sacar conclusiones definitivas sobre este tratamiento que todo pediatra debe conocer.

Además, dado el objetivo del citado Instituto, donde podrán ejecutarse toda clase de investigaciones, pues contará con todos los elementos necesarios para ello, aspiro a poder tratar de dilucidar uno de los puntos más interesantes e indeterminado aún en la terapéutica de las deshidrataciones agudas y de la toxicosis: la elección de la clase de suero a inyectar.

Punto este de importancia capital; pues, según las últimas investigaciones de Ribadeau, Dumas, Fleury y Max Levy, cada uno de los sueros empíricamente empleados hasta ahora: suero glucosado, clorurado o bicarbonatado, tienen sus indicaciones especiales y sus contraindicaciones formales, que sólo los exámenes de sangre y, sobre todo, las variaciones del cloro globular y plasmático pueden determinar, para orientar una terapéutica realmente eficaz ante todo y que no sea perniciosa sobre todo, cuando tratamos de luchar contra el cuadro dramático de una toxicosis grave, con su deshidratación aguda, su acidosis, su insuficiencia renal o el fantasma de una alcalosis.

Sólo los exámenes hematológicos, sistemáticamente hechos en las toxicosis, podrán orientar la acertada elección del suero, en esta nueva vía de la inyección continua endovenosa de Schick y Karelitz y quizá no deberemos emplear siempre la fórmula unilateral de la solución de dextrosa en suero fisiológico o Ringer pues, como lo ha demostrado Max Levy, cada suero tiene sus indicaciones netas y sus contraindicaciones no menos netas, que únicamente puede establecer fielmente el examen de sangre al determinar las relaciones del cloro globular y plasmático.

Por el momento y hasta que este problema no sea terminantemente dilucidado, creo de real interés hacer conocer de los pediatras el procedimiento de Karelitz, utilizándolo tal como él lo describe, procedimiento que según los trabajos que he citado y mi escasa experiencia en el Hospital Fernández, es de una técnica relativamente sencilla y que, según Forves, constituye el tratamiento de elección pues, gracias a él, puede observarse “el descenso más significativo en la mortalidad por toxicosis”.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.—*K. Cibils Aguirre*.—La “Venoclisís” en el tratamiento de la toxicosis. “Actualidades Médicas”, pág. 27, enero 1935.
- 2.—*Schick y Karelitz*.—Tratamiento de la toxicosis con la gota continua endovenosa de solución de destrosa. “Amer. J. Dis. Child.”, 1931, pág. 781.
3. *Karelitz*.—Tratamiento de la toxicosis.
  - a) Sección Pediatría Academia Med. New York, 1931.
  - b) “The Jour. Am. Med. Ass.”, pág. 366, 1932.
  - c) Acta Pediátrica, vol. XVI, pág. 546; (III Congreso Internacional de Pediatría).
  - d) “Revue Française de Pédiatrie”, tomo VX, N.º 5, pág. 583, 1833.
4. *Hirshfeld, Hymann y Wanger*.—Influencia de la velocidad en el resultado de las inyecciones endovenosas. “Arch. Int. Med.”, 47: 259, 1931.
5. *Hymann e Hirshfeld*.—
  - a) Estudios sobre la velocidad y resultados de las inyecciones endovenosas. Técnica de la gota endovenosa. “J. A. M. A.”, 96: 1221, 1931.
  - b) Terapéutica por la gota intravenosa. “J. A. M. A.”, 100: 305, 1933.
6. *Friedmann*.—“Münchenen. Med. Woch.”, 60: 1022, 1933.
7. *Matas*.—Gota continua intravenosa. “Ann. of Surgery”, 79: 643, 1924.
8. *Hendon*.—Transactions, 42: 288, 1929. “Courier Journal Louisville”, 1933.
9. *Titus*.—Discusión de la comunicación de Hymann y Houroff. “J. A. M. A.”, pág. 451, 1935.
10. *Hymann y Touroff*.—La terapéutica por la gota intravenosa. “J. A. M. A.”, pág. 446, feb. 1935.
11. *Chargin, Seiger y Hymann*.—La aplicación del método de la gota intravenosa en la quimioterapia. “J. A. M. A.”, 878, mayo 1935.
12. *Acuña y Bettinotti*.—La vía peritoneal en la terapéutica de la primer infancia. “Arch. Argentinos de Pediatría”, 1934.
13. *Woodyat*.—“J. A. M. A.”, 65: 2067, 1915. “J. A. M. A.”, 69: 1410, 1917.

- 13a *Spaeth*.—"Chicago Pediatric Society", enero 16, 1934. "Am. Jour. of Dis. of Child.", pág. 431, 1934.
  14. *Baas*.—Citado por Karelitz en un caso tratado por ambos.
  15. *Brush Mitchell*.—Método para la instilación continua en el niño. "Amer. Journ. of Dis. of Child.", 1932.
  16. *Cohen, Miller y Kramer*.—Intoxicación alimenticia en el niño. El equilibrio acidobásico con la terapéutica continua endovenosa. "J. Pediat.", 3: 299, 1933.
  17. *Lavv*.—Soc. Pediatric de Michigan. "Amer. Journ. of Dis. of Child.", 1934.
  18. *Forbes*.—Intoxicación intestinal. "Archives of Pediatrics", pág. 320, 1934.
  19. *Schiff*.—"Archives of Pediatrics", noviembre 1934, pág. 691 y diciembre 1934, pág. 769.
  20. *Kapsinow*.—Discusión de la comunicación de Hymann y Tonoff. "J. A. M. A.", pág. 451, 1935.
  21. *Laird*.—"Amer. Journ. of Dis. of Child.", 41: 1307, 1931.
-

## La dieta de manzanas en las graves perturbaciones intestinales de los lactantes

por el

**Dr. Ernesto Gaing**

Jefe del Instituto de Puericultura N.º 1

El presente trabajo tiende a confirmar los buenos resultados obtenidos en el tratamiento de perturbaciones intestinales de la primera infancia por medio de manzanas. Hemos aplicado la dieta de Moro - Heisler en los disturbios de lactantes de poca edad y de peso reducido, menor que el teórico, alimentados artificialmente y ya en estado de hipotrofia o de distrofia.

Nos limitaremos a describir tres casos: una dispepsia artificial seria y dos formas graves de dispepsia con caracteres tóxicos, con pérdida notable de peso.

En vez de manzanas crudas, hemos empleado el preparado Aplona, del cual 100 grs. equivalen a 1.000 grs. de la fruta fresca. Es de gusto agradable y fácil de preparar, diluyéndola en el líquido caliente y añadiendo los primeros días sacarina en vez de azúcar.

Hay lactantes que la rechazan, debiéndose renunciar a su empleo. Esta circunstancia felizmente, no es frecuente. La transición a la alimentación común la hacemos en tres etapas. Primera, manzanas desleídas en agua; segunda, manzanas en cocimiento de harinas, y tercero, manzanas en cocimiento de harinas y leche y luego dieta común.

PRIMER CASO.—Niño J. D. N.º 6650.

Prematuro. A los 14 días es traído al Servicio con 2.850 grs. de peso y una talla de 47,5 cms. Alimentado desde esa fecha exclusivamente con

leche ácida hipergrasosa. A los cinco meses pesa ya 6.650 grs.. Muy buen estado general.

Pocos días después, debido a una infección paraentérica, enferma con temperatura subfebril y diarrea, 5 ó 6 deposiciones con mucus, y baja de peso. Se le cambia el alimento por babeurre. A los seis días el niño no ha mejorado; se anotan ocho deposiciones y el peso sigue bajando a 6.450. Se decide entonces someterlo a una dieta de manzanas, eligiendo para este efecto el preparado Aplona, del cual se dan seis veces una cucharada grande al ras, desleídas en 150 grs. de agua caliente y endulzando con sacarina.

Al día siguiente, después de haber el niño tomado con gusto el alimento, las deposiciones bajaron de ocho a cuatro, y al día subsiguiente a dos.

El aspecto del niño era mejor, a pesar de haber disminuído de peso,, hecho bien explicable por la subalimentación que representa esta dieta curativa. En vista de ello, se añade a cada ración 50 grs. de cocimiento de harina de arroz al diez por ciento (10%). Un día más, el 26 de febrero, y el niño continúa bien, con sólo tres deposiciones compactas. Mas como la baja de peso no se detiene — está en 6.300 grs., — se prescriben seis raciones de 50 grs. de leche de vaca y 100 grs. del cocimiento de harina más dos cucharadas del preparado de manzanas.

El 29 de febrero pesa 40 grs. más. Cumple en este día 5 ½ meses. Tres deposiciones.

Se indica: 6 veces 75 grs. de leche y 100 de la harina y una cucharada de manzanas.

El 2 de marzo se comprueba que ha aumentado en dos días 270 grs. Tiene 3 deposiciones. Se suspende la manzana y se da el alimento habitual para su edad, continuando bien.

*Resumen:* Dispepsia artificial en un lactante de cinco meses curado en una semana con dieta de manzanas en la siguiente forma:

- 2 días manzanas solamente.
- 1 día manzanas y farináceas.
- 4 días manzanas, farináceas y leche.

SEGUNDO CASO.—Niño N. S. N.º 20.837.

Alimentado 15 días al pecho, mixta hasta hace dos meses y con diluciones de leche hasta ahora. Antecedentes de lúes. Hace cuatro meses, Wassermann positiva, tratado con paroxil. Es traído porque hace dos meses que está con alternativas de diarrea, no coincidiendo, naturalmente, con la época de administración del paroxil.

26 de diciembre: Edad, 5 ½ meses. Peso, 6.500 grs. Temp. rect., 37°7. En el examen se encuentran signos poco acentuados de raquitismo; se palpa el polo inferior del bazo, el hígado a tres traveses de dedo. Tiene 6 a 7 deposiciones semilíquidas. No hay vómitos. Hace un mes que toma seis veces 150 grs. de agua, 50 grs. de leche y una cucharada sopera de Casec.

26 de diciembre: Ayer, seis deposiciones; hoy, una. No hay vómitos. Ligera faringitis.

Temperatura, 38°. Toma toda la mamadera. La deposición es pastosa y por esta razón y porque el peso ha aumentado 80 grs. en dos días, se deja la alimentación tal cual, a pesar de la fiebre. Se diagnostica fiebre paraenteral.

El niño mejora, pero el 4 de enero enferma de nuevo, con una dispepsia aguda, con fiebre y doce deposiciones. Se interna y se ordena

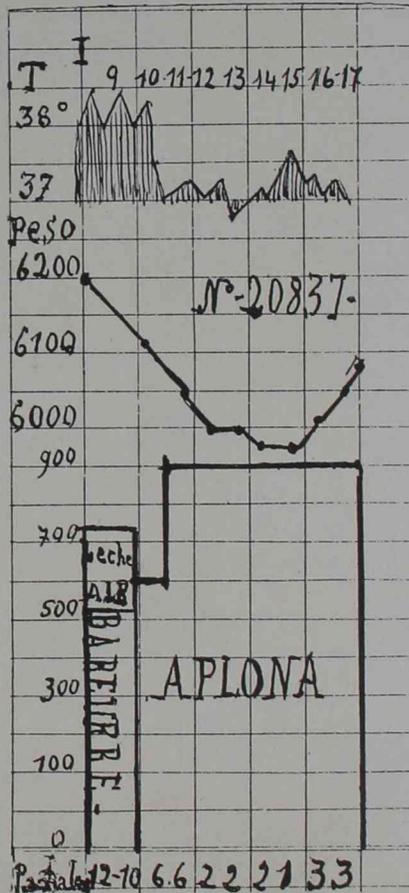


Figura 1

babeurre y leche albuminosa, pero sin resultado; la diarrea no para, hay diez a doce deposiciones y brusca baja de peso. Como la situación se torna delicada, se resuelve darle Aplona, con el siguiente resultado (véase cuadro N.º 1):

*Diarrea:* Las deposiciones de 10 a 12 bajan en los días sucesivos a 6, 6, 2, 2, 2, 1, 3, 4, 2, es decir, la diarrea desaparece al tercer día, haciéndose las deposiciones compactas y pastosas.

*Peso:* En los últimos cinco días había bajado casi medio kilo, de 6.520 a 6.080 grs., y con Aplona se registraron los siguientes pesos, por día: 6.040, 6.000, tres días, ídem, tres días 5.900 y luego el peso comienza a subir a razón de 20 a 30 grs. por día.

*La temperatura,* de 38°2 baja en tres días a la normal.

*El estado general,* el ánimo y el aspecto del niño mejoran igualmente.

*Forma de alimentación* en sucesivos días:

8 veces 2 cucharaditas de Aplona en 100 de agua y sacarina.

8 veces 3 cucharaditas de Aplona en 150 de agua y sacarina.

8 veces 3 cucharaditas de Aplona en 150 de cocimiento de harina y sacarina.

8 veces 3 cucharaditas de Aplona en ídem y 15 grs. de leche de vaca y sacarina.

6 veces 2 cucharaditas de Aplona en 100 de cocimiento de harina y 50 de leche de vaca y azúcar.

6 veces 2 cucharaditas de Aplona en 75 de cocimiento de harina y 75 de leche de vaca y azúcar.

6 veces todo ídem.

6 veces todo ídem.

6 veces 100 de leche y 50 de cocimiento de harina al 10 % y azúcar, sin Aplona.

#### TERCER CASO.—Niño P. R. B. N.º 20.296.

Prematuro. 2.500 grs. al nacer. Por grietas de los pezones, la madre deja de amamantarlo. Es criado con leche ácida hipergrasosa y el niño prospera bien; a los cinco meses pesa 5.600 grs. *En esta época* se cambia el alimento por lactofarináceos y continuó bien.

Ha tenido algunas veces diarrea y hace ocho días comenzó de nuevo.

Como día a día empeora, es traído nuevamente al Servicio.

Se comprueba una grave dispepsia tóxica a forma enterocolítica. Tiene 39°4 de temperatura y más de nueve deposiciones. Se interna y se ordena babeurre y leche de ama.

26 de diciembre: Pesa 5.400 grs. Tiene ocho meses. Ha bajado medio kilo en ocho días. Temperatura, 38°. Siete deposiciones. No habiendo suficiente cantidad de leche de ama, se la completa con leche albu-minosa.

29 de diciembre: Como no mejorara y siguiera con ocho pañales, se le da desde ayer Aplona, ocho veces dos cucharaditas planas en 100 grs. de agua y sacarina. El niño está más tranquilo y con apetito. Hoy ha tenido por primera vez una deposición compacta, de color castaño; todavía fueron los pañales ocho en el día. Se aumenta la ración a ocho veces tres cucharaditas planas de Aplona en 150 grs. de agua y sacarina.

30 de diciembre: Peso, 5.000 grs. Seis deposiciones. Es el primer día de temperatura normal.

31 de diciembre: Peso, 4.950 grs. Las deposiciones han disminuído a cuatro y son compactas. El estado general es mucho mejor. Se reemplaza el agua por harina de arroz, en cocimiento al 10 %, quedando la alimen-

tación en ocho veces tres cucharaditas planas de Aplona en 150 grs. de cocimiento de harina y sacarina.

1.º de enero de 1935: Se ha detenido la baja de peso, estando en 4.950 grs. Tres deposiciones. Se agrega 15 grs. de leche de vaca a cada mamadera.

2 de enero: Peso, 4.950 grs. Dos deposiciones. La diarrea ha desaparecido completamente, pero da lugar a deposiciones pastosas, oscuras.

El peso comienza a subir el 4 de enero a razón de 20 y 30 grs. diarios. Se pasa a alimentación normal en la siguiente forma:

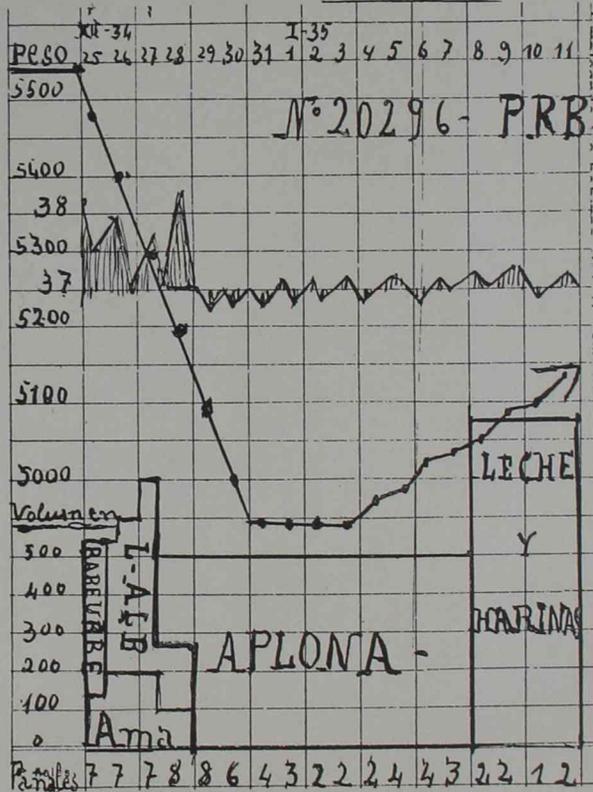


Figura 2

2 de enero: Seis veces dos cucharaditas de Aplona en 50 grs. de leche y 100 grs. de cocimiento de harina y azúcar.

4 de enero: Seis veces dos cucharaditas de Aplona en 75 grs. de leche y 75 grs. de cocimiento de harina y de azúcar.

5 de enero: Seis veces dos cucharaditas de Aplona en 80 grs. de leche y 40 grs. de cocimiento de harina y de azúcar.

7 de enero: Se suprime la Aplona y se dan seis veces 100 grs. de leche y 40 grs. de cocimiento de harina y azúcar.

*Resumen:* Grave dispepsia hacia toxicosis en un lactante distrófico de 8 meses de edad y con peso de cinco y medio kilogramos.

Curación con dieta de manzanas. A los diez días tolera perfectamente la dieta normal y aumenta en el mes subsiguiente 600 grs.

---

## El problema de la queratitis intersticial

por el

**Dr. Antonio I. Manes**

Jefe de los Servicios de Oftalmología de los Hospitales Rawson y Alemán

La queratitis intersticial, es una afección de seria importancia, y que se presenta, generalmente, en niños, y su máximo de frecuencia es entre los 6 y 14 años, predominando en el sexo femenino; y a pesar de los adelantos de los últimos tiempos, permanece como una nebulosa en el horizonte científico.

Si bien se le conoce como una manifestación inequívoca de sífilis hereditaria (85% de reacción Wassermann positiva), puede presentarse también en la sífilis adquirida (observaciones nuestras en varios enfermos de diferentes edades).

Sin embargo, desentona con el tratamiento de las afecciones francamente luéticas, en las que la mejoría por la acción medicamentosa antiluéctica es una franca contraprueba. En esta afección, el tratamiento es terminantemente ineficaz. La evolución en general, 6 a 8 meses, es igual con tratamiento intenso, ligero o sin él. No es posible con los tratamientos conocidos evitar el ataque al otro ojo.

Existen, además, casos a iniciación bilateral. Cuanto más joven es el enfermo, más probabilidades tiene de dejar menos opacidades corneanas, existiendo enfermos que hemos tratado, en que la córnea quedó tan transparente que ha sido imposible colegir que hayan sufrido una intersticial, es decir, existe una analogía con la neumonía, que, bien curada, no deja rastros.

En cambio, en otros casos, a pesar del tratamiento intenso y cuidadoso, han dejado cicatrices rebeldes que perduran a pesar de todo. No tiene, tampoco, una evolución determinada correspondiente a las diversas formas y es por demás caprichosa. Puede

presentarse: vascular, punteada de Sicher, queratoiritis anterior de Stellwag, diseminada, filamentosa de Fuchs, nodular profunda, vascular de Mauther, queratouveitis con complicaciones ciliares y coroides (coroiditis retrociliares residuales), etc.

Existen, además, como hemos observado repetidas veces, mesoqueratitis o queratitis parenquimatosas o intersticiales, de etiología variada que no son superficies ni subepiteliales y que se han presentado a consecuencia de gripe o de afecciones infectivas, siendo su evolución mucho más breve, y contrasta con la benignidad de la agresión.

La forma típica que se presenta comúnmente, es la siguiente: infiltración corneana, que puede iniciarse en el centro o en la periferia, con lagrimeo, inyección periquerética, que aumenta a medida que avanza la infiltración.

Después de cierto período en que la córnea se opacifica, comienza la inyección periquerática que es extraordinaria, vascularizándola intensamente. Luego sigue el período de reabsorción en que a veces todo signo inflamatorio se atenúa, recuperando la córnea su transparencia y otras veces el enturbiamiento residual es acentuado y en ocasiones imperecedero.

Biomicroscópicamente la queratitis intersticial no tiene signos diferenciales. (Véase obra López Lacarrere).

La asociación de la tuberculosis con la sífilis hereditaria es, desde antaño conocida, desde Mackenzie, escrofulosis y sífilis; Fournier, afección parasifilítica y linfatismo, ha sido renovada en los últimos tiempos con los estudios sobre el terreno tuberculoso (complejo primario de la clasificación de Ranke).

Sin embargo, los tratamientos actuales que se basan en la asociación de la auroterapia (sanoerisina y sus derivados), con arsenicales, bismúticos y mercuriales, unidos a los agentes provocadores de la fiebre, no han abreviado la evolución clásica de la enfermedad.

El profesor Baliña dice haber observado relativo acortamiento de la enfermedad con la asociación de la hepatoterapia al tratamiento antiluéptico. Estamos haciendo las mismas observaciones para afirmar o rectificar estas deducciones, que por cierto son nuestros deseos, sean de resultados afirmativos, pues con los dos casos que refiere no es posible sacar conclusiones.

K. von Hofe ('Kl. Monatsblätter', abril de 1933), cita las interesantes observaciones:

“En 4 casos tratados precozmente por sífilis congénita bien probada, no se pudo evitar el desarrollo de la queratitis intersticial.

“Dos de estos enfermos, de 11 y 13 años de edad, fueron tratados con tratamiento antilúético variado, arsénico y bismuto desde la infancia; otro enfermo de 12 años fué tratado 9 meses antes del desarrollo de la intersticial.

“El último enfermo, de 14 años, que también fué tratado intensamente durante su enfermedad unilateral, a los dos días después de recibir un cuerpo extraño en el otro ojo se desarrolló una infiltración profunda, contorneando al sitio de la lesión traumática, y poco a poco fué degenerando en una lesión intersticial exactamente con el mismo carácter del otro ojo, ¿coincidencia con el traumatismo en el estallido habitual bilateral de la enfermedad, o influencia directa del traumatismo?”

Ahora bien; preguntémoslo: *¿Qué causa existe o cuál es el factor determinante para qué en un heredolúético estalle una queratitis intersticial?*

*Este es el problema.* Las estadísticas de la frecuencia de la intersticial son muy variadas. En los casos de Panas, sobre 5069 enfermos heredolúéticos, 40 casos. No existen estadísticas recientes bien comprobadas y severamente controladas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Caso extraordinario en la bibliografía médica. El Prof. Seefeldes, de la Universidad de Insbruck, en Abril de 1933 (Arch. für Augenheilkunde), trató un niño con los caracteres clásicos de la infiltración intersticial en el ojo izquierdo.

Para su edad, niño atrasado, no se encuentra ningún estigma clínico de sífilis. La infiltración corneana da el clásico aspecto lechoso, siguiendo luego la infiltración vascular por el segmento témposuperior. Ojo derecho normal.

Tratamiento: Miosalvarsan; fricciones en los días intermedios. A los 14 días de estar en la clínica, sobrevienen convulsiones tónicas y clónicas, provocándole la muerte.

Autopsia: Focos hemorrágicos edematosos en ambos pulmones, corazón aumentado de volumen, degeneración grasosa del hígado y congestión, ligera nefrosis y edema agudo cerebral, sin encefalitis.

No se encontró, ni macro ni microscópicamente ningún signo de lúes.

A las 4 horas de morir, fueron enucleados ambos ojos y conservados en solución de Zänker.



# “Nestogeno”

LECHE EN POLVO  
SEMI-DESCREMADA  
PARA LACTANTES

## Análisis Típico:

Materias grasas	12,0 %
Materias proteicas	20,0 »
Lactosa	30,0 »
Maltosa-Dextrina	15,0 »
Sacarosa	15,0 »
Cenizas	4,7 »
Agua	3,3 »

436 calorías por 100 grs.  
de Nestogeno sin diluir.

es ahora un producto nacional, elaborado en la nueva fábrica NESTLE de Magdalena (F. C. S.).

“NESTOGENO” es leche de vaca semidescremada y pulverizada por el sistema Spray que conserva íntegramente las vitaminas y sales minerales.

La disminución de la materia grasa es equilibrada por su contenido de cuatro azúcares diferentes: lactosa, sacarosa, maltosa y dextrina, siguiendo los principios de Mouriquand que dice: cuanto mayor es el número de sustancias alimenticias, más probabilidades hay de que se realice el equilibrio alimenticio y por consiguiente, el nutritivo.

**NUEVO PRECIO REBAJADO:**  
**\$ 1.50** el tarro de 250 grs.

Enviaremos gustosamente literatura y muestras gratis a los Señores Médicos que las soliciten.

## NESTLE (ARGENTINA)

Sociedad Anónima de Productos Alimenticios

Calle L. SAENZ PEÑA 265

BUENOS AIRES

# Kufeke

## agregado a la leche

es ideal para la alimentación de las criaturas sanas que reciben de su madre poca o ninguna leche.

**Kufeke** es también indicadísimo en los casos de disturbios de la alimentación de los niños de pecho y de los ya despechados que han recibido mala o insuficiente alimentación durante el período de la lactancia y de aquellos que han sufrido una interrupción en su desarrollo por resistencia a la leche de vaca o por alguna enfermedad constitucional: raquitismo, tuberculosis, sífilis.

Literatura y Muestras a disposición de los señores médicos

REPRESENTANTES:

## KROPP & Cía.

S. A. Comercial y Financiera.

BUENOS AIRES  
Alsina 1142

MONTEVIDEO  
Misiones 1434

## INSTITUTO DIETETICO PARA LACTANTES

Director: Dr. Elías Schteingart



Extracción aséptica de la leche

### Lactancia natural

Se expende leche de mujeres, sanas, controladas clínica y biológicamente.

### Otras leches que expende el Instituto a pedido del médico

Leche de mujer, desgrasada.  
Suero de leche de mujer

Se reparte 2 veces al día  
en frascos de 50 y 100 grs.

### INDICACIONES:

Alimentación natural, Toxicosis, Dispepsia, Gastroenteritis, Débil congénito, Descomposición, enfermedades infecciosas, Dermatitis, etc.

En el estudio anatómico, se impusieron las siguientes preguntas:

I. ¿Existen en la córnea del ojo con queratitis intersticial, espiroquetas?

II. ¿Qué forma de células predominan en la zona infiltrada?

Para la primera investigación, se utiliza la técnica descrita por Bertarelli y Volpino (Virchows Arch. Scheider, N.º 234, 1921).

Para seguridad del examen, una parte de la córnea fué conservada en el Servicio del Prof. Seefelder y allí se siguió el método mencionado; otra parte de la misma córnea infiltrada fué enviada al laboratorio de Anatomía Patológica de Innsbruck, Profesor Lang. Ambos llegaron a las mismas conclusiones: No se han encontrado espiroquetas.

Segunda pregunta: Córnea: Epitelio existe, pero muy modificado. Los cortes se han efectuado en dos o tres sitios distintos. El protoplasma de las células basales son a la gran formación vacuolar. Los núcleos estaban ligeramente coloreados. Entre las células epiteliales se encuentran aquí y allí células redondeadas (linfocitos y leucocitos).

En resumen: el epitelio ofrece señales evidentes de destrucción.

En los cortes transversales de la córnea se encuentran algunos espesamientos con la infiltración celular. En otros preparados (endurecidos), y con gran aumento, encuéntrase elementos constitutivos de los ojos normales y células inflamatorias con leucocitos.

Las células fusiformes son escasas. El infiltrado en la córnea es irregular, se presenta con más frecuencia en las partes más posteriores y también en la zona del limbo.

En los cortes tangenciales se diferencian ante todo, por sus células. Son más grandes y de coloración menos acentuada. Las formas nucleares son también variadas, afectando formas en herradura, aviboradas, anularesarriñonadas y algunas con ángulos nítidos, con protoplasma bien coloreado.

En la superficie del iris se observan, en pequeñas distancias, células de exudados en plena migración, tratándose especialmente de leucocitos.

Resumiendo: El examen anatomopatológico señala fuertes síntomas congestivos, especialmente en los bordes corneanos y en los límites de la conjuntiva y episclora con la córnea, dejando comprobar que por estas partes se produce la invasión de toxinas.

Las formas variables de los núcleos en el parenquima corneano son, según Seefelder, neoformaciones y no células migratorias.

En sus conclusiones está de acuerdo con Igersheimer, Elshnig y Schieck, que se han ocupado anteriormente de la anatomía patológica de la queratitis intersticial, y finalmente, este autor se pregunta: *¿Es la espiroqueta pálida el agente de la queratitis intersticial?*

En nuestro Servicio del Hospital Rawson, hemos tratado, en nuestros primeros años de práctica en la especialidad (1912 a 1916), a estos enfermos con la sueroterapia para específica (Darier), suministrando suero antidiftérico por vía gástrica, unido al tratamiento general, que bien intenso era efectuado en el Servicio de Enfermedades de la Piel, dirigido por el Dr. Seminario, sin que pudiésemos deducir abreviación de la afección.

Luego, más tarde, hemos tratado varios casos con fiebre en forma intensiva.

#### *Casos clínicos tratados en el pabellón VI del Hospital Rawson*

Rosa M., de 11 años de edad. Febrero de 1930. Queratitis intersticial.

Concurre al Servicio después de 12 días de iniciada la enfermedad.

Reacción de Wassermann ++++. No tiene signos físicos de lúes hereditaria; nariz, boca y paladar, normales, salvo tubérculo Sabourand-Carabelli en la primera molar.

A los 18 días comienza a enfermarse el otro ojo y se interna.

*Tratamiento:* Absceso de fijación con 1½ c.c. de trementina en cara externa del muslo. Durante el período febril, ambos ojos empalidecen y toda señal de congestión corneana e iridea desaparece. En estas condiciones se atropiniza intensamente para dilatar las pupilas. Se sigue el tratamiento que se ha iniciado. Inyecciones de biyoduro y bismogenol aun durante la fiebre.

A los 16 días: Incisión del absceso. Curaciones con drenaje y luego planas. Una vez desaparecida la fiebre, se presentan los mismos fenómenos congestivos oculares. Vascularización pericorneana, sigue el proceso evolutivo normal. Se da de alta, concurriendo al consultorio externo, y continuando en el Servicio de Piel y Sífilis el tratamiento general anti-luético, y a nuestro Servicio para inyecciones de Cl Na al 5%.

Evolución de la enfermedad, 8 a 9 meses.

Septiembre de 1934: Hemos vuelto a examinar a esta enferma; córneas bien transparentes, sin trazos cicatrizales.

Visión = 2/3. Con A. O. — 0,50. V. = 1.

María S. S., argentina, de 19 años de edad. Marzo de 1931.

Queratitis intersticial bilateral. Como no puede ver para conducirse al hospital, se interna.

Ambos ojos en plena vascularización. Wasserman positiva ++++. Tiene facies con surcos bucales y nariz algo deprimida.

Absceso de fijación. Temperatura elevada. Tratamiento: bicloruro y mutanol, aun durante el período febril. Empalidecimiento de las zonas congestivas. Atropinización.

Continúa con el tratamiento general al que se le agrega neosalvarsan.

El tratamiento es efectuado en el Servicio de Piel y Sífilis, pabellón VII, continuado e intensamente. Como volvieron a presentarse nuevamente y con intensidad los síntomas congestivos, se decide otro absceso de fijación en la cara externa del otro muslo. Se continúa con el tratamiento antilúético.

La infiltración corneada tarda en evolucionar. Dionina local en polvo e inyecciones subconjuntivales con el Cl de Na. Fricciones con pomada a la tioscinamina. Se le hacen, también, 20 inyecciones de fibrosilina.

La enferma permanece en el Servicio 6 meses.

El ojo derecho ha mejorado y puede manejarse con él, en cambio, el otro, quedó con opacidades espesas.

Fricciones en el ojo con pomada mercurial simple y dionina, alternando con pomada rojoesarlata.

Se envía a un dispensario tuberculoso, rogando el examen clínico y radiográfico. Nos comunican que se trata de hipertrofia ganglionar hiliar. No hay bacilos de Koch. No hay indicaciones radiográficas de lesiones agudas ni fibrosas antiguas. Aconsejamos, no obstante, antígeno metílico; hace 30 inyecciones, previo control de la temperatura.

La enferma fué vuelta a examinar al año de abandonar el Servicio.

El ojo derecho: córnea más clara, visión 1/6.

El ojo izquierdo: cicatrices bien visib'les, visión = 1/50. No se pueden ver algunos sectores del iris.

María R., de 18 años de edad. Marzo 29 de 1932.

Ojo derecho: queratitis intersticial comenzada hace dos semanas. Wassermann positiva ++++. No hay estigmas de lúes hereditaria. Mucho flujo vaginal.

*Tratamiento:* atropina y termóforo eléctrico. Bismuto. Pomada al rojoesarlata.

A los dos meses, ataque al otro ojo. Como los fenómenos inflamatorios en el ojo fueron muy intensos, se le hace una inyección de sangre en la cámara anterior, siguiendo el procedimiento Schick para las iritis tuberculosas. Absceso de fijación. Se continúa con el tratamiento general antilúético. A los 4 meses ataque al otro ojo. Como la evolución fuera muy lenta se repite el absceso de fijación.

La enferma, después de un año de tratamiento, ha logrado escasa mejoría. Córneas poco transparentes. De alta en noviembre de 1932.

En enero de 1933, se interna en el Servicio de Clínica Médica del Dr. Martini, y el Dr. Bacigaluppi le hace medicación tónica e inyec-

ciones de antígeno metílico del Instituto Pasteur. Dosis diluída y crecientes, concentrado progresivamente.

A los dos meses se le dió de alta.

Posteriormente se hacen 0.40 grs. de bicianuro de mercurio.

Córneas algo transparentes, aun cuando existen opacidades centrales. Continúa aún, asiduamente, a nuestro Servicio; inyecciones subconjuntivales de Cl de Na y pomada rojoescarlata por las noches.

Niño A. D., de 9 años de edad. Internado en el Hospital Alemán. Febrero de 1934.

Queratitis intersticial bilateral. Período de reabsorción. Hace tres meses de evolución. Wassermann positiva ++++. No hay estigmas de lúes hereditaria.

*Tratamiento:* Bismogenol y solusalvarsan. Vacuna Dmeleos cada 4 días. Se continúa con el tratamiento. Lo sigue durante tres meses, habiéndosele efectuado 10 inyecciones de vacuna Dmeleos y el tratamiento general unido a la hepatoterapia. Hepatrat en inyecciones intramusculares día por medio, 20 inyecciones; destropur, 2 cucharadas soperas diarias.

A pesar de este tratamiento severamente controlado y concientemente efectuado, la mejoría ocular es poco marcada.

Alta en julio de 1934. Opacidades corneanas en ambos ojos.

Ultimamente los autores americanos Ambler J. C. y Vaucleve ("Journal Am. Med. Assoc.", mayo 1934), publican el resultado de la malarioterapia en 17 enfermos de queratitis intersticial.

La edad varió, de 7 a 35 años.

Se advirtió en todos los casos, rápida y completa supresión del dolor, fotofobia y lagrimeo.

Cuatro casos evolucionaron en el término de un año y un caso duró 7 años.

En ningún caso se afectó la visión de manera de imposibilitar la capacidad visual para el trabajo industrial.

Confiesan que a pesar del tratamiento malárico, en 8 enfermos *persistieron las cicatrices corneanas* después del año.

Se observó recaídas en dos casos, que ocurrieron pocas semanas después del tratamiento malárico. En 5 enfermos se produjo la lesión *en un segundo ojo*, durante el tratamiento.

Diez enfermos recibieron tratamiento antisifilítico concomitantemente con la marioterapia.

Lëwenstein sostiene que la intersticial es debida a embolias u obturaciones inflamatorias de las venas ciliares inferiores. Pero aceptar entonces la bilateralidad de la lesión es un argumento algo forzado.

Elsching cree que las toxinas circulantes en el organismo son

absorbidas en los capilares circundantes a la córnea, debido a una reacción anafiláctica especial del tejido corneano.

Ahora bien; existe una completa disparidad entre la tesis sostenida por Löwenstein y la de Seefelder, pues este último no encontró tales lesiones. El Prof. Terrier (Archives D'Ophthalmologie, abril 1933), aduce la posible influencia de los trastornos de la secreción endocrina sobre el desarrollo de la queratitis intersticial de los heredolúéticos, siguiendo Töwbin y Prosorowsky (Arch. Graef., año 1929).

Estos autores han observado en 20 enfermos con queratitis intersticial, trastornos funcionales y orgánicos, caracterizados por un retardo de crecimiento, adiposidad, fenómenos vasomotores, exageración sudoral, acrocianosis, dermatografismo, parasimpaticotomía, disminución del tenor de la hemoglobina y linfocitos relativos.

Terrien ha encontrado frecuentemente síntomas de la serie hipofisiaria y trastornos parasimpáticos, eczema en la cara dorsal de las manos, piel seca, trastornos de la transpiración de las extremidades y huecos axilares, desaparición de pelos y vello, disminución del volumen del tiroides, menstruaciones tardías e irregulares, perturbaciones en el reflejo oculo-cardíaco, etc. Pero es de preguntarse, ¿acaso no es conocido que la sífilis y aun la tuberculosis en menos grado son capaces de repercutir en el sistema vegetativo endócrino y originar estas alteraciones?

La influencia del traumatismo ha sido señalada en innumerables casos, como el estallido de una queratitis intersticial, así como numerosas observaciones de queratitis intersticiales que han despertado después de un traumatismo quirúrgico.

Herzan y Hossmann, de la Clínica del Prof. Bielschowsky ("Klin. Monät. f. Auge.", 1932, pág. 465), desde 1910 a 1932, comprobaron en 269 enfermos 19 veces el traumatismo.

CONCLUSIÓN.—Compartimos la opinión de Igersheimer, autor de la famosa obra "Sifilis und Auge", que dice: "*La exacta patogenia de la queratitis intersticial se mantiene hoy día como un enigma*".

Para la solución, si es que está a nuestro alcance, solicitamos a los pediatras, oculistas y sifilógrafos, que son los que están en contacto con estos enfermos, la prolija observación y su examen metódico.

## La edad para practicar la vacunación antidiftérica según nuestros índices demográficos

por el

Dr. G. Bayley Bustamante

Con el Prof. Zwanek hemos estudiado la morboletalidad de la edad pre-escolar en nuestra Capital, y al compararla con la de otras edades, constatamos el incremento que la difteria tiene en estos niños.

Como no sabemos de nadie que se haya ocupado en determinar estos índices demográficos en nuestros pre-escolares, consideramos interesante detallar aquellos que se refieren a la difteria, por la utilidad que pueden prestarnos al aplicar medidas de profilaxis específica.

Los índices que establecemos están basados sobre datos estadísticos obtenidos por nuestros propios medios y corresponden a los cuatro últimos años. Creemos que muchos de ellos pueden ser considerados como índices generales, porque comprenden un gran número de casos. Así, desde 1930 a 1933 la difteria produjo en el Hospital de Niños y en el Hospital Muñiz 383 decesos, y durante esos mismos años el número total de defunciones en la Capital fué de 581; como la primera cifra representa dos tercios (65,92 %) de la segunda, esto nos autorizaría a generalizar las deducciones.

Previamente detallaremos diferentes índices demográficos y luego expondremos lo que nos sugieren los mismos, sobre la forma de practicar la vacunación antidiftérica.

### Indices de mortalidad diftérica

Las infecciones específicas tienen mayor frecuencia a medida que aumenta la edad de los niños. En la primera infancia ellas

están reducidas al 12,70 % dentro de la totalidad de las causas letales; alcanzan el 34,82 % en la edad pre-escolar, mientras que dentro de la mortalidad general su porcentaje es de 19,59. (1931-33).

Es este un fenómeno de carácter general, pero se aplica de un modo particular para la difteria. En efecto, dentro del orden de frecuencia de cada edad, ella figura antes de cumplir el primer año de vida en el 13.º lugar (0,6 % de todas las causas de letalidad); después del año alcanza ya el 5.º (3,1 %); el 4.º a los 2 (5,9 %) y 3 años (9,2 %) y desde los 4 (12,9 %) hasta los 9 años (11,3 %) ocupa el 2.º lugar, precediéndole la tuberculosis por escasa diferencia.

La difteria representa el 2,74 % de todas las causas de muerte que se producen entre 0 y 14 años, según lo vemos en este cuadro correspondiente a los años 1931 a 1933. (Datos de la Dirección de Estadística Municipal):

	1931	1932	1933	Total del trienio	Proporción
Niños fallecidos por difteria	109	113	160	382	2.74%
Total de niños fallecidos	5.173	4.788	3.979	13.940	

En este trienio la difteria tiene una tasa de 0,51 % dentro de la mortalidad general y de 9,42 % dentro de todas las causas de la edad pre-escolar. Esta cifra es 18 veces mayor que la anterior.

Durante los mismos años, dentro de las causas infecciosas de letalidad, la difteria tiene un porcentaje de 2,61 entre todas las edades reunidas, mientras que en la edad pre-escolar ese porcentaje se eleva al 28,27. Esta cifra es 11 veces mayor que la anterior.

Si comparamos el número de defunciones con la cantidad de habitantes, tenemos que en el mismo trienio el índice general de mortalidad diftérica, es de 6,17 por cada 100.000 habitantes, mientras que en la edad pre-escolar el índice es de 34,43 por cada 100.000 niños de 2 a 6 años que existían en la Capital Federal en los años 1931 a 1933. Esta proporción es 5 veces mayor que

la anterior <sup>(1)</sup>, y se deduce de las cifras que se detallan en el siguiente cuadro:

	Población de la Capital en cada año	Cantidad total de fallecimientos por difteria	Proporción por cada 100.000 habitantes (promedio del trienio)
1931	2.177.612	111	6.17
1932	2.197.053	119	
1933	2.213.111	170	

	( <sup>2</sup> ) Cantidad de niños de 2 a 6 años que existían en la Capital	Número de niños de 2 a 6 años fallecidos por difteria	Proporción por cada 100.000 niños de 2 a 6 años (promedio del trienio)
1931	205.885	62	34.43
1932	209.218	62	
1933	212.092	92	

Es evidente, en cualquiera de las comparaciones establecidas, que el número de defunciones es mucho mayor en la edad pre-escolar que en las demás edades. En las otras edades de la infancia la mortalidad diftérica tiene también proporciones considerables, pero no son tan elevadas como en aquélla.

*La importancia porcentual de la letalidad diftérica en cada edad de la infancia* está representada en el gráfico N.º 1 (línea continua, gráf. 1), y expresada en las cifras de este cuadro (1931-34):

	Edad en años							
	Menor 1 año	1	2	3	4	5	6	7
Cifras absolutas	27	65	79	72	58	49	52	45
Porcentajes	4.93	11.88	14.44	13.16	10.60	8.95	9.50	8.22

	Edad en años							Total
	8	9	10	11	12	13	14	
Cifras absolutas	35	22	12	8	10	7	6	527
Porcentajes	6.39	4.02	2.17	1.46	1.82	1.82	1.09	%

(1) Mientras que en las dos comparaciones anteriores se cotejan cifras absolutas y se obtienen índices crudos, en esta última el número de decesos respectivos se relaciona con la totalidad de la población de la Capital en la misma fecha y con la cantidad de individuos de una edad determinada; obteniéndose así, un índice standardizado.

(2) Cálculo determinado en la forma que indicamos en nuestro trabajo "La mortalidad y morbilidad en la edad pre-escolar", I volumen. Buenos Aires. 1935.

## Importancia porcentual de la morbilidad y mortalidad diftérica en cada edad de la infancia

Morbilidad: línea punteada. Mortalidad: línea continua

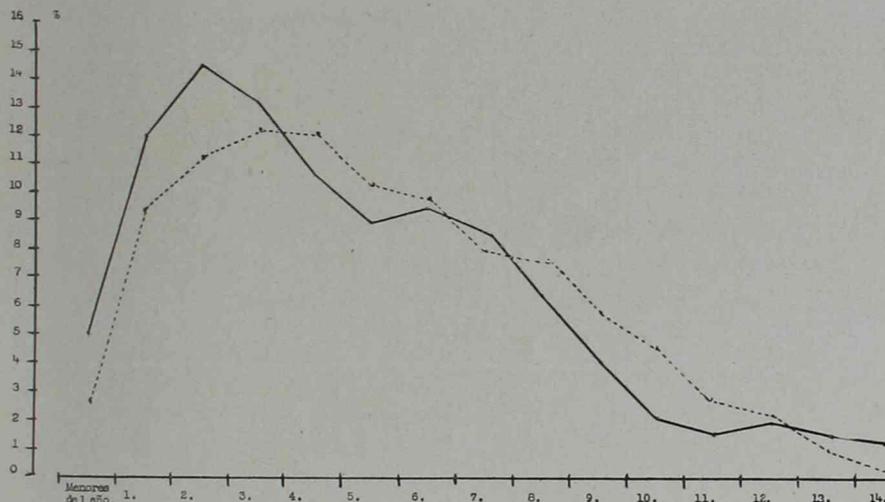


Gráfico N.º 1

La mortalidad se mantiene en cifras elevadas desde 1 a 7 años, pero sus proporciones máximas se encuentran entre 1 y 4 años. Dentro del primer año de vida el número de defunciones es ínfimo antes del primer mes (0,07 %) muy reducido hasta los 5 (1,41 %) y algo mayor entre los 6 y 11 meses (3,45 %). Se eleva hasta los 2 años, edad en que alcanza su máximo, se mantiene en su acmé hasta los 4 y luego la curva de frecuencia declina lentamente hasta los 8 y desde entonces desciende en forma marcada hacia la adolescencia.

La importancia porcentual de la letalidad diftérica en las distintas edades de la vida decrece progresivamente con la edad. La marcha descendente de la curva de frecuencia está representada en el gráfico N.º 2 (línea continua), y expresada en las cifras de este cuadro, que corresponden a los años 1931-34 <sup>(3)</sup>.

Grupo de edades en años .....	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39
Cifras absolutas...	301	203	43	4	4	3	2	1
Porcentajes .....	53.18	35.86	7.59	0.70	0.70	0.53	0.35	0.17
Grupo de edades en años .....	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	Total
Cifras absolutas...	1	1	1	0	1	0	1	566
Porcentajes .....	0.17	0.17	0.17	0	0.17	0	0.17	%

Se ve pues, que de la cifra total de defunciones más de la mitad de los casos pertenecen a niños de 0 a 4 años, una tercera parte a los comprendidos entre 5 y 9 y una proporción mucho menor a los niños de 10 a 14 años; mientras que a las demás edades les corresponde un porcentaje ínfimo, pues todas ellas reunidas sólo representan el 3,30.

### Indices de morbilidad diftérica

Con el Prof. Zwanck estudiamos la morbilidad de 8.611 niños de 2 a 6 años internados durante el trienio 1931-33 en varios hospitales de la Capital, y constatamos que dentro de la totalidad de las causas mórbidas la difteria tiene un porcentaje de 8,70. Dentro de las enfermedades infecto-contagiosas su proporción se eleva al 18,89 % en la edad pre-escolar.

No contando como para la mortalidad, con una institución que nos suministre datos estadísticos de toda la población metropolitana, hemos recurrido a distintos establecimientos oficiales, para estudiar la morbilidad diftérica.

En el Hospital de Niños se internan la mayoría de los diftéricos que se hospitalizan en nuestra Capital, como lo demuestran estas cifras, correspondientes a niños de edad pre-escolar:

	Hosp. Niños	Casa Expós.	Hosp. Muñiz	Otros hosp. municip.	Total anual
1931	112	25	41	1	179
1932	144	15	58	1	189
1933	275	19	56	2	352
Total	531	59	155	4	750

Como de esos 750 enfermos, 531 pertenecen al Hospital de Niños, éstos constituyen el 70,66 % de la totalidad.

*La importancia porcentual de la morbilidad diftérica en cada edad de la infancia*, la determinamos basándonos en los internados en dicho hospital, teniendo en cuenta el porcentaje mencionado. El número de internados fué de 278 en 1931; de 349 en 1932; de 540 en 1933, y de 481 en 1934, los que suman 1648 en total. De éstos, las proporciones en que se enferman los niños en diferentes edades están representadas en el gráfico N.º 1 (línea punteada), y en las cifras de este cuadro:

	Edad en años							
	Menor 1 año	1	2	3	4	5	6	7
Porcentajes . . . . .	2.59	9.39	11.14	12.11	12.05	10.30	9.65	8.16

	Edad en años						
	8	9	10	11	12	13	14
Porcentajes . . . . .	7.84	5.70	4.53	2.85	2.20	1.16	0.25

Desde 1 hasta 8 años las cifras son elevadas, pero su máxima se encuentra entre los 2 y los 5. En forma progresiva las proporciones ascienden de 1 a los 3 años, se mantiene en su acné hasta los 6 y luego la curva de frecuencia declina lentamente hasta los 8 y desde esa edad desciende en forma marcada.

Observando en el gráfico N.º 1 la evolución de las curvas de frecuencia de la mortalidad y morbilidad diftérica en las diferentes edades de la infancia, es fácil constatar que, con pequeñas oscilaciones, ambas siguen una marcha paralela, sólo que la primera precede a la otra en su progresión.

*La importancia porcentual de la morbilidad diftérica en las distintas edades de la vida* decrece progresivamente con la edad, como lo expresan las cifras de este cuadro, correspondiente a enfermos internados en el Hospital Muñiz en los años 1931-34.

Grupo de edades en años . . . . .	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34
Cifras absolutas . . .	165	245	128	57	35	41	17
Porcentajes . . . . .	23.37	34.70	18.13	8.07	4.95	5.80	2.40

Grupo de edades en años . . . . .	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	
Cifras absolutas . . .	9	3	3	0	2	1	706
Porcentajes . . . . .	1.27	0.42	0.42	0	0.28	0.14	%

El gráfico 2 (línea punteada) nos muestra que la difteria alcanza sus proporciones máximas en la infancia, pero mientras que su mortalidad es casi exclusiva de 0 a 14 años por que abarca la mayoría de sus porcentajes (96,63 contra 3,30 %) (3), la morbilidad,

(3) En las operaciones realizadas para determinar los diversos porcentajes, las cifras han perdido decimales y por eso la suma de los parciales no es igual a 100. Dada la escasa diferencia, hemos preferido no rectificarlos.

en cambio, conserva ciertas proporciones en edades posteriores, sobre todo en el adolescente y en el adulto joven. Entre nosotros, Vaccarezza ha hecho notar que el adulto paga también su tributo a la enfermedad. Por esto, la curva de frecuencia de la letalidad

### Importancia porcentual de la morbilidad y mortalidad diftérica en cada edad de la vida

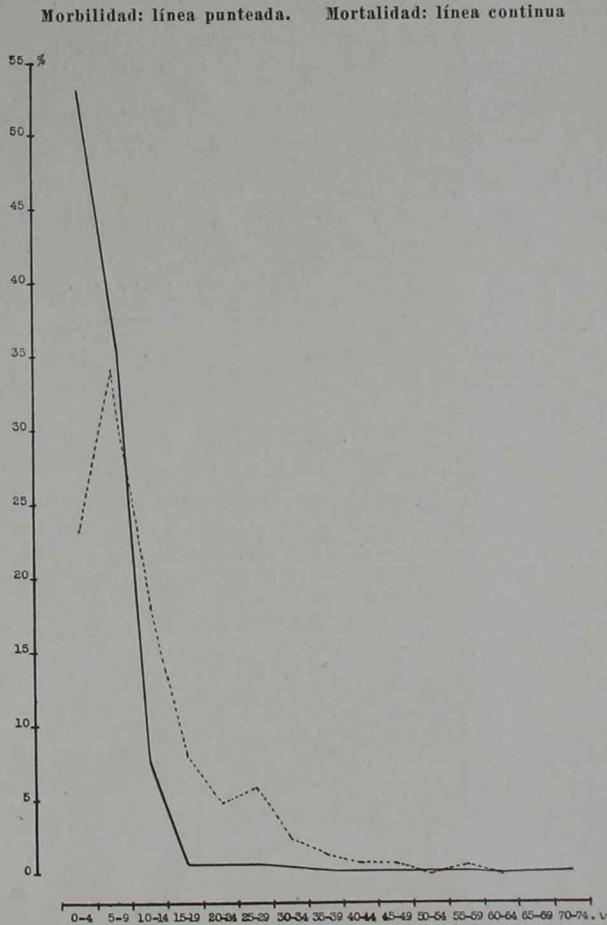


Gráfico N.º 2

es una línea que desciende casi verticalmente desde el primer al tercer "grupo de edades", mientras que la de la morbilidad se eleva desde el primer al segundo grupo (5 a 9 años) y luego desciende más gradualmente que la anterior, desde los 15 a los 34 años.

La importancia porcentual de la morbilidad diftérica en cada

edad entre los enfermos asistidos en otros hospitales municipales, es semejante a la del Hospital Muñiz, según nos lo muestran estas cifras correspondientes a los años 1930-33. (Datos de la Sección Estadística de la Asistencia Pública):

Grupo de edades en años.....	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39
Cifras absolutas...	383	670	421	248	176	149	84	60
Porcentajes.....	17.05	29.83	18.74	11.04	7.83	6.63	3.73	2.66

Grupo de edades en años.....	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	
Cifras absolutas...	38	10	3	0	2	1	1	2246
Porcentajes.....	1.69	0.44	0.13	0	0.08	0.04	0.04	%

Aun cuando nuestras estadísticas de morbilidad sólo son parciales, pues el número total de enfermos ha sido muy superior, consideramos interesantes los índices establecidos porque están basados sobre 4.560 casos de difteria, clasificados por edades.

#### Índices de morbimortalidad diftérica

La proporción entre la cantidad de enfermos y el número de fallecidos, depende de los caracteres que la morbilidad y la letalidad diftérica adquieren en las distintas edades de la vida. El índice de la morboletalidad es elevado en la infancia, y especialmente en la edad pre-escolar.

De 750 enfermos de 2 a 6 años de edad hospitalizados durante el trienio 1931-33, fallecen 153, o sea el 24,40 %. Esta proporción representa el promedio de los índices de las distintas formas clínicas, que difieren mucho entre sí, según lo vemos en las cifras de este cuadro:

	1931		1932		1933		Trienio		Índices
	Enf.	Fall.	Enf.	Fall.	Enf.	Fall.	Enf.	Fall.	
Formas simples ...	129	24	171	26	288	62	588	112	19.64%
» asociadas..	22	6	14	—	24	2	60	8	13.33 »
» complicad.	28	19	34	21	40	23	102	63	61.76 »
Total .....	179	119	219	47	352	87	750	153	24.40 »

Sin entrar en detalles, haremos notar que el índice de morbimortalidad es más elevado en las formas complicadas de la difteria, por razones obvias.

En el Hospital de Niños, una estadística que comprende niños de distintas edades, nos muestra que este índice es más reducido porque en ella se incluyen enfermos pertenecientes a la tercera infancia que, como se sabe, tienen menor mortalidad. Así, de 1648 diftéricos internados de 1931 a 1934, fallecen 274, lo que arroja un índice de morboletalidad de 16,60 %.

En el Hospital Muñiz, donde se internan enfermos de todas las edades, el índice se reduce al 13,73 %, porque entre 706 diftéricos internados durante los años 1931 a 1934 se producen 97 decesos.

Como en la primera estadística el índice es de 24,40 %, en la segunda de 16,60 % y en la tercera de 13,73 %, se deduce que cuanto mayor sea el número de niños pre-escolares que contribuyan a formar una agrupación de enfermos, tanto más elevado será el índice de morbimortalidad de ella.

#### Incremento de la difteria

Entre nosotros, como en los demás países, el índice de morbimortalidad se ha reducido desde el empleo del suero terapéutico, pero en cambio ha aumentado el número de enfermos. Antes la difteria era un problema clínico por la dificultad de su tratamiento; hoy es un problema higiénico por la facilidad de su difusión.

En las estadísticas que detallamos se constata que el número de diftéricos es cada año mayor. Ciertas remisiones en la frecuencia y caracteres de la enfermedad son debidas a las oscilaciones espontáneas que suelen presentarse en su evolución epidemiológica.

Los datos suministrados por distintas instituciones nos demuestran que el aumento de la morbilidad diftérica es un fenómeno de carácter general.

En el Hospital de Niños el número de niños asistidos ha sido progresivamente mayor durante los últimos años, según se detalla:

Año 1931	.....	428	enfermos
> 1932	.....	729	>
> 1933	.....	1125	>
> 1934	.....	1921	>

En la Inspección Técnica de Higiene el cálculo se basa sobre la cantidad de casos denunciados y de desinfecciones practicadas, que han sido los siguientes:

Año 1931	.....	829	enfermos
> 1932	.....	924	>
> 1933	.....	1194	>
> 1934	.....	1957	>

Este incremento de la difteria resulta aun más manifiesto cuando se estudia la morbilidad en la edad pre-escolar. Ya hemos señalado en un cuadro anterior que el número de niños de 2 a 6 años internados en diversos hospitales de la Capital fué de 179 en 1931 de 189 en 1932 y de 352 en 1933.

En el Hospital Muñiz el número de enfermos también ha aumentado progresivamente, como lo vemos en este cuadro:

Año 1931	.....	131	enfermos
> 1932	.....	159	>
> 1933	.....	163	>
> 1934	.....	253	>

Es interesante señalar que la cantidad de casos producidos en el año 1934 presenta una diferencia considerable con la del año anterior.

Estas cifras sobre morbilidad nos demuestran que la “onda mundial de recrudecimiento nos está rozando” (Cibils Aguirre), pero afortunadamente ella no adquiere aquí los caracteres de otros países, puesto que nuestros índices de mortalidad no aumentan.

Este recrudecimiento de la difteria forma contraste con lo que ocurre en otras enfermedades infectocontagiosas, que han mermado considerablemente su frecuencia, como la tifoidea, la escarlatina, etc.

### **Edad para practicar la vacunación antidiftérica**

Las estadísticas que acabamos de analizar nos demuestran que nuestros índices de morbilidad y letalidad diftérica son semejantes a los de otras grandes ciudades y, en consecuencia, corresponde aplicar medidas profilácticas análogas.

Al considerar la vacunación antidiftérica, en primer término, hemos de recalcar la importancia que tiene la forma de practicarla en nuestra población, de acuerdo a los índices demográficos que estudiamos.

*Profilaxis precoz.*—Si se tiene en cuenta que en nuestra Capital existen aproximadamente 330.000 niños menores de 8 años, es decir, 330.000 sujetos receptivos a la difteria en su mayoría, se

explica la facilidad con que esta infección se difunde. Desde la campaña de Chicago se sabe que una profilaxis racional debe comenzar por la vacunación de niños de edad pre-escolar, puesto que la receptividad es mayor en los primeros años de la vida.

Hemos visto que entre nosotros, tanto la mortalidad como la morbilidad son incomparablemente más elevadas en la edad pre-escolar que en la edad escolar. Así, de 527 niños fallecidos durante los años 1931 a 1934, 145 pertenecían a esta última y 382 a las edades precedentes, lo que representa una proporción de 27,52 % para los escolares y de 72,48 % para los otros niños.

El índice de morboletalidad diftérica está en razón inversa de la edad del enfermo. Entre los internados en diversos hospitales de la Capital durante el trienio 1931-33, cuya morbilidad estudiamos con el Prof. Zwanck, fallecieron el 28,92 % de los enfermos de 2 años de edad, mientras que en los de 6 años el índice de morbimortalidad era de 16,12 %.

Por estas razones, consideramos que sería más apropiado que el porcentaje de vacunados en una campaña fuese más elevado entre los pre-escolares que en los escolares, inversamente a la proporción establecida en el extranjero (New York, etc.), que es de 50 % para la edad escolar y 35 % para la pre-escolar. La vacunación antidiftérica debe practicarse en una forma tanto más intensa cuanto menos edad tienen los niños.

Las estadísticas nos señalan que, además de los niños de corta edad, necesitan ser vacunados los escolares, sobre todo los que cursan grados inferiores, por las condiciones favorables a la contaminación por el bacilo en que los coloca la escolaridad.

*Profilaxis integral.*—Si la letalidad diftérica es casi exclusiva de la infancia (96,63 %), en cambio, la morbilidad, aunque más intensa en el niño, también es considerable en el adolescente y en el adulto joven. Es así que el 13,02 % y el 8,20 % de los enfermos internados en el Hospital Muñiz durante los años 1931 a 1934, tienen de 15 a 25 y de 25 a 35 años, respectivamente.

Este hecho nos demuestra la necesidad de no limitar las medidas profilácticas a la infancia solamente, ya que los adultos desempeñan también un rol importante en la difusión de la enfermedad. Para que la vacunación influya sobre la morbilidad, se requiere que ella se haga extensiva a todos los miembros de la colectividad, y debe abarcar cuando menos el 75 o el 80 % de los sujetos receptivos, según Ramón.



**ANTIDIARREICO**  
ideal para lactan-  
tes y niños peque-  
ños. Sabor agrada-  
ble. No se desdobra  
en el estómago.

Tubos con 10 y 20  
tabletas de 0,5 gr.

*La Química Bayer S.A.*  
Corriente 3101. Bs. Aires

DISPONIBLE

# INSTITUTO PASTEUR de PARIS

## Vacuna Antidiftérica

ANATOXINA DE RAMÓN

EL INSTITUTO PASTEUR  
DE PARIS EXPENDE LA  
VACUNA ANTIDIFTÉRICA  
(ANATOXINA) BAJO LAS  
FORMAS SIGUIENTES:  
CAJAS DE 3 AMPOLLAS DE 1 c.c.  
CAJAS DE 1 AMPOLLA DE 10 c.c.  
CAJAS DE 1 AMPOLLA DE 20 c.c.



H. MILLET & J. ROUX { MONTEVIDEO 255-56 BUENOS AIRES  
JUNCAL 1417 MONTEVIDEO, URUG.

Para realizar esta profilaxis integral se tropieza con el inconveniente de que la anatoxina inyectada produce en el organismo una reacción tanto más intensa cuanto más edad tiene el sujeto. Esta reacción limita el empleo de la vacuna hasta los 8 años, según algunos autores, o hasta los 12 años según otros. Cibils Aguirre ha notado un 3 ó 4 % de reacciones ligeras en niños mayores de 7 años, mientras que ese porcentaje se eleva, entre los 10 y 19 años, al 29 % de los vacunados (Maloney y Fraser).

Modificaciones en la técnica de la vacunación o en la preparación de la anatoxina, quizá consigan evitar esas reacciones, y con ello se podría inmunizar así a todos los receptivos, cualquiera que fuese su edad, porque "vacunar sólo una parte de la colectividad, significa crear un mayor número de portadores sanos, y por lo tanto una mayor probabilidad de contagio y de morbilidad para aquellos no vacunados" (Merlini).

*Profilaxis obligatoria.*—Las estadísticas que detallamos anteriormente nos muestran las proporciones progresivamente mayores que la difteria alcanza en su difusión durante los últimos años y las cifras de aquéllas no ofrecen excepciones, puesto que en cada año el número de enfermos es más elevado que en el anterior. Afortunadamente la enfermedad no ha tomado hasta ahora los caracteres de malignidad con que, desde 1926, se presenta en muchos países de Europa, según lo ha señalado Debré.

Es un concepto establecido que el recrudecimiento y la gravedad de los caracteres clínicos se produce frecuentemente después de varios años en que la difteria se ha mostrado benigna. Según von Bokay, este último período suele durar de 6 a 8 años, mientras que el de recrudecimiento tiene una duración de 2 a 4 años. Una ley de vacunación obligatoria vendría oportunamente a evitar entre nosotros, "que ese fenómeno mundial pueda transformarse en problema nacional" (Cibils Aguirre).

La necesidad de esta legislación más se hace sentir cuando se trata de vacunar a los niños de corta edad, porque pertenecen a colectividades sobre las que no es fácil actuar por medios persuasivos, sobre todo en nuestro país. Entre nosotros las instituciones destinadas a la asistencia de los pre-escolares son casi inexistentes de modo que para aplicar medidas preventivas sobre estos niños no tenemos las oportunidades que se nos ofrecen en otras edades, como la Escuela en la tercera infancia, el Servicio Militar en los adultos, etc. Se comprende que actualmente, sólo el imperio

de una ley puede conseguir que todos los niños de 1 a 7 años no escapen a la aplicación de esta profilaxis específica.

Podríamos concretar todas las consideraciones que nos sugiere la interpretación de este estudio demográfico en las siguientes proposiciones:

1.º Nuestras estadísticas de la Capital Federal nos demuestran que nos hallamos en una época propicia para generalizar la práctica de la vacunación, pues la difteria, aunque aumenta su difusión, no adquiere aún caracteres graves.

2.º Nuestros índices de mortalidad nos señalan la importancia de que la vacunación se aplique precozmente y en forma más intensa en la edad pre-escolar.

3.º Nuestros índices de morbilidad nos muestran la conveniencia de que la vacunación se efectúe de una manera integral, esto es, en todos los individuos receptivos que sea posible inmunizar.

4.º Para que todas estas condiciones puedan ser llenadas y para que la profilaxis específica sea racional, general y oportuna, se requiere el concurso de una ley que, en las condiciones establecidas, haga obligatoria la vacunación antidiftérica.

*Doctor:*

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

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

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS

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

## Patch tuberculínorreacción

por los doctores

M. J. del Carril y G. Foley

Motiva esta comunicación el dar a conocer los resultados obtenidos con la reacción al parche de tuberculina o epidermorreacción en niños de primera infancia, edad en la que tanta importancia tienen las reacciones tuberculínicas.

Esta reacción fué practicada por Lautier en 1908, después de él otros autores como Blumeneau, Kehara, Molner y Fromon la ensayaron. En julio de 1933, M. Grozin, publica un artículo enco-miástico en *American Journal of Diseases of Children*, en el que compara los resultados con la reacción de Von Pirquet, habiendo obtenido resultados equivalentes en 146 casos.

El Dr. Eizaguirre, en su reciente obra sobre *Primo infección tuberculosa*, cita las pruebas realizadas con esta reacción; por su agregado el Dr. López Alem, quién obtiene un 7 % de resultados negativos frente a la intradermorreacción de Mantoux. La técnica es, como ustedes saben, muy sencilla: se depositan una o dos gotas de tuberculina bruta sobre la piel del antebrazo o de la región externa, previamente limpiada con éter, se recubre la tuberculina con un trozo de tela adhesiva, teniendo cuidado que no se escurra por los bordes, debajo se hace el testigo con unas gotas de agua y para mayor seguridad se coloca un tercer parche con tuberculina. A las 48 horas se retiran las telas; en caso de positividad, se observa un eritema al nivel de los parches de tuberculina, eritema más o menos marcado, según la intensidad de la reacción, como se ve, la técnica no puede ser más sencilla, agregándose a ello que es incruenta.

Hemos efectuado 60 reacciones, sin seleccionar los casos, ya

que a todos los enfermos que ingresan al Servicio de lactantes se les practica la intradermorreacción. Los resultados obtenidos son: En 60 casos, el parche fué positivo en 6, es decir, un 10 %; la Mantoux fué positiva en 22, o sea, en un 36 %, siendo negativas ambas reacciones en los demás; en los seis casos en que el parche fué positivo, había lesiones pulmonares bacilosas, evidentes a la radiografía.

Frente a estos resultados, deducimos que el parche tuberculino-reacción es mucho menos sensible que la reacción de Mantoux.

El distinguido Dermatólogo Dr. Puente se ha ocupado de ésta reacción en el adulto, teniendo en preparación un trabajo sobre ella, bajo el punto de vista dermatológico, gentilmente nos ha adelantado algunas de sus conclusiones; encuentra el máximum de reacciones positivas en enfermos que presentan afecciones de piel, de origen tuberculoso o atribuídas a él (lupus vulgar, eritema nudoso, eritema indurado de Bazin, tuberculides papulonecróticas, etcétera, etc.), y deduce, también, la inferioridad de ella, frente a la Mantoux.

---

## Memoria del Período 1933-1934

---

En cumplimiento de los Reglamentos de la Sociedad, me es grato informar a los Señores Consocios, sobre la marcha y evolución de ésta durante los años 1933 y 1934 que tuve el honor de dirigirla.

En el año 1933 se realizaron 16 Sesiones ordinarias y una extraordinaria, con un total de 75 trabajos.

En el año 1934, se realizaron 13 Sesiones ordinarias y 2 extraordinarias. Estas últimas correspondieron a la VII Jornada Pediátrica Río Platense.

Los trabajos leídos en el año 1934, suman 63.

En total, en los dos años, han sido presentados 138 trabajos en nuestra Sociedad.

Entre estos trabajos merecen destacarse. "El problema del diagnóstico de la sífilis congénita" y la "Encuesta sobre la vacunación antidiftérica", que fueron tratados como temas especiales.

Se trataron también en las sesiones ordinarias algunos temas sobre protección de la infancia que estuvieron a cargo de los Dres. Aráoz Alfaro, Alberto Zwanck y Saúl I. Bettinotti.

Las Sesiones correspondientes a las VII Jornada Río Platense, dieron motivo a la exteriorización de la simpatía y del afecto que ambas escuelas pediátricas se guardan recíprocamente. Un grupo prestigioso de médicos dirigidos por el Presidente de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, el Prof. Dr. Víctor Zerbino, trajo a nuestra consideración importantes trabajos sobre las Neumococias en la infancia. Nuestra Sociedad a su vez, resolvió tratar en esa ocasión el problema de la Sífilis Congénita.

La estadia entre nosotros de los pediatras Uruguayos, nos brindó al par que una colaboración científica importante, momentos de cordialidad y de simpatía difíciles de olvidar.

La Comisión Directiva, ha creído conveniente adquirir algunos libros recientemente aparecidos y ofrecerlos a sus asociados. Se han comprado: El "Atlas de radiología de pulmón del niño" de Armand Delille; el "Tratado enciclopédico de enfermedades de la infancia" de Pfaundler y Schlossman (1934) y el tratado de Medicina de los niños de Nobecourt y Baboneix.

El estado financiero de la Sociedad se revela por el Balance que transcribimos.

### Movimiento de Tesorería

#### Años 1933 - 1934

Saldo anterior .....	\$ 4.704.81
Entradas .....	„ 2.230.—
Salidas .....	„ 2.886.24
Saldo en Caja .....	„ 4.048.57

#### Años 1934 - 1935

Saldo anterior .....	\$ 4.048.57
Entradas .....	„ 2.120.60
Salidas .....	„ 2.243.72
Saldo en caja .....	„ 3.925.45

En estos dos años, ingresaron 6 socios nuevos. Renunciaron 9 y quedaron 5 cesantes. *Hubimos* de lamentar la desaparición de tres destacados pediatras, amigos y compañeros de tareas: el Dr. Alfredo Larguía, ex presidente de la Sociedad y los Dres. Abel Zubizarreta y Ramón Cucullu.

Al terminar este suscinto informe sobre las actividades de la Sociedad Argentina de Pediatría en los años 1933 y 1934, durante los cuales me cupo el alto honor de ser su Presidente, quiero dejar constancia de mi agradecimiento para el destacado grupo de pediatras que con sus meritorios trabajos dieron vida y animación a la Sociedad, así como también para mis compañeros de Comisión, que en la labor diaria me hicieron posible el cumplimiento de mi mandato. Al entregar la Sociedad a la nueva Comisión hacemos votos por su prosperidad y engrandecimiento e invitamos a ocupar este situual al Dr. Mario del Carril, prestigioso pediatría que ha de sucedernos.

Dr. F. Bazán.

# Sociedad de Pediatría de Montevideo

SESION DEL 28 DE DICIEMBRE DE 1934

*Preside el Prof. V. Zerbino*

## Disenteria bacilar en nuestros niños

*Drs. A. Carrau, E. Hormaeche y N. Surraco.*—Comunican el hallazgo, en las deposiciones de cinco niños, de bacilos disentéricos. En algunos, el cuadro clínico era el de la disenteria típica; en algunos lactantes era el de la dispepsia aguda polisintomática. En el Uruguay sólo se ha publicado la memoria del Dr. A. Cuervo (*Rev. Méd. del Urug.*, 1919), comprendiendo 18 casos personales. En el hospital "Visca", en la clínica de uno de los A. A. (Carrau) se ven, especialmente durante el verano, gran cantidad de cuadros disenteriformes, en niños de primera y de segunda infancias. A fines de este año han iniciado la búsqueda bacteriológica de los casos de infección enteral. Dos de los A. A. (Hormaeche y Surraco), con C. M. Fosalba (*Soc. de Med.*, 7 dic. 1934) han conseguido recientemente identificar el germen disentérico en un adulto. En los 5 casos de la clínica del Prof. Carrau han observado la presencia en las deposiciones, de bacilos del grupo Flexner. Entre ellos señalan una epidemia familiar, comprendiendo a 4 hermanos: 1 de 21 meses, fallecido; 1 de 3 ½ años, 1 de 6 años y 1 de 9 años.

En alguno de los enfermos se observó el cuadro disentérico clásico: evacuación de mucosidades purulentas y sanguinolentas (esputos rectales), dolores abdominales intensos, tenesmo, deshidratación, fiebre, postración, anemia, etc. Tal ocurrió en las hermanas de 3 ½ y de 6 años. Hubo en ellas una acentuación extrema de la sintomatología disentérica, con profunda alteración del estado general. En cambio, los lactantes mostraron un cuadro atípico: aspecto de dispepsia grave polisintomática, con alteración del estado general. Dos enfermos fallecieron por acentuación del cuadro toxi-infeccioso.

El tratamiento dietético fué el siguiente: mucílago de arroz, sopa de malta, papillas de harina de arroz, etc. En los lactantes, leche de pecho, leche albuminosa de Mead al 8,5 %, suero de Ringer, etc.

Como tratamiento medicamentoso utilizaron el suero antidisentérico, en 2 casos. En los demás emplearon el bacteriófago por vía bucal. En algún enfermo se empleó la emetina. No han utilizado los purgantes porque los enfermos ya ingresaban purgados. Tampoco emplearon los lavajes rectales.

Han tratado de que la alimentación tuviera suficiente valor calórico y han procurado que el enfermo se hidratara adecuadamente, según sus necesidades.

*Conclusiones:* 1.<sup>a</sup> La disenteria bacilar existe en el Uruguay, presentándose en lactantes, en niños de 2.<sup>a</sup> infancia y en adultos.

2.<sup>a</sup> Se han podido identificar (Hormaeche y Surraco), por sus caracteres biológicos, bacilos del grupo Flexner.

3.<sup>a</sup> Las necropsias han confirmado el diagnóstico clínico y el bacteriológico (C. M. Domínguez).

4.<sup>a</sup> El síndrome clínico ha presentado dos aspectos: el cuadro disentérico y el cuadro dispéptico agudo.

5.<sup>a</sup> Esta comprobación tiene importancia. En nuestro país existe una morbilidad digestiva acentuada y grave en el verano, en todas las clases sociales, pero sobre todo en el medio proletario. La mortalidad infantil es muy alta en los servicios de hospitalización de lactantes.

6.<sup>a</sup> El reconocimiento de la existencia de bacilos disentéricos, en el Uruguay, facilitará la lucha contra la enfermedad, dado el carácter contagioso de estas enteritis.

7.<sup>a</sup> Debe irse a la búsqueda sistemática del agente disentérico. Ella debe hacerse también en campaña (memoria *princeps* de Cuervo) y muy especialmente en aquellas zonas del país que se caracterizan por la malignidad de la enfermedad diarreica en el lactante.

8.<sup>a</sup> La preparación del suero antidisentérico nacional debe ser realizada.

#### Resultados inmediatos (contralor por Schick) de la nueva técnica de Ramón para la vacunación con anatoxina diftérica

*Dr. V. Zerbino*—Pasa revista a los últimos ensayos para simplificar y hacer más eficaz la vacunación con anatoxina diftérica. Se detiene en la técnica de Ramón, establecida en 1933, en los trabajos de Ramón y Debré, de Ramón, Timbal y Nélis, consistente en la realización de 2 inyecciones de anatoxina de 20 unidades (1 y 2 cms.), con 3 semanas de intervalo. Ha aplicado esa técnica a un grupo de niños asistentes al Consultorio "Gota de Leche", que dirige, cuyas edades oscilaban entre los 10 meses y los 3 años. Previamente a la vacunación practicaba la reacción de Schick y la repetía de 3 semanas a un mes después de la última inyección de anatoxina. Con la reacción de Schick previa, encontró, sobre 106 niños: en menores de 3 meses, todos los resultados negativos; de 3 a 6 meses, los resultados positivos y los negativos se equivalían: de 6 a 12 meses, 70 a 80 % de resultados

positivos (en esta edad se ven oscilaciones espontáneas en el mismo año); entre los 1 y 2 años, hay 90 %; entre 2 y 3 años, 76 %.

Las vacunaciones las realizó en niños mayores de 10 meses, con el siguiente resultado:

Después de la primera inyección (1 c.c.: 20 unidades):

De 10 a 12 meses:	4 Schicks positivas y 1 negativa
» 12 » 18 » 13 »	» » 1 »
» 1½ » 2 años:	13 » » 1 »
» 2 » 2½ » 12 »	» » 0 »
» 2½ » 3 » 6 »	» » 1 »

Total: sobre 52 niños, 4 negativizaron su reacción de Schick.

Después de la segunda inyección (2 c.c.: 40 unidades):

De 10 a 12 meses:	1 Schick positiva y 3 negativas
» 12 » 13 » 1 »	» » 12 »
» 18 » 24 » 0 »	» » 13 »
» 2 » 2½ años:	2 » » 10 »
» 2½ » 3 » 1 »	» » 5 »

Total: sobre 48 niños, 43 (89,5 %) tuvieron reacción negativa.

De los 5 niños refractarios, 4 negativizaron su reacción con una tercera dosis de 2 c.c. Uno necesitó, aún, una cuarta inyección.

En conclusión, deduce lo que ya destacó en observaciones anteriores: el importante rol del terreno en la reacción a la anatoxina. Supone que, cualquiera sea la técnica, quedará siempre un margen de refractarios, como hay un grupo de niños que fácilmente se inmunizan, mismo con una sola inyección. Queda por constatar la duración de esa inmunidad, que según ya comprobó, en muchos casos es pasajera, cediendo y perdiéndose en el curso de 2 a 3 años. Como conclusión práctica, previene contra los absolutismos en materia de inmunización, característica biológica muy variable en el campo de la difteria como en las otras enfermedades infecciosas.

---

## ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA

---

### Elección de Comisión Directiva para 1935

Realizado el cómputo de votos resultaron electos para integrar la Comisión Directiva que ha de regir los destinos de la Sociedad, en 1935, el Dr. W. Piaggio Garzón, *Presidente*; el Dr. A. Rodríguez Castro, *Vice-Presidente*; el doctor J. A. Soto, *Secretario*; el Dr. M. Rodella, *Tesorero* y el Dr. J. R. Marcos, *Bibliotecario*.

## Sociedad Argentina de Pediatría

---

DECIMA TERCERA SESION CIENTIFICA: 27 de noviembre de 1934

Realizada en la Sala VI del Hospital Nacional de Clínicas

---

*Presidencia del Dr. Florencio Bazán*

Lectura y aprobación del acta de la sesión anterior.

### **Sobre un caso de púrpura abdominal**

*Dr. Florencio Bazán.*—El relator comenta la historia de una niña de 11 años de edad, que ingresa al hospital por escarlatina, presentando, días después, un síndrome abdominal caracterizado por dolor de vientre con resistencia difusa, vómitos y diarrea. Al día siguiente presenta un cuadro peritoneal grave: vómitos incoercibles que se hacen sanguinolentos, melena franca y abundante; dolores intensísimos en el vientre, que se presenta con una resistencia profunda y difusa, más marcada en la fosa iliaca izquierda, a lo largo del colon descendente. Facies peritoneal, ojeras pronunciadas, lengua aseca, pulso rápido; en los días subsiguientes el cuadro persiste, agravándose. Los exámenes de sangre, orina, reserva alcalina y cloro sanguíneo, no presentaba mayores particularidades. Con el diagnóstico de púrpura abdominal, se resuelve esperar; en la tarde del cuarto día, aparecen petequias a nivel de ambos codos y al día siguiente a nivel de las rodillas y región sacrocóxigea. Durante 15 días la niña no tolera ningún alimento, ni líquidos, debiendo ser hidratada con inyecciones subcutáneas de suero glucosado. Quince días después de la iniciación de su cuadro abdominal, la niña mejora rápidamente y en pocos días no queda ni recuerdo de sus trastornos. El autor cree que se ha tratado de lesiones purpúricas difusas de sus peritoneo, con derrame sanguinolento alrededor de un segmento del intestino, con lesiones ulcerativas de la mucosa intestinal, estomacal y tal vez duodenal.

Discusión: *Dr. Beranger.*—Recuerda una observación similar, presentada el año pasado a esta Sociedad, en colaboración con el Dr. Iturrioz, bajo el título de púrpura aislada de peritoneo; se trataba de una niña de 4

años, quien desde hacían cuatro días presentaba coriza, faringe roja, otalgia, constipación, ligeros cólicos abdominales. Bruscamente presenta un cuadro peritoneal sobreaagudo; vientre en tabla, vómitos sanguinolentos, deposiciones de tipo entérico, sin sangre, pulso filiforme, facies peritoneal. Operada de urgencia con el diagnóstico de perforación, la laparatomía da salida a un líquido achocolatado, ligeramente turbio, espeso y filante, la porción terminal del íleon, invaginada sólo 3 cms., y que se reduce con toda facilidad. Infiltración edematosa sobre el íleon hasta un metro de su desembocadura. En la pared del ciego cuatro hematomas subserosos. En el íleon, edematoso, aspecto de exantema escarlatiniforme, dado por un puntillado hemorrágico uniforme. El mesenterio presenta el mismo aspecto y entre sus hojas se palpan ganglios del tamaño de una avellana. El apéndice, evidentemente sano. No hay perforación; la niña fallece 6 horas después. Inspirados en un trabajo de Kuttlmann (''Presse Medicale'', 18 de marzo de 1933), titulado púrpura aislada del peritoneo, llegan a la conclusión por la semejanza de las observaciones clínicas, que su observación es análoga y que constituye la primera de la literatura nacional.

*Dr. Acuña.*—Recuerda una observación en un niño de 8 años que iba a ser operado con diagnóstico de apendicitis aguda; se encontró con un cuadro peritoneal semejante al de un perforado, llamándole la atención una gingivitis hemorrágica que el niño presentaba hacía unos días; investigando con detención, encuentra pequeñas manchas purpúricas, con lo cual sienta el diagnóstico de púrpura abdominal, oponiéndose a una operación de inmediato. Diferida ésta 24 horas, aparecen nuevos elementos purpúricos por lo cual no se practica la operación y el niño mejora y cura pocos días después.

#### Dosificación del Ergosterol irradiado, en la terapéutica del lactante

*Dres. Juan P. Garrahan y E. Muzio.*—Se refieren los autores a la inseguridad que había hasta hace poco, en materia de dosificación de los preparados de vitamina D, lo que se debía en gran parte a la actividad muy variable de los preparados del comercio. En la actualidad se ha llegado al parecer, al desideratum: titulación uniforme por unidades internacionales, 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.

Recuerdan que desde hace cuatro años, aconsejaban el aumento de la dosis, llegando a utilizar 30 gotas y aun más, de los preparados corrientes. Estudian detalladamente 37 observaciones, comprobando radiológicamente en varios casos, la eficacia de las dosis empleadas. En cuanto a la tolerancia, en ninguno de los casos citados, advirtieron inconvenientes inmediatos ni ulteriores, atribuibles a la medicación. Estudian detalladamente la cifra de fósforo sanguíneo y la calcemia.

Aconsejan como tratamiento del raquitismo mediano o ligero del lactante, la dosis de 30 gotas diarias, continuando durante 40 ó 50 días. No les

parece que haya inconveniente en prolongarla más y en aumentar estas dosis como lo han hecho en algunos casos, sin observar trastornos. Creen prudente, sin embargo, hacer control radiográfico y de la química sanguínea, antes de proceder de inmediato a la prosecución del tratamiento, cuando se haya prolongado durante 50 días. Para la profilaxis aconsejan en general, de 10 a 15 gotas diarias, durante 2 a 3 meses por lo menos.

Insisten en la importancia de la radiografía de muñeca para el control de la acción terapéutica, asunto del que se han ocupado en una comunicación anterior y que según los autores, no está aun agotado.

Discusión: *Dr. Acuña.*—Se adhiere a las conclusiones de los comunicantes a quienes felicita por su documentado trabajo. Desde hace tiempo usa y preconiza las dosis altas, convencido de la ineficacia de la medicación con las dosis que se usaban al principio; a propósito de la química sanguínea en el raquitismo, dice que no siempre las reacciones químicas están en relación con la mejoría clínica y radiográfica.

*Dr. de Filippi.*—En el año 1930, tuvo oportunidad de observar un niño de 14 años, en el que utilizó la ingestión de un preparado de ergosterina irradiada, de los más concentrados en esa época, con objeto de tonificarlo, según las ideas corrientes entonces. Se le prescribió XX gotas diarias durante 20 días, aplicándosele simultáneamente Rayos Ultravioletas a diario. Se produjo un aumento muy rápido de peso (3 kilos en menos de una semana), con oliguria y abotagamiento de la cara. Se comprobó un franco trastorno de metabolismo del agua, que persistió durante dos años y que fué atenuándose muy lentamente. Nunca hubo retención ureica ni albuminuria. La concentración urinaria era buena; sólo al cabo de tres años la prueba de dilución fué normal. Cree que la medicación por las ergosterinas irradiadas no deben emplearse sin control; en cuanto a la interpretación del trastorno descrito, sólo podrá ser dada por investigaciones ulteriores.

*Dr. Garrahan.*—Agradece el comentario del Prof. Acuña; sabe que en su cátedra se usan dosis elevadas; en lo referente a lo manifestado por el Dr. de Filippi, recuerda que al comienzo había diferencias de 40 a 1, en potencia vitamínica entre el producto alemán y los norteamericanos, observándose en oportunidades fenómenos de hipercalcemia y trastornos renales. La unidad internacional, permite en la actualidad unificar los productos comerciales.

#### El estigma congénito posterior del hombro de Ombredanne

*Dr. Oscar R. Marottoli.*—Describe el estudio realizado en el año 1920 por Ombredanne en cuatro casos que presentaban este nuevo estigma congénito, consistente en una fosilla cutánea en la región acromial, bilateral y simétrica, más o menos adherente a los planos profundos y que adquiere la disposición de un surco cuando los brazos se colocan en abducción.

El autor ha estudiado un niño de 13 años de edad, que presentaba típicamente este estigma. Se trataba, además, de un complejo de deformacio-

nes con un estado constitucional hipotiroideo. En efecto, el niño presentaba una variación morfológica de la columna cervical, espina bífida oculta lumbosacra y un gran nevus cutáneo pigmentario.

Entre los tipos de las depresiones cutáneas infundibuliformes, la localización en el hombro es muy poco frecuente. El autor ha buscado en la práctica diaria y sólo ha hallado este caso que lo presenta a los colegas para llamar la atención y poder así reunir otros casos, que pudieran aclarar la interpretación patogénica; mientras tanto es un hecho de importancia meramente semiológica.

### Enfermedad de Still

*Dres. E. Zucal y J. Pico.*—Estudian los autores una niña de 3 años de edad, cuya enfermedad comienza un año antes y que presentaba todo el cortejo sintomático de la enfermedad de Still; tumefacciones articulares, adenomegalia de los ganglios tributarios, esplenomegalia, fiebres intermitentes, anemia y por último detención del desarrollo pondoestatural.

Después de entrar en consideraciones sobre si este proceso es un síndrome o una verdadera entidad nosológica, se pronuncian por esta última tesis y hacen un estudio clínico, anatomopatológico y radiológico de la afección. Terminan los autores haciendo el diagnóstico diferencial con la poliadenitis con pseudoreumatismo tuberculoso de Grocco Poncet; con el pseudoreumatismo sifilítico, con el reumatismo crónico fibroso consecutivo a un reumatismo poliarticular agudo, con el reumatismo crónico deformante, con el reumatismo crónico infeccioso por foco séptico, con los pseudo reumatismos infecciosos y finalmente con las verdaderas artritis.

Discusión: *Dr. Gambirassi.*—Relata la observación de un caso de enfermedad de Still, estudiado prolongadamente en la sala de varones del Servicio del Prof. Acuña.

Se trataba de un niño de 10 años de edad, que presentó a repetición, tumefacciones articulares con distintas localizaciones (al comienzo escapulo-humerales y muñecas y luego la rodilla derecha; infarto ganglionar, largos períodos febriles que no ceden a las medicaciones habituales, discreta anemia; Wassermann, Widal, investigación del hematozooario, negativas. En los primeros episodios febriles no se palpan el bazo; posteriormente se palpó su polo inferior, en las inspiraciones profundas, indoloro, de consistencia aumentada.

Se completa el estudio del enfermo con radiografías, biopsia de las articulaciones de las muñecas y cultivos.

*Dr. Macera.*—Recuerda una observación de enfermedad de Still, presentada a esta Sociedad el año pasado.

Considera interesante seguir la observación de este enfermo durante un tiempo prolongado.

### El tenor de proteínas de la leche albuminosa

*Dr. Florencio Escardó.*—Estando clásicamente admitido que la leche albuminosa de Finkelstein contiene 2,7 % de proteínas, el autor sostiene que esta cantidad debe ser mucho mayor, puesto que resulta de las proteínas de un litro de leche y las de medio litro de Babeurre (3.50, 1.85, 5.35).

El autor realiza el análisis de 90 muestras que dan resultados en general muy irregulares, pero siempre superiores al tenido como clásico.

Complementariamente el autor expone además, el resultado de sus análisis de Babeurre, suero y cuajo residuales de la fabricación de leche albuminosa.

Discusión: *Dr. Juan P. Garrahan.*—Considera muy interesantes los datos aportados por el relator sobre un asunto que le ha interesado muy especialmente y en sus investigaciones sobre Babeurre ha seguido la misma orientación que el Dr. Escardó; considera que la leche albuminosa tiene un tenor de proteínas mayor que la asignada por la mayoría de los autores.

*Dr. Mamerto Acuña.*—Manifiesta que años atrás, había iniciado un estudio, en el Hospital de Niños, sobre este tema, encontrando cifras que siempre estaban por encima de las consignadas como clásicas; dudaban si ello era debido a un defecto de técnica.

### Ciclo cardíaco fisiológico del niño

*Dr. Raúl P. Beranger.*—Se ocupan los autores del estudio del ciclo cardíaco fisiológico del niño, especialmente del pulso venoso en lactantes sanos.

Proyectan una serie de interesantes flebogranas, estudiando los detalles de los trazados obtenidos.

Hacen resaltar los inconvenientes derivados de la edad para la obtención de dichos trazados, obteniendo una relativa inmovilidad con la administración de dosis prudentes de adalina.

---

## Crónica

---

### Premio "Alfredo Lanari"

La Sociedad Argentina de Electro-Radiología Médica, ha creado el premio "Alfredo Lanari", como homenaje a su socio fundador y creador de la Cátedra de Radiología y Fisioterapia de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, el Profesor Dr. Alfredo Lanari.

El premio es anual, consistiendo en una medalla de oro y un diploma al mejor trabajo sobre Radiología o Fisioterapia, efectuado en el transcurso del año.

Podrán aspirar a él todos los médicos argentinos graduados en Universidades Nacionales.

Los aspirantes deben entregar a la Secretaría cuatro ejemplares del trabajo, siendo el plazo de entrega, desde el 1.º al 15 de octubre de cada año.

El Secretario General.

---

## Análisis de Libros y Revistas

---

G. RAMON.—*La vaccination antidiphthérique, au moyen des anatoxines spécifiques et les vaccinations associées.* "Revue D'Immunologie", enero de 1935.

I.—Comienza el autor relatando la difusión de su anatoxina en los distintos países del mundo y haciendo resaltar el porcentaje elevado (de 70 a 90 %) de inmunizados en las colectividades vacunadas, varios millones de individuos.

La anterior antitoxina se la titulaba en 8 ó 10 unidades por c.c., así en total (las tres inyecciones) sumaban 24 ó 30 unidades, dosis hoy demostrada insuficiente y causa principal de que en un 5 ó 10 % de esos vacunados no alcanzaran a quedar inmunizados o lo fueran insuficientes. Para evitar estas fallas estudió Ramon en estos últimos cinco años la manera de mejorar su vacuna, lo que consiguió ampliamente en su nueva anatoxina titulada a 25 ó 30 unidades por c.c. y usándola una primera inyección, subcutánea, de 1 c.c. y la segunda y última de 2 c.c., tres semanas después. Y como precaución extrema otra de 2 c.c. al año de ésta.

Reduce así a dos inyecciones, pues la tercera no es indispensable, y aumenta en mucho la proporción de inmunizados, hecho comprobado en el tiempo de experimento.

La inmunidad comienza poco después de la primera inyección, aumenta progresivamente y alcanza su completo desarrollo a los 15 días de la segunda. Contraindicada en enfermedades agudas, infecciosas de la piel, mal estado general, afecciones renales, la tuberculosis sólo en los "poussees" febriles.

En enfermedades alergizantes, como el asma, previa prueba anatoxireacción 1/10 de c.c. y si hay sensibilidad (lo que es rarísimo) usar la rinovacunación (instilaciones intranasales cada tarde y durante siete días, de algunas gotas de anatoxina, después interrumpir una semana y volver nuevamente a otra serie de instilaciones).

Suelen observarse en un 10 % reacciones vacunales locales o generales, de horas de duración, en segunda infancia y adolescentes, raro en los pequeños, que con reposo desaparecen.

Los niños vacunarlos desde el año de edad. Puede usarse la anatoxina en plena epidemia, pues no existe faz negativa. Y si un niño bien vacunado ofreciera algunos signos que pudieran ser relacionados a la infección diftérica, será tratado, sin retardos, por el suero antidiftérico.

II. *Vacunaciones asociadas.*—A raíz de observaciones hechas en animales, Ramon comprobó que el uso de su anatoxina con el agregado de una substancia ligeramente irritante (polvos de tapioca) conseguía un aumento sensible de la tasa de la antitoxina específica. Buscó de alcanzar para la especie humana este mejoramiento, donde el rol de la tapioca (inaplicable ésta) fuera reemplazado por una vacuna microbiana, tal como la vacuna antitifo-paratifoidea y comprobó así un aumento del valor inmunizante de la anatoxina, como igualmente la presencia de aglutininas específicas, en los vacunados, en cantidad como si la vacuna antitífica hubiera sido inyectada sola.

Ampliando el campo de experimentación se llega actualmente a poder practicarse las vacunaciones asociadas: *antidiftérica - antitetánica*, *antitifo-paratifoideas - antidiftérica* y *antitifo-paratifoideas - antidiftérica - antitetánica*.

Se concibe como del punto de vista práctico, este método facilita las vacunaciones y cuál es la comodidad para su difusión.

Termina Ramon: "el método de las vacunaciones asociadas aparece a la luz de los resultados ya alcanzados, como un perfeccionamiento cierto de los métodos de inmunización. Ella sintetiza en el mismo todos los progresos realizados desde hace diez años, gracias a las vacunaciones anatóxicas. El permite efectuar dos o más inmunizaciones en una sola serie de operaciones y está en las mejores condiciones de comodidad y economía, con perspectivas de éxitos mayores. Es entonces de desear que se generalice. Es ciertamente, como lo hemos dicho, el método del porvenir".

Martín C. Corlín.

A. F. ABT e I. EPSTEIN.—*Acido cevitámico en el tratamiento del escorbuto infantil.* Actas de la Sociedad de Pediatría de Chicago, diciembre 18 de 1934.

El aislamiento de una vitamina cristalizándola, es asunto de especial interés por las aplicaciones clínicas que de ello se derivan. En 1928 la separó y clasificó Gyorgi, como un ácido hexurónico. Identificada como Vitamina C, dió óptimos resultados al evitar y curar el escorbuto experimental.

En 1933, su fórmula fué mejor estudiada, demostrándose que no era un ácido hexurónico. Más recientemente, el Consejo de Química de Farmacia de la A. M. Association, sancionó la denominación de ácido cevetámico.

El ácido cevitámico es un polvo cristalino, inodoro, blanco o ligeramente blancoamarillento, de fórmula C<sub>5</sub>.H<sub>8</sub>.O<sub>6</sub>.

Se le ha obtenido de fuentes vegetales y animales.

10 mg. equivalen a 30 c.c. de jugo fresco de naranjas con Vitamina C, activa. Los autores relatan cómo fueron curados tres niños que padecían escorbuto, administrándoles dosis diarias de 30 a 40 mg. Hicieron controles

sanguíneos, demostrando el aumento de Vitamina C, después de iniciado el tratamiento.

Saúl I. Bettinotti.

MARCEL LELONG.—*L'oeuvre de placement de nourrissons, a Tourcoing.*  
"Revue Med. Soc. de l'enfance", pág. 45, 1933.

*Maison maternelle:* Denominan así a una especie de internado de nodrizas, mujeres que crían a sus hijos, administrándole tres tetadas diarias, extrayéndoseles el resto de su leche por aspiración eléctrica, conservando después la leche en heladeras.

Hay nodrizas que dan hasta 700 y 1.400 grs. de leche por día. Reciben un sueldo de 100 francos mensuales más una prima de 10 francos, por litro de leche extraída.

La obra vigila a estas mujeres, y cuando se retiran definitivamente de la Institución, son orientadas a una nueva ubicación. Algunas llevan un capital de 4 a 5 mil francos. Los niños que se asisten en esta Institución son únicamente niños que necesitan leche de mujer para su alimentación.

Saúl I. Bettinotti.

H. CHAPIN.—*12 años de experiencia en la recolección y distribución de leche humana.* "A. J. of D. of Children", set. 1934, pág. 699, New York.

La institución que pertenece a la Federación del bienestar de los niños de Nueva York, ha recogido y distribuido 27.526 quarts de leche de mujer durante los doce años anteriores a esta comunicación.

En todas las dadoras le fueron investigadas: la reacción de Wassermann, examen de esputos, además de un examen de corazón, pulmón, garganta, dientes y piel.

La leche fué pasteurizada, salvo que el médico solicitara que no lo fuera. En tiempos anteriores se efectuaron frecuentes investigaciones de los componentes de estas leches, demostrando que en ciertas circunstancias las leches eran pobres en grasas y proteínas, coincidiendo con una dieta inadecuada en dadoras que disponían de presupuestos muy escasos.

Se beneficiaron con esta alimentación especialmente niños prematuros y atróficos. El 50 % de estos niños fueron prematuros y la mortalidad en este grupo fué de un 10 %.

Saúl I. Bettinotti.