
ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)

Protección a la Primera Infancia de la Asistencia Pública
Dispensario de Lactantes N.º 3 — Jefe: Dr. Jaime Damianovich

**Las leches hípergrasas en la alimentación de los
lactantes eczematosos (*)**

por los doctores

Jaime Damianovich
Jefe del Servicio

y

Adolfo M. Cordiviola
Médico del Servicio

Antes de empezar esta exposición, debemos agradecer el generoso y eficaz concurso de la Sociedad Anónima "La Vascongada", que ha preparado gratuitamente las leches para el consumo de los niños en estudio. Asimismo, estamos reconocidos a sus laboratorios, cuyo Jefe, Dr. Pedro Brocca, antiguo e inteligente ex funcionario del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, se ha puesto en todo momento a nuestra disposición.

El objeto de este trabajo, ha sido el de formar experiencia propia, con hechos clínicos seria y honestamente observados, que nos dijeran la verdad sobre la acción de la grasa de la leche en los eczemas del lactante, asunto que ha dado motivo a controversias muy interesantes, que llegaron a conclusiones completamente opuestas una de otras. Y tenemos la pretensión, por lo que a nuestra conducta se refiere, de haber obtenido una demostración categórica, que nos permitirá, en adelante, usar la leche hípergrasa, en

(*) Trabajo presentado a la Sociedad de Pediatría en la sesión del 8 de octubre de 1935, a la Asociación Argentina de Dermatología, el 9 de octubre de 1935 y a la Sociedad de Puericultura el 24 de Abril de 1936.

presencia de un débil congénito, distrófico o hipoalimentado, por más eczematoso que sea.

La bibliografía se tan abundante, que sólo nos valdremos de ella para mostrar cuán explotado está el asunto en materia de experiencias clínicobiológicas, que no han permitido, sin embargo, decir la última palabra. En lo que nosotros hemos buscado y encontrado, no hallamos una documentación de casos en número y calidad como los que presentamos y que más abajo analizaremos fríamente.

Siendo tan vasto el tema, vamos a circunscribirlo a la pretendida influencia nociva ejercida por la leche y especialmente por su tenor en grasa, esté él en cantidad normal o aumentado.

Se puede asegurar que la inmensa mayoría de los pediatras del mundo entero, se manifiesta en contra de una alimentación láctea preponderante, máxime si ella contiene grasas en cantidad elevada — más de 4 % — y que poquísimos son los que dan leche hipergrasosa a un eczematoso.

Veamos algunas opiniones:

Bibliografía

Comby sostiene la influencia de la sobrealimentación, especialmente en los niños en alimentación artificial, pero dice: “Persisto en creer que la leche es un alimento *irreemplazable* en los niños pequeños y que es *excepcionalmente* nociva en los eczematosos”.

Marfan ha sido uno de los primeros en sostener el rol *patógeno* del *exceso* de *grasa*, como la causa esencial del eczema, diciendo:

“Puedo afirmar que la sobrealimentación *grasa* prolongada es uno de los factores más ciertos del eczema del lactante”. Sin embargo, reconoce que este exceso de grasa no se observa en *todos* los casos de eczema. Cree también que el tenor aumentado de grasa en la leche de la *nodriza* puede producir eczema en los niños que ella cría. En apoyo de esto, comunicó a la Sociedad de Pediatría de París, en octubre de 1922, en colaboración con M. Turquety, una observación interesante. Una mujer primípara, de 23 años, cuya leche contenía grasa desde 41 a 78 gramos por litro, alimentó 3 niños durante 15 meses, y los 3 niños presentaron un eczema intenso y extendido. Este eczema mejoró y curó considerablemente, desde que ellos pasaron de la leche de la nodriza a la leche de vaca des-

cremada. Pero, todavía más. Cuando la cantidad de grasa que contenía la leche de esta mujer se hizo normal, crió otro niño durante un mes y medio que no tuvo eczema.

Lesné comparte esta opinión, porque ha constatado que la leche de madres de niños eczematosos contenía de 55 a 60 gramos de grasa por litro.

R. Dumas, Mathieu y Willemin Clog, dicen que el aumento de la grasa en la leche de mujer, provoca *no sólo* perturbaciones digestivas, sino que predispone especialmente a contraer el eczema y preconizan las leches *pobres* en grasas. Citan la observación de Marfan.

En estos casos Variot aconsejaba el *cambio* de nodriza o la alimentación artificial.

En términos parecidos se expresa J. Delaffond, mencionando los trabajos de Barbier y Ducuing, quienes han podido influir sobre la composición de las leches demasiado ricas en grasa, reglamentando la alimentación de las nodrizas.

Mme. Doizy, en tres casos de eczemas, ha hecho practicar un análisis de la leche materna, que dió un título de 31 gramos de grasa por litro.

Halle está convencido que el régimen lácteo exclusivo es *malo* en los eczematosos y aconseja siempre lactancia mixta en los alimentados a pecho y dar pronto *sopas* como a niños más grandes.

Renault y Ferru afirman que el eczema del lactante no constituye jamás una *contraindicación* para la alimentación empleada.

El Prof. Mouriquand participa de esta opinión.

Darier dice que en el lactante eczematoso ninguna leche aplicada directamente sobre o en la epidermis, provoca reacción, pero que ese eczema se *cura* cuando el niño es puesto a un régimen *sin leche*.

El Prof. Garrot, en un reciente trabajo, dice que sería peligroso alimentar con un régimen graso a los lactantes exudativos, como lo prueba, porque a título experimental ha podido provocar un brote de eczema seborreico, dando manteca a un lactante pre-dispuesto, eczema que ha desaparecido rápidamente cuando se ha suprimido el régimen graso.

Pero es realmente en la monografía de Pehu y Aulagnier ("L'eczema du Nourrisson", Gauthier-Villar, Editeur, París, 1934), donde se encuentra la más amplia información sobre el tema y de donde hemos sacado alguna bibliografía y datos de gran interés.

Al referirse a lo sostenido por Marfan, Lesné y otros, dicen que el exceso de grasa en la leche de mujer puede faltar o no ser constante, y que, por otra parte, las leches conteniendo dosis *excesivas* de *grasas* (75 a 80 por mil) pueden ser *perfectamente* tolerados. Los análisis de la leche que se les practican, agregan estos autores, están lejos de tener un valor absoluto, como lo prueban los que han hecho realizar, Aviragnet y Moles Haperson (63 gramos el 14 de noviembre, 16 el 5 de diciembre y 54, tres semanas más tarde). Mencionan los autores la sugestión de Desaux, quien se pregunta si la *carencia* de *grasa* no es uno de los factores posibles de las dermatosis, porque las grasas, dice Desaux, son necesarias para facilitar la utilización y disminuir la toxicidad de los proteídos.

“En resumen, el *exceso* de grasa no puede ser considerado como una causa cierta del eczema del lactante”, pág. 17. Dicen también que no han encontrado en los lactantes eczematosos, a menudo, ninguna perturbación digestiva, y, en la mayoría de los casos, la dermatosis continúa su evolución a pesar del cambio de alimentación, y muy a menudo, también, después de la supresión de la leche, opinión que nosotros compartimos.

Esto tiene relación íntima con lo que sabemos sobre la marcha del proceso, que se hace por brotes separados por remisiones variables en duración. Estas acalmias pueden presentarse en una sola región afectada, mientras otras sufren un recrudecimiento, como lo hemos visto tantas veces. Las variaciones anotadas tienen lugar, en ocasiones, durante el mismo día, atribuidas por el médico o la familia, a factores diversos (alimentos, medicamentos, emociones, irritaciones externas, etc., etc.). De ahí surge la prudencia que hay que tener para interpretar estas acalmias o peorías, a *tal o cual alimento*, a *tal o cual medicación*.

Al hablar de la dietética alimenticia aconsejan la leche de vaca pura o diluída, según la edad del lactante. “En resumen, no existe una dietética particular para el eczema del lactante”. En la otra página se lee: “Sin embargo, es necesario admitir una excepción. Se constata, a veces, que ciertos lactantes eczematosos reciben una leche materna y, sobre todo, *animal, demasiado* rica en grasa, que contiene un *mínimum* de 45 gramos por litro. Esta es una *cifra excesiva*. Se hace necesario dar una leche menos rica en materias grasas o leche parcialmente descremada, por ejemplo, leche desecada. Se obtiene así bastante pronto una mejoría rápida y acusada de las manifestaciones eczematosas. Es probable que en

estas condiciones, la materia grasa juegue el rol de antígeno que acentúe la manifestación cutánea sin engendrarla, sin embargo, directamente”.

Terminan Pehu y Aulagnier su magnífica monografía, con un resumen, en el que, entre otras cosas, dicen: “Lógicamente, no se deben tomar para el lactante eczematoso medidas que sean de restricción o de eliminación completa de los alimentos corrientemente empleados a esta edad, en particular la leche: al contrario, es necesario *mantener casi integralmente* su empleo. Se evitan así faltas demasiado a menudo cometidas en la hora presente y que implican verdaderos *desastres* para la salud general así como para el crecimiento ponderal del mismo”.

P. Woringer, en una memoria original, titulada “Sur les rapports de l’eczéma avec l’allergie chez le nourrisson”, “Revista Francesa de Pediatría”, t. XI, N.º 4, 1935, pág. 424, dice así:

“Que es necesario retener de lo que se ha dicho sobre la influencia de la alimentación? Lo resumiremos un poco esquemáticamente, de la manera siguiente: Todo lo que asegura un buen crecimiento del niño y lo pone en un estado eutrófico, aumenta la tendencia a las poussées eczematosas y todo lo que detiene su crecimiento y lo hace distrófico, mejora el estado de la piel.

“Es sabido que los niños alimentados al seno, hacen un eczema particularmente intenso, tanto *más fuerte* cuanto la *secreción láctea es más abundante* o que la leche es *más gorda*. (Marfan y Turquety). Nosotros hemos visto aparecer fuertes poussées de eczema en el momento en que un amamantamiento materno *ligeramente insuficiente*, era enriquecido por biberones. En el niño alimentado artificialmente, las *grandes* cantidades de leche, la *riqueza* de la leche en *grasa*, favorecen el eczema, a *condición* sin embargo, que el niño *augmente y digiera bien*”.

A pesar de estas opiniones, reconoce que la influencia del régimen ha sido muy exagerada, sobre todo, a la luz de las nuevas adquisiciones y que es indispensable reaccionar contra esta manera de ver. Los distintos regímenes pobres en leche o desprovistos de ella, son afisiológicos, de pobreza calórica unos o faltos de un compuesto esencial o mal equilibrados los otros. “Por este hecho, ellos crean un *estado distrófico* que, como toda enfermedad general *refrena* las poussées eczematosas”.

Pasemos ahora a consultar algunas opiniones de autores de habla *alemana*.

Finkelstein, en el "Tratado de las enfermedades de los niños de pecho", pág. 850, dice así: "Como la queratinización es una función del metabolismo de los amino ácidos y la secreción sebácea, lo es de las grasas, se han referido a estas substancias profundos estudios. Estos estudios no contienen más que resultados negativos: el metabolismo nitrogenado y el de las purinas son normales (Meyer, Steintz, Wiegert, Nieman, Klotz). Para las *grasas*, no se ha encontrado hasta ahora dato alguno que indique un *trastorno* específico del metabolismo de las mismas, ni siquiera la observación clínica ha conseguido demostrar que existe relación directa entre el *eczema* y la alimentación *rica* en grasas, relación que durante mucho tiempo se ha venido admitiendo como *segura*. Los trastornos ocasionalmente observados en la utilización de la grasa (aumento de la eliminación de la grasa neutra con las materias fecales, diarreas grasas, mayor producción de jabones grasos), no son característicos del *eczema*, sino trastornos de índole constitucional que también se presentan en forma independiente; su extensión en los *eczematosos* indica solamente que el *eczema* constitucional, a menudo, se asocia a otras anomalías constitucionales. Las medidas dietéticas capaces de influir sobre el *eczema*, son, pues, las mismas generalmente empleadas contra los trastornos nutritivos; no se trata en ningún concepto de métodos específicos. Por esta razón no pueden atribuirse el empeoramiento ni la mejoría del *eczema*, a un alimento específico o a un componente determinado de la alimentación, sino que se explican indirectamente como manifestación parcial de la influencia favorable o desfavorable sobre el metabolismo general. *No se conoce* hasta ahora *un solo* régimen alimenticio de *acción curativa* directa sobre el *eczema*, ni un determinado *alimento directamente* relacionado con el mismo. Se ha confirmado actualmente la *inocuidad* de la *grasa* en este sentido; el porvenir nos dirá si está justificado atribuir dicha acción a las albúminas".

Cuando se refiere a la importancia de la sobrealimentación, dice: "En una serie de investigaciones realizadas en niños no hidrolábiles, no comprobamos que el suministro *excesivo* de grasa (es cierto que en proporciones no muy considerables) tuviera una influencia *perjudicial*, ni que su *restricción* fuera seguida de efectos favorables. Sin embargo, dichos experimentos no duraban generalmente más que 4 a 6 semanas, siendo posible que la sobrealimenta-

ción prolongada durante varios meses tal y como sucede en la práctica tenga, efectivamente, consecuencias nocivas”.

Al escribir uno de nosotros (Damianovich) sobre Distrofias en Lactantes (“Archivos Argentinos de Pediatría”, enero de 1933), decía: “Hoy existe acuerdo en considerar que la tolerancia para las grasas tiene relación con cada niño en particular y además con los otros componentes de la alimentación (albúminas e hidratos de carbono). No rezan, pues, para la leche ácida hipergrasosa que hemos usado, las objeciones mencionadas, ya que, si por causa de este alimento, se perdieran grandes cantidades de sodio y potasio, no se producirían los aumentos de peso anotados. Lo mismo se puede aplicar a las pérdidas de calcio y magnesio, en lo que a éstos cuerpos concierne el desarrollo del sistema muscular, óseo y nervioso”.

Al hablar de tratamiento, ya se muestra Finkelstein más recatado y prudente, porque aconseja el *abandono* de mezclas lácteas corrientes, sobre todo cuando exista gran proporción de grasas neutras en las heces fecales.

Monrad indica que los síntomas de la diatesis exudativas pueden ser eliminados cuando se substituyen las grasas animales por las vegetales. Finkelstein, en un pequeño número de casos, no ha comprobado la menor mejoría.

Gartje (de Riga) citado por Pehú, dice haber constatado que las inyecciones subcutáneas de manteca y de aceite, pueden desatar *poussées eczematosas*.

En el tratado enciclopédico de Pfaundler y Schlosmann, en el capítulo sobre diátesis exudativas, linfatismo, estado timolinfático, artritis, escrito por J. Hussler, figura la opinión de Czerny, quien piensa que las manifestaciones de la diátesis exudativa son imputables a un trastorno *congénito* del metabolismo de las grasas. Como prueba de ello, habla la circunstancia de que las mezclas alimenticias *pobres en grasa*, han resultado a veces más adecuadas, desde este punto de vista, que la misma leche de mujer, cuya proporción de grasa es relativamente elevada. Se ha podido comprobar, agrega Hussler, como hace notar Kleinschmidt, de conformidad con lo observado por Czerny y Keller, que no es, precisamente, la grasa considerada *como tal*, la que da lugar a las manifestaciones de dicha diatesis, sino la ingestión *excesiva* de la misma en aquellos niños predispuestos a la adiposis.

Por lo que toca al tratamiento, dice: “Todo régimen alimenticio que tienda a *aumentar* las reservas de grasa, tanto si esta fi-

nalidad es alcanzada como nó, *empeora* el estado del niño afecto de diatesis exudativa, y, en cambio, todo régimen susceptible de excluir aquella posibilidad, lo *mejora*. Hay que evitar la sobrealimentación, tanto cualitativa como cuantitativa y mixta, es decir, teniendo en cuenta la acción combinada de una y otra”.

Después agrega: “En vista del escaso éxito de la crianza de niños exudativos al pecho, se plantea a menudo la cuestión de si es necesario o conveniente cambiar de nodriza. Czerny se muestra contrario a ello, fundamentando su opinión en varios motivos. Puesto que la causa del *deficiente* desarrollo, parece ser principalmente la *grasa*, no será conveniente acudir a la lactancia mixta ni al suministro de mezclas alimenticias que contengan *abundantemente* dicha substancia. Es mucho más recomendable el empleo de grumos de avena o de cocimiento harinosos preparados con agua o leche diluída y también de leche *desgrasada* o de babeurre”.

Según Kleinschmidt, lógrase una mejoría de los síntomas, incluso alimentando al niño con una leche *rica* en grasas, a condición de que, al mismo tiempo, se le administre hidratos de carbono.

Niemann comparte la opinión de que la grasa no es en sí misma perjudicial, aunque la contenida en la leche es muchas veces *mal tolerada*, hasta por los lactantes sanos. En cambio, dicho autor afirma que con el empleo de ramógeno o con la adición de manteca lavada, de 3 a 5 por ciento, no sólo ha podido comprobar que los enfermos no empeoraban, sino que muchas veces mejoraban visiblemente. (Libro citado, pág. 697).

En el libro de Feer, pág. 823, en el artículo escrito por Moro, poco encontramos para el fin que nos guía. Habla de la influencia de la sobrealimentación láctea sospechada desde hace siglos, y se refiere al tratamiento dietético, donde aconseja reducir la cantidad de leche al mínimo, substituyendo las calorías que falten por cocimientos harinosos. Recomienda la leche *desnatada* durante algún tiempo. En los flacos criados con lactancia artificial, la supresión de los trastornos de origen alimenticio y el mejoramiento del estado nutritivo, debe ser antepuestos al tratamiento del eezema.

La búsqueda bibliográfica en nuestro medio, la hemos realizado con especial dedicación, lo que no significa que no se nos haya escapado algún trabajo.

Primeramente hallamos el trabajo del Dr. Pedro Rueda, sobre eezemas y seborreas de lactantes, donde este autor es bien termi-

nante al atribuir a las sustancias grasas, una acción decisiva en la producción del eczema seborreico, especialmente. Dice también: “Toda sustancia alimenticia que ocasiona el aumento de peso de un niño eczematoso, debe tener una influencia directamente favorable en la producción del eczema”. Basado en esas consideraciones del trastorno metabólico de las grasas y funcional del páncreas, es que preconiza su tratamiento por esta sustancia.

E. Martínez Zuviría, en su relación sobre el tema, entre otras cosas, dice: “Y respecto a lo que se refiere a la grasa, diré que tengo la impresión personal de que *no hay relación* entre la cantidad que haya en la leche y la aparición o intensidad de las manifestaciones cutáneas”.

Entre los que usan la leche ácida hipergrasosa, aún tratándose de eczematosos, sólo conocemos al Dr. Ernesto Gaing (1), al Dr. A. Olanar Chans y a la Dra. Durand, quienes nos han manifestado no haber tenido inconveniente en tales niños, creyendo, finalmente, que esa alimentación *no influye* desfavorablemente en la evolución de las dermatosis.

Nuestras observaciones

En el año 1924, uno de nosotros (Damianovich), asistió a un niño de 4 meses, en alimentación materna, atacado de una seborrea difusa de la cabeza y cara, con algunos elementos impetiginizados y zonas inflamadas por el rascado. Esta criatura había sido sometida a un régimen reducido de lactancia, pues sólo se le dejaba mamar de 5 a 10 minutos, haciéndosele complementos alimenticios mucilaginosos, porque se atribuía la situación a un exceso de grasa en la leche materna. El niño se encontraba en un estado afligente: adelgazado, nervioso, llorando a cada instante, constipado, tenía así a sus padres en la mayor desesperación. Ya en ese entonces, creía poco en la influencia nociva de la grasa, y por ello ordenó restituir el pecho ad-libitum y suspender el cocimiento. Localmente, una fórmula sencilla. Pocos días después, el cambio era completo y la eutrofia mostraba una criatura en franco bienestar y progreso. Posteriormente fuimos afirmándonos en esta convicción, que decidimos documentar en forma tal que no tuviéramos la menor duda, con hechos indiscutibles, sometidos a un severo control. Elegimos

(*) Ver más adelante.

así la clientela hospitalaria, más fácil de manejar y seguir bajo la vigilancia nuestra y de la auxiliar visitadora.

Ofrecemos, por tanto, a la consideración de los colegas, la casuística comentada que más abajo detallamos.

Formas clínicas de los eczemas atendidos

Hemos adoptado la denominación general de eczemas para involucrar todos los casos en conjunto, sin entrar en la separación de las dermatosis que radican en el dermis como manifestaciones de una diátesis inflamatoria (diátesis exudativa) acompañada de otra sintomatología, y de aquéllas que se localizan preferentemente en la epidermis, con espongiosis del cuerpo mucoso de Malpigi, con exoserosis, exocitosis y otras modificaciones propias del proceso eczematoso. Reconocemos, entonces, que englobamos en un solo nombre, eczemas, diátesis exudativas y procesos mixtos, de acuerdo a la denominación hoy generalmente sostenida por la mayoría.

Los lactantes que concurren a nuestro servicio, han ofrecido para la experiencia las siguientes formas clínicas:

Eczemas secos diseminados	2 casos
Intértrigos puros	3 „
Seborreas de la cabeza y cara	14 „
Formas mixtas	9 „

Leches utilizadas

Nos hemos servido de dos clases de preparaciones: Una, la leche ácida hipergrasosa que “La Vascongada” prepara con el nombre de Cremil, y la otra, la leche común hipergrasosa homogeneizada y esterilizada.

Leche ácida hipergrasosa

(Fórmula del Dr. E. Gaing)

Se entiende por tal un alimento cuya preparación, según aconseja su autor, se realiza de la manera siguiente:

Se toman 7 partes de leche de vaca fresca y pura, con un tenor de 3,5 % de grasa, más o menos. Se añaden 3 partes de crema de leche, obtenida por centrifugación de leches de iguales con-

diciones a la anterior y previamente entibiada, con un tenor de grasa 12 % aproximadamente. Mezclados bien ambos productos, se agregan 1 a 2 cucharadas de leche acidificada, la víspera, por el bacilo láctico.

Efectuada de este modo la siembra, se deja en un recipiente la mezcla, cubierto con una gasa o bien tapado, durante un tiempo de 24 horas, en un ambiente tibio de 20°, agitándola algunas veces. Al cabo de ese tiempo, se ha producido la acidificación por acción del bacilo láctico sobre la lactosa, hasta llegar al punto óptimo de 32° Soxhlet-Henkel, es decir, 32 c.c. de solución de soda normal al cuarto, deben neutralizar 100 c.c. del producto, sirviendo como indicador 4 c.c. de solución alcohólica de fenolftaleína. Obtenido este grado de acidez se lleva la mezcla al fuego y se le hace hervir, agitándole continuamente con un batidor de crema, de modo que los grumos de caseína se desmenucen por completo. Se envasa y se conserva al frío, hasta el momento del consumo.

Su aspecto es el de una leche coagulada, de color blanco, con reflejos amarillentos, de olor y sabor ácidos. En reposo, se deposita una capa de caseína coagulada, encima una capa serosa amarilla ligeramente verdácea, y, sobrenadando, una capa de manteca.

Protocolo de análisis

Agua	87 a 88 %
Caseína	3,02 %
Lactosa	2,49 %
Extracto seco	13,86 %
Grasa	6,50 %
Materiales minerales	0,53 %
Acidez en ácido láctico	0,65 %
Sacarosa	5,00 %
Calorías teóricas deducidas	110,54 %

Firmado: *Dr. Pedro Brocca*

Leche común hipergrasosa

A nuestro pedido, el Dr. Pedro Brocca, hizo preparar en los laboratorios Sava, una leche cuya composición es la siguiente.:

Protocolo de análisis

Agua	87,28 %
Grasa	6,40 %
Caseína . Proteínas	3,80 %
Albúmina	4,82 %
Lactosa	16,08
Acidez Dornic (por litro)	0,73 %
Cenizas	90,40 %
Calorías teóricas deducidas	

NOTA: Esta leche hipergrasosa ha sido sometida previa homegenización de su materia grasa, al proceso de esterilización en su propio envase.

Firmado: *Dr. Pedro Brocca*

Datos complementarios

Los lactantes que han tomado el Cremil tenían:

Eczemas seborreicos	7 casos
Eczemas mixtos	7 „
Intértrigos puros	2 „

Los lactantes que han tomado leche hipergrasosa común tenían:

Eczemas secos diseminados	2 casos
Eczemas seborreicos	7 „
Eczemas mixtos	2 „
Intértrigos puros	1 „

Tuvieron peso superior al normal al empezar a tomar:

Cremil	3 casos
Leche común hipergrasosa	7 „

Aumentaron por día más de 20 gramos los que tomaron:

Cremil	en 12 casos: 75 %
Leche común hipergrasosa	en 9 casos: 75 %

Eran de edad comprendida entre 0 y 3 meses los alimentados con:

Cremil	12 casos
Leche común hipergrasosa	6 „

Superior a 3 meses, con:

Cremil	4 casos
Leche común hipergrasosa	6 „

El eczema evolucionó:

Con alternativas	en 16 casos
Hacia la mejoría y curación	en 12 casos

Casuística (*)

Alimentados con **LECHE ACIDA HIPERGRASOSA** (6,50 % de grasa)

OBSERVACIÓN 1.—R. F. Historia 11.217. Marzo 29 de 1935. 8 meses, 1 día. Peso, 5070 grs.

Diagnóstico: Seborrea, eczema seco diseminado. Hipertonía.

Régimen alimenticio: 6 × 80 Cremil más 30 agua. Después 120 y 30 agua.

Evolución: Después de tomar 1 mes y 3 días el Cremil, aparece con un eczema en cara que se infecta y otro seco difuso en ambas piernas.

Dietética: Se mantiene la instituída y 19 días más tarde, ha desaparecido totalmente la dermatosis y no vuelve a presentarse más hasta estos días.

Resumen: Niño distrófico, heredo luético, que en el curso de una alimentación con Cremil, tiene manifestaciones eczematosas, que desaparecen a las 3 semanas, sin cambio alguno en su alimentación láctea hipergrasosa.

Duración de la dietética: 5 meses. *Tolerancia:* excelente. *Aumento por día:* 16 gramos. *Eczema:* un brote, después curación.

OBSERVACIÓN 2.—R. S. Historia 11.295. Mayo 5 de 1935. 2 meses, 3 días. Peso, 5000 grs.

Diagnóstico: Eczema seborreico.

Régimen alimenticio: Pecho y completar 3 × 40 Cremil, más 20 agua.

Evolución: A los pocos días se inicia la desaparición de la seborrea y como la madre tiene menos leche, se aumenta a 4 × 60 Cremil más 20 agua. Siete días más tarde, debido al prurito, el rascado produce infección de los elementos en la frente.

Dietética: Pecho y 4 × 80 Cremil, más 30 agua. El 31 de mayo se anota la siguiente observación: No obstante el aumento del Cremil, el eczema de la frente ha desaparecido. Menos leche materna. Pecho y 5 × 90 Cremil, más 40 agua. En las últimas consultas ya toma 100 y 30, y el 26 de junio, 120 y 30. Eczema, sin mayor novedad.

(*) Hemos seguido las observaciones, un tiempo después de escrito este trabajo y no tenemos nada que cambiar.

Resumen: Niño que inicia su alimentación mixta precoz con Cremil, va rápidamente al destete, el que se hace completo a los 3 meses, 15 días, época en la cual sólo toma dicha leche hipergrasosa. Eczema con alternativas tendiendo a la desaparición. La seborrea sufre alternativas diversas mejorando a veces sin relación con el aumento de Cremil. La última visita no revela en la dermatosis mayor novedad, casi desaparecida.

Duración de la dietética: 1 mes 20 días. *Tolerancia:* perfecta. *Aumento por día:* 36 grs. *Eczema:* desapareciendo.

OBSERVACIÓN 3.—J. G. Historia 11.245. Mayo 11 de 1935. Edad: 1 mes 14 días. Peso 3840 grs.

Diagnóstico: Seborrea capitis. Debilidad congénita.

Régimen alimenticio: 6 × 90 Cremil más 30 agua.

Evolución: El eczema continúa lo mismo más de 1 mes, y el 15 de junio como queda con hambre y ha mejorado la seborrea, le damos 6 × 90 Cremil más 30 agua y el 5 de junio, 6 × 100. La última observación del 30 de julio lo da mucho mejor, con la alimentación indicada. Se aumenta a 6 × 120 más 30 de agua y la madre deja de concurrir, ignorándose el domicilio.

Resumen: Este niño empezó a tomar el Cremil cuando tenía 9 días, con 2800 y 35° 5T^a. Se le dió entonces pecho y completar con 6 × 50 Cremil más 25 de agua. Al mes y 14 días aparece la seborrea, que, como no interpretamos que fuera producida por alimento graso, lo aumentamos esa y otra vez más, evolucionando espontáneamente hacia la mejoría, sin ser influenciado por la leche hipergrasosa.

Duración de la dietética: 3 meses 25 días. *Tolerancia:* perfecta. *Aumento por día:* 27 grs. *Eczema:* En retroceso.

OBSERVACIÓN 4.—A. P. Historia 11.317. Mayo 13 de 1935. Edad: 1 mes 27 días. Peso: 3990 grs.

Diagnóstico: Eczema de cuero cabelludo y frente.

Régimen alimenticio: Pecho y 4 × 30 Cremil más 15 agua.

Evolución: El 1.º de junio se constata una gran mejoría y ha aumentado 660 grs. en 17 días. El 19 de julio se anota una pequeña poussée en la cara, tomando en ese momento 4 × 60 Cremil más 20 agua; esta peoría pasa sin modificación de alimento y el 16 de agosto tiene otra en el cuero cabelludo, en alimentación con pecho y 4 × 70 Cremil más 20 agua. El 4 de septiembre no tiene nada en cara y muy poco en el centro del cuero cabelludo.

Resumen: Cuando este niño se presentó a la consulta, estaba en tratamiento en un servicio de piel, al que no quiso llevarlo más la madre. En el curso de su asistencia tuvo dos poussées que evolucionaron a la desaparición, sin disminuir la dietética, al contrario, aumentándola de 4 de 30 de Cremil, a 4 de 70.

Duración de la dietética: 3 meses 21 días. *Tolerancia:* Perfecta. *Aumento de peso por día:* 28 grs. *Eczema:* Dos poussées, después en mejoría.

OBSERVACIÓN 5.—H. G. Historia 11.189. Mayo 14 de 1935. Edad: 4 meses 3 días. Peso: 6070 grs.

Diagnóstico: Eczema seborreico de cuero cabelludo. Constipación.

Régimen alimenticio: 2 × 100 Cremil más 30 agua, y 4 × 120 leche de vaca más 40 Maltosan (1 cucharadita), 10 azúcar .

Evolución: Los primeros días que siguió este régimen, el eczema había mejorado, pero después la placa se agrandó y se hizo húmeda.

Dietética: Aumento de 20 grs. en cada biberón de Cremil. A los 7 días, gran mejoría, que se hizo total 13 días más tarde. El 30 de julio se le ordenan 2 × 140 Cremil más 10 agua y las otras de leche común con Maltosan. En la última observación del 27 de agosto, no se nota nada de eczema en ninguna región.

Resumen: Discreto eczema seborreico de cuero cabelludo, en un niño gordo, que marcha a la curación a pesar del aumento que se hace del Cremil, un día en que la placa seborreica parecía más dispuesta a extenderse y estaba más húmeda. Nótese que ha estado tomando más de 1 mes, 140 Cremil con sólo 10 grs. de agua, es decir, casi *puro*.

Duración de la dietética: 3 meses 15 días. *Tolerancia:* perfecta. *Aumento por día:* 27 grs. *Eczema:* Una poussée, después curado.

OBSERVACIÓN 6.—E. R. Historia 11.351. Mayo 15 de 1935. Edad: 15 días. Peso: 2550 grs. (Peso al nacer: 3000 grs.).

Diagnóstico: Eczema seborreico de la cabeza. Intertrigo. Hipoalimentación.

Régimen alimenticio: Pecho y completar 3 × 30 Cremil más 20 de agua.

Evolución: Tomando el alimento indicado, a los 5 días pesa 2960 grs., y el eczema casi ha desaparecido. Catorce días más tarde ha aumentado 450 grs.; en las nalgas no hay eczema, pero ha vuelto en la cara. Se aumenta a 4 × 50 Cremil más 20 de agua. Cuando tiene 1 mes 6 días pesa 3150 grs., no tiene eczema, y rechaza el Cremil. Se reemplaza por pecho 4 × 50 de leche hipergrasosa (6,40 %) más 20 de agua, más 5 grs. de azúcar, alimentación que toma sólo 10 a 12 días. Cuando suspende toda alimentación hipergrasosa, tiene 2 meses 9 días y pesa 4230 gr. El eczema no existe en ninguna parte del cuerpo.

Resumen: Niña en hipoalimentación avanzada por insuficiencia de leche materna, prematuramente alimentada con hipergrasosa mixta, a pesar de la dermatosis que la acompaña. Esta mejora considerablemente, hace una poussée ligera en cara y termina por desaparecer. No es molestada en su evolución por el cambio a leche hipergrasosa *no ácida*, que se realiza.

Duración de la dietética: Con Cremil: 22 días, con hipergrasosa, 10 días. Total: 1 mes 2 días. *Tolerancia:* perfecta. *Aumento de peso por día:* 35 grs. *Eczema:* Una poussée, después curado.

Nota: Más adelante nos volvemos a referir a este caso por algo que tiene relación con la madre y con el niño.

OBSERVACIÓN 7.—M. T. Historia 11.327. Mayo 16 de 1935. Edad: 25 días. Peso: 3260 grs.

Diagnóstico: Seborrea de cuero cabelludo y cara. Eczema seco del cuerpo.

Régimen alimenticio: Pecho y completar 6 × 50 Cremil más 20 de agua.

Evolución: El 4 de junio, se anota mejoría y aumento de 480 grs. en 18 días. El 19, a pesar de haberle aumentado sus raciones a 6×60 Cremil más 20 de agua, el eczema es apenas marcado. Cuando lo vemos por última vez, toma 6×80 Cremil más 20 de agua; no hay ni restos de eczema en el cuerpo ni cabeza, quedando sólo detrás de la oreja. Le indicamos 6×100 Cremil más 20 de agua, porque la madre no le dá más el pecho.

Resumen: Niño que ha contado poco con el pecho de la madre, recibe precozmente 6 biberones de leche ácida hipergrasosa en plena poussée eczematosas de cierta intensidad y que, sin embargo, va a la desaparición del proceso, aun cuando, por necesidades ponderables, se le aumenta la alimentación hipergrasosa. Este niño *no usó pomadas* durante bastante tiempo.

Duración de la dietética: 2 meses 27 días. *Tolerancia:* Perfecta. *Aumento de peso por día:* 23 grs. *Eczema:* En retroceso.

OBSERVACIÓN 8.—J. U. S. Historia 11.370. Mayo 23 de 1935. Edad: 5 meses 14 días. Peso: 6140 grs.

Diagnóstico: Eczema pápuloerosivo de la región glútea. Reglamentar alimentación.

Régimen alimenticio: 3×120 Cremil más 30 de agua y 3×120 leche de vaca, más 30 de agua, más 5 grs. de azúcar.

Evolución: Toma el alimento indicado desde el primer día. A los 15 días, el eczema ha desaparecido y no vuelve a presentarse. El día de la última consulta, tiene 8 meses 3 días y pesa 7980 grs.

Resumen: Niño con eczema limitado a la región glútea, toma leche de la cual 3 biberones son de 120 grs. de Cremil cada uno, más 30 de agua, y que cura sin dejar rastros a los 15 días de iniciada esta alimentación. Ningún trastorno alimenticio.

Duración de la dietética: 2 meses 19 días.. *Aumento de peso por día:* 23 grs. *Eczema:* Curado. *Tolerancia:* Perfecta.

OBSERVACIÓN 9.—D. C. Historia 11.353. Junio 1.º de 1935. Edad: 1 mes 8 días. Peso: 3750 grs.

Diagnóstico: Intértrigo. Eritema glúteo.

Régimen alimenticio: (Pecho) y 6×60 Cremil más 30 de agua.

Evolución: Cinco días después, eczema desaparecido y aumento de 140 grs. El 10 de junio, se pesa una lactada y da 30 grs. de ambos pecho, por lo que se aumenta a 6×80 de Cremil más 30 de agua. El 24, como hay vómitos, se prescribe 3×100 Cremil más 30 agua y 3×110 leche común más 30 agua más 5 grs. de azúcar. Seis días más tarde, nos cuenta la madre que vomita la leche común, pero *el Cremil no*. El eczema no ha vuelto. 5×100 Cremil más 30 agua, y 1×110 leche de vaca más 30 agua más 5 grs. de azúcar. La última consulta es del 15 de julio: han cesado los vómitos y sigue sin eczema.

Resumen: Niña alimentada precozmente, desde 1 mes 8 días, con 6 raciones complementarias de Cremil, en plena poussée eczematosas, que, sin embargo, va a la desaparición al quinto día. La secreción láctea materna sigue disminuyendo y al mes y diecisiete días de edad ya toma 6×80

Cremil más 30 de agua. Un hecho es digno de anotarse: Cuando por vómitos se alternan con unos biberones de leche común, resulta que esta leche es la que se expulsa, por lo que se suprime la leche común y se dan todos de Cremil, otra vez como antes. En la última consulta, no ha vuelto a tener otra poussée eczematosa.

Duración de la dietética: 1 mes y 14 días. *Tolerancia:* Buena. *Aumento de peso por día:* 25 grs. *Eczema:* Una poussée, después curación.

OBSERVACIÓN 10. (Ver fotografía).—J. Ch. Historia 11.328. Junio 5 de 1935. Edad: 4 meses 11 días. Peso: 6930 grs.

Diagnóstico: Eczema seborreico de cuero cabelludo y frente. Intértrigo. Eritema en vientre y dorso.

Régimen alimenticio: Pecho y 1×100 Cremil más 30 de agua.

Evolución: A los 11 días el eczema, en general, está mejor. A los 15 días, ha empeorado en la cara pero está mejor en las otras regiones.

Dietética: Pecho y 2×100 Cremil más 30 de agua. Veintidós días más tarde, ha desaparecido casi del todo en las partes bajas, pero en la cara se ha extendido en tal forma que sólo quedan libres los ojos. *Dietética:* Se mantiene la misma.

A los 3 días de ésto, se inicia la mejoría, el cuero cabelludo muestra claros de costras que se desprenden. El 4 de julio igue depejándose cara y cabeza, y como ha bajado de peso se da: pecho y 3×100 Cremil más 30 de agua. El 11, la mejoría es notable y ha aumentado en 7 días 200 grs. El 24 ya no quedan sino algunas costras en cuero cabelludo. Se da pecho y 3×120 Cremil más 30 agua. El 30 puede considerarse curado el eczema. Se suprime el Cremil porque lo rechaza.

Resumen: Niño gordo con eczema difuso que desde la primera consulta recibe ya un biberón de leche ácida hipergrasosa y que, a pesar de haber empeorado en la cara, 15 días más tarde, se le aumenta su ración a 2 biberones, dietética que se mantiene aunque su cara y cabeza están totalmente cubiertas de costras seborreicos impetiginizadas. Esto no impide que el proceso retroceda poco a poco, hasta su curación completa, la que no es interrumpida por un biberón más que se prescribe de la misma leche (Cremil).

Duración de la dietética: 1 mes 24 días. *Tolerancia:* Ningún trastorno alimenticio. Algunos catarrros respiratorios con fiebre. *Aumento de peso por día:* 15 grs. *Eczema:* Sufre poussées y termina curado.

OBSERVACIÓN 11.—A. U. Historia 11.291. Junio 11 de 1935. Edad: 2 meses 6 días. Peso: 6300 grs.

Diagnóstico: Eczema generalizado.

Régimen alimenticio: Pecho y 1×70 de Cremil más 30 de agua.

Evolución: Vuelve a los 8 días con gran mejoría, pero más tarde la cabeza se cubre de costras. Como aumenta poco, ese día se indica pecho y 2×80 Cremil más 30 de agua. Aumenta así 150 grs. en 6 días, después empieza a rechazar el alimento, por lo que se le reemplaza por 2×110 leche común, más 30 de agua, más 5 grs. de azúcar. La seborrea mejora mucho, pasa 8 días con el nuevo alimento, que se le cambia de nuevo por

2 × 80 Cremil más 30 de agua, atropina al 1 × 3000 contra los vómitos. En los 4 días subsiguientes aumentó 110 grs., pasaron los vómitos y el ezeema siguió mejorando. Siete días después se suspende el Cremil por rechazo, y el 27 de agosto reaparece un poco de seborrea capitis. Todas las demás regiones, sanas.

Resumen: Niño que sufre de intertrigo desde 1 mes y 4 días, antes de instituir Cremil y cuando se le indica este alimento, el ezeema se ha generalizado. Sin embargo, toma bien el alimento y mejora la dermatosis, menos en la cabeza, que se llena de costras. En ese momento se le dan 2 frascos (1 más) de Cremil que no influyen sobre el ezeema. Coincidiendo con el cambio a leche común, se acentúa la mejoría y para ver si ella es interrumpida por la grasa, se le vuelve a dar Cremil. Nada ocurre y cuando se interrumpe para siempre el Cremil, el ezeema está curado. Una pequeña poussée seborreica se instala en el cuero cabelludo, cuando ya está con leche común. *Tolerancia:* Buena. Una vez vómitos que ceden a la atropina, sin variar el alimento. *Duración de la dietética:* 1 mes y 11 días. *Aumento de peso por día:* 19 grs. *Ezeema:* Dos poussées, la última cuando ya no tomaba Cremil.

OBSERVACIÓN 12.—V. C. Historia 11.463. Julio 1.º de 1935. Edad: 26 días. Peso: 3620 grs.

Diagnóstico: Seborrea de la cabeza y cara. Hipoalimentación.

Régimen alimenticio: Pecho y completar 2 × 50 Cremil más 20 de agua.

Evolución: El 12 de julio el ezeema está completamente curado y el niño ha aumentado 420 grs. en 12 días. El 23 de agosto se aumenta a 3 × 60 Cremil más 20 de agua y el 3 de septiembre se anota una pequeña placa seborreica en la parte posterior de la cabeza. Tomó el alimento indicado.

Resumen: Este es otro caso más de un niño que en el curso de una alimentación mixta con leche ácida hipergrasosa, que empezó a tomar el 25 de junio, ve aparecer un ezeema seborreico de la cabeza y cara que no provoca modificación alguna de nuestra parte, en la dietética, lo que no impide que esa seborrea desaparezca. Al contrario, en una de las últimas consultas, se aumenta de 2 × 50 a 3 × 60 Cremil, sin consecuencias desagradables.

Duración de la dietética: 2 meses 8 días. *Tolerancia:* Perfecta. *Aumento de peso por día:* 28 grs. *Ezeema:* Una poussée, después en mejoría.

OBSERVACIÓN 13.—A. G. M. Historia 11.484. Julio 3 de 1935. Edad: 1 mes 23 días. Peso: 2560 grs.

Diagnóstico: Ezeema seborreico de la cabeza y cara. Intertrigo. Distrofia.

Régimen alimenticio: Pecho y completar 3 × 40 Cremil más 20 de agua.

Evolución: Nueve días después de la primera consulta acusa un aumento de 290 grs. y el ezeema sigue con la mejoría iniciada. Para el 30 de julio se nos presenta con 3310 grs. (750 grs. en 27 días), tomando 4 de 60 de Cremil más 20 de agua; ese día ofrece un brote ezeematoso en la cara, que desaparece completamente, 13 días más tarde — 27 de agosto—,

última visita al servicio; ha desaparecido el eczema y completa la lactancia del pecho, con 4 de 70 de Cremil más 20 de agua.

Resumen: Lactante hipotrófico (1 mes 23 días, con 2560 grs.) portador de un eczema mixto, que inmediatamente de ponerlo bajo nuestro cuidado, empieza a completar su alimentación materna con 3×40 Cremil más 20 de agua, alimentación que aumenta pronto a 3 y 4 de 60, sin que la mejoría se interrumpa. Los vómitos que se producen en una oportunidad ceden a la atropina, lo mismo que la flojedad de las deposiciones, al carbonato de calcio. El 27 de agosto puede considerarse libre del eczema; tiene 3 meses y 17 días, y pesa 4100 grs.

Duración de la dietética: 1 mes 24 días. *Tolerancia:* Buena. *Aumento de peso por día:* 28 grs. *Eczema:* curado.

OBSERVACIÓN 14.—H. M. Historia 11.528. Agosto 6 de 1935. Edad: 1 mes 18 días. Peso: 3220 grs.

Diagnóstico: Seborrea de cuero cabelludo y cara. Hipotrofia.

Régimen alimenticio: Pecho y completar 6×60 Cremil más 30 de agua.

Evolución: El 22 de agosto queda muy poca seborrea, el niño ha tomado, como se le indicó; ese mismo día, por falta de leche materna, le mandamos 6×80 Cremil más 30 de agua. Tomando esa alimentación, aparece el 5 de septiembre con 3870 grs. de peso y 17 días de edad; la seborrea está reducida a una franja en el medio de la frente.

Resumen: El eczema aparece a los 16 días en alimentación de pecho y complementaria con 6×60 Cremil más 30 de agua, dietética que sólo se cambia para aumentarla a 6×70 , 80 y 90 siempre con la misma cantidad de agua. Como se ve, haciendo caso omiso de su eczema y sin tener que echar marcha atrás. Este niño empezó a tomar dichos biberones cuando lo vimos por primera vez, con 1 mes y 2 días, y 2890 grs. de peso.

Duración de la dietética: 1 mes y 15 días. *Tolerancia:* Perfecta. *Aumento de peso por día:* 21 grs. *Eczema:* En retroceso.

OBSERVACIÓN 15.—M. G. Historia 11.473. Agosto 6 de 1935. Edad: 2 meses. Peso: 4030 grs.

Diagnóstico: Seborrea de cuero cabelludo. Intertrigo.

Régimen alimenticio: Pecho y completar 4×30 Cremil más 20 de agua.

Evolución: Once días después, ha aumentado 270 grs., el intertrigo ha pasado pero quedan costras en el cuero cabelludo y la madre no las cuida en forma. Se aumenta a 4×40 Cremil más 20 de agua. El 22, vuelve a aparecer el intertrigo, pero como queda con hambre, damos 4×60 Cremil más 20 de agua. El 4 de septiembre se nota mejoría, elevamos la cantidad de Cremil a 6×60 Cremil más 30 de agua y el 13 ya no da nada de pecho, por lo que indicamos 6×60 Cremil más 30 de agua.

En la última consulta, la parte más rebelde, la cabeza, ha mejorado; pesa 5040 grs. y tiene 3 meses 13 días.

Resumen: Niño en hipoalimentación materna, con eczema mixto que recibe un alimento hipergrasoso en aumento progresivo, sin tener en cuenta su dermatosis, hasta llegar a tomar sólo 6×80 Cremil más 30 de agua.

Duración de la dietética: 1 mes 13 días. *Tolerancia:* Buena. *Aumento de peso por día:* 23 grs. *Eczema:* Dos brotes. En mejoría.

OBSERVACIÓN 16.—M. S. Historia 11.433. Agosto 6 de 1935. Edad: 2 meses 9 días. Peso: 4400 grs.

Diagnóstico: Seborrea e intertrigo.

Régimen alimenticio: Pecho y completar 3×60 Cremil más 40 de agua.

Evolución: Veinte días después, cuando hace seis días que toma 4 de 70, el intertrigo está curado y la cabeza sigue más o menos igual. El 4 de septiembre, no hay más eczema y como queda con hambre, le damos 4 de 100 de Cremil y 2 veces pecho. Aparece la última vez el 18 de septiembre, con la curación del eczema que se mantiene: pesa 5280 grs., con 3 meses 21 días. Por disminución de la leche materna se ordena 5×100 Cremil más 30 de agua.

Resumen: Niño prematuramente alimentado con leche ácida hipergrasosa, a pesar de tener eczema mixto que pronto va a la desaparición, no obstante los rápidos aumentos que se hacen del alimento artificial, desde 3×60 a 5×100 de Cremil.

Duración de la dietética: 1 mes 12 días. *Tolerancia:* Perfecta. *Aumento de peso por día:* 20 grs. *Eczema:* Curado.

Casos descriptos por el Dr. Ernesto Gaing (10 casos)

Publicados en "La Semana Médica", N.º 29, 1921 y 47, 1932

Caso 24.—Niño de 1 mes 26 días. Hipotrofia. *Diátesis exudativa.* Subalimentación. Lactancia mixta con leche ácida hipergrasosa durante 16 días. Aumento diario, 24 grs. (normal, 22 grs.). Las manifestaciones de la diátesis permanecen estacionarias.

Caso 34.—Niño de 1 mes 13 días. Peso: 3050 grs. Lactancia artificial con leche ácida hipergrasosa durante 308 días. Ingresó con hipotrofia y eczema seborreico de la cabeza y *eczema eritematoso* descamativo de la cintura para abajo, más intenso en las partes internas de las piernas. Cuando deja de tomar la leche ácida hipergrasosa, poco antes de cumplir un año, pesaba 10.150 grs. El eczema va mejorando y en el quinto mes no existe más.

Caso 84.—Dispepsia y *eczema seborreico* de la cabeza y cejas y eczema intertiginoso perigenital. Edad: 3 meses 11 días. Peso: 3690 grs. Se le alimenta con leche ácida hipergrasosa durante 222 días. El término medio del aumento es de 17 grs., siendo 15 lo normal. Tanto la dispepsia como el *eczema mejoran* pronto.

Caso 422.—Niño de 16 días, con 3260 grs. Es traído por una señora que lo ha adoptado. Se lo cría con leche ácida hipergrasosa. *Eczema intertrigo glúteo.* Aumenta 21 grs. diario. El desarrollo se hizo bien. El *eczema no se modificó.*

Caso 563.—Niño de 6 meses 22 días, con sólo 4900 grs. Talla: 60.5 cm. Distrofia. Eczema. Se da leche ácida hipergrasosa. En 94 días aumenta 3 kilos, que son 42 grs. por día (normal 16). El *eczema sigue con intermitencias*.

Caso 566.—Niño de 7 meses, con hipotrofia y *eczema*, pesa 4500 grs. Con leche ácida hipergrasosa aumenta 730 grs. en 41 días. (200 grs. más de lo normal). El *eczema mejora*, pero luego recidiva.

Caso 520.—Mellizo hipotrófico de 3 meses, con 2900 grs. Hipotrofia y *eczema* seborreico de la cabeza y *eczema* húmedo vesiculoso de los muslos. Alimentado artificialmente desde los 15 días, con leche ácida hipergrasosa, aumenta en 44 días 1190 grs., o sea 27 por día (normal, 19). El *eczema mejora*. Más tarde aparece *eczema* en la cara que mejora rápidamente con tratamiento externo, y sin dejar la leche hipergrasosa.

Casos publicados en la tesis del Ds. Murtagh. 1930

Caso 256.—Niño de 2 meses 22 días, 3940 grs. *Diátesis exudativa* y subalimentación mixta. Con leche ácida hipergrasosa progreso grande. 2060 gramos en 58 días. Su *diátesis exudativa* mejoró. Más tarde y ya con otro alimento, recidivó.

Caso 341.—Niño de 4 meses 21 días. Heredolúes. Subalimentación natural. Tratamiento mercurial. *Eczema* seborreico de la cabeza y frente. Con leche ácida hipergrasosa aumenta en tres meses dos kilos. El *eczema persiste, mejorado*.

Caso 355.—Niño de 1 mes que presenta seborrea de las cejas y *eczema eritematoso glúteo*. Un mes y medio después ha disminuído mucho la leche de la madre y se completa con 6 raciones de leche ácida hipergrasosa. Otros dos meses y ya no se prende más al pecho, se le da exclusivamente leche ácida hipergrasosa. Consigna la historia que en esta época el *eczema está mejor*. Sigue muy bien aumentando en 5 meses y medio 2600 grs.

Alimentados con leche común hipergrasosa (*)

(6,40 % de grasa)

OBSERVACIÓN 1.—R. del C. S. Historia 11.256. Junio 10 de 1935. Edad: 2 meses 7 días. Peso: 4600 grs.

Diagnóstico: Eczema seborreico de cuero cabelludo y frente.

Régimen alimenticio: 6 X 100 leche común hipergrasosa más 30 de agua, más 5 grs. de azúcar (o miel).

Evolución: Un mes después de tomar esta alimentación, queda muy

* (*) Hemos seguido la observación un tiempo después de escrito este trabajo y no tenemos nada que cambiar.

poca seborrea y ha aumentado 950 grs. El 27 de agosto pesa 6350 grs., con 5 meses 14 días, y el 3 de septiembre, después de un proceso respiratorio febril, rechaza las maderas, por lo que se reemplazan 4 de leche común hipergrasa por otras correspondientes de leche común con harina. No hay más eczema.

Resumen: Destete total precoz y su reemplazo por biberones, primero de leche común y poco después por otras de leche común hipergrasa, que ingiere sin inconveniente alguno, teniendo en ese momento, seborrea de la cabeza y frente. Este niño tuvo anteriormente un eczema intertrigo, que desapareció estando a pecho y leche común con agua. La seborrea no aumentó ni sufrió entorpecimiento, no apareciendo manifestaciones eczematosas en otros lugares.

Duración de la dietética: 2 meses y 23 días. *Tolerancia:* Perfecta. *Aumento por día:* 21 grs. *Eczema:* Sin empeorar, desapareciendo.

OBSERVACIÓN 2. (Ver fotografía).—B. C. Historia 11.318. Julio 6 de 1935. Edad: 3 meses 24 días. Peso: 6350 grs.

Diagnóstico: Eczema húmedo costroso de cabeza y cara.

Régimen alimenticio: Pecho y 2×80 leche común hipergrasa más 40 de agua y 5 grs. de azúcar.

Evolución: Seis días después ha mejorado la parte del cuero cabelludo, en la cara está igual, ha aumentado 300 grs. y por ocupación materna, se ordena 3×100 leche común hipergrasa, más 40 agua, más 5 grs. azúcar. El 17 se reagudiza lo existente en la cara, acompañándose de intenso prurito; a los 5 días hay una franca mejoría con aumento de 150 grs. El 26, nuevo brote que mejora a los 2 días. Como consecuencia de una angina, pasa 2 días tomando leche común y se presenta a la consulta con un tercer brote, que, como los anteriores, sufre alternativas que se mantienen hasta la última consulta del 11 de septiembre, en que pesa 7250 grs., con 5 meses 4 días.

Resumen: Niño gordo, en alimentación mixta, con leche común hipergrasa, desde los 3 meses 24 días, cuya dermatosis marcha en completa independencia de los cambios alimenticios. Este es uno de los casos en que el proceso se ha mantenido más firmemente en la cara, pues en ninguna de las acalmias llegó a desaparecer completamente, como ha sucedido en otros niños.

Duración de la dietética: 1 mes y 5 días. *Tolerancia:* Perfecta. *Aumento de peso por día:* 28 grs. *Eczema:* Alternativas, 3 brotes; en la cabeza gran mejoría.

OBSERVACIÓN 3.—H. Z. Historia 11.452. Julio 10 de 1935. Edad: 1 mes. Peso: 3940 grs.

Diagnóstico: Eczema generalizado.

Régimen alimenticio: 6×80 leche común hipergrasa, más 30 agua, más 5 grs. de azúcar.

Evolución: Desde el mismo día inicia su alimentación indicada. Vomita un poco, pero el eczema inicia su retroceso y el 13 de agosto sólo quedan unas costras en la parte superior del cuero cabelludo; los vómitos ceden

con citrato de sodio. Se le reemplaza 2×120 leche común, más 5 grs. de azúcar. El 27, aumento de la leche común hipergrasosa a 4×100 más 30 de agua, más 5 grs. de azúcar. El 10 de septiembre, el eczema casi curado. Pesa 5400 con 3 meses de edad.

Resumen: Niño en buen peso, sin alimentación materna, y que ya al mes empieza a tomar, de golpe, 480 grs. de leche común hipergrasosa a pesar de tener un eczema generalizado. Este eczema no sufre la menor interrupción en su marcha a la mejoría, la que se establece totalmente, al mes y 23 días, cuando ingiere 4×100 de leche común hipergrasosa, más 30 de agua, más 5 grs. de azúcar, 2×100 leche común, más 30 agua, más 5 grs. azúcar.

Duración de la dietética: 2 meses y 23 días. *Tolerancia:* Buena. *Aumento peso por día:* 24 grs. *Eczema:* En la última consulta está casi curado.

OBSERVACIÓN 4.—J. A. del G. Historia 11.439. Julio 12 de 1935. Edad: 1 mes 22 días. Peso: 4270 grs.

Diagnóstico: Intertrigo, seborrea de la cara.

Régimen alimenticio: Pecho y completar 3×40 leche común hipergrasosa, más 20 agua, más 5 grs. de azúcar.

Evolución: A los 10 días de la primera consulta ha aumentado 280 gramos porque la madre, con menos leche, le dió 3×80 ; del eczema está mejor. Se indica pecho y completar 4×80 leche común hipergrasosa más 20 de agua. Continúa en esta forma tranquila, sin empeorar, hasta el 2 de septiembre, en que pesa 6020 grs. con 6 meses 13 días.

Del eczema no queda casi nada. *Dietética:* Pecho y completar 5×90 leche común hipergrasosa, más 30 de agua, más 5 grs. de azúcar.

Resumen: Este niño tenía eczema ya en la primera consulta que hizo al servicio y cuando se le indicó la leche común hipergrasosa (3×40) se había reagudizado en los muslos. Lo toleró perfectamente y *aumentando* de peso, el eczema no empeoró en lo más mínimo, tan no empeoró, que no tenía casi nada en la última consulta, en que, con 3 meses y 20 días, pesaba nada menos que 6300 grs. (el peso de cerca de 5 meses), aumentando en la última semana 280 grs.

Duración de la dietética: 1 mes y 27 días. *Tolerancia:* Perfecta. *Aumento de peso por día:* 35 grs. *Eczema:* Al final de la observación: curado.

OBSERVACIÓN 5.—R. O. R. Historia 11.321. Julio 23 de 1935. Edad: 3 meses 15 días. Peso: 6220 grs.

Diagnóstico: Seborrea cápitis.

Régimen alimenticio: Pecho y 3×80 leche común hipergrasosa, más 30 de agua, más 5 grs. de azúcar.

Evolución: A los 20 días de esta alimentación, ha aumentado 750 gramos y le quedan pocas costras en el cuero cabelludo. Una semana después, ha desaparecido la seborrea y como la madre tiene poca leche, se prescribe: pecho y 4×100 leche común hipergrasosa, más 30 de agua, más

5 grs. de azúcar. El 3 de septiembre pesa 7890 grs., con 4 meses 25 días; toma lo indicado. No hay más eczema.

Resumen: Niño gordo, seborreico, cuya dermatosis no sufre las consecuencias de una alimentación mixta hipergrasosa que empieza a tomar desde que ella aparece.

Duración de la dietética: 1 mes y 10 días. *Tolerancia:* Perfecta. *Aumento de peso por día:* 41 grs. *Eczema:* Curado.

OBSERVACIÓN 6.—J. P. Historia 11.496. Julio 30 de 1935. Edad: 4 meses 13 días. Peso: 6230 grs.

Diagnóstico: Seborrea de la cabeza y cara. Intertrigo.

Régimen alimenticio: Pecho y 1×70 leche común hipergrasosa, más 30 de agua, más 5 grs. de azúcar.

Evolución: A los 4 días de tomar el alimento, el eczema empeora y 5 días más tarde se produce una mejoría. Se indica otro frasco de 100 de leche común hipergrasosa. A la semana, otro brote que vuelve a desaparecer y el día de la última consulta, 11 de septiembre, ya no se le encuentra nada. Está tomando pecho y 3×120 leche común hipergrasosa, más 30 de agua, más 5 grs. de azúcar. Peso: 7100 grs., con 5 meses 24 días.

Resumen: Niño gordo, que en pleno brote eczematoso inicia su alimentación mixta con un biberón de leche común hipergrasosa que se va aumentando hasta 3, a pesar de los brotes eczematosos, lo que no impide que en la última visita ya no tenga nada.

Duración de la dietética: 1 mes y 11 días. *Tolerancia:* Perfecta. *Aumento de peso por día:* 21 grs. *Eczema:* Curado, tuvo 3 brotes.

OBSERVACIÓN 7. (Ver fotografías).—J. A. C. Historia 11.563. Agosto 6 de 1935. Edad: 5 meses 8 días. Peso: 7050 grs.

Diagnóstico: Eczema húmedo costroso, impetiginizado en cabeza y cara.

Régimen alimenticio: Pecho y 2×100 leche común hipergrasosa, más 30 de agua, más 5 grs. de azúcar.

Evolución: Los primeros días sólo le dió 80 grs. de leche y 50 de agua, pero el 17 ya tomaba lo indicado, habiendo aumentado 350 grs. en 11 días y presentándose como puede verse en la segunda fotografía, sacada el 13. El 19 se obtiene la tercera fotografía. El 26 se le aumenta a 3×100 leche común hipergrasosa, más 30 de agua, más 5 grs. azúcar, y para el 2 de septiembre, ha aumentado 270 grs. en 6 días. El eczema ha desaparecido casi del todo pero, como queda con hambre, aumentamos a 3×120 leche común hipergrasosa, más 30 de agua, más 5 grs. de azúcar. Vuelve a la semana, con un brote eczematoso en la cara, que 2 días más tarde va desapareciendo (ver cuarta fotografía).

Resumen: Como puede verse en la primer fotografía, este niño fué tomado en pleno brote de una seborrea complicada con infección secundaria. Tratada ésta, la seborrea fué desapareciendo prontamente en la forma que lo revela la tercer fotografía, sacada a los 13 días de tomar pecho y 2×100 de leche común hipergrasosa más 30 de agua. El aumento posterior a 3 biberones de 100 y 120 sólo se siguió de un pequeño brote

en la cara, que 2 días después iba en mejoría. *Nótese que se trata de un niño gordo* que a los 5 meses 12 días pesa 7800 gr. (el peso de 7 meses 15 días).

Duración de la dietética: 1 mes 5 días. *Tolerancia:* Excelente. *Aumento de peso por día:* 21 grs. *Eczema:* Curado, 1 brote.

OBSERVACIÓN 8.—R. M. Historia 11.580. Agosto 13 de 1935. Edad: 5 meses. Peso: 6820 grs.

Diagnóstico: Seborrea de la cabeza y cara. Intertrigo.

Régimen alimenticio: Pecho y 3×120 leche común, más 30 de agua, más 5 grs. de azúcar.

Evolución: Durante 14 días siguió este régimen, en cuyo transcurso de tiempo aumenta 320 grs., y mejora bastante del eczema. Ese mismo día, 27 de agosto, se le cambian los 3 frascos de leche común por 3 de 100 de leche común hipergrasosa más 30 de agua. Este alimento es tomado desde el mismo día que se indica, lo que no impide que el eczema siga su marcha a una acentuada mejoría. El 2 de septiembre apenas si quedan rastros. Un proceso respiratorio agudo entra en escena y pasa 5 días sin tomar la leche hipergrasosa; se produce un brote eczematoso y se indica volver a la alimentación hipergrasosa. A los 5 días de iniciada y a pesar de la picazón, se nota una evidente mejoría; ese día aumentamos a 4×100 , más 30 de agua, más 5 grs. de azúcar y posteriormente, el 24 de septiembre, a 5×120 , más 30 de agua, más 5 grs. de azúcar. Después de este último aumento, el peso sube de 7300 a 7500 grs. en 2 días; la cara está muy bien, no así la cabeza, que presenta algunas costras que aglutinan parte del cabello. Se ordena curar en forma y se mantiene el alimento.

Resumen: Niño gordo, con un eczema mixto, bastante extendido, a quien sometemos a título de ensayo, primero, a una alimentación con leche común, y en cuanto notamos mejoría, lo pasamos bruscamente a la leche común hipergrasosa sin que este desafío sea contestado con empeoramiento alguno, al contrario, la mejoría sigue como si nada hubiera pasado. Un proceso gripal interrumpe la alimentación por 5 días, en cuyo período se produce un brote en la cara. Reiniciada la alimentación hipergrasosa, el eczema continúa mejorando sin hacer caso del aumento a 4 y 5 biberones, que elevamos por falta de alimento materno. La madre de la criatura se opone a que le cambiemos a leche común, porque cree que su mejoría se debe a la hipergrasosa.

Duración de la dietética: 1 mes y 13 días. *Tolerancia:* Perfecta. *Aumento de peso por día:* 15 grs. (Gripe). *Eczema:* Intertrigo, desaparecido. Seborrea de la cara muy mejorada, de la cabeza había curado; al último, un brote.

OBSERVACIÓN 9.—M. B. Historia 11.598. Agosto 21 de 1935. Edad: 2 meses 3 días. Peso: 4450.

Diagnóstico: Eczema seco diseminado. Seborrea.

Régimen alimenticio: Pecho y completar 5×40 leche común hipergrasosa que tomó desde la primera consulta, sin ofrecer empeoramiento

alguno, disminuyendo francamente la rubicundez y la descamación seborreica. Con algunos tropiezos derivados de este estado febril, siguió sin mostrar mucha tendencia a fijar peso, a pesar de algunos toques variados que le hacíamos en la alimentación. En vista de ello, resolvimos en la última consulta, someterlo a lactancia natural mercenaria, suprimiendo nuevas pruebas alimenticias.

Duración de la dietética: 29 días. *Tolerancia:* Buena. *Eczema:* Al principio, mejoría, después estacionario.

OBSERVACIÓN 10.—J. P. Historia 11.611. Agosto 27 de 1935. Edad: 2 meses 18 días. Peso: 4000 grs.

Diagnóstico: Eczema de cabeza y cara.

Régimen alimenticio: Pecho y completar 3×50 leche común hipergrasosa, más 20 de agua, más 5 grs. azúcar.

Evolución: A los cuatro días ha aumentado 200 grs.; no hay más eczema en la cara y en la cabeza queda muy poco; se aumenta a 4×70 , más 20 de agua, por disminución de la leche materna. El 11 de septiembre se vuelve a aumentar el alimento a 5×70 más 20 de agua, y desde antes del 18 figura ya con 6×70 más 20 de agua. En la última consulta del 27, sigue con el eczema curado, en la alimentación indicada; tiene 3 meses 18 días, y pesa 5350 grs.

Resumen: Niño con seborrea abundante de cabeza y cara que desde los 2 meses 18 días, ingiere leche común hipergrasosa, complementaria del pecho, hasta aumentarla, en 16 días, a 6×70 más 20 de agua, sin molestar el eczema en su curación, ya establecida a los 7 días de la primera consulta.

Duración de la dietética: 1 mes. *Tolerancia:* Perfecta. *Aumento de peso:* 45 grs. por día. *Eczema:* Curado.

OBSERVACIÓN 11.—C. J. Historia 11.608. Agosto 26 de 1935. Edad: 3 meses 17 días. Peso: 5080 grs.

Diagnóstico: Seborrea de la cabeza. Intertrigo.

Régimen alimenticio: 3×100 leche común hipergrasosa, más 40 de agua, más 10 grs. de azúcar, y 3×100 leche, más 40 de agua, más 10 grs. azúcar.

Evolución: Como a los 4 días de tomar este alimento, hubiera aumentado sólo 20 grs., subimos la leche común hipergrasosa a 4×120 , más 30 agua, más 5 grs. de azúcar y la respuesta del peso es de 150 grs. en 4 días. El eczema ha mejorado bastante. El 19 de septiembre, se presenta con un brote en la frente que no es bien curado y que mejora 4 días después; en esta fecha hay baja de peso, lo que nos obliga a llevar a 5×120 la leche común hipergrasosa, obteniéndose así la recuperación del peso perdido. La mejoría se mantiene en el cuero cabelludo y el intertrigo ha desaparecido.

Resumen: Eczema mixto en un niño que es alimentado al principio, con sólo 3 biberones de leche hipergrasosa común y que antes del mes de observación, llegan ya a 5 de 120 más 30 de agua. El brote que se produce marcha a la curación, sin ser influenciado por el aumento de las grasas.

Duración de la dietética: 1 mes. *Tolerancia:* Perfecta. *Aumento de peso por día:* 19 grs. *Eczema:* En mejoría.

Apéndice

Como complemento, y a propósito de lo que se ha discutido sobre las leches de las madres cuyos niños tienen eczema y de la alimentación que deben seguir, he aquí estos casos:

P. N. Historia 11.530. Julio 23 de 1935. Edad: 1 mes 23 días. Peso: 4980 grs.

Diagnóstico: Eczema seborreico.

Régimen alimenticio: Pecho materno cada 3 horas.

Tenor en grasa de la leche materna.

23 de Julio: Primer análisis	3,50 %
24 de Julio: Segundo análisis	3,50 %
25 de Julio: Tercer análisis	4,50 %
Término medio	4,16 %

Evolución: Durante 1 semana se suministra a la madre 500 grs. por día de leche con 6,40 % de grasa y el eczema de su hijo sigue camino a la desaparición. Posteriormente, el 7 de agosto, como la madre tiene menos leche, se le dan al niño 2 biberones complementarios de 30 de leche común hipergrasosa, más 10 de agua, más .5 grs. de azúcar. El 31 de agosto ya no existe más eczema y ha estado tomando el alimento indicado. Tiene 3 meses y pesa 5840 grs.

Se le indica pecho y completar 3×50 leche común hipergrasosa más 10 de agua, más 5 grs. de azúcar. En la última consulta, nos dice la madre, que por la disminución de su leche, le daba pecho y 6×40 más 10 de agua; pesa 6230 grs. con 3 meses 16 días. Ordenamos pecho y completar 6×80 leche común hipergrasosa, más 30 de agua, más 5 grs. de azúcar.

Aumento de peso por día: 23 grs. *Tiempo de observación:* 1 mes y 23 días. *Eczema:* No existe.

S. V. Historia 11.389. Junio 1.º de 1935. Edad: 1 mes 2 días. Peso: 3350 grs.

Diagnóstico: Eczema generalizado.

Régimen alimenticio: Pecho materno cada 3 horas.

Tenor en grasa de la leche materna:

23 de Julio: Primer análisis	4,20 %
24 de Julio: Segundo análisis	4,70 %
25 de Julio: Tercer análisis	6,60 %
Término medio	5,16 %

Evolución: El eczema empieza a mejorar, sigue así y el 28 de agosto

ya no queda nada. Pesa 5460 grs. y tiene 3 meses 29 días. *Aumento de peso por día*: 24 grs. *Tiempo de observación*: 2 meses 27 días.

M. V. Historia 11.524. Julio 18 de 1935. Edad: 1 mes 27 días. Peso: 3970 grs.

Diagnóstico: Eczema seborreico. Eritema glúteo.

Régimen alimenticio: Pecho materno cada 3 horas.

Tenor en grasa de la leche materna:

19 de Julio: Primer análisis	4,40 %
20 de Julio: Segundo análisis	4,50 %
21 de Julio: Tercer análisis	4,20 %
Término medio	4,36 %

Evolución: Durante una semana, la madre ingiere 500 grs. de leche común hipergrasosa con 6,40 % de grasa y los análisis practicados después de esa ingestión dan:

Tenor en grasa de la leche materna después de una semana de ingerir 500 grs. diarios de leche con 6,40 % de grasa:

30 de Julio: Primer análisis	4,00 %
31 de Julio: Segundo análisis	3,30 %
1 de Agosto: Tercer análisis	2,40 %
Término medio	3,23 %

El eczema del niño no sufre variación mientras la madre tome esta leche, yendo en mejoría, la que se mantiene el 9 de septiembre, fecha de la última observación.

E. R. Historia 11.351 (ver páginas anteriores).

La madre de este niño nos cuenta que durante 15 días estuvo tomando ella 500 grs. de leche común hipergrasosa, que debió darle al niño, al cual lo tuvo ese tiempo, a pecho sólo.

Dice haber notado que su leche se hacía más espesa, sin que la criatura sufriera peoría en la evolución de su dermatosis. El resto de los datos de este caso está consignado más arriba.

Con ser pocas estas observaciones, algunas enseñanzas nos han dejado, confirmando, por otra parte, lo que ya presumíamos.

Para practicar estos análisis, obteníamos muestras de leche sacada a los 2 ó 3 minutos de mamar, en la mitad, más o menos, de la lactada y al final, 3 días seguidos; con esa mezela, se hacía el análisis, manteniéndolas en un régimen alimenticio igual al que ya tenían. Después, sin variarles esa alimentación, le dábamos los 500 gramos de la leche común hipergrasosa y volvíamos a hacer las tomas indicadas a la misma hora, 3 días seguidos. Los resultados

quedan consignados; la bibliografía a este respecto, figura en las primeras páginas, y los comentarios al final, en las conclusiones.

Conclusiones

Después de haber estudiado la influencia de la alimentación hipergrasosa en los eczemas de los lactantes, podemos establecer que:

1.º El aumento del contenido en grasa de la leche materna, no tiene influencia sobre la evolución del eczema de su hijo ni detiene su curación.

2.º La influencia de una alimentación hipergrasosa a la madre — medio litro de leche al 6,40 % durante 7 a 15 días — tampoco ha empeorado el eczema del hijo que ella cría. En un caso, el tenor de grasa de su leche disminuyó de 4,36 antes de la ingestión, a 3,23 % después de una semana de tomarla.

3.º La leche ácida hipergrasosa con un tenor de grasa de 6,50 %, no empeora los eczemas, y cuando en el curso de su administración, aparezca una dermatosis, no habrá motivo para restringirla o suprimirla. Se puede continuar con ella y hasta aumentarla, sin perjudicar la evolución natural del eczema.

4.º Lo mismo podemos decir de la leche común hipergrasosa con 6,40 % de grasa.

5.º El tipo clínico de eczema — limitado o generalizado, húmedo o seco — es indiferente para la prescripción de cualquiera de estas leches.

6.º No hemos encontrado inconveniente en darles a los lactantes gordos eczematosos con peso superior al normal.

7.º La evolución a la curación en estos niños, no es dificultada aunque aumenten de peso — 27, 36, 41, 45 gramos de aumento por día.

8.º La poca edad no es obstáculo para su administración, pudiéndoseles dar, desde los pocos días después del nacimiento.

9.º Los pequeños trastornos dispépticos que se han presentado — regurgitaciones, vómitos, pañales dispépticos —, han cedido con terapéuticas simples, sin suprimir el alimento. En dos casos los niños vomitaron más la leche ordinaria — 3,5 o menos de grasa por ciento — que las hipergrasosas. Estas perturbaciones no influyeron sobre el eczema.

10.º No se han presentado casos de gran intolerancia que

obligaran a suprimir la leche, no obstante haber excedido, en muchos casos, las dosis de Cremil que se indican. Hemos tenido alguno de rechazo por disgusto al alimento y otro de cambio para pasarlo a leche materna.

11.º Estas leches han sido toleradas hasta en altas concentraciones: 50 más 10 de agua, 80 y 20, 140 y 10, aún en el comienzo de la alimentación y en niños pequeños.

12.º La influencia de la temperatura elevada (calor) se puede compensar con el agregado de carbonato de calcio para el Cremil en caso de pañales anormales y aumentando las diluciones para la leche común hipergrasosa. El eczema ha seguido en estas condiciones su evolución independiente.

13.º La cura local se ha hecho en forma sencilla, igual que con cualquier otro régimen, existiendo niños que no usaron pomadas. En otros que dejaron de usarlas (las pomadas) cuando se curaron y siguieron tomando las leches hipergrasosas, el eczema no volvió.

14.º Clínicamente no hemos encontrado síntomas de insuficiencia hepática en ninguno de estos niños, ni antes, ni durante, ni después de la administración de leches hipergrasosas. El progreso ponderal que han ofrecido, es otra prueba en contra de esta insuficiencia.

15.º La observación alejada de estos eczematosos después de suprimido el alimento, nos los ha mostrado en perfecta salud.

16.º Consideramos un error dietético y terapéutico quitar la leche prematuramente, a estos niños, sometiéndolos a regímenes de carencia, que los hagan distróficos, empeorando también la dermatosis (casos de Mouriquand, Ferru y observaciones personales).

17.º Igualmente pensamos que no hay motivos para restringir las grasas en la alimentación de una madre cuyo hijo sea eczematoso. Hay, en cambio, ventajas en darlas, por el aporte vitamínico que ellas llevan y por lo que representan desde otros puntos de vista.

18.º Nos adherimos a la sugestión de Desaux, pensando que la carencia de grasa pueda ser, en algunos casos, causa del eczema, por un mecanismo que ignoramos.

Conclusión final

La leche materna y de vaca no son nocivas para los lactantes eczematosos, aunque ellas presenten un porcentaje elevado de grasa —6,40, 6,50 por ciento—.

Cuando se quiera dar un alimento hipercalórico y rico en vitaminas, a un lactante débil congénito, hipotrófico o distrófico, se podrá recurrir a la leche ácida hipergrasosa, fórmula del Dr. Ernesto Gaing, o a la leche común hipergrasosa, por más eczematoso que sea ese lactante.



Obs. 7.—Hist. 11.563. Alimentado con
pecho y leche común hipergrasosa.
1.^a fotografía



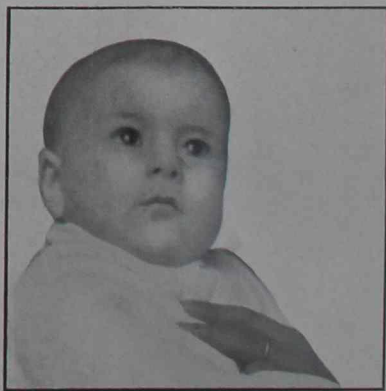
Obs. 7.—Hist. 11.563. Alimentado con
pecho y leche común hipergrasosa.
1.^a fotografía



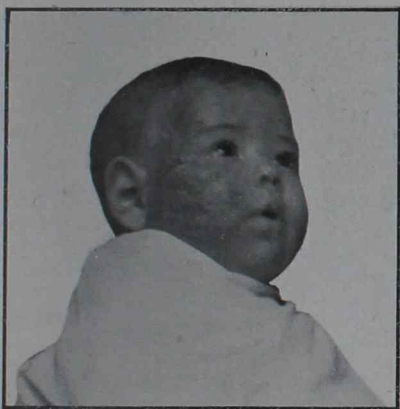
Obs. 7.—Historia 11.563. 2.^a fotografía
a los 6 días de la 1.^a



Obs. 7.—Historia 11.563. 3.^a fotografía
a los 12 días de la 1.^a



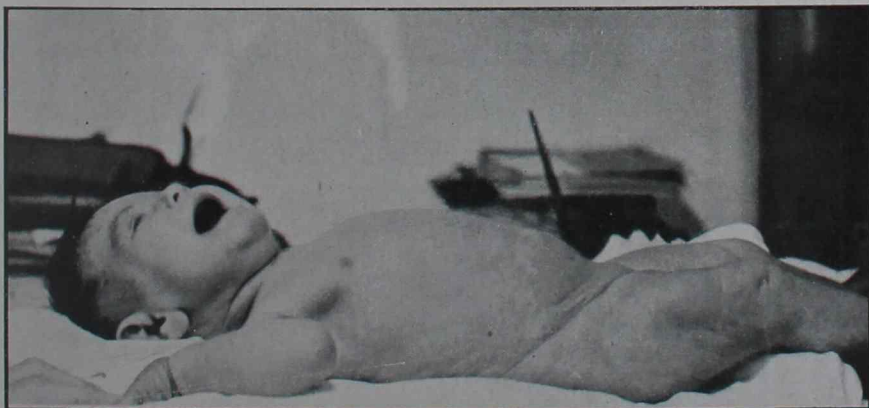
Obs. 7.—Historia 11.563. 4.^a fotografía
al mes y 3 días de la 1.^a



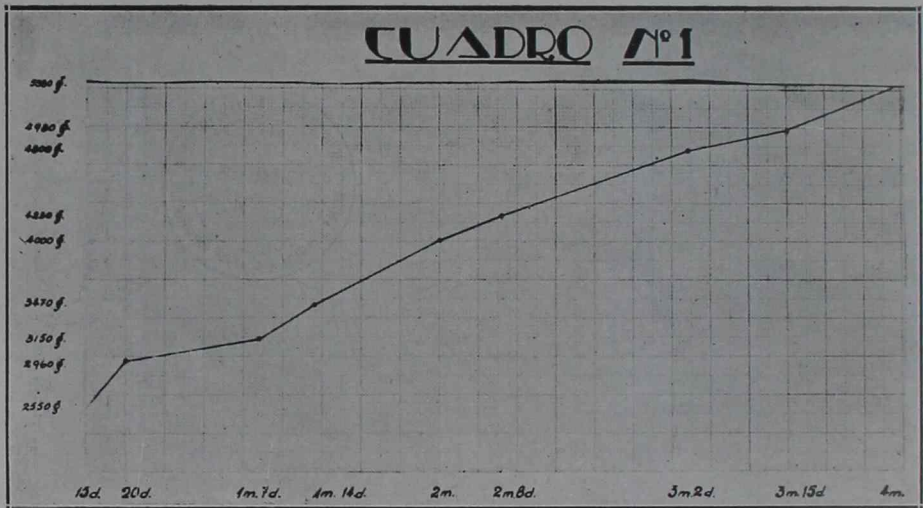
Obs. 2.—Historia 11318. Alimentado con pecho y leche común hipergrasosa



Obs. 10.—Historia 11.328. Alimentado con pecho y Cremil. Fotografía después de la curación

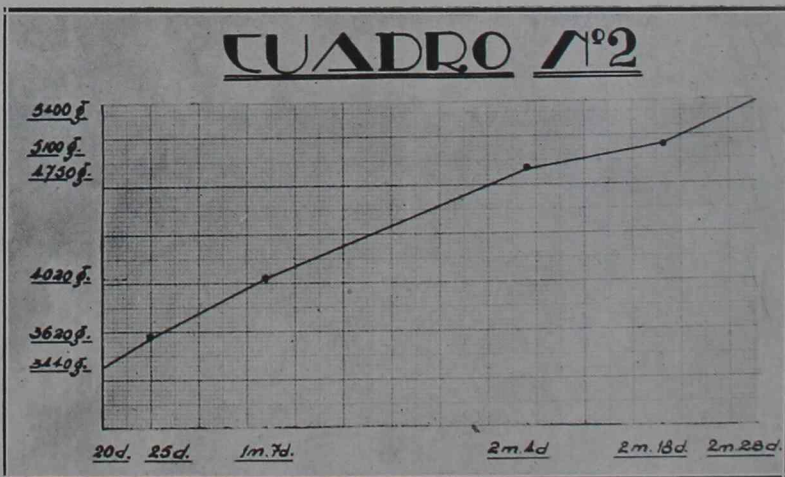


Obs. 9.—Historia 11.598. Alimentado con pecho y leche común hipergrasosa



E. R. Historia N.º 11.351 — Eczema seborreico e intertrigo. Alimentado con leche ácida hipergrasosa, pecho y leche común hipergrasosa. Promedio de aumento por día 35 gramos

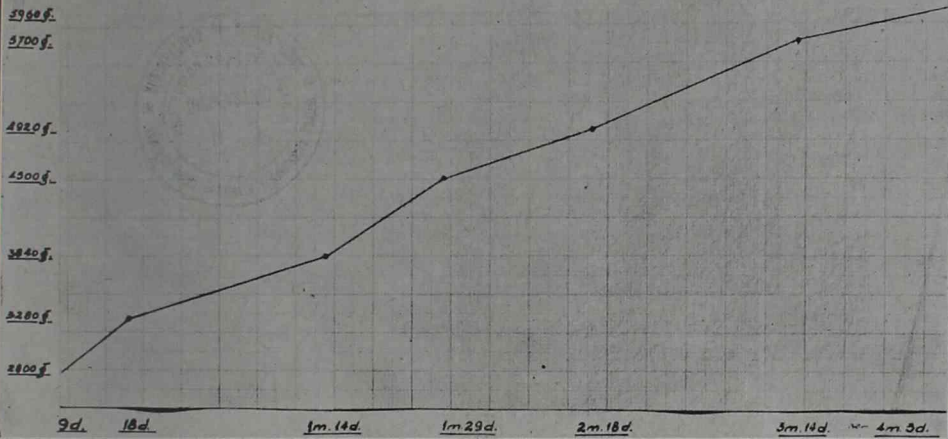
Eczema: Un brote, después curación.



V. C. Historia 11.463. — Eczema seborreico. Alimentado con pecho y leche ácida hipergrasosa. Promedio de aumento por día: 28 gramos

Eczema: Un brote, después, mejoría

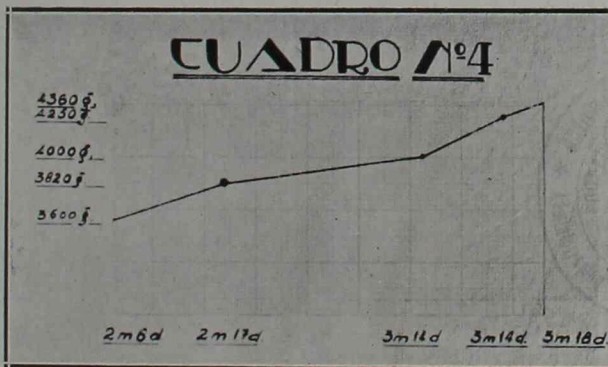
CUADRO N°3



J. J. G. Historia N.º 11.245.—Eczema seborreico. Debilidad congénita. Alimentado con leche ácida hipergrasosa solamente. Promedio de aumento por día 27 gramos

Eczema: En retroceso

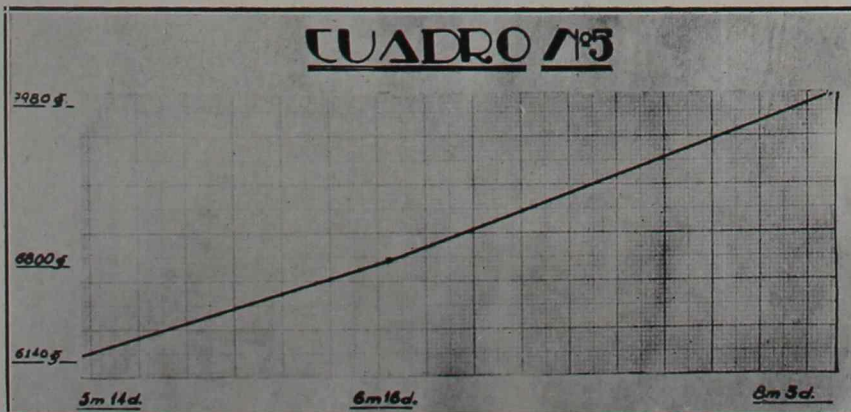
CUADRO N°4



A. M. Historia N.º 11.291.—Eczema generalizado. Alimentado con leche ácida hipergrasosa y pecho. Promedio de aumento por día 19 gramos

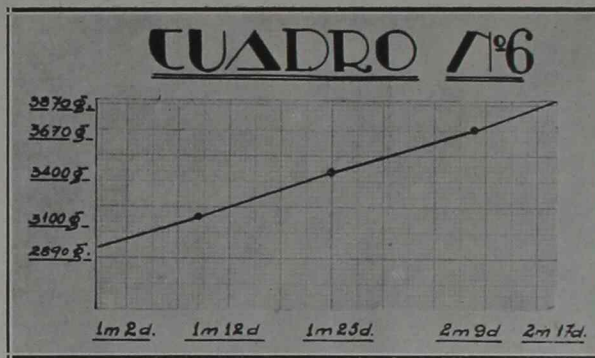
Eczema: Dos brotes, el último cuando ya no tomaba leche ácida hipergrasosa

CUADRO N°5



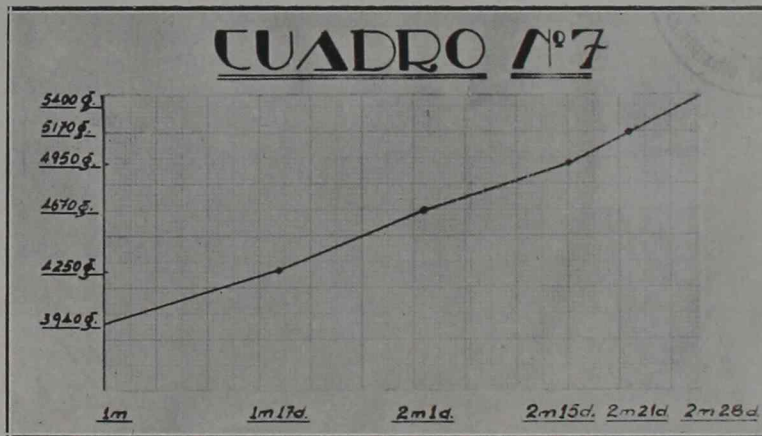
J. M. S. Historia 11.370.—Eczema, intertrigo. Eritema. Alimentado con leche ácida hipergrasosa y leche común. Promedio de aumento por día 23 gramos

Eczema: Curado



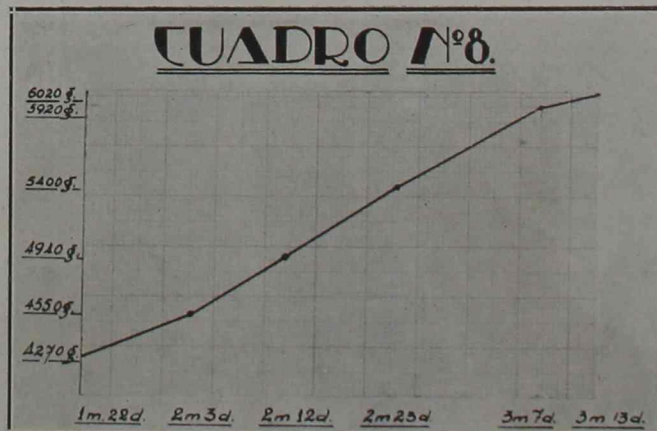
H. M. Historia N.º 11.528.—Eczema seborréico. Hipotrofia. Alimentado casi exclusivamente con leche ácida hipergrasosa. Promedio de aumento por día, 21 gramos

Eczema: En retroceso



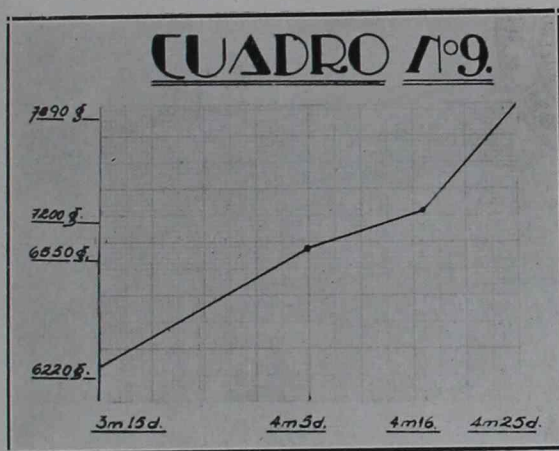
H. Z. Historia N.º 11.452. Eczema generalizado. Alimentado desde el mes de edad, con leche común hipergrasosa solamente. Promedio de aumento por día 24 gramos

Eczema: Curado

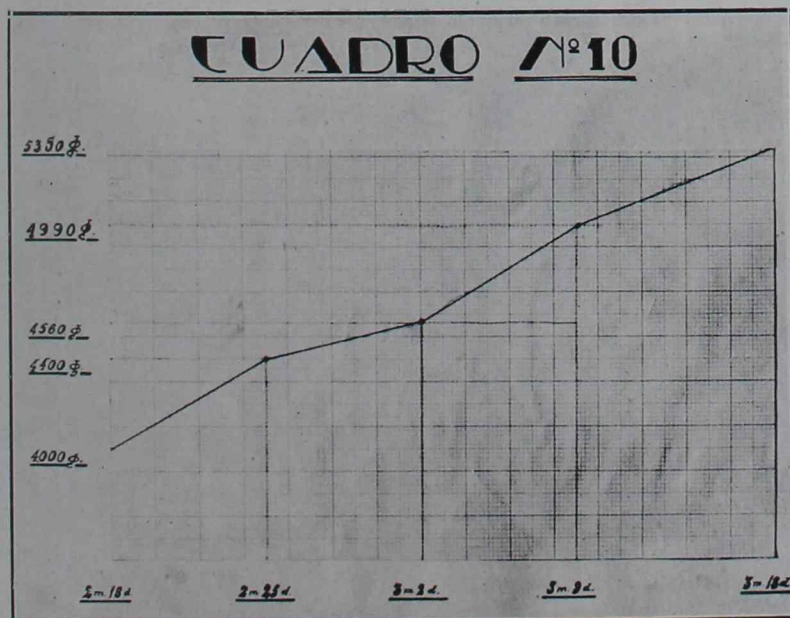


J. A. del G. Historia N.º 11.439. Intertrigo y seborrea. Alimentado con pecho y leche ácida hipergrasosa, después ésta última solamente. Promedio de aumento por día 35 gramos

Eczema: Curado



R. O. R. Historia N.º 11.321. Eczema seborreico. Alimentado con leche común hipergrasosa y pecho. Promedio de aumento por día 41 gramos
Eczema: Curado



J. P. Historia N.º 11.611.—Eczema seborreico de la cabeza y cara. Alimentado con pecho y leche común hipergrasosa. Promedio de aumento por día 45 gramos
Eczema: Curado

Bibliografía

- Comby J.*—A propos de l'eczema infantile, Sociedad de Pediatría de París. Sesión 16 de julio de 1931. Addendum a la sesión del 21 de abril de 1931.
- Czerny A.*—“Wochenschrift für Kinderheil Kunde”, 1903, 2; 1907, 6; 1908, 7.
- Damianovich J.*—Distrofias en lactantes. “Archivos Argentinos de Pediatría”, enero de 1932, y “Semana Médica”, N.º 50, 1932.
- Davier J.*—L'eczema après le congrés de Copenhague. “Presse Medicale”, N.º 99, diciembre 10, 1930.
- Delaffoná J.*—L'eczema des nourrissons. Tesis de París, 1931.
- Doizy Mme.*—Etude critique sur l'etiologie de l'eczema des nourrissons. Tesis de París, 1923.
- Feer E.*—Enfermedades de los niños, 1925.
- Ferru M.*—Deux cas de cachexie therapeutique dans l'eczema du nourrisson. Sociedad de Pediatría de París, sesión 21 de abril de 1931.
- Finkelstein H.*—Tratado de enfermedades del niño de pecho.
- Flamini M.*—La Pediatría, 1932, pág. 1221.
- Franck R.*—Tratamientos dietéticos modernos, tomo 1, 1935.
- Froyez R.*—“Archive Medécine des Enfants”, tomo 33, N.º 9.
- Gaing E.*—Leche ácida hipergrasosa. Un nuevo alimento para la primera infancia. “Archivos Latino Americanos de Pediatría”, N.º 5, 1921.
- Garrot L.*—L'importance des graises dans l'alimentation du nourrisson. “Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social”, 1.º de Mayo 1935, Buenos Aires.
- Hallé N.*—Sociedad de Pediatría de París. Sesión 21 de abril de 1931.
- Hussler J.*—Tratado de Pfaundler y Schlossmann. tomo 1.º.
- Hutinel V.*—Enfermedades de los niños, tomo IV.
- Kleinschmidt.*—“Deutsch Medizimschñ Wschr.”, 1920.
- Lereboullet P.*—Les ecezmas du nourrissons. “Clinique et Laboratoire”, 20 de febrero de 1930.
- Lust F.*—Terapéutica de las enfermedades de los niños.
- Marfan A. B.*—L'eczema seborrheique des nourrissons. “Bulletin Médical”, 1898.
- Marfan A. B.*—L'eczema des nourrissons. “Le Nourrisson”, 1922.
- Marfan A. B. y Turquety.*—Sociedad de Pediatría de París, octubre 1922.
- Martínez Zuviara E.*—“Archivos Latinos Americanos de Pediatría”, agosto 1926.
- Monrad E.*—Acta Pädiatrica. Tomo 1.º, 1922.
- Mouriquand G.*—La cachexie thérapeutique des nourrissons ecezmateux. “Sociedad Médica de los Hospitales de Lyon”. Sesión 12 marzo 1922.
- Moro E.*—Ekzema infantun und Dermatitis seborrhoides - Klinik und Pathogenese. 1932.
- Moro E.*—Libro de Feer, pág. 823.
- Pehu y Aulagnier.*—L'eczema du nourrisson. 1934.
- Pehu y Wöringer.*—Les traitements actuels de l'eczema du nourrisson. Tercer Congreso Internacional de Pediatría. Londres, julio 1933.
- Pfaundler y Schlossmann.*—Tratado enciclopédico de enfermedades de la infan. Tomo 1.º.
- Renault J.*—Sociedad de Pediatría de París. Sesión 21 de abril de 1931.
- Ribadeau Dumas, Mathieu y Willemen Clog.*—Le lait et les régimes dans les traitements de l'eczema infantile. “Paris Médical”, 7 diciembre 1929.
- Rueda P.*—Eczema y seborrea del lactante. “Archivos Latinos Americanos de Pediatría”, noviembre 1923.
- Shannon P.*—“American Journal of children diseases”, mayo 1922.
- Wöringer P.*—Sur les rapports de l'eczema avec l'allergie. “Revue Française de Pediatrie”, tomo XI, N.º 4, 1935.

Tétano parcial

por los doctores

José María Macera
Jefe de Sala

y

Bernardo Messina
Jefe de Clínica

De las enfermedades infecciosas bien caracterizadas tanto clínica como etiológicamente debemos citar en primer lugar al tétano, afección ésta que al manifestarse por espasmos musculares (paroxismos), tanto localizados como generalizados, da al mismo un sello particular. El enfermito que vamos a estudiar ingresó al servicio el 7 de noviembre, presentando una forma clínica muy poco frecuente, digna del mayor interés.

Su historia clínica es la siguiente: José C., argentino, 5 años. El día 4 del corriente notan los familiares que el niño presentaba una dificultad manifiesta para la marcha, acompañado de fiebre. Lo que más le molestaba era un dolor que localizaba en región plantar, en forma de hormigeo. A raíz de esa claudicación se dan cuenta los familiares que veintidós días antes había sufrido una herida en la rótula izquierda que, por ser pequeña, no dolorosa, no le habían prestado atención; herida que cura espontáneamente después de varios días sin supurar.

Estado actual: Niño en buen estado general, posición decúbito dorsal. Llama la atención a la simple inspección la actitud forzada de sus miembros inferiores.

Cabeza y cara: nada de particular. Boca: lengua saburral, nasofárinx libre. Dientes en buen estado de conservación. Aparato respiratorio: normal. Corazón: tonos bien timbrados. Pulso: rítmico, regular, 100 pulsaciones al minuto.

Sensorio conservado. No hay dificultad para la palabra. Deglución buena. Abdomen: depresible, no hay contracturas. Hígado y bazo se palpa y percute en sus límites normales. Vista: reflejos fotomotrices normales. No hay miosis. Examen de extremidades: superiores, reflejos tendinosos conservados. Movimientos activos y pasivos normales. Tonus de músculos flexores, normal. Miembros inferiores: actitud en extensión forzada; pie que sigue el eje o dirección de la pierna y en rotación interna (varus

equino). En la rodilla izquierda sólo se observa en parte media rótula una pequeña herida cicatrizada. Al examen de sus masas musculares tenemos: hipertonia generalizada, que dificulta los movimientos tanto pasivos como activos. Tendones salientes en forma de cuerda, rótula inmóvil. Contractura músculos de pantorrillas. Extremidades inferiores en extensión y abducción, los pies en flexión plantar forzada (pedaloespasmos). Los movimientos activos son dolorosos y provocan paroxismos. Temperatura, 38 grados, axilar.

Pensando de estar en presencia de un tétano localizado forma parapléjica, iniciamos una cura con suero antitetánico, siguiendo el criterio general de las grandes dosis, a pesar de tener como datos a nuestro favor un período de incubación de más de 20 días y escasos paroxismos que se presentaban a intervalos muy largos. En cinco días consecutivos llegamos a hacer 300.000 unidades, usando la vía subcutánea. A partir del quinto día, franca mejoría, niño apirético, pulso 90 al minuto, buen estado general. En cuanto a la resolución muscular fué lenta, recobrando su movilidad anterior por grados sucesivos.

COMENTARIOS.—Enfermedad que se traduce sin pródromos, con un trastorno manifiesto para la marcha, trastorno que sólo queda localizado en ambos miembros inferiores, que aparece después de un traumatismo (de rodilla izquierda), nos llevó a pensar d'amblée en un proceso tetánico en su iniciación.

Correspondería, por consiguiente, a una variedad de las formas localizadas, que, por otra parte son muy poco frecuentes.

En un trabajo del Dr. Casaubón, "Arch. Arg. Ped.", 1932, pág. 386. Tétano en la infancia (35 casos) son todas formas generalizadas y dice "los parciales no son patrimonio de la infancia. Los Dres. Vera y Natin (Instituto de Enfermedades Infecciosas "José Penna") publicaron una estadística (año 1931, "Semana Médica"). De 340 observaciones existentes en el Instituto en 12 años no se constataron nunca las formas cefálicas, disfágicas e hidrofóbicas, y la acompañada de parálisis del hipogloso; ni las localizadas parapléjicas superiores o inferiores o hemipléjicas. Registran dos casos de tétano cefálico simple, 0,58 %; 2 de Worms (bulbo paralítica); 11 de Rose, 3,23 %; 1 monopléjica superior, 0,29 %; 2 monopléjicas inferiores, 0,58 %. En el tétano que afecta los miembros tenemos tres variedades:

Formas clínicas localizadas: monopléjicas, parapléjicas y hemipléjicas (que se discuten).

LA PARAPLÉJICA.—Presenta dos variedades: la superior y la inferior, siendo más frecuente esta última.

Ambos miembros se afectan simultáneamente o sucesivamente. Si el proceso radica en miembro superior tenemos tomados los músculos flexores; en cambio, en miembros inferiores, toman los músculos extensores, hay dolor y contractura, paroxismos, actitud en extensión forzada. El pie sigue la dirección de la pierna y en rotación interna. La flexión es imposible, hay total impotencia. A veces hay esbozo de generalización, hacia los músculos del abdomen (parte superior).

FORMA MONOPLÉJICA.—Comienzo: Se observan fenómenos locales cuando la herida está aun abierta (supuración, detención de cicatrización, etc), a veces dolor, calambres, subsaltos tendinosos. Faltan estas manifestaciones cuando la herida está cicatrizada. Afecta un grupo muscular o todos de un miembro, ya sea los flexores o bien los extensores. En ocasiones son tan leves las contracturas que pueden lograr caminar.

Síntomas generales: En el tétano localizado en cualquiera de sus formas, siempre tenemos síntomas generales, tales como: escalofrío, anorexia, cefalea, dolor lumbar, insomnio, sudores, disuria, constipación, fiebre irregular que es escasa al comienzo, puede llegar hasta 40°.

Período de estado: Actitudes viciosas fijas, ya en extensión o en flexión; dolor a nivel de inserción tendinosa en los paroxismos. Existencia de dolor permanente por la hipertonia muscular o en los paroxismos, que hacen gritar al enfermo.

En estas formas localizadas pueden observarse generalización, suelen ser fugaces y poco intensos.

Signos generales: Psiquismo normal. Pulso puede o no estar acelerado. No hay trastornos respiratorios. Reflejos: normales o exagerados. Hay hiper o hipoexcitabilidad galvánica o farádica.

Evolución: Lenta tendencia a la curación. Período de estado que dura 10 a 25 días. Pueden quedar secuelas, atrofiás musculares, retracciones músculotendinosas. Trastornos vasomotores locales, mal perforante plantar, etc., que duran meses. *El pronóstico* en los formas localizadas dependen del sitio de localización y de su no generalización. Por lo general, evolución hacia la curación.

Profilaxis: Existen pocas enfermedades realmente en que la profilaxis tenga la importancia que alcanza en el tétano. Enferme-

dad que no debería existir, pero que, desgraciadamente, se registran algunos casos de tiempo en tiempo, dependiendo más que nada de la incuria del enfermo o de la negligencia del médico. En toda herida sospechosa, ya por haber estado en contacto con tierra, o bien por ser anfractuosa, está indicado la profilaxis local, lo mismo que la profilaxis con suero antitético (ver tratamiento preventivo).

Tratamiento: Destéfano divide el tratamiento en preventivo y curativo, o de tétano declarado.

Tratamiento preventivo: Debe hacerse 3 a 4 inyecciones para garantizar el no estallido de la enfermedad, transcurriendo un intervalo de 3 en 3 días para evitar fenómenos de anafilaxia, y que se puede continuar si persiste el foco hasta su curación. La dosis por inyección es de 10.000 a 15.000 unidades (Pasteur). Bering recomienda 20.000 unidades en inyección subcutánea.

Es aconsejable que una parte de la antitoxina se inyecte en las inmediaciones de la herida.

Algunos autores creen conveniente en recubrir la herida con compresas embebidas en suero.

Tratamiento curativo o del tétano declarado: Tenemos primero la terapéutica específica, y segundo la sintomática o local. La primera corresponde a la sueroterapia; debe ser precoz, suficiente y repetida. Se aconsejan dosis que oscilan entre 50 y 100.000 unidades por día (4 a 5 días). El empleo de suero de convalesciente es rechazado por Noeggerat y Schottelius por su escaso contenido en antitoxina.

Tizani y Brunzel aconsejan bloquear la herida con suero (intramuscular) usando dosis igual que en las formas generalizadas y de acuerdo a la edad.

Transcribimos el siguiente cuadro del trabajo del Prof. Dr. Casaubón, "Arch. Arg. Ped.", año 1932, que evidencia como actúa el suero.

Dosis	N.º de casos	Curados	Muertos	% de +
Moderadas no + de 250.000 unidades	12	3	9	75
Altas dosis de 250.000 a 500.000 unidades	13	8	5	38
Macizas + de 500.000 unidades	10	7	3	30

Tratamiento sintomático: 1.º Si hay herida, limpiarlas y colocarlas en las mejores condiciones de antisepsia. Como medicación sedante se usa: el hidrato de cloral 0.5 a 1 gr. (repetir varias veces al día); sulfato de magnesia, solución al 25 %, inyección subcutánea, dosis diaria de 0.50 a 1 gr. por Kg. de peso. Luminal en niños mayores, tabletas de 0.01 gr. tres veces al día. Morfina no se aconseja en niños menores de dos años; en niños mayores se puede hacer 0.005 a 0.01 gr. Heim preconiza el bicarbonato de soda, solución al 10 %, endovenoso, 20 a 50 c.c. y 10 a 30 grs. *per os*, 15 a 30 minutos después de los espasmos (parte de la idea de que la contracción muscular produce ácido láctico a nivel de los músculos y la acidosis consiguiente).

*Trabajo leído en el Ateneo de
Pediatría del Hosp. Salaberry*

Radiología del esqueleto y diagnóstico de la sífilis congénita del niño de la primera infancia

por los doctores

Pascual R. Cervini y Guillermo A. Bogani

(Continuación)

Cuando la periostitis involuciona, se detiene el proceso de re-
refacción de la cortical, y el hojaldre, que es en parte su conse-
cuencia, tiende a desaparecer, por osificación de los vacíos existen-
tes entre las capas óseas.

Así es como dicho hojaldre se borra, poco a poco, y en su faz
última, sólo está representado por una cortical de espesor normal,
pero fisurada en sentido del eje longitudinal, tantas veces, cuantas
líneas, originariamente lo constituían.

Estas alteraciones periósticas, con toda la gama de aspectos ya
descriptos, fueron las últimas que habitualmente vimos retrogara-
dar, aun cuando, como siempre ocurrió, coexistieran con las otras
lesiones ya citadas (osteocondritis y lagunas óseas).

Cobra así, la periostitis osificante, un valor diagnóstico de pri-
mer orden, en el proceso involutivo de las lesiones óseas; aun cuan-
do se ha reducido casi a su mínima expresión, conserva todavía el
carácter originario, que la hace inconfundible.

En cuanto a las bandas transversas, las hemos visto aparecer,
en el período de reparación de las zonas epimetafisiarias, y se han
trasuntado siempre, por rayas paralelas al cartílago de conjugación.

d) ALTERACIONES ESQUELETICAS MINIMAS

Las consideraciones que hicimos en los tópicos precedentes, jus-
tifican el que podamos tratar de precisar, dentro de las alteracio-

nes óseas que se observan en los niños luéticos, aspectos mínimos de lesión, que permitan deslindar, lo normal de lo patológico y, por lo tanto, justificar, por su sola presencia, un diagnóstico de sífilis.

Dejamos desde ya establecido, que este criterio de lesión mínima, sólo interesa ser puntualizado para dos alteraciones frecuentes de la infección luética: la osteocondritis y la periostitis osificante.

Ni las lagunas óseas en su faz involutiva — que es breve — dan imágenes mínimas de opacidad, que permitan un fácil diagnóstico retrospectivo de lesión, ni las bandas transversas toman otro aspecto distinto al que el mismo nombre trata de significar.

De ahí que conceptuemos sólo necesario, hacer referencia a las alteraciones antes mencionadas.

De este modo, constituiría para nosotros una lesión mínima de osteocondritis, el reforzamiento, general, de los límites interdiáfisoepifisarios, lo que hemos ya descrito como el primer estadio de la lesión condro-ósea, y de la que podrán verse algunos ejemplos, entre las historias clínicas de niños ineuestionablemente específicos. (Ver radiografías de observaciones 9 y 15).

Respecto a la periostitis osificante, dos límites deben ser establecidos: su comienzo y fin.

Sería imagen del principio de la lesión, una línea negra, del grosor de $\frac{1}{2}$ milímetro, paralela a la diáfisis del hueso, de la que se halla separada, por una anchura igual o poco mayor y cuyos extremos se pierden en las zonas metafisarias. (Ver radiografías de observación 18).

Esta alteración, cuando es única, se encuentra en el borde interno de la imagen de ambas tibias. Es a partir de aquí, que el proceso se magnifica y generaliza, dando luego lesiones más manifiestas (hojaldre) y universales (en los otros huesos).

Constituiría un aspecto del fin de la lesión, la constatación en los huesos largos, de corticales de ancho normal, pero fisuradas dos o más veces en su eje longitudinal, lo que le conserva un aspecto hojaldrado, todavía reconocible. (Ver radiografías de casos III y V, subcapítulo c).

Como se ve, no llevamos este límite del fin de la periostitis, a la fisura única de la cortical, imagen realizada, cuando la periostitis osificante se trasuntó, en su apogeo, por una sola hoja (ver ejemplos en el subcapítulo anterior), y no lo hacemos, en el deseo

de dar límites de interpretación claros, y por tanto, de fácil apreciación.

Con esto, dejamos analizadas las lesiones encontradas en los huesos de los miembros de niños incuestionablemente sifilíticos, y precisados sus extremos que constituyen así, sus límites máximos y mínimos.

El esqueleto de los miembros, en el niño sano

Hemos considerado niño sano, a los efectos de esta investigación, al niño hijo de múltipara, sin antecedentes de abortos o niños muertos, aparentemente libre de infecciones agudas o crónicas sin mayores perturbaciones nutritivas anteriores, con buen estado nutritivo y lactado en forma natural.

La investigación radiológica, realizada en este tipo de niño, no difiere, mayormente, de la que hicimos en otros, con los mismos antecedentes, con los mismos detalles semiológicos, pero lactados en forma mixta o artificial.

Por tanto, haremos una descripción radiológica de conjunto, basada así, en 17 observaciones de casos por debajo del primer año de edad, por entender, que el alimento artificial, no es un elemento capaz de modificar, en mucho, el desarrollo normal del sistema óseo.

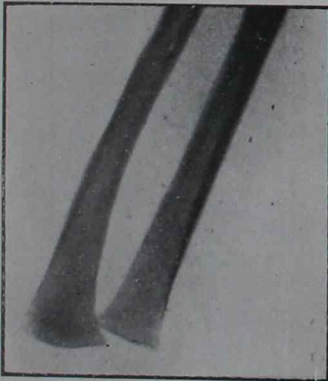
Según la edad y la alimentación, los niños considerados, se agrupan así:

		4 en lactancia natural
6 en el primer trimestre de la vida		1 " " mixta
		1 " " artificial
3 en el segundo " " " "		2 en lactancia natural
		1 " " artificial
4 en el tercer " " " "		2 en lactancia natural
		2 " " artificial
4 en el cuarto " " " "		2 en lactancia natural
		2 " " artificial

En ellos hemos investigado el aspecto del esqueleto de los miembros y analizado las características del límite interdiáfisoepifisiario, de la cortical, y de la trama ósea.

1) LÍMITE INTERDIÁFISOEPIFISIARIO.—En el transcurso del primer mes de la vida, éste se halla representado por una línea fina, como trazo de lápiz, que corona el tejido óseo. Dicho aspecto es igual, cualquiera sea la epimetáfisis considerada (tibias, fémures, radios, etc.) (ver radiografías Nos. 15 y 16).

Después del segundo mes, la imagen suele modificarse muchas



Radiografía 15



Radiografía 16

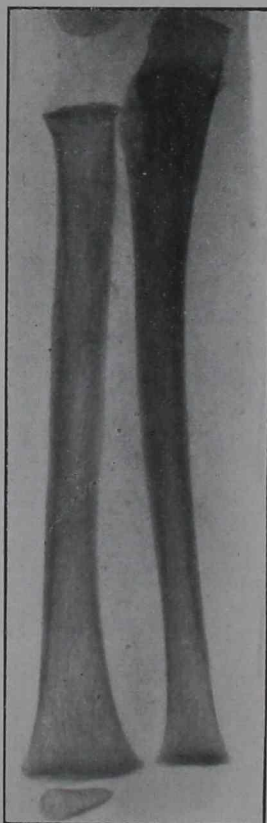
veces. Así, los extremos distales de cúbitos y radios, ofrecen un límite en forma de banda, de $\frac{1}{2}$ a 1 milímetro de espesor, de tinte negro, terminando hacia la epífisis, por un borde francamente lineal, y hacia la metáfisis, por otro borde imperfecto, borroso, en la mayoría de los casos. (ver radiografía N.º 17).

Del mismo modo, en las tibias y fémures, suelen observarse modificaciones semejantes. El límite epimetafisiario, está representado del lado de la epífisis, por una línea negra, de trazo fino, que hacia la metáfisis, se sigue durante breve trecho, por una imagen borrosa, más o menos manifiesta. (ver radiografía N.º 18).

En conjunto, estos límites no resaltan mayormente (en el ne-

gativo), del resto de la imagen ósea, cuando ésta es nítida, y corresponde a una zona, donde no se ve traveculación alguna.

2) CORTICAL.—La imagen de cada hueso de los miembros, presenta, en ambos bordes, una banda limitante de tinte negro.



Radiografía 17



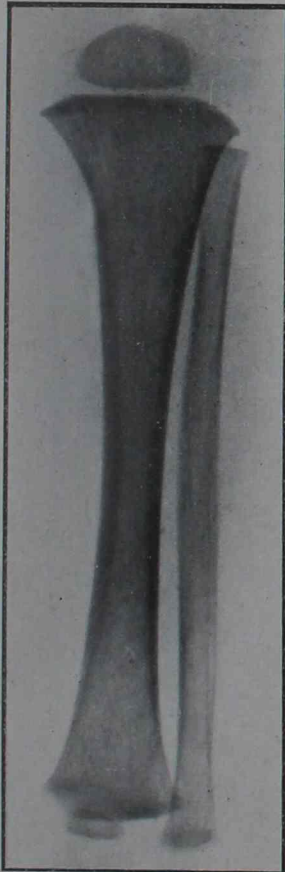
Radiografía 18

Esta banda es, en el caso particular de las tibias, fémures y húmeros, bien ancha en la zona diafisiaria, pero casi lineal, en la zona metafisiaria.

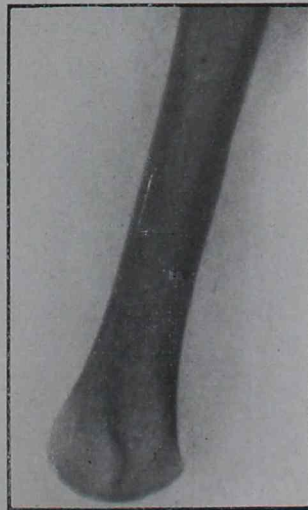
En los cúbitos, radios y peronés, el ancho no varía mayormente.

te, cualquiera sea la zona considerada. (ver a este respecto las radiografías N^{os}. 17 y 18, ya comentadas).

Su uniformidad, a veces es perfecta, pero puede verse también, como se interrumpe, a trechos, por fisuras únicas, paralelas a su eje longitudinal. Tales fisuras, son frecuentes en los cúbitos, radios y peronés, no así, en los húmeros, fémures y tibias, en donde sólo se las ve de vez en vez. (ver radiografías N^{os}. 19 y 20).



Radiografía 19

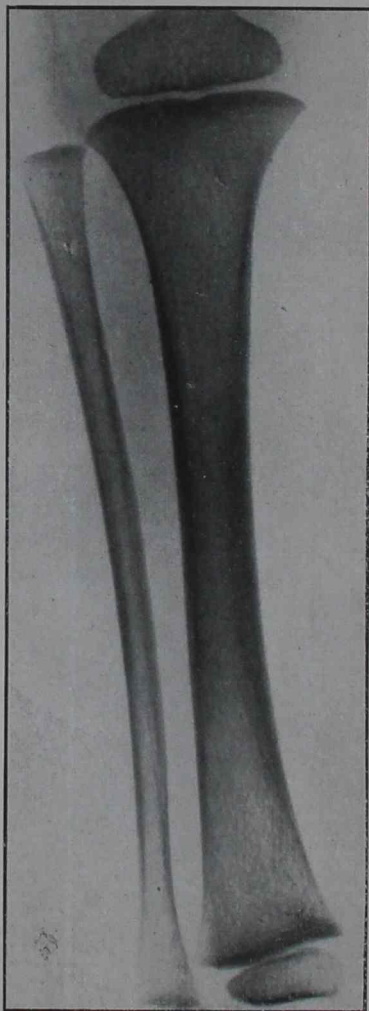


Radiografía 20

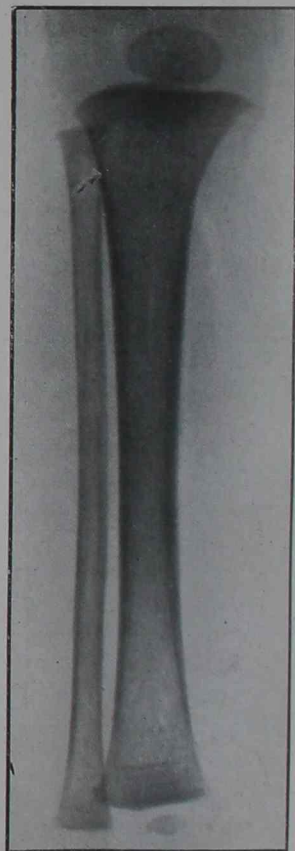
3) TRAMA ÓSEA.—Esta se trasunta por una red de mallas finas, bien visibles, sobre todo en las zonas metafisiarias.

Las mallas tienen una disposición axial, y los espacios que limitan, son angostos, con el eje mayor paralelo al eje mayor del hueso. (ver radiografía N.º 21).

En algunas oportunidades, este aspecto de la trama ósea suele verse interrumpido por líneas negras, perpendiculares al eje mayor del hueso, y paralelas al límite interdiáfisoepifisiario (rayas transversas). (ver radiografía N.º 22).



Radiografía 21



Radiografía 22

Las imágenes que dejamos descriptas y que aceptamos como el aspecto normal del hueso, están muy distantes, de aquellas observadas en los huesos de niños específicos.

Por conceptuar, que sólo tres detalles, podrían tener puntos de

contacto, es por lo que nos detendremos en su análisis. Así, por ejemplo, dijimos al describir el hueso normal, que hemos visto con frecuencia, después del segundo mes, en la zona interdiáfisioepifisaria, una banda limitante de tinte oscuro, de borde lineal, hacia la epífisis, pero irregular y borrosa, hacia la metáfisis. Esto no se debe confundir con la osteocondritis del primer estadio:

a) Porque ésta se observa en los primeros meses, cuando habitualmente el límite epimetafisario, es una línea fina, y no una banda;

b) Porque su exteriorización se hace por una línea negra, de límites precisos, que resalta claramente, en la zona epimetafisaria.

(Continuará)

Doctor:

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

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

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS

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

IV.º Congresso Nazionale Italiano di Nipiologia

Nei giorni 4-7 settembre 1935 —XIII—, nella ricorrenza del trentesimo anniversario della fondazione della scienza nipiologica, si tenne in Trieste il IV Congresso Nazionale Italiano di Nipiologia, promosso dalla Società Italiana di Nipiologia ed autorizzato da S. E. il Capo del Governo, sotto l'alto Patronato di S. A. R. la Duchessa d'Aosta e sotto gli auspici dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia col concorso del Sindacato Provinciale Fascista dei Medici in Trieste e della Associazione Medica Triestina.

Seduta Inaugurale

La seduta inaugurale ebbe luogo solennemente nella Sala "Duca d'Aosta" con l'intervento delle Autorità Politiche, Civili e Militari, del Presidente dell'O.N.M.I., dei Delegati delle Società Scientifiche Italiane e Straniere, della Croce Rossa Italiana, dell'Opera Nazionale Assistenza Italia Redenta, della Direzione Generale della Sanità Pubblica, del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, dell'Unione Italiana di Assistenza all'Infanzia, delle Cliniche Pediatriche, delle Federazioni Provinciali dell'O.N.M.I., degli Ospedali Infantili, dei Brefotrofi e degli altri Istituti per la protezione del lattante, dei Membri della Commissione Ordinatrice, di eminenti personalità scientifiche, amministrative e sanitarie di ogni parte d'Italia, di medici e di assistenti sanitarie di Istituzioni per lattanti.

Prese per primo la parola il Podestà di Trieste, il quale porse il saluto ai Congressisti. Poi l'Avv. Pieri, Presidente della Commissione Ordinatrice, ringraziò S. A. R. la Duchessa d'Aosta, le Autorità e i Delegati delle Istituzioni e Società Scientifiche; rivolse parole diplauso al Prof. Cacace, Fondatore della Nipiologia.

Discorso del Prof. Ernesto Cacace

Presidente del Congresso e della Società Italiana di Nipiologia

Eccellenza, Signore, Signori

Questo Congresso, promosso dalla Società Italiana di Nipiologia, ha il singolare onore di svolgersi sotto l'Alto Patronato di S. A. R. la Duchessa d'Aosta, la cui anima, veramente superiore, vibrante delle più pure idealità femminili, sente appieno la poesia dell'amore materno, sente appieno la poesia della difesa della piccola creatura. Alla Dama augusta, veramente augusta, mi onoro di esprimere la mia più devota gratitudine, invocando l'alta protezione dell'iniziativa nipiologica.

Questa gratitudine s'immedesima con quella, che tutti noi sentiamo con illimitata devozione per l'Uomo meraviglioso che guida il passo gagliardo di questa nostra giovine Italia fascista, per il Duce per la cui volontà, per la quarta volta in Italia, un'iniziativa italiana si riconsacra in Trieste, baluardo d'italianità.

Questo Congresso è realtà sopra tutto per il fervido consenso, per il valido appoggio e per il forte volere di S. E. il Prefetto, del Segretario Federale e del Podestà di Trieste, ai quali io dico la mia più viva gratitudine: la gratitudine di chi fortemente la sente e non dimentica.

Pari gratitudine esprimo all'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia, sotto i cui auspici, come i Congressi precedenti di Ancona, di Bolzano e di Perugia, si svolge anche questo Congresso, che fra breve sarà onorato dalla parola calda di fede e ricca di dottrina del suo Presidente Avv. Sileno Fabbri; e la esprimo pure alla Croce Rossa Italiana ed all'Opera Nazionale di Assistenza all'Italia Redenta, sulla cui attività benefica in favore dei lattanti i Senatori Valagussa e Tosti di Valminuta hanno assunto l'incarico di riferire con la loro alta competenza.

Una speciale parola di riconoscenza debbo dire alla Presidenza ed alla Direzione dell'Ospedale Regina Elena di Trieste per la loro gentile ospitalità ed al Sindacato Provinciale Fascista dei Medici ed all'Associazione Medica di Trieste e specialmente al Dott. Carlo Alberto Lang e al Prof. Carlo Ravasini per la loro fraterna e cordiale collaborazione.

Alla Commissione Ordinatrice del Congresso e particolarmente al suo Presidente Avv. Pieri —che per di più ha voluto rivolgermi parole così lusinghiere —non so dire la mia riconoscenza, come non so dirla a tutti gli illustri Relatori, eminenti cultori delle varie branche dello scibile, che rispondono ai nomi di Enzo Bonaventura, Antonio Cazzaniga, Raffaele Corso, Leonardo Dominici, Paolo Gaifami, Girolamo Lo Cascio, Giuseppe Macciotta, Ivo Nasso (che ha tanto favorito l'organizzazione del Congresso), Piero Redaelli, Domenico Rende, Sergio Sergi, Ruggero Vaglio, e che per il loro singolare ed indiscusso valore rendono veramente eccezionale questo Congresso e dimostrano che l'iniziativa nipiologica raccoglie il consenso dei più illustri scienziati d'Italia.

E dice grazie al Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, alla Dire-

zione Generale della Sanità Pubblica e alle Società Scientifiche Italiane che hanno inviato la loro autorevole adesione ed ai loro Delegati, ai Clinici, ai Direttori di Brefotrofi e di altri Istituti per l'Infanzia; a tutti gli intervenuti, a tutti rendo grazie.

Ma questo Congresso ha la particolare caratteristica di una notevole ripercussione oltre i confini del nostro Paese. Sono molto lieto ed orgoglioso di dare in nome dei Congressisti tutti un saluto grato e devoto ai Consoli dell'Uruguay, dell'Argentina e del Cile, che con cortesia inesprimibile, con fine signorilità e con vera risonanza di anima hanno accolto il mio invito e sono qui a rappresentare i loro Paesi, nei quali la Nipiologia ha avuto ripetute affermazioni e solenni consacrazioni. In nome dei Congressisti prego questi illustri Rappresentanti di esprimere ai loro Governi la nostra sincera e profonda ammirazione per la meravigliosa attività nipiologica dei loro Scienziati, che hanno scritto pagine gloriose nella storia della Nipiologia.

Per la loro presenza il mio pensiero, memore e grato, va lontano. Va a Victor Delfino, che per il primo iniziò in Argentina un'intensa, entusiastica, costante propaganda nipiologica che prosegue sino ad oggi; va a Mamerto Acuña, Direttore della Clinica Pediatrica di Buenos Aires, principale fondatore ed animatore della Società Argentina di Nipiologia fondata alla mia presenza il 30 ottobre 1922 in Buenos Aires; va a Fernando Schweizer, a Juan P. Garrahan ed a Mario J. del Carril che con Acuña hanno presieduto successivamente la suddetta Società, la quale ha compiuto per più di un decennio una mirabile attività scientifica e sociale, richiamando la viva attenzione degli alti poteri dello Stato Argentino.

Il mio Pensiero va a José Bonaba e a Conrado Pelfort, che con grande successo organizzarono e presiedettero le Prime e Seconde Giornate Nipiologiche Uruguayane, per iniziativa di quel grande Pioniere ed Apostolo della Nipiologia che fu Luis Morquio, fulgida gloria della Pediatria; va a Roberto Berro, che ora genialmente regge il Consiglio del Bambino dell'Uruguay e che come Ministro di Protezione dell'Infanzia inaugurò le Seconde Giornate Uruguayane di Nipiologia affermando magnifico assertore dell'idea nipiologica; va a Victor Eseardó che presiede la Società Uruguayana di Nipiologia ed agli insigni e valorosi Uruguayani che hanno collaborato e collaborano per rendere sempre più intenso il movimento nipiologico nell'Uruguay.

Il mio pensiero va ad Arturo Baeza Goñi, a Eugenio Cienfuegos ed agli insigni loro Colleghi che hanno anche con grande successo organizzate le Prime Giornate Nipiologiche Cilene con la fervida collaborazione di un nostro benemerito Connazionale, Dott. Giuseppe Mazzini, che ha diritto al nostro plauso più intenso e sincero.

Il mio pensiero va a Carlos Bambarén, a Romulo Eyzaguirre ea ai loro insigni Collaboratori che hanno realizzato la Prima Giornata Nipiologica Peruviana con sì eccezionale successo da procurarmi l'alto compiacimento del nostro Ministro dell'Educazione Nazionale, S. E. de Vecchi, per l'omaggio reso, nel Perù alla scienza medica italiana.

Il mio pensiero va a Andrés Martínez Vargas ed a Lorenzo Loste

che fondarono rispettivamente con grande successo gli Istituti Nipiologici di Barbatro e di Huesca in Spagna ed agli illustri Estinti : Patricio Borobio, fondatore della Società Spagnuola di Nipiologia, e Ramón Gómez Ferrer e Baldomero González Alvarez, promotori della fondazione dell'Istituto di Nipiologia in Valencia ed in Madrid.

Ma il mio pensiero va sopra tutto e un Grande, la cui scomparsa recente ha destato universale rimpianto : a Luigi Morquio, il principale Difensore, Protettore e Realizzatore della Nipiologia, Fondatore della Società Uruguayana di Nipiologia, l'Uomo superiore che più di tutti rafforzò la mia fede nella mia idea e che per il primo, assumendosi una gravissima responsabilità in rapporto alla sua fama mondiale, in un Congresso Scientifico Americano nel 1922 proclamò con la sua indiscussa autorità che l'idea della Nipiologia è grande, è giusta e che gli Istituti di Puericoltura di Parigi e di Madrid e gli altri simili di America riproducono il medesimo programma dell'Istituto Nipioigienico, da me fondato in Capua trenta anni or sono. Con sicura coscienza posso affermare che il costante ed autorevolissimo consenso di Luigi Morquio è stato il più forte, il più poderoso incitamento alla mia aspra e tenace fatica. Quanta forza Egli mi donò con la sua fede ! In nome di tutti lo invio, con l'anima ancora schiantata dal dolore, un saluto commosso e riverente alla venerata Memoria del Grande Uruguayano, che altamente onorò il suo Paese e la Scienza e fu un vero, un grande Benefattore dell'Umanità.

Questo Congresso è onorato dall'importante contributo di eminenti Scienziati dell'Argentina, del Brasile, del Cile, della Francia, del Perù, della Spagna, della Svizzera, dell'Uruguay : Acuña, Baeza Goñi, Barbarén, Barbosa e Guizio, Berro, Bettinotti, Comby, Debré, del Carril, Garrahan e Thomas, Lereboullet, Lesné e Dreyfus -Sée, Martínez Vargas, Mouriquand, Navarro e Sundblad, Obes Polleri, Pelfort, Rohmer, Wieland, che, pur non potendo intervenire, hanno voluto con le loro geniali Comunicazioni partecipare a questa riconsacrazione della Nipiologia. A tutti invio il mio saluto devoto : invio un saluto speciale al venerando Maestro Jules Comby, altra gloria della Pediatria, che in questi ultimi anni ha compiuto un'ammirevole propaganda nipiologica, che ha un singolare valore.

Numerose sono le adesioni di Società e di Istituzioni Scientifiche Straniere : l'Associazione Internazionale per la Protezione dell'Infanzia, l'Unione Internazionale di Soccorsi ai Bambini, l'Associazione Internazionale di Pediatria Preventiva, il Consiglio del Bambino e la Federazione della Società Medico-Scientifiche dell'Uruguay, le Società Argentina e Spagnuola di Nipiologia, le Società Argentina, Brasiliana e Cilena di Pediatria, la Lega Peruviana di Igiene e Profilassi Sociale, la Società Protettrice dell'Infanzia di Guayaquil, la Direzione Generale della Sanità Pubblica del Perù e Istituti e Riviste di vari Paesi. Numerose sono le adesioni di illustri Scienziati Stranieri.

La collaborazione e il consenso di così illustri Società, Istituzioni e Scienziati Stranieri — a cui dico la mia gratitudine più intensa — hanno un altissimo significato e dimostrano che oltre i nostri confini si approva il nuovo indirizzo nipiologico.

Questo Congresso si tiene nella ricorrenza del trentesimo anniversario della fondazione della Nipiologia. La celebrazione di questo anniversario — resa più solenne dal consenso straniero — assume un grande significato in Trieste italiana : assurge in questo clima storico a rito sacro per chi ha forte e vero il sentimento di italianità.

Trent'anni or sono, in una di quelle crisi spirituali che creano il destino di un uomo, un piccolo uomo, solo, senza protezioni, con scarsissime risorse finanziarie, però ribelle alle ipocrisie sociali, osò insorgere contro l'universale consenso e istituzioni, che per il consiglio alle madri e per la somministrazione di latte a bambini figli di donne con scarse secrezione lattea si proclamavano i mezzi più perfetti per la soluzione del problema della protezione del lattante, perchè fin d'allora pensò che la soluzione di questo grande problema — forse il maggiore dei problemi umani e sociali — si potrà realizzare soltanto quando si avrà la conoscenza scientifica integrale del lattante e che la protezione, non fondata su tale conoscenza, è empirica, è incompleta e forse dannosa. Volle indagare la ragione della scarsissima conoscenza del lattante — tuttora scarsa dopo trenta anni — e credette di trovarla nello studio parziale, unilaterale della piccola creatura. Ed ebbe l'idea dello studio *integrale* del lattante, fondato sull'*unità* della scienza come *uno* è il lattante per la scarsa differenziazione delle sue attività; e diede a questo studio il nome di Nipiologia : Scienza del lattante, *inscindibile nella sua unità*.

E così, trenta anni or sono, egli comincì a percorrere non la via comune, ma il viottolo tracciato da lui, il suo viottolo: viottolo aspro, erto, tortuoso, senza aria, e senza luce, ma con una grande luce nel fondo. E lo ha percorso con fede immutata, con fede incrollabile per trent'anni, ribelle alle avversità di eventi e di uomini. Questi trent'anni egli rivive in quest'attimo ! E' una storia che non sarà mai scritta, come non fu mai scritta la storia vera di ogni iniziatore non ostante le più profonde indagini : è storia scritta soltanto a caratteri di fuoco nell'animo di chi la visse. Vi sono momenti nella vita — sopra tutto dell'iniziatore in cui neppure la creatura più adorata, persino quella creatura sublime che è la Mamma, può vivere le sue stesse ansie, le sue stesse emozioni ! Vi sono momenti, in cui si è fatalmente soli, assolutamente soli; e nessuno potrà mai conoscere il mistero di quei momenti !

In quest'ora singolare della mia esistenza nella mia anima — che ebbe ed ha l'aspirazione ardente, prepotente di essere veramente utile alla Società e sopra tutto al mio Paese — freme solo il sentimento della gratitudine, forte come la mia volontà e la mia fede.

Come dopo la solenne consacrazione nipiologica americana, rendo anzi tutto grazie ai miei avversari e ai miei falsi amici, che con la loro opposizioni leali e specialmente occulte e con le loro ipocrisie hanno temprata la mia anima plasmata con metallo della volontà e dell'ideale e ne hanno tratte scintille con la punta più che adamantina di quel sovrano scalpello che è il Dolore.

Gli ipercritici e i facili critici, che mi danno del sognatore, sono proprio essi i sognatori, perchè sognano la perfezione umana e credono di

essere nel vero, e non sanno che la perfezione e la verità sono tanto, ma tanto, lontano da noi ! Facile è la critica ; ma difficile, se non difficilissima, è l'azione veramente utile. Quante azioni inutili e dannose ! Tra le moltissime parole, che si scrivono e si pronunziano, sono pochissime le vere parole bronzee che varcano la zogia dell'immortalità.

Sono le opposizioni occulte e non le false lodi che danno all'uomo la roscienza delle sue energie e sono l'esca delle grandi fiamme dell'ideale umano. Grazie, perciò io dico agli avversari miei !

Ma, sopra tutto, dico la mia gratitudine agli amici veri e costanti della mia iniziativa : quella gratitudine che non si asconde nelle pieghe dell'anima, ma affiora alla superficie come espressione di coscienza. E la dico, anzi tutto, agli Scienziati Stranieri che, — per la verità storica — per i primi hanno consacrato la Nipiologia e con nobile atto di onestà scientifica ne hanno sancito l'italianità. La dico a tutti i miei Connazionali che mi hanno offerto preziosa e valida collaborazione. Essi sono molti : non li nomino, perchè temo dolorose omissioni. Ricordo soltanto quattro tra gli estinti : Cesare Cattaneo, Carlo Francioni, Guglielmo Bilancioni, Arrigo Montanari, scienziati illustri che donarono alla mia iniziativa il loro autorevole consenso e tanto rafforzarono la mia fede ; e fra i vivi ricordo uno solo : un generale, un vero amico da trent'anni e più, un uomo che oggi è qui e sente le mie emozioni, il Generale Felice Laurenti, che con la sua fiducia illimitata nelle mie energie fu il primo a indurmi ad iniziare la mia fatica, che per il primo mi spinse verso il mio calvario ! Dò un saluto a questo degno rappresentante del nostro Essercito glorioso.

Corollario di questo Congresso dev'essere un evento decisivo per la vita della Nipiologia. Si dimentichi la mia persona, che nulla ha mai chiesto, nulla chiede e nulla mai chiederà per sè. Mi si annienti pure. Ma si pensi ad assicurare la vita di un'iniziativa italiana, consacrata più volte in Italia e all'Estero, affinché non abbia il destino della frequenti rivendicazioni italiane. Vivaddio, ciò non avverrà nell'Italia di Benito Mussolini !

E' necessario che lo Stato faccia sua l'iniziativa nipiologica. E' necessario che in Italia, al più presto, si fondi l'Istituto di Nipiologia, il quale soltanto potrà dare la conoscenza integrale del lattante e le norme per la sua tutela e potrà gettare le basi dell'educazione del lattante, che è per me il mezzo più possente per creare la vera protezione : *la protezione nell'ambiente familiare.*

Auspice il Duce, nel clima del Fascismo, per il quale la Nipiologia ha avuto in Italia le sue prime consacrazioni, non esistono, non possono esistere difficoltà per la creazione di questo Istituto, non ostante le supreme esigenze dell'ora storica che viviamo. Un popolo forte come il nostro, guidato dal Duce, sa affermarsi in tutti i campi dell'attività sociale, pur mirando alle sue esigenze supreme.

Non si ascolti la mia parola, che forse ha scarso valore e che può far pensare ad un interesse personale per quanto altissimo e purissimo. Si ascolti invece la parola obbiettiva e disinteressata di un grande Estinto. A Ventimiglia, il 7 novembre 1933, Luigi Morquio, nel lasciarmi, mi

disse più volte : “Insista, insista, insista presso il Duce per la fondazione dell'Istituto di Nipiologia in Italia”.

Queste parole — le ultime rivoltemi col vivo della voce dal grande Uruguayano — io ripeto come un testamento scientifico in quest'ora solenne e decisiva. Quelle parole, che, intese nella loro intima essenza, hanno un significato eccezionale, giungano, giungano, giungano a Benito Mussolini, che vuole — fortemente vuole — la difesa, la vera difesa della stirpe, e vuole la maggiore grandezza del nostro Paese. Egli le ascolterà e con la potenza del suo genio trasformerà l'energia latente di quelle parole in forma viva. E l'Istituto di Nipiologia sarà una realtà in Italia.

Così per volontà del Duce continuerà la marcia ascendente dell'idea per la maggior gloria del nostro Paese !

Discorso del Console dell'Uruguay Comm. Quintana

Mi sia permesso di rivolgermi poche parole, in omaggio ed applauso al Professore Dottore Ernesto Cacace, il cui nobile apostolato ha oltrepassato ormai i monti e i mari, e le cui sante iniziative hanno avuto ed hanno sostenitori illustri in tutti i paesi civili... Ed in omaggio pure, ed applauso specialissimo alla memoria venerata di Colui, che, vincolato allo sforzo di Cacace, con zelo pari ed instancabile operosità, diede vita alla Nipiologia nell'Uruguay, e spinta ai consimili di tutta l'America Latina. Ho nominato il compianto Dottore *Luigi Morquio*, emerito figlio de la mia lontana Patria, luminare de la Scienza Medica e benefattore generoso de l'infanzia, unito da fratellanza inconcellabile, intellettuale e cordiale, a questo santo cavaliere andante, sapiente e volente, che vi presiede nella opera d'amore per l'essere più grazioso e debole, per l'esistenza più fragile, in cui la vita fermenta in lievito di vita; vaga promessa di avvenire; sorriso, pianto e balbuzie, che non possiamo sentire senza un tremito d'umanità.

In veste ufficiale, nel nome del mio Governo, quale rappresentante consolare de la Repubblica dell'Uruguay, credo di ubbidire ad un mandato del Al di là, solenne e sacro, e d'interpretare la postuma volontà di quel grande scienziato che fu con Voialtri propagandista della Vostra fede, compartecipe delle Vostre speranze e collaboratore nella Vostra carità,... rispondendo con emozionato “Presente” all'appello del nome di *Luigi Morquio*, nell'iniziarsi oggi queste giornate del Vostro lavoro, augurando altresì, al IV Congresso Nazionale di Nipiologia, il miglior successo e le più feconde e fortunate ulterioriità scientifiche e sociali.

Discorso del Console della Repubblica Argentina Comm. Zawerthal

Ho l'onore di rappresentare la Repubblica Argentina in questo Congresso di Nipiologia, scienza che fu fondata dal Prof. Cacace 30 anni or sono, e che si propone lo studio integrale del lattante sotto tutti i punti

di vista: psicologico, biologico, clinico, igienico, giuridico, sociologico, ecc.

Nell'Argentina si accolse volentieri la nuova scienza creata dal Prof. Cacace; e nel 1922, alla presenza dello stesso, fu fondata la Società Argentina di Nipiologia, la quale venne inaugurata nel 1923 sotto la presidenza del Prof. Acuña, direttore della Clinica Pediatrica di Buenos Aires, e da quell'anno ha continuato con costanza i suoi lavori scientifici, compiendo una mirabile attività.

Altri presidenti della Società Argentina di Nipiologia furono i professori Schweizer, Garrahan e del Carril, che attualmente è il presidente. Nel 1930 fu tenuta la Settimana di Nipiologia e Igiene presieduta dai Prof. Acuña e Zwank. Il principale animatore e fondatore della Società Argentina di Nipiologia è stato il Prof. Acuña.

A questo Congresso hanno inviato comunicazioni, dimostrando così la loro partecipazione, i Prof. Acuña, Bettinotti, Garrahan e Thomas. Aderirono pure la Società Argentina di Nipiologia, la Società Argentina di Pediatria, il Servizio dei lattanti dell'Ospedale dei bambini, l'Istituto di Pediatria e Puericoltura, l'Istituto di Maternità, ed altre istituzioni che dimostrano il consenso degli scienziati argentini per la Nipiologia a questo Congresso, che celebra il 30.º anniversario della sua fondazione.

Faccio auguri per la riuscita di questo Congresso e per la marcia sempre ascendente della Nipiologia, che, salvando i latanti, prepara nuove generazioni sane e forti.

Discorso del Console del Cile Cav. Uff. de Kantz

Ho l'onore di qui rappresentare ufficialmente il Governo della Repubblica del Cile. Non illustrerò l'opera, feconda svolta del Governo della Repubblica in favore della Pediatria cilena, nè mi soffermerò sull'instancabile diuturno lavoro svolto dall'insigne dottore Arturo Baeza Goni, Presidente della Società Cilena di Pediatria, e dai suoi valenti collaboratori.

Comme il Prof. Cacace già ha riferito, i pediatri e scienziati cileni hanno già iniziato con successo un notevole movimento nipiologico, aderendo così pienamente alla sua geniale iniziativa. Non mi resta dunque, che associarmi ai voti dei miei egregi Colleghi, rappresentanti il Governo Argentino e Uruguayano, perchè l'esito, di questo Congresso, il di cui scopo è altamente umanitario e civile, sia coronato dal più grande successo.

Discorso Inaugurale pronunziato da Sileno Fabbri

Presidente dell'O. N. M. I.

*L'azione dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia per la difesa
del lattante*

L'oratore ha voluto innanzi tutto precisare il significato del suo intervento alla riunione; intervento che, più che una cortese formalità,

vuol essere un omaggio al Prof. Cacace, pioniere ammirevole di una scienza — la Nipiologia — la quale ha avuto già all'estero entusiastici consensi e che trova anche in Italia, come conferma l'attuale Congresso, larghe simpatie e profonde risonanze.

L'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia — ha continuato Sileno Fabbri — per i principi ai quali la Nipiologia, la scienza cioè del lattante, si ispira, non può non attuare gli ideali che da un trentennio il Prof. Cacace postula con animo di scienziato e di apostolo, perché l'O. N. M. I. ha proprio lo scopo, comune alla Nipiologia, di coordinare l'attività degli enti e delle istituzioni aventi per fine la protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia, soprattutto mediante la prevenzione. Orbene i postulati della Nipiologia — i quali possono riassumersi in teoria nella tutela integrale del lattante e in pratica nella educazione della madre — hanno un'enorme importanza agli effetti della battaglia demografica, perché difendere il bambino dal momento del suo concepimento, durante il parto, durante l'allattamento, fino al quinto anno di età, difenderlo integralmente, sotto tutti gli aspetti, significa far guadagnare alla Patria ogni anno diecine di migliaia di vite umane.

Dopo aver ricordato come, nonostante il continuo miglioramento verificatosi negli ultimi anni nella mortalità infantile (discesa nel 1954 alla cifra di 98,7 bambini al di sotto di un anno morti su 1000 bambini vivi) l'Italia sia ancora in condizione di inferiorità di fronte al altre Nazioni, Sileno Fabbri ha detto che, se il nostro Paese potesse portare la cifra della mortalità infantile al livello di quella della Francia o della Germania (75 per mille), noi recupereremmo oltre 35.000 vite nuove alla Patria ogni anno.

Ma quali le ragioni che ostacolano il raggiungimento di tale obiettivo? Il Presidente dell'Opera ha ricordato le cause della morbidità delle donne durante il parto e le cause della mortalità infantile, aggiungendo che solo una efficace ed intensa azione preventiva può evitare la perdita di tante esistenze. Orbene, ha soggiunto l'Oratore, l'O. N. M. I. tale azione di prevenzione ha già in atto, con tendenza ad intensificarla nei centri rurali. Però, egli ha soggiunto, vi sono ancora non pochi ostacoli, che rendono difficile il conseguimento totale dello scopo.

Il primo ostacolo, ha proseguito Sileno Fabbri, è costituito dal fatto che la pubblica assistenza e specie quella relativa alla maternità ed alla infanzia ancora oggi è distribuita fra troppe leggi, che l'appesantiscono e talvolta la paralizzano. Troppi sono gli organi di esecuzione; e se non si crea un organo politico unitario, non sarà possibile realizzare quella collaborazione la quale consente effettivamente una semplificazione ed un coordinamento della assistenza pubblica.

Il secondo ostacolo, per l'Oratore, è costituito dall'insufficienza quantitativa e qualitativa del personale tecnico. Per i Medici l'Opera provvede mediante i corsi di puericultura indetti ogni anno presso le Cliniche universitarie; ma il problema della visitatrici, che è collegato a quello importantissimo delle visite domiciliari, non è del tutto risolto, non ostante

che l'elemento volontario sia pieno di fervore e che un buon reclutamento l'Opera possa fare tra le assistenti sanitarie della Croce Rossa.

Il terzo ostacolo, infine, è costituito dei mezzi finanziari. L'Opera, ricorda l'Oratore, evolve la sua attività a favore di una popolazione di donne e di bambini, la quale ammonta a circa 21 milioni di persone. Solo una parte, naturalmente, ha bisogno di assistenza materiale, tuttavia anche per questa parte i mezzi finanziari a disposizione dell'Opera non permettono di largheggiare soverchiamente.

Ciò premesso, che cosa ha fatto l'O. N. M. I. per realizzare la difesa del lattante? Il Presidente dell'Opera ricorda a questo riguardo il proficuo lavoro di riorganizzazione degli organi amministrativi e tecnici delle istituzioni, riorganizzazione attuata in questi due ultimi anni mediante il funzionamento, presso ogni Comitato di Patronato, del Consultorio ostetrico e di quello pediatrico — affiancati entrambi dal servizio a domicilio — ; mediante il funzionamento del refettorio materno per gestanti e nutrici e dell'asilo nido per lattanti e divezzi. Tali organi, i quali, ov'è possibile ed opportuno sono riuniti in una "Casa della Madre e del Bambino" costituiscono lo strumento più idoneo per la difesa del lattante.

Dopo aver precisato i criteri fondamentali ai quali sono ispirati i provvedimenti adottati durante la sua Presidenza — criteri che si riferiscono all'intensità dell'assistenza per i bambini fino a tre anni, all'esistenza nelle campagne, al personale sanitario e tecnico, al collocamento in campagna dei bambini, all'assistenza alla seconda infanzia, alla profilassi antitubercolare, al funzionamento dei consultori ed alla propaganda igienica, — Sileno Fabbri ha tracciato, in cifre, il consuntivo dell'attività della Opera durante il 1934.

Tali cifre imponenti stanno ad attestare, conclude il Presidente Fabbri, quale è lo sforzo fatto dall'Opera per proteggere la maternità e la prima infanzia soprattutto. Tale lavoro, compiuto con animo sensibile e con cuore paterno e materno da quanti stanno nei ranghi dell'Opera, mira a realizzare il monito del Duce "rafforzare il sentimento familiare, dare il massimo impulso alla natalità, ridurre al minimo le cause di mortalità delle madri e dei bambini". I medici italiani, nessuno escluso, profondendo la loro scienza ed il loro sentimento per questa causa umana e civile, sono chiamati a compiere, infine, un grande atto di amore e di patriottismo.

SEN. PROF. VALAGUSSA.—*Previdenze della Croce Rossa Italiana per la difesa del lattante.*

Il Senatore Valagussa espone in un dettagliato rapporto l'azione svolta dalla Croce Rossa Italiana in difesa del lattante.

Premesso che dopo la grande guerra questo importantissimo Istituto Parastatale ebbe chiara la visione che la sua funzione assistenziale non avrebbe potuto polarizzarsi nell'aspettazione della guerra e di grandi sciagure sociali, ma che era suo dovere accostarsi più da vicino al popolo,

precorrendo in questo senso l'azione condotta dal Duce del Fascismo, il Sen. Valagussa illustra come con felice intuito fu scelta come prima battaglia assistenziale la prevenzione del lattante contro la tubercolosi. La munifica donazione dell'istituto, fondato dalla contessa Maraini, facilitò lo svolgersi di un tale programma.

E' assioma scientifico che il bambino figlio di madre tubercolosa nasce immune dalla malattia, seppure congenitamente debole e quindi predisposto. Per impedire che il figlio di madre tubercolosa possa contrarre il morbo, è necessario sottrarlo al contatto della madre malata la quale fatalmente lo infetterebbe.

A questo scopo per l'illuminata volontà della Contessa Maraini e a sue spese, sorse l'Istituto Preventoriale Emilio Maraini, primo nel mondo ed unico in Italia, alla cui direzione il Sen. Valagussa è preposto fin dalla fondazione. Donato poi l'Istituto alla Croce Rossa, con una dotazione per un certo numero di posti-letti, il Preventorio si sviluppò e si perfezionò sempre più, assolvendo la sua duplice funzione sociale.

Infatti il concetto primordiale della istituzione è quello di fornire ai bambini, figli di tubercolose, latte di donna, e a questo scopo l'Istituto accoglie numerose madri nubili che allattano il proprio figlio e un bambino figlio di tubercolosi. Così la madre nubile rimane vicinamente e moralmente al proprio figlio, che tutte indistintamente riconoscono, e al quale, mediante l'intelligente cooperazione dei dirigenti l'Istituto, spesso riportano legalmente il padre.

Il risultato dell'assistenza preventoriale ai bambini, che nella loro famiglia sarebbero caduti infallibilmente preda della tubercolosi, è notevole. La massa delle vite ricuperate alla Patria è importante. La mortalità dei bambini assistiti è inferiore a quella generale di tutto il Regno.

Nell'Istituto sono eseguite rigorose norme dietetiche sulla base della somministrazione di 100 calorie giornaliere per Kg. di peso; non solo, ma è istituita una regolare pratica di vaccinazione antitubercolare con vaccini sicuramente innocui la quale, nel proseguo del tempo, potrà dare un prezioso contributo alla statistica della vaccinazione antitubercolare e quindi al giudizio sulla sua utilità, il quale è, e rimarrà ancora per molti anni, pendente.

Il Sen. Valagussa insiste sul fatto che essendo ormai assodato scientificamente come la tubercolosi cominci dall'infanzia, come nel primo anno di vita l'infezione rimanga allo stato latente e cioè glandolare, una vera lotta antitubercolare non possa prescindere dall'istituzione di preventori per lattanti.

Con questo non si disconosce l'alto valore sociale e profilattico del Sanatorio, il quale, oltre allo scopo di curare gli individui malati, possiede l'altro profilattico, altissimo, di sottrarre all'ambiente la sorgente di infezione costituita dall'infermo.

Ma ognuno vede come non sia possibile ottenere la perfezione per questa via, come fatalmente ci saranno sempre tubercolosi non sanatoriali che infetteranno sempre i bambini alle sorgenti della vita. Una lotta antitubercolare ben compresa non può prescindere del Preventorio ed è per

potenziare questo concetto che il Sen. Filippo Cremonesi, attuale Presidente della Croce Rossa Italiana, con ogni tenacia ha cercato di mantenere in sempre più florida vita l'Istituto Preventoriale Emilio Maraini.

E' vanto della Croce Rossa Italiana di aver mantenuto in vita essa sola questa forma di assistenza della quale non é assolutamente possibile fare a meno nella battaglia contro il flagello tubercolare.

E' da augurarsi che l'esempio dato dalla Croce Rossa Italiana si a seguito e amplificato e che sorgano in Italia numerosi Preventori per lattanti, affinchè sempre più importante divenga la cifra delle vite recuperate per la grandezza del Paese.

Le giornate di presenza dell'Istituto raggiungono tuttavia una cifra cospicua che è quella di 327753 al 31 dicembre 1934. Non soltanto ma i bambini che al termine del terzo anno di degenza nel Preventorio vengono avviati alle colonie Profilattiche permanenti della Croce Rossa stessa o di altri Enti Assistenziali, raggiungono il 70 % degli ammessi al Preventorio nei loro primi giorni di vita.

Questi risultati oltremodo lusinghieri, che la Croce Rossa Italiana ottiene mantenendo in efficienza una istituzione tanto utile, la pongono alla testa di questo movimento, che se è compreso da molti non è sentito da tutti, inquantochè la polarizzazione mentale di alcuni verso il sanatorio impedisce a parecchi di studiare con spirito libero il problema preventoriale.

SEN. TOSTI DE VALMINUTA, Consigliere Delegato dell'O. N. A. I. R.—
Attività svolta dall'Opera Nazionale di Assistenza all'Italia Redenta per la protezione del lattante.

L'Opera Nazionale di Assistenza all'Italia Redenta residente a Roma, Palazzo Viminale, fondata nel 1919 da S. A. R. la Duchessa Elena d'Aosta, tuttora sua Presidente, ed eretta in Ente Morale con R. D. 23-10-1924 N. 1803 venne istituita nell'intento di offrire alle Province liberate una diretta assistenza all'infanzia, assistenza che viene praticata per mezzo dei suoi Uffici di Bolzano, Trento, Trieste, Zara.

Il compito dell'Opera si svolge nel campo educativo-scolastico e in quello assistenziale. Di quest'ultimo diamo un breve riassunto.

Il centro principale di assistenza sanitaria infantile si formò a Trento con irradiazioni nella provincia: vi funzionano oggi 21 istituti di cui 11 dispensari per lattanti, 2 ambulatori pediatrici, 1 consultorio prenatale, 1 ambulatorio scolastico, 5 refettori materni, 1 ricovero per bambini abbandonati (Istituto Infanzia Abbandonata).

Nella provincia di Bolzano sono sorte 12 fiorenti istituzioni e precisamente: 8 dispensari-consultori per lattanti, 3 refettori materni, 1 ambulatorio pediatrico.

L'Ufficio di Trieste regge 10 istituzioni: 2 dispensari-ambulatori, 5 consultori, 1 refettorio materno, 1 consultorio prenatale, 1 asilo-nido.

Nella Provincia di Zara è in funzione un fiorentissimo Dispensario lattanti.

Il lavoro disimpegnato dalle su citate istituzioni è un complesso di assistenza igienico-sanitaria al bambino e di assistenza sociale alla madre. Il bambino è protetto fin dalla nascita; sono prevenute le malattie e le deficienze o sono arrestate nel loro sorgere. Soprattutto i medici e le assistenti sanitarie cercano di formare la coscienza igienica delle madri, sradicando vecchi pregiudizi e insistendo pazientemente e continuamente sulla necessità dell'allattamento materno, sui benefici che apportano l'acqua e l'aria. I lattanti iscritti alle nostre istituzioni sono sempre sotto il controllo tanto in sede dell'Istituto che a domicilio. Alle madri povere si forniscono culle, corredini completi, oggetti di vestiario, coperte e alimenti. Maggiormente beneficate sono quelle madri que si distinguono nell'allevamento e nell'assiduità con cui frequentano il Consultorio.

Nei Dispensari si distribuiscono una grande quantità di latte e varie miscele dietetiche prescritte dal medico.

Le cure principali a cui sono sottoposti gli iscritti consistono in applicazioni di lampada a quarzo, elioterapia, iniezioni e rimedi farmaceutici. Gli allattati artificialmente sono allevati con farine alimentari, farine diastasate, ergosterina, vitamine e rinforzati con olio di merluzzo.

Ogni bambino ha al consultorio la sua scheda dove sono registrati esattamente tutti i fatti più salienti.

Le nostre istituzioni segnano un continuo incremento perchè dopo aspre lotte si acquistano sempre più la fiducia delle madri.

I risultati ottenuti sono davvero confortanti: diminuzione della mortalità, scomparsa della morbilità per malattie gastrointestinali e scesa quella per rachitismo. Particolare attenzione viene data agli ereditari e ai colpiti da tara ereditaria tubercolare. A tutti i sospetti è praticata la cutireazione del Pirquet.

L'Asilo-Nido di Gorizia e l'Istituto Infanzia Abbandonata di Trento prodigano le loro cure agli abbandonati, agli illegittimi e agli esposti.

Grande bene è apportato dagli ambulatori prenatali che fanno il possibile per assicurare la salute al nascituro. I refettori materni gestiti per conto dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia completano i benefici dell'ambulatorio.

Sociedad de Pediatría de Montevideo

SESION DEL 22 DE NOVIEMBRE DE 1935

Preside el Prof. W. Piaggio Garzón

Sobre algunos tipos de Salmonelosis (paratifosis animales)
encontrados en Montevideo, y su papel en Patología Humana (1)

(Nota previa)

Dres. E. Hormaeche, C. A. Peluffo y P. L. Aleppo.—Se refieren, en primer término, a 3 casos observados en niños, de síndromes enterocolíticos debidos a "Salmonelas". El primero, fué un niño del Servicio A de Lactantes, del hospital Visca (Dr. A. Carrau), que presentó un cuadro clasificado como de dispepsia tóxica, con vómitos, deposiciones mucosanguinolentas, fiebre (40°) y estado de intoxicación profunda, falleciendo al cabo de 20 días. El segundo caso, niña de 17 meses del Servicio B de Lactantes, del hospital Visca (Dr. C. Pelfort), con cuadro de enterocolitis aguda; 15-20 deposiciones diarias, mucosanguinolentas, fiebre (40°); curación en pocos días. El tercer caso, niño de 29 meses (Dr. V. Zerbino), con cuadro de enterocolitis aguda, fiebre (38°-39°5), vómitos, dolores abdominales, convulsiones, deposiciones cada hora mucogrumosas; curación en 6 días. De estos 3 casos, los autores aislaron, de las mucosidades, 3 cepas cuyas propiedades bioquímicas y de aglutinación, permiten incluirlas dentro del grupo B, de Kauffmann y White y, probablemente, en el tipo "Typhi murium". La clasificación no está aún terminada. La tercera enferma dió una reacción de aglutinación, con su propia cepa, al 1/640, así como con otras "salmonelas".

Despertada su atención por estos hallazgos, los autores se dedicaron a buscar otras "salmonelas" del hombre y de los animales, ya que todas las especies conocidas de este género, son patógenas, encontrando las siguientes: 1.ª Cepa "Mono", aislada de un mono muerto con síndrome de enterocolitis, por cultivo de la sangre y de mucosidades intestinales (la cepa pertenece al grupo D, de Krauffmann-White, probablemente es "Salmonela Enteritidis" o tipo "Dublin"); 2.ª Cepa "Ratón", aislada en el Instituto de Higiene, por el

(1) Trabajo leído en la sesión del 20 de septiembre de 1935.

Dr. O. Viera, en una epizootía entre los ratones blancos del eriadero y cuyo diagnóstico probable es el de “*Salmonella Typhi murium*”; 3.ª Cepa “*Co-bayo*”, aislada por el Dr. C. M. Rossi, en el Instituto de Higiene, en un *co-bayo* que había sido inyectado con bacilo pestoso y cuyo diagnóstico probable es el de “*Typhi murium*” o “*Stanley*”; 4.ª Cepa “*Q*”, aislada por el Dr. C. M. Rossi, en hemocultivos de un enfermo fallecido con cuadro tífico y que, por sus propiedades bioquímicas es del tipo “*Kunzendorf*” (*suipestifer europeo*), pudiéndose asegurar, por aglutinación, que es del grupo, pero sin llegar al tipo, pues presenta algunas anomalías; 5.ª Cepa “*Cerdo*”, aislada por el Dr. O. Viera, en la autopsia de un cerdo, siendo el diagnóstico probable el de “*Kunzendorf*”.

Los autores recuerdan la acción patógena múltiple de las “*Salmonelas*”, en el hombre, que puede ir desde el cuadro tífico hasta la enteritis aguda, benigna o grave (intoxicaciones alimenticias) y llaman la atención sobre el hallazgo de esos tipos, tanto en los animales como en el hombre, que explican la etiología de ciertas infecciones humanas. Agrégan que su clasificación no está terminada, debido a la falta de algunos productos que no pudieron procurarse en Montevideo, y, además, a la falta de algunos tipos de *Salmonelas*, en su colección, lo que no les permite corroborar, por las reacciones de aglutinación, los resultados de las pruebas bioquímicas. Creen, sin embargo, que los resultados ya obtenidos son de interés, pues demuestran que, algunos cuadros de enterocolitis infantiles son debidos a “*Salmonelas*” y, puesto que los tipos hallados son de origen animal, hay que buscar la manera de transmitirse al hombre, con los alimentos.

Absceso del pulmón en el niño

Dres. V. Zerbino y H. Mourigán.—Manifiestan que la frecuencia es mayor de lo que se creía. Citan opiniones y estadísticas diversas, estudiando 36 casos, de los que 3 son personales. De esos referidos 36 casos, 16 son menores y 20 mayores de 3 años. Etiológicamente se dividen en primitivos y secundarios. Describen las causas y la frecuencia de estos últimos. Estudian la bacteriología, encontrando predominancia del neumococo, aún en los menores de 3 años y hacen notar el mejor pronóstico de los abscesos neumocócicos. Analizan brevemente la patogenia. Realizan el estudio anatomopatológico de la afección, macro y microscópico y especialmente de un caso curado. Señalan la localización predominante en el lóbulo inferior derecho, aunque con escasa diferencia sobre los del lóbulo superior derecho. En un caso han visto al absceso, extenderse a dos lóbulos a la vez. Describen los síntomas y señalan las particularidades de las tres fases de la enfermedad. La evolución es variable, según el tipo de absceso y guarda cierta relación con la edad y con el agente etiológico. Enumeran y citan casos de las diversas complicaciones. El pronóstico sería difícil de hacer, pudiendo basarse en una serie de matices, que señalan. Estudian el diagnóstico en las diversas etapas, planteando las dificultades. Hacen resaltar el valor de los exámenes radiológicos en las distintas posiciones y el de la punción pulmonar. Finalmente, pasan revista a los diversos procedimientos de tratamiento y a sus indicaciones.

Espina ventosa en un lactante de 3 meses, vacunado con B. C. G.

Dres. Gracia Scaffo de Casas y A. J. Casas.—Niño de 3 meses, que les fué presentado con espina ventosa localizada en la primera falange de los dedos medio y anular izquierdos; cutireacción positiva franca y reacción de Wassermann negativa. El niño era hijo de padres sanos, al parecer no tuberculosos y había recibido vacuna B. C. G., por vía bucal, al nacer, en el hospital Durazno. Però en la casa en que habitaban los padres con su hijo, vivía una señora afectada de tuberculosis pulmonar marcada que, desde que el niño tenía 2 meses, jugaba con él en sus faldas. El enfermito ha ido mejorando, como puede apreciarse por las radiografías, que revelan una franca retrocesión de las lesiones óseas. El niño no ha sufrido atraso en su desarrollo. Creen que la vacunación haya influido en la gravedad menor de la enfermedad tuberculosa, en un niño de tan tierna edad. Sostienen el criterio de vacunar a todos los recién nacidos en hogares pobres, donde no se observa casi ninguna regla higiénica, salvo en los casos de debilidad congénita.

Ictiosis nigricans

Dres. C. Gianelli y M. E. Mantero.—Niño de 2 ½ años, ingresado el Servicio Clínico del Prof. S. E. Burghi (hospital Visca) por catarro respiratorio. Padres sanos, con Wassermann negativa. Cuatro hermanos fallecidos en temprana edad, por trastornos diarreicos de verano y que previamente habían padecido eczemas. No ha habido ictiosis en la familia. Esta enfermedad apareció, en el niño, a los 15 meses, y se instaló progresivamente. Las lesiones eran típicas, pero no existía ni eczema ni prurito. Fué tratado por la balneación intensa y tibia y por unciones de vaselina salicilada al 5 %. Las lesiones mejoraron rápidamente y al cabo de 20 días el aspecto de la piel era casi normal. El niño ha sido perdido de vista, no siendo posible conocer la evolución ulterior.

Caverna gigante en un lactante de ocho meses

Dres. P. Cantonnet, H. Cantonnet y J. A. Scto.—Niña de 8 meses, hija de padres tuberculosos, llevada al Dispensario por profilaxis, en la que se encontró una lesión ulcerada del lóbulo medio. Hacen consideraciones clínicas, radiográficas, bacteriológicas y terapéuticas, sobre la evolución del complejo primario en el lactante. En el caso, a pesar del estado general aparentemente bueno de la enfermita, hacen un pronóstico gravísimo, dada la forma clínico-radiográfica observada. El neumotórax fracasó (contraelectivo), recurriéndose a la frenicectomía. A pesar de todo, la enfermita falleció.

Conjuntivitis diftérica en el niño

Dres. C. Gianelli y M. E. Mantero.—Niña de 11 días de edad, pesando 3700 grs., se presenta con un intenso edema de los párpados; evertidos éstos, se nota una abundante supuración amarillenta, con estrías de sangre; conjuntiva

palpebral intensamente roja; no existen coriza ni angina; el estado general era bueno. Pensando en la conjuntivitis gonocócica, se indica el tratamiento del Dr. de Salterain. Dos días después, los síntomas oculares se habían acentuado y se notaba una tenue pseudomembrana sobre la conjuntiva palpebral izquierda inferior; además, coriza mucopurulento y sanguinolento. El examen directo reveló la ausencia de gonococos y la presencia de bacilos de Loeffler, que también se observó en el exudado nasal. Inyección de 30 c.c. de suero antidiftérico; a las 24 horas, gran mejoría; se renueva la dosis de suero, dos veces más. La curación se hace rápidamente y sin que se hubieran producido lesiones corneanas.

Crónica

II Congreso Internacional de Protección a la Infancia

La Sociedad Argentina de Pediatría, comunica a sus socios y lectores de esta revista, que el presidente de la Sociedad Italiana de Pediatría, Prof. G. B. Allaria, al mismo tiempo que nos solicita la publicación de la nota que transcribimos a continuación, pide el nombramiento de dos relatores, los cuales pueden elegir los temas de su predilección dentro de los abajo enunciados.

Estimado colega:

Tengo el agrado de comunicarle que de acuerdo a la resolución tomada por la Asamblea de los Delegados de los 38 gobiernos que intervinieron en el Primer Congreso (París, 1933), el *Segundo Congreso Internacional para la protección de la Infancia*, tendrá lugar en Roma en los primeros días del mes de octubre del año en curso.

El comité ordenador ha resuelto distribuir los trabajos del Congreso en dos secciones, con los siguientes temas generales:

Primera sección: HIGIÉNICO-SANITARIA

- 1.º Medidas de previsión contra la mortalidad de los lactantes por enfermedades de la nutrición.
- 2.º La institución de las colonias climatéricas para la edad pre-escolar.
- 3.º La asistencia sanitaria de los hijos de europeos en los territorios coloniales.
- 4.º La educación física en la edad escolar.
- 5.º Medidas de previsión contra la inferioridad sanitaria de los ilegítimos.

Segunda sección: JURÍDICO-SOCIAL

- 1.º La previsión social en relación a los menores y los acuerdos internacionales.

- 2.º El destino de los hijos en caso de anulación o disolución del matrimonio, desde el punto de vista jurídico y social.
- 3.º La tutela jurídica de los menores en los tratos internacionales.
- 4.º En qué modo el legislador puede intervenir para traducir en acto los principios de la declaración de Ginebra.
- 5.º La asistencia obligatoria de la madre y de los hijos ilegítimos.

El Congreso se hará a continuación del IV Congreso Internacional de Pediatría, del que, si bien independiente, será como la integración científica.

Los idiomas oficiales del Congreso son: alemán, español, francés, inglés, italiano.

La inscripción al Congreso es libre para todos los que en el campo de la respectiva actividad se interesen de los múltiples problemas de la tutela y de la asistencia de la infancia: médicos (pediatras, obstétricos, higienistas, etc.), juristas, pedagogos, administradores de obras de asistencia social, etc.

La cuota de inscripción ha sido fijada en *lire it. 100*.

Los que deseen recibir las actas del Congreso tienen que añadir una cuota de *lire it. 50*. Para los miembros de las familias de los congresistas la cuota de inscripción es de *lire it. 75*.

Se enviará en tiempo oportuno, y a los inscriptos, el programa del Congreso, con las indicaciones de las reducciones de ferrocarril, de las fechas de la inauguración, de las reuniones científicas, de las visitas, de los recibos, etc.

Para los viajes en comitiva, se indicarán la seña de las oficinas de la "Compagnia Italiana di Turismo" (C. I. T.) en los distintos países.

Para la correspondencia general y para la primera sección hay que dirigirse al Prof. G. B. Allaria (corso Bramante 29 - Torino 120).

Para la correspondencia de la segunda sección: Dr. Paolo Gaetano (vía A. Brofferio 9, Roma).

Las cuotas de inscripción se enviarán al tesorero del Comité, Dr. E. Egidi (corso Bramante 29, Torino 120).

Con los más distinguidos saludos:

Miembro del Comité Ordenador para
la segunda sección
Dr. Paolo Gaetano

Presidente del Comité Ordenador
Prof. G. B. Allaria

Comité Ordenador: *Prof. Giovanni Battista Allaria, Dr. Paolo Gaetano, Prof. Nicola Pende, Prof. Francesco Valagussa.*

VIII Curso Internacional de Alta Cultura Médica

El director L. W. Tomarkin, solicita la publicación que a continuación se transcribe:

Nous vous informons que le VIII^{ème} *cours international de haute culture Médicale* aura lieu à Athènes du 7 au 21 septembre 1936 sous le Haut Patronage de S. M. le Roi des Hellènes et sous les auspices de l'Université d'Athènes et du Ministre de l'Hygiène de Grèce. On traitera les actualités diagnostiques et thérapeutiques.

LISTE INCOMPLETE DES CONFÉRENCIERS

Maladies tropicales et infectieuses: R. T. Leiper, Londres; J. Gordon Thomson, Londres; Sir M. Watson, Londres; J. Bordet, Bruxelles; E. Marchoux, Paris; F. d'Hérelle, Paris; K. Todorovitch, Belgrade; J. Valtis, Athènes; C. Levaditi, Paris; Philipp H. Manson-Bahr, Londres; R. Loewenstein, Vienne.

Chirurgie: Sir H. Gillies, Londres; A. H. McIndoe, Londres; J. Delchef, Bruxelles; R. Leriche, Strasbourg; C. P. G. Wakeley, Londres; R. Nissen, Istanbul.

Section cardiovasculaire: R. Rijlant, Bruxelles; C. Heymans, Gand; V. Arnoljevic, Belgrade.

Cancer: A. P. Dustin, Bruxelles; P. Mendelyeff, Bruxelles; F. Blumenthal, Belgrade; J. H. Thomson, Londres.

Conférences libres: M. De Laet, Bruxelles; G. Cambrelin, Bruxelles; I. Joliot-Curie, Paris; F. Joliot-Curie, Paris; F. M. Messerli, Lausanne; Mathieu Pierre-Weil, Paris; A. J. D. Cameron, Tunbridge Wells; Folke Henschen, Stockholm; Lina Stern, Moscou; P. Chevalier, Paris.

Syphiligraphie et dermatologie: A. Bessemans, Gand; B. Dujardin, Bruxelles; L. M. Pautrier, Strasbourg.

Ce Cours présentera un intérêt double, tant archeologique que médical, en effet nous serons accompagnés par d'éminents Archéologues Français, Belges et Anglais, qui nous guideront à travers la Grèce Antique. Nous envisageons notamment de visiter les sites suivants: Athènes, Delphes, Corfou, Crète, Mycène, Sparte, etc.

Pour tous renseignements, prière de s'adresser au Secrétariat Général: L. W. Tomarkin, Faculté de Médecine, 115, Boulevard de Waterloo, Bruxelles, Belgique.

Análisis de Libros y Revistas

G. F. LEONARD y A. HOLM.—*Un método para la producción de toxina y toxoide estafilocócico.* "The Journ. of Immunology", sept. 1935, página 209 a 221.

Después de estudiar los fundamentos de la evolución de las infecciones graves estafilocócicas, refiriéndose a los trabajos de varios autores, dedica un capítulo al estudio de la preparación de la toxina estafilocócica recurriendo al método de Dolman, medio semisintético, cuya composición describe. Los cultivos los efectúa con estafilococos albus y aureus, disponiendo de un recipiente especial para el cultivo anaerobio. Cierta olor caracteriza a la buena producción de toxina. Agrega después merthiolato al 1 : 10.000 para después separar la toxina que titula por test hemolítico y por su valor dermonecrótico. Prepara después el toxoide por el procedimiento de la formalina en concentración de 0.3 por % incubando durante tres semanas a 37° C. Determina el poder antigénico del toxoide y el poder neutralizante para la toxina, del suero de conejo inmunizado con el toxoide. Acompañan al trabajo algunas tablas prolijas de sus resultados.

Bettinotti.

DRES. M. DEBRE, J. MARIE et J. BERNARD.—*Hypertrophie cardiaque congenitale.* "Archives des Médecine des Enfants", febrero, 1936.

El estudio completo de un tercer caso de hipertrofia cardíaca congénita sugiere a los autores consideraciones interesantes. Para su diagnóstico: la disnea con tiraje, y, en casos, hasta cornaje típico, la cianosis igual signo importante, pero de aparición tardía. Examen físico cardíaco nada particular, si el radiográfico que reproduce siempre la misma sombra, redonda, voluminosa, verdadera imagen en bola que ocupa casi todo el hemisferio izquierdo, desbordando borde interno del hemisferio derecho, sombra que late en todos sus contornos, signo diferencial con derrames pericárdicos.

Macrocópicamente siempre igual, pero presenta dos formas histoquímicas, la una sin lesión aparente de la fibra cardíaca y sin sobrecarga de substancia de reserva; la otra, con un aspecto vacular de las fibras, estando los vacuolos llenados por glicógeno.

Martin C. Corlin.