
ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)

Algunos adelantos en materia de transfusiones de sangre
(Con presentación de aparatos)

por los doctores

Mamerto Acuña y Jenaro García Oliver

Es ya un hecho indiscutible que las transfusiones de sangre constituyen un medio terapéutico de incalculable valor en muchas afecciones en las que se muestra un agente curativo rápido y generoso.

En pediatría estamos lejos de haber agotado aún sus posibilidades y así es cómo su indicación en las bronconeumonías del lactante, discutida en un principio, se acepta hoy sin reservas, dados sus resultados sorprendentes.

Otras muchas afecciones del niño — no hemorrágicas — benefician también de las transfusiones y, en general, puede asegurarse sin temor que a este método terapéutico le está reservado un porvenir brillante.

Convencidos de lo que antecede ha sido nuestro anhelo organizar un centro hemoterápico lo más completo posible, el que funciona ya en el Instituto de Pediatría y Puericultura dirigido por uno de nosotros.

En esta comunicación nos limitaremos a señalar tan sólo algunos aspectos de este servicio, sometiéndolo a la consideración de los presentes dos aparatos que creemos señalan un verdadero progreso en materia de transfusiones.

La primera necesidad que advertimos como importante e impostergable fué la de disponer de una pequeña mesa de transfusio-

nes que nos permitiese llevar al lado del enfermo todos los elementos necesarios para esta intervención. El factor tiempo es muchas veces decisivo en estos casos y la experiencia nos enseñó cuanto tiempo se perdía y cuánta comodidad se sacrificaba por no disponer de un mueble adecuado.

Por las fotografías adjuntas podrán apreciarse las características del mismo. Se trata de un mueble compacto provisto de ruedas y en el que se lleva absolutamente todo lo necesario para: extracciones simples de sangre, extracciones de sangre con fines de



La mesa vista de frente y cerrada, tiene 78 cms. de altura por 56 cms. de lado

conservación, transfusiones de sangre fresca o conservada, disección de venas, etc. En la parte superior lleva los tambores de gasas, algodón y vendas, un mechero común y siete frascos que contienen soluciones de citrato de sodio, suero glucosado isotónico, alcohol, yodo y agua oxigenada. Uno de los cajones superiores sirve exclusivamente para clasificación de grupos sanguíneos. El otro cajón superior contiene el Baumanómetro, aspirador de Potain, pinzas, jeringas y todos los utensilios para las extracciones de sangre. El cajón inferior derecho lleva dos equipos completos de transfusión

a sistema cerrado y otros dos equipos de transfusión a jeringa. Además, van en él algunos accesorios, tales como un termómetro de agua, vasijas para el agua caliente, linterna eléctrica de mano, algunos repuestos, etc. El cajón restante contiene las historias de transfusiones, telas impermeables, tubos de ensayo, frascos de Erlenmeyer, etc., etc.

Pueden apreciarse en las fotografías las dos mesas laterales plegadizas y la tabla de madera que hace las veces de pequeño escritorio sirviendo, además, como apoyabrazos para las pequeñas extracciones; también se advierten los cuatro soportes metálicos, enchufables unos en otros, situados uno en cada esquina y que permiten transfundir con la máxima comodidad cualesquiera que sean



las posiciones relativas de la cama del enfermo y de la mesa que estamos describiendo.

Todo el mueble se desliza con facilidad hasta el enfermo y la disposición ordenada y fácilmente asequible de los aparatos permite iniciar inmediatamente la transfusión indicada.

Esta mesa planeada por uno de nosotros ⁽¹⁾ nos resulta muy útil permitiéndonos un ahorro diario de tiempo y de molestias considerables; nos ha dado el máximo de satisfacciones en la práctica diaria.

Proponemos se la designe con el nombre de mesa para transfusiones, modelo del Instituto de Pediatría y Puericultura del Hospital de Clínicas.

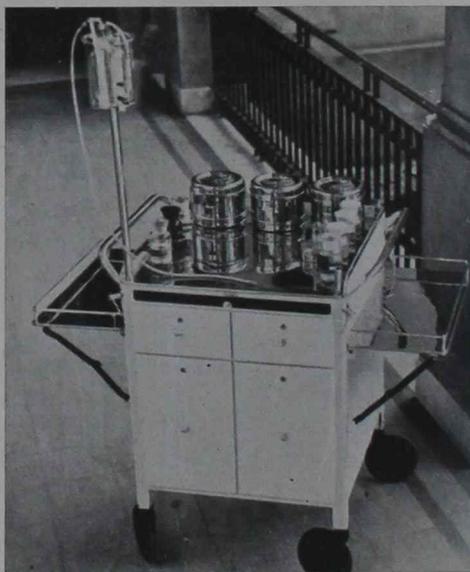
(1) Dr. J. García Oliver.

El otro aparato que presentamos está destinado a la extracción y fraccionamiento de sangre con fines determinados; le hemos bautizado con el nombre de "Hemofraccionador" (1).

Este aparato fué ideado en vista de las siguientes dificultades a resolver:

a) Las cantidades de sangre que se transfunden a los niños son generalmente pequeñas, sobrepasando rara vez los 150 centímetros cúbicos.

b) Las extracciones de sangre, por el contrario, suelen alcanzar 300 c.c. y aún más.



Con el aparato de transfusiones a sifón montado en un soporte de altura variable. Mesas accesorias desplegadas

c) Es inevitable, pues, el fraccionamiento de la sangre recién extraída, siendo imposible hacerlo con una cantidad grande de sangre conservada porque sedimenta en capas y obliga a una agitación del total del líquido con el consiguiente peligro para la integridad de los glóbulos. Se comprende también que cada fraccionamiento es una posibilidad de infección.

d) Los hemocultivos se hacían indispensables, lo que complicaba aún más las cosas y exponía nuevamente la sangre a contaminaciones por grandes que fueran las precauciones tomadas.

(1) Dr. J. García Oliver.

e) Era necesario simplificar al máximo esta delicada operación, abolir el hemocultivo y fraccionar al mismo tiempo que se extraía la sangre.

Planteadas así las cosas procuramos idear un aparato que reuniera las siguientes condiciones:

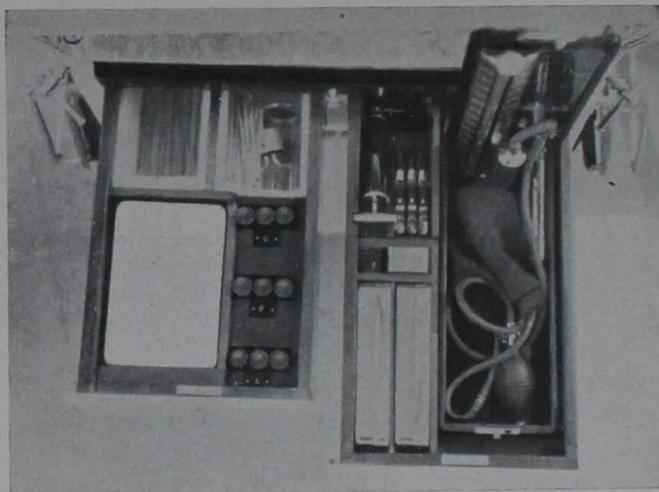
- a) Ser liviano y pequeño.
- b) De fácil limpieza y esterilización.
- c) Capaz de fraccionar la sangre en recipientes de 150 grs. de modo rápido y absolutamente a cubierto de toda contaminación.



Transfusión a jeringa. Esta se sostiene por un soporte especial. Sin émbolo.
La sangre fluye por gravedad

El aparato que presentamos a Uds. reúne todas esas características: tiene un diámetro de 22 ctms. y un peso mayor de un kilo, lo que permite manejarlo con facilidad y sin que ocupe demasiado espacio en la mesa de extracciones. El aparato se esteriliza dentro de un tambor metálico común, estando provisto de tubos de goma capaces de resistir altas temperaturas. La extracción se realiza por aspiración con una bomba de Potain; el tubo de aspiración lleva un filtro de algodón estéril, precaución por lo demás inútil puesto que el aire que se aspira es el que contenía el aparato este-

rilizado al autoclave a 120°. La jeringa de extracción que se utiliza es de modelo del Dr. R. Palazzo, sumamente útil e ingeniosa, tipo de doble corriente para citratación continua. Antes de punzar la



Los cajones superiores. Cajón de clasificación de grupos sanguíneos (izquierda)
Cajón de extracción de sangre (derecha)



Los cajones inferiores. Aparatos y jeringas de transfusión; tubos de ensayo, linterna, eléctrica, termómetro, vasijas de agua caliente, etc. (a la izquierda). Archivos de las transfusiones y de las extracciones de sangre, impermeables y diversos repuestos y piezas sueltas

vena del dador se ha llevado a cada fraseo una cantidad conveniente de suero glucosado isotónico y de solución de citrato de sodio. La

citratación continua es, sin embargo, indispensable para evitar una eventual coagulación de la sangre en la válvula distribuidora y en los segmentos intermediarios de tubo de goma.

Ahora bien, el Hemofraccionador se esteriliza cuidadosamente y como solamente se aspira aire se comprende fácilmente que la sangre a conservar no estará nunca en contacto con aire contaminado, puesto que el aire que se aspira ha sido esterilizado junto con el aparato. La sangre se fracciona de frasco en frasco a medida que progresa la extracción, por medio de la sencilla válvula distribuidora central, siendo la capacidad máxima del aparato de 600 c.c.

Una vez terminada la extracción los recipientes se cierran en sus dos orificios con pequeños tapones de caucho de tamaño y forma apropiados y se llevan a la heladera.

Ensayado el hemofraccionador cumplió perfectamente con las finalidades para que fuera creado, permitiéndonos desde entonces poseer un stock de sangre dividido en pequeñas cantidades y seguramente no contaminada. Con ello hemos eliminado el hemocultivo y el fraccionamiento inevitable y repetido.

No queremos terminar esta exposición sin hacer referencia al tipo de tarjetas personales que entregamos a los dadores de sangre; ellas son diferentes según se trate de dadores pagos o voluntarios. Las correspondientes a los dadores voluntarios se entregan a todas aquellas personas, quienes, sin ser padres de las criaturas internadas, dan su sangre desinteresadamente. Hemos logrado ya formar un pequeño núcleo de estos dadores y hemos podido comprobar la satisfacción que les produce una constancia de la extracción efectuada. Ellas constituyen un estímulo, sirviendo, además, como comprobante del grupo sanguíneo correspondiente.

En otra comunicación detallaremos la organización del servicio de Hemoterapia que funciona en el Instituto; en esa oportunidad nos referiremos también a la técnica que empleamos.

La reeducación funcional de los niños inválidos y paralíticos

por el

Dr. Oscar R. Maróttoli

En un Congreso donde se debaten las múltiples facetas que el niño representa en el seno de la sociedad en la cual está colocado, donde se estudian planes pedagógicos y se postulan sistemas sanitarios para la prevención de enfermedades en escolares fisiológica y anatómicamente normales, no es posible silenciar sobre la suerte de los niños estropeados en su organismo y en su intelecto por cualquiera de las múltiples afecciones capaces de hacerlo en el período más tierno de la vida. Y si se contempla el cuadro que nos ofrece en ese sentido muchos países europeos y de la América del Norte y se compara con nuestra situación, es indudable que esta necesidad adquiere proporciones de un imperativo categórico.

La medicina social ha elevado portentosamente su alcance en los últimos tiempos, merced a la exacta comprensión del problema, limitándonos al respecto que motiva esta comunicación, debemos admitir de entrada, que la asistencia social del niño deforme, inválido o paralítico, se ha hecho efectiva desde el día que las instituciones tutelares supieron aprovechar los enormes progresos que la cirugía ortopédica, con la creación de nuevos aparatos y métodos quirúrgicos, pudo transformar las deficiencias orgánicas y crear nuevas condiciones fisiológicas en el niño inválido, haciéndolo apto para una reintegración funcional en mayor o menor escala.

En los años 1933-34, durante mi gira de perfeccionamiento por el Viejo Continente, pude gozar del espectáculo que ofrecían estas instituciones, y debo confesarlo más de una vez, al pensar en las condiciones de mi país lejano, sentía la amargura intensa frente a

la pobreza de nuestras cosas y a la incomprensión de nuestros hombres. Todos vosotros, cuando contempláis las ilustraciones y dispositivos que he de proyectar, han de experimentar también las mismas inquietudes y aquéllos que no sospechaban cuán enormes son las posibilidades que la técnica puede brindar en favor del infante paralítico o inválido, ha de sentir con íntima emoción la música inefable del mejor himno de esperanza y de solidaridad humana.

No es necesario cargar tintas ni recurrir al juego de la adjetivación para pintar el cuadro desolado, y por demás conocido, de la vida de los niños deformes y paralíticos en nuestros ambientes. Un buen número carecen en absoluto de toda protección: ellos constituyen la mejor legión de los seres que imploran la mendicidad callejera y sirven de base para los sistemas de exploración de ese mismo género de vida. Los menos son recogidos por la sociedad y reclusos en asilos y hogares, donde, aunque hallen algún lenitivo que los aparte de la mendicidad y de la miseria continúan con su parálisis, invalidez o defecto físico inalterables, condenados así por su mentalidad y deficiencia orgánica a vivir la vida integral de su desgracia irreparable. Frente a ese panorama de desaliento y de miseria es indispensable proclamar que los niños deformes congénitamente, espasmódicos, con secuelas de parálisis infantil, hemipléjicos, escolióticos, etc., pueden aprender las verdades elementales de la naturaleza y pueden trabajar en oficios más o menos perfeccionados si auténticas instituciones tutelares supieran utilizar los recursos de la pedagogía socializada al servicio de la cirugía ortopédica, cuyo progreso técnico hace factible de encontrar para cada caso un plan de tratamiento conducente a la reeducación funcional. Partiendo de este concepto es necesario aceptar que tanto la reeducación elemental y profesional de estos niños, debe hacerse bajo el control y dirección de las clínicas ortopédicas, puesto que las nuevas posibilidades funcionales de esos inválidos es siempre la resultante del tratamiento ortopédico y quirúrgico que modifica las deficiencias anatómicas. Todos los institutos que he estudiado en Europa desenvuelven sus actividades en ese sentido.

El niño paralítico o mutilado es asistido en la clínica. La realización de las operaciones ortopédicas, casi siempre múltiples, insu-me un buen número de meses, a veces años. Pero el niño no ha perdido el tiempo; desde su iniciación recibe la enseñanza elemental realizada siempre por un grupo de maestros que emplean sistemas pedagógicos adecuados, sobre todo a base de objetivación sim-

ple. Las mayores deformidades físicas no imposibilitan la educación; para ello los elementos de enseñanza, muebles, etc., están todos especialmente adaptados. Los niños con alteraciones en la columna vertebral, por ejemplo, poseen bancos o asientos especiales y muchas veces el mismo lecho del paralítico recientemente operado, que se traslada al aula, es modificado con agregados que lo transforman en pupitre.

Los resultados de esta enseñanza que requiere, a no dudarlo, perseverancia y hasta cierto sacrificio, son, al final, francamente halagadores. Recordaré dos de los casos que más me impresionaron en el Instituto Finzi Ottolenghi, de Milano. En una clase de dibujo y trabajos manuales observamos un niño de 8 años de edad con ausencia congénita de ambas manos y que, sin embargo, era capaz de dibujar, ayudado por los muñones adaptados, tan bien como lo hacía su compañero de banco, provisto de ellas. No distante de éste vimos otro niño a quien la parálisis infantil había anulado los dos miembros superiores y que aprendió a escribir con la boca mediante un dispositivo muy simple. Ante nuestra perplejidad el director del establecimiento nos citó el caso de una persona en la actualidad fuerte comerciante en vinos y ex discípulo de la escuela, en la que había aprendido a escribir con la boca por incapacidad absoluta de sus miembros.

Una vez que los niños han cumplido el programa de enseñanza elemental, pasan a las clases superiores de física aplicada, química, mecánica, trabajos manuales, artes, etc., en las que perfeccionan sus conocimientos y orientan sus actividades de acuerdo a sus aptitudes y posibilidades fisiológicas, para comenzar el aprendizaje profesional. El control médico del ortopedista se abandona en la evolución ascendente del niño mutilado o deforme que se va transformando en un adolescente que comienza a desempeñar un oficio. Esa vigilancia es imprescindible, dado que un nuevo aparato ortopédico o una operación complementaria podría ser indispensable para mantener el resultado obtenido hasta ese momento o para conseguir mayores ventajas.

En las escuelas de oficios, la tarea del docente es siempre ardua y debe cumplir a veces las etapas con marcha retardada. Pero los resultados no dejan de ser también aleccionadores.

No he de hacer la descripción detallada de todas las instituciones que hemos conocido en aquel continente, el cual pareciera que se esforzara la inexactitud del epíteto de viejo, tratando de re-

mozarse en todas sus fases y marchando siempre a la vanguardia de las conquistas más humanas, pudiendo en muchos de sus aspectos, como en el presente, dictar normas que los países jóvenes deben adoptar sin dilación. Un hecho importante a destacar es que casi todos esos institutos nacieron o se ensancharon en el período de la postguerra y en países como Alemania o Austria que sufrieron como ningunos las nefastas consecuencias de la crisis económica; esto sólo bastaría para ruborizar a quienes pretenden justificar la imposibilidad de tales obras en nuestro medio, por falta de recursos materiales.

Italia nos mostró en Milano sus mejores institutos de reedu-

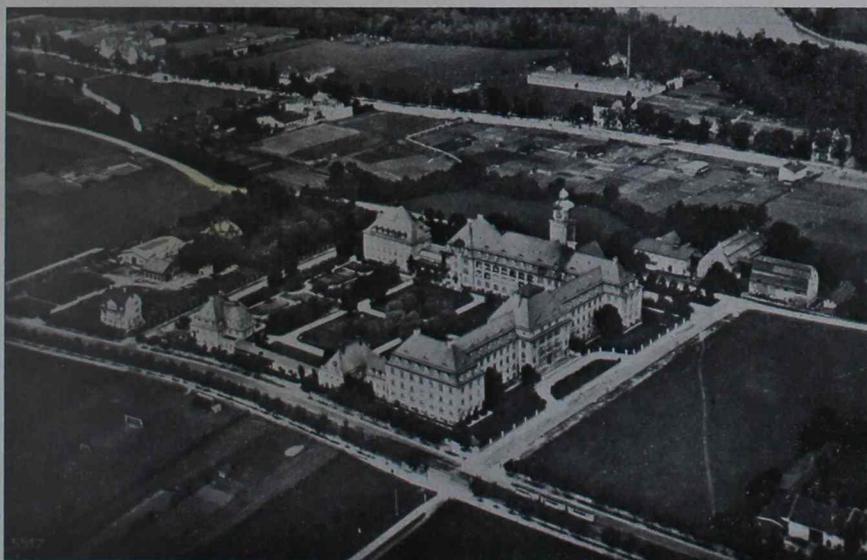


Figura 1: Vista de la Clínica Ortopédica e Instituto de reeducación funcional de Munich

cción funcional para los niños mutilados. En esa ciudad existe la Escuela Di Lavoro Carmine Speroni y el Refugio Finzi Ottolenghi, establecimientos ambos dependientes de la clínica ortopédica que dirige el Prof. Galeazzi.

La política asistencial del régimen italiano, ha considerado insuficiente el número de esas instituciones en tal forma que por el órgano técnico correspondiente promovió la necesidad de ampliar sus proyecciones. (Resoluciones tomadas por el XXIV Congreso de la Sociedad Italiana de Ortopedia).

En Alemania es donde encontramos no sólo mayor número de institutos sino también con posibilidades y planes más amplios. En Munich la Clínica Ortopédica del Prof. Lange tiene la mitad de un vasto edificio de cuatro pisos donde albergan 100 niños deformes y parálisis que reciben la instrucción elemental y funcional; concurren, además, un número mucho mayor de niños que por su estado pueden trasladarse a sus domicilios (Fig. N.º 1).

Leipzig posee, con justo orgullo, el moderno Humanitas Heim dirigido por Schede, profesor de Clínica Ortopédica de la Universidad y donde más de 150 niños adolescentes y sujetos jóvenes han hallado un hogar que les proporciona todo lo que la técnica quirúr-

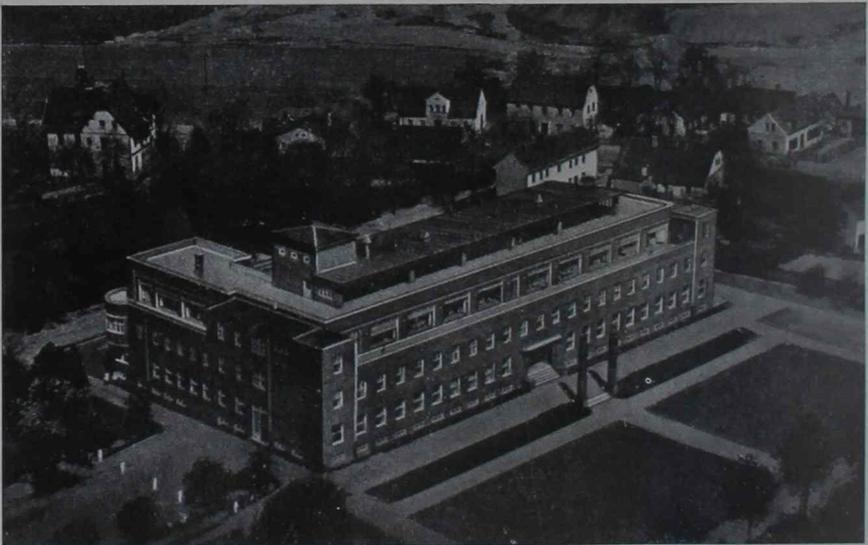


Figura 2: “Humanitas Heim” para niños parálisis e inválidos, en Leipzig

gica y la pedagogía escolar y profesional ha sido capaz de crear en su ayuda (Fig. N.º 2).

En los alrededores de Berlín en medio del hermoso parque del Grune-Wald se creó hace 55 años, el Oscar Helene-Heim, instituto humilde y reducido en su origen y que hoy día asume proporciones tales que provoca la lógica admiración de quienes lo conocen. Todas las dependencias se dividen en una vasta extensión de 11 hectáreas, que hace factible que los jóvenes pueden desarrollar, además de oficios sedentarios, toda clase de actividades rurales. En el Oscar Helene-Heim se hallan internados 350 niños que cumplen el trata-

miento de reintegración funcional de acuerdo a las bases que nosotros hemos esbozado (Fig. N.º 3).

Una descripción similar cabría para el Treloar Cripples Hospital and College de Alton, en Inglaterra, distante menos de 100 kilómetros de Londres.

Careemos de censos y estadísticas propias que nos informen sobre la verdadera magnitud que en nuestro país constituye la legión de los niños estropeados, pero ella no ha de ser menor que la

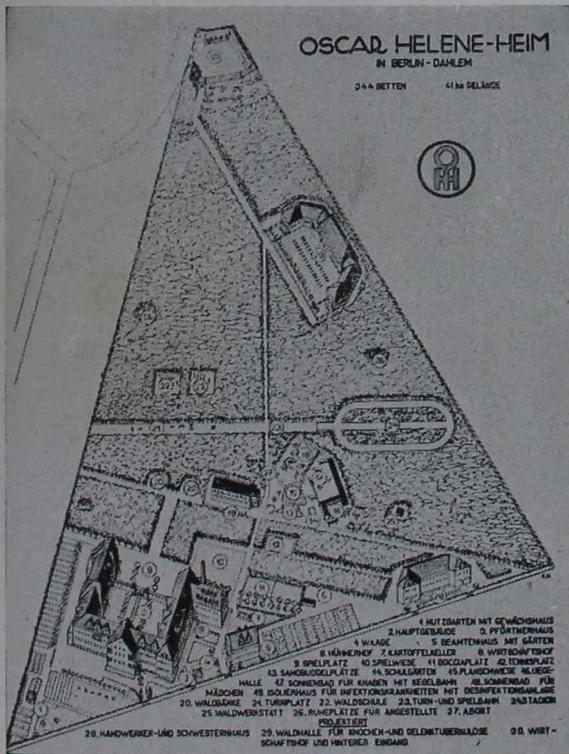


Figura 3

de otras naciones que ya han resuelto estas inquietudes, sobre todo si se piensa que en los últimos años los brotes epidémicos de la parálisis infantil, principal fuente de estas invalideces, ha atacado y hecho un número de víctimas.

Es necesario atacar el problema conociéndolo; la inacción sólo se explicaría como producto de la ignorancia. Y en el momento de efectivizar las soluciones prácticas, es fundamental recordar que ellas

deben llevar la garantía inconfundible del perfeccionamiento y de la especialización técnica.

Insistimos que las instituciones adecuadas, para efectuar la educación y readaptación funcional de los niños paralíticos y mutilados, deben depender o formar parte de los centros quirúrgicos-ortopédicos; la medicina social en este tópico ha de condensar su acción en la siguiente fórmula: la cirugía ortopédica debe transformar las condiciones anatómicas de estos niños en tal forma que la pedagogía elemental y profesional transforme y adapte la capacidad funcional, devolviendo a la sociedad sujetos en condiciones de un rendimiento útil y adecuado, siempre al monto de su readaptación.

Aspiremos a que esos niños encuentren las instituciones adecuadas en las cuales las conquistas diarias de la ortopedia y de la cirugía puedan cumplir y favorecer su obra fecunda de asistencia social. Y ojalá que no esté lejano el día en que esta aspiración pierda su sentido meramente declamatorio.

*(Trabajo presentado al II Congreso
del Niño, de Santa Fé)*

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)

Del mismo modo, observamos a veces en la cortical del hueso normal, fisuras únicas, que nosotros no tomamos en consideración, porque según se vió en el capítulo anterior, cuando hablábamos de lesiones periósticas mínimas, no aceptamos la fisura única, como lesión. A este respecto debemos agregar, que la fisura única, sospechosa, para nosotros, de ser la resultante de una periostitis osificante anterior, no es la solución de continuidad fina y breve, de la cortical, sino la que se extiende a todo lo largo de la misma. Es en el borde interno de las tibias, donde debe buscarse este aspecto, que conceptuamos, en nuestro relato anterior, de una importancia secundaria, por las dificultades interpretativas que origina.

En cuanto a las rayas transversas, su aparición, en los huesos de estos niños, que conceptuamos normales, no hacen otra cosa que certificar, lo que ya dejamos establecido en el capítulo anterior, vale decir, que son aspectos radiológicos comunes, a procesos de diferente naturaleza.

HISTORIAS CLÍNICAS

Observación N.º 23.—Dispensario de Lactantes N.º 9 (Historia 11.454).
Norma B. C.; lactancia natural; 19 días de edad.

Antecedentes obstétricos: la madre ha tenido otro hijo, además del actual; los dos nacidos a término y sanos. No hubo abortos.

Consulta por hemorragia umbilical. Al examen semiológico, buen estado general y 4.350 gramos de peso.

Investigación radiológica: nada de anormal.

Observación N.º 24.—Dispensario de Lactantes N.º 9 (Historia 11.431).
Alberto G.; lactancia natural.

Antecedentes obstétricos: sólo dos embarazos y a término. No ha habido abortos. Al examen semiológico, se constata: buen estado general y nutritivo; pequeñas hemorragias umbilicales, y discreta costra seborrérica de cuero cabelludo y frente. Pesa 4.950 gramos y tiene 25 días de edad.

Investigación radiológica: nada de anormal.

Observación N.º 25.—Dispensario de Lactantes N.º 9 (Historia 10.710).
Juan Carlos P. M.; lactancia natural.

Antecedentes obstétricos: la madre ha tenido con el niño de nuestra observación, tres hijos, todos nacidos a término y sanos. Ningún aborto.

Lo llevan al Dispensario, para vigilar el peso.

Al examen semiológico, se comprueba un estado general excelente, sin ninguna particularidad digna de mención. Pesa 5.900 gramos a los 2 meses de edad, época en que practicamos las radiografías del esqueleto de los miembros.

Investigación radiológica: nada de anormal.

Observación N.º 26.—Dispensario de Lactantes N.º 9 (Historia 10.981).
Beatríz S.; lactancia natural.

Antecedentes obstétricos: la madre ha tenido otro hijo, además del actual; los dos nacieron a término y sanos. No ha tenido abortos.

Concurre al Dispensario para la vigilancia del peso.

Al examen semiológico, practicado a su entrada, se constata: niño bien desarrollado, con todos los atributos de la salud. En la fecha en que practicamos las radiografías, tiene 3 meses de edad y 6.300 gramos de peso.

Investigación radiológica: nada de anormal.

Observación N.º 27.—Dispensario de Lactantes N.º 9 (Historia 11.150).
María Elena G.; lactancia natural.

Antecedentes obstétricos: la madre ha tenido con éste, tres embarazos; todos a término y que dieron nacimiento a niños sanos. No hubo abortos.

Lleva la niña al Dispensario, para vigilar el peso. Se anota en la historia: bien desarrollada, con buen estado general y nutritivo; nada anormal al resto del examen. Cuando efectuamos las radiografías, tenía 6 meses y pesaba 7.400 gramos.

Investigación radiológica: nada de anormal.

Observación N.º 28.—Dispensario de Lactantes N.º 9 (Historia 10.356).
Eliás N.; lactancia natural.

Antecedentes obstétricos: tres embarazos a término, contando el niño de nuestra observación; no hubo abortos. Pesa 8.850 gramos y tiene 6 ½ meses de edad.

Lo traen a la consulta, por lesiones de estomatitis catarral, que curan rápidamente, con tópicos. Presenta muy buen estado general y nutritivo.

Investigación radiológica: nada de anormal.

Observación N.º 29.—Dispensario de Lactantes N.º 9 (Historia 11.032).
Daniel R.; lactancia natural.

Antecedentes obstétricos: la madre ha tenido cuatro embarazos a término y ningún aborto.

Concurre por primera vez al Dispensario, por coriza y tos. Al examen se comprueba un estado general excelente; pesa 8.450 gramos y tiene 9 meses de edad, en la fecha en que practicamos las radiografías del esqueleto.

Investigación radiológica: nada de anormal.

Observación N.º 30.—Dispensario de Lactantes N.º 9 (Historia 10.282). Rosa T. S.; lactancia natural.

Antecedentes obstétricos: dos hijos a término y sanos; no ha habido abortos.

Niña bien desarrollada, con buen estado general y nutritivo; sólo presenta al examen semiológico, discreta rinofaringítis. Peso: 10.200 gramos a la edad de 9 meses (fecha del estudio radiológico).

Investigación radiológica: nada de anormal.

Observación N.º 31.—Dispensario de Lactantes N.º 9 (Historia 10.691). Hilda S.; lactancia natural.

Antecedentes obstétricos: sólo dos embarazos a término, con niños sanos. No hubo abortos.

Concurre al Dispensario, por tos y resfrío. Se constata además, eritema en genitales y muslos. Nada al resto del examen. Pesa 10 kilos a la edad de 12 meses.

Investigación radiológica: nada de anormal.

Observación N.º 32.—Dispensario de Lactantes N.º 9 (Historia 10.236). Martha Z.; lactancia natural.

Antecedentes obstétricos: la madre ha tenido con éste, dos hijos; los dos nacieron a término, de embarazo y parto normales. No hubo abortos.

Concurre al Dispensario, para la vigilancia del peso. Al examen semiológico, se constata muy buen estado general y nutritivo. A la edad de 12 meses, cuando se practican las radiografías del esqueleto, pesa 9.100 gramos.

Investigación radiológica: nada de anormal.

Observación N.º 33.—Dispensario de Lactantes N.º 9 (Historia 10.643). Roberto O.; lactancia mixta.

Antecedentes obstétricos: la madre ha tenido con éste, dos hijos, nacidos a término y sanos, de embarazos y partos normales. Niega haber tenido abortos.

Cuando concurre al Dispensario, se comprueba muy buen estado general y nutritivo, no habiendo nada al resto del examen, que no sea una discreta rinofaringítis, que motiva la consulta. A los 3 meses de edad (fecha en que practicamos las radiografías), pesa 6.500 gramos.

Investigación radiológica: nada de anormal.

Observación N.º 34.—Dispensario de Lactantes N.º 9 (Historia 11.369). Carlos A. S.; lactancia mixta.

Antecedentes obstétricos: sólo dos embarazos. Del primero, un niño a

término y sano; del segundo, el niño de nuestra observación, también nacido a término. No hubo abortos.

Lo traen al Dispensario, porque es constipado, y para vigilar el peso.

Al examen semiológico, se constata buen estado general. Nada en resto. Peso 4.400 gramos; edad 3 meses.

Investigación radiológica: nada de anormal.

Observación N.º 35.—Dispensario de Lactantes N.º 9 (Historia 11.166).
María E. C.; lactancia artificial.

Antecedentes obstétricos: la madre ha tenido con éste, dos hijos, los dos nacidos a término y sanos. No hubo abortos.

Lo traen al Consultorio, por supuración de ombligo y por el peso. Se anota entonces, buen estado general y nutritivo. No se comprueba nada anormal, al examen semiológico. Cuando practicamos las radiografías del esqueleto tenía 6 meses y pesaba 6.100 gramos.

Investigación radiológica: nada de anormal.

Observación N.º 36.—Dispensario de Lactantes N.º 9 (Historia 11.045).
Nelda A. F.; lactancia artificial.

Antecedentes obstétricos: la madre ha tenido con éste, seis hijos, todos nacidos a término y sanos. El penúltimo, lo perdió a los 8 meses de edad, por coqueluche complicada. No ha tenido abortos.

Consulta por el alimento. No presenta ninguna particularidad al examen semiológico. Practicamos las radiografías del esqueleto de los miembros, cuando la niña tenía 9 meses y pesaba 8.150 gramos.

Investigación radiológica: nada de anormal.

Observación N.º 37.—Dispensario de Lactantes N.º 9 (Historia 11.081).
Héctor Hugo F.; lactancia artificial.

Antecedentes obstétricos: la madre ha tenido con el actual, tres hijos; todos nacieron a los 9 meses de embarazo y fueron de aspecto sanos. No ha tenido abortos.

Consulta por el alimento. Al historiarlo, se anota, buen estado general y nutritivo; ninguna alteración patológica. Practicamos las radiografías, a la edad de 9 meses, cuando pesaba 7.200 gramos.

Investigación radiológica: nada de anormal.

Observación N.º 38.—Dispensario de Lactantes N.º 9 (Historia 11.405).
José María A.; lactancia artificial.

Antecedentes obstétricos: sólo dos embarazos a término; niños sanos. No hubo abortos.

Concurre al Dispensario, por la alimentación. A su entrada, se comprueba buen estado general y nutritivo. Nada de particular al examen semiológico. Practicamos las radiografías, a los 10 ½ meses de edad, y en ese entonces pesaba 7.450 gramos.

Investigación radiológica: nada de anormal.

Observación N.º 39.—Dispensario de Lactantes N.º 9 (Historia 11.401).
Héctor Ch.; lactancia artificial.

Antecedentes obstétricos: la madre ha tenido cinco embarazos; todos dieron nacimiento a niños sanos. No hubo abortos.

Consulta por tos y resfrío. Al examen semiológico, se comprueba rino-faringítis y bronquitis catarral, siendo excelente el estado nutritivo. En la fecha en que se practican las radiografías, tiene 10 ½ meses de edad y pesa 8.550 gramos.

Investigación radiológica: nada de anormal.

El esqueleto de los miembros en otras afecciones de la primera infancia

Pasaremos revista, en este capítulo, a las otras afecciones, que dentro del primer año de la existencia, pueden perturbar la integridad del esqueleto de los miembros.

Al circunscribir la búsqueda, a esta edad, es nuestro propósito proporcionar los controles que han de valorar, en el capítulo siguiente, la especificidad de las lesiones que la sífilis congénita produce en el esqueleto del lactante.

RAQUITISMO.—Descríbense alteraciones raquílicas, no sólo en el esqueleto del niño del primer semestre de la vida, sinó también, en el del segundo semestre. En ambos casos, múltiples son las lesiones puntualizadas. Prescindiendo del retardo en la aparición de los núcleos de osificación, se le describen: una lesión osteocondrítica, otra de periostitis y una tercera de osteoporosis.

La alteración que primero aparece, es la osteocondritis raquílica, perturbación de la zona interdiáfisoepifisiaria, que se trasunta, en la radiografía, por tres aspectos sucesivos: borroso primero, de peine o rastrillo después y finalmente de cúpula.

Se agregan luego, la periostitis y la osteoporosis. Esta última, es tanto más marcada, cuanto más sostenido es el síndrome raquílico.

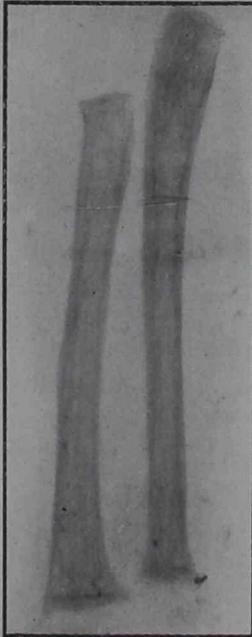
En cuanto a la periostitis, puede revestir dos aspectos diferentes, según se trate de lesiones mínimas o groseras. Hay, así, raquílicos que presentan sólo un aspecto fibroide de la cortical y otros, en cambio, con severas perturbaciones periósticos del tipo de la periostitis osificante. Pertenecen estos últimos, casi siempre, a los raquitismos que comienzan en el primer semestre y son generalmente sífilíticos o se presumen tales.

A este respecto, publicamos las historias de dos raquílicos, uno

sin antecedentes sifilíticos, el de la observación N.º 40, y el otro sifilítico, el de la observación N.º 41.

Observación N.º 40.—Casa de Expósitos. (N.º 47.607).

Rosa, 9 meses. Desde el mes de edad lactancia artificial.



Observación 40



Observación 40

Antecedentes obstétricos: Primer hijo; nacida a término; no abortos. Fué depositada en la Casa de Expósitos a los dos meses, anotándose los siguientes datos: mal estado general; peso, 2.740 grs.; talla, 0,48 cms.; circunferencia craneana, 36 cms., y circunferencia torácica, 32 cms.

Pasa a cuidado de ama externa y sigue en alimentación artificial.

Desde entonces, hasta los primeros días del mes de mayo de 1935, ingresa repetidas veces al Hospital: del 21 de junio de 1934 al 2 de julio de 1934, por eritema genital; del 18 de julio de 1934 al 27 del mismo, en observación de coqueluche; del 9 de agosto de 1934 al 12 de noviembre de 1934, por otitis supurada derecha, absceso de cuero cabelludo y varicela; del 5 de enero de 1935 hasta el 2 de marzo del mismo año, por dispepsia. En esta época, las reacciones de Wassermann y Kahn resultan negativas, lo mismo que la intradermoreacción de Mantoux. Finalmente, ingresa por última vez al Hospital el 13 de abril de 1935, por nuevo tras-



Obs. 41.—Radiografía del 17 de febrero de 1933



Obs. 41.—Radiografía del 17 de febrero de 1933

torno dispéptico, dándosele de alta el 4 de mayo del mismo año de 1935, Desde esa fecha, nuevamente a cuidado de ama externa.

Actualmente pesa 7.900 grs., tiene buen estado general y presenta alteraciones esqueléticas, trasuntadas por una fontanela amplia, retardo en la dentición, rosario condrocostal y espesamientos epifisarios. Además, hipotonía muscular, que se revela por el retardo en la estática, y el vientre abultado. No se palpa bazo.

Radiogramas: En las epimetáfisis distales de cúbitos, radios, fémures, tibias y peronés, así como en las epimetáfisis proximales de estos dos últimos huesos, se ven imágenes de aspecto de "peine". Además, aspecto

fibroide en la imagen de la cortical del borde interno de ambas tibias y osteoporosis.

Observación N.º 41.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 28.777).

Juan Carlos F., 6 meses de edad, nacido el 8 de agosto de 1932, de parto prematuro (séptimo mes del embarazo) y con 1.900 grs. de peso.

Antecedentes: Tiene tres hermanitos de 8, 5 y 3 años de edad, respectivamente. Entre los niños mayores (8 y 5 años), la madre tuvo otro embarazo, que terminó en aborto espontáneo, a los seis meses de su evolución.



Obs. 41.—Radiografía del 11 de noviembre de 1933

Juan Carlos fué criado hasta el mes y medio con leche de burra, por incapacidad para succionar; después pecho, como alimentación exclusiva.

Al examen semiológico se constatan las siguientes anormalidades: piel moreno-amarillenta; desarrollo ponderal un poco inferior al del niño normal; tórax de paredes blandas, deprimido en cintura, en la región submamaria y con rosario condrocostal; espesamientos epifisarios, bien manifiestos, en los extremos distales de los huesos de ambos antebrazos y piernas; esplenomegalia.

Un recuento globular y fórmula leucocitaria no señalaron entonces, en los elementos celulares del medio circulante, otras alteraciones que el

descenso del valor globular. Numeración globular: rojos, 4.900.000 por milímetro cúbico; blancos, 8.800 por milímetro cúbico; valor globular, 0,58. Fórmula leucocitaria: granulocitos neutrófilos, 46,50 %; eosinófilos, 2 %; basófilos, 0,50 %; linfocitos, 47 %; monocitos, 4 %. Además, anisocitosis ligera e hipocromía. En el recuento de 200 elementos, se evidenciaron dos eritroblastos basófilos.

Este examen fué repetido un mes más tarde, observándose discreta elevación del valor globular, leucocitosis moderada y linfocitosis relativa. Numeración globular: rojos, 4.326.000, y blancos, 18.700 por milímetro cúbico; valor globular, 0,67. Fórmula leucocitaria: granulocitos neutrófilos, 25 %; eosinófilos, 2 %; basófilos, 0; linfocitos, 68 %; monocitos, 5 %. Entre 200 elementos, se vieron dos con la morfología de las células de Türk.

Las reacciones de Wassermann y Kahn presuntiva, que se efectuaron a continuación con suero del niño, resultaron: la primera negativa y la segunda positiva. Otra reacción de Wassermann, practicada con posterioridad, resultó positiva.

La inyección intradérmica, reiterada, de 0.0001 de tuberculina, no indicó la existencia de alergia tuberculosa.

Las radiografías de los huesos de los miembros, practicadas el 17 de febrero de 1933, exteriorizan zonas interdiáfisoepifisiarias desflecadas, y hasta algunas, como la de los extremos distales de los huesos de antebrazos y piernas, excavadas en forma de cúpulas (ver radiografías de observación 41, del 17 de febrero de 1933).

Un nuevo estudio radiológico, practicado el 11 de noviembre del mismo año, muestra la persistencia de las cúpulas raquílicas, a pesar del tratamiento instituido (caso de Uveo-resistencia, publicado por los autores en *Actas y Trabajos del Quinto Congreso Nacional de Medicina*, tomo IV, pág. 981), y la aparición de lesiones de periostitis osificante, especialmente manifiestas en cúbitos y radios (ver radiografías de observación 41, del 11 de noviembre de 1933).

ESCORBUTO O ENFERMEDAD DE MÖLLER - BARLOW.—Las alteraciones del esqueleto, que se observan en esta afección, se presentan en el segundo semestre de la vida. En esta época aparecen: la cinta negra ondulante, en la zona interdiáfisoepifisiaria, seguida a veces hacia la diáfisis, por una banda de tejido rarefacto; el anillo negro, en la perifería de los núcleos de osificación; el aspecto vítreo de las metafisis; el desprendimiento perióstico, que proporciona amenudo, cuando inicia su calcificación, la imagen del espolón epimetafisiario.

En la observación N.º 42, podrán verse casi todas las perturbaciones óseas descritas.

Observación N.º 42.—Casa de Expósitos. Servicio del Prof. P. de Elizalde. (H. 142/933).

Clelia B., 8 meses de edad.

Antecedentes familiares: Padres dicen ser sanos. Tiene tres hermanitos sanos; otro falleció a los 15 meses de bronconeumonía (?); un aborto, provocado, de 4 meses.



Observación 42

Antecedentes personales: La enfermita nació a término, con 3.250 grs. de peso. Fué alimentada a pecho durante 15 días; después, alimentación

mixta, con agregados de leche de vaca, hasta la edad de 45 días, época en que fué despechada. Desde entonces, alimentación con leche de vaca exclusiva: al principio y hasta los cuatro meses, mamaderas de 150 grs. diluidas al medio; después, mamaderas de 250 grs. preparadas con 150 de leche y 100 de agua.

Ha sido siempre constipada, recurriendo la mamá, muy frecuentemente, al aceite de ricino para normalizarla. Padeció de bronquitis a la edad de 5 meses, quedando con ligera tos nocturna desde entonces.

Estos últimos días está muy inapetente y rechaza las mamaderas.

Estado actual: Niña pálida, con piel deshidratada; mal estado de nutrición (pesa 5.840 grs.). La mucosa bucal presenta un color rojo vinoso (hemorragias), a nivel de los incisivos. Garganta roja.

Las dos rodillas aparecen tumefactas, con borramiento de los relieves y depresiones normales y dolorosas a la presión. Lo mismo ambos tobillos. Nada más, al resto del examen semiológico.

Examen de sangre: Glóbulos rojos, 2.660.000, y glóbulos blancos, 12.500 por milímetro cúbico. Tiempo de coagulación, 6 minutos.

Reacción de Mantoux al 1‰, reiteradamente negativa.

Radiogramas: En las epimetáfisis distales de fémures, tibias y peronés, así como en las proximales de estos dos últimos huesos, existen bandas oscuras ondulantes; las que coronan las epimetáfisis distales de fémures, se extienden más allá de la cortical de la metáfisis, en forma de espolón. El periostio, en el extremo distal de las diáfisis femorales y tibiales, envuelve a éstas en forma de manguito. Los núcleos de osificación se encuentran limitados por un círculo negro bien neto.

ANEMIA ERITROBLÁSTICA.—En los primeros 6 meses de edad, las alteraciones esqueléticas que se producen en esta modalidad de anemia, faltan con frecuencia. Citamos como ejemplo, la observación N.º 43, que es un caso de anemia eritroblástica en una niña de 4 meses.

Observación N.º 43.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 28.638).

Elida G., 4 meses de edad, el 13 de octubre de 1932; lactancia natural.

Antecedentes: Padres aparentemente sanos; naturales de Italia (parte meridional). La madre ha tenido sólo dos embarazos: del primero, una niña nacida a término, aparentemente sana, que padeció un cuadro de anemia eritroblástica y falleció por un proceso respiratorio intercurrente a los 3 años de edad. Del segundo, la enfermita de nuestra observación, que nació a término y de aspecto sana. No hubo abortos.

La traen al consultorio por palidez.

Al examen semiológico, constatamos: palidez de piel y mucosas y esplenomegalia.

Reacción de Mantoux al 1‰, negativa; al 1%, igualmente negativa.

Reacción de Wassermann, sólo positiva en el padre; en la madre y la niña, negativas.

Examen de sangre (octubre 22 de 1932, prot. 230): Glóbulos rojos, 3.200.000, y glóbulos blancos, 15.800 por milímetro cúbico; valor giobular, 0,60; hemoglobina, 39 %.

Fórmula leucocitaria: granulocitos neutrófilos, 52 %; eosinófilos, 2,50 %; basófilos, 0,50 %; linfocitos, 40,50 %; monocitos, 4,50 %.



Observación 43



Observación 43

Se observa anisocitosis, con regular cantidad de macrocitos, poiquilocitosis, anisocromía y policromatofilia muy marcada.

Además, punteado, basófilo, en gran cantidad de eritrocitos. Por último, en el recuento de 200 leucocitos, se han observado 65 eritroblastos basófilos y policromatófilos, y un cuerpo de Jolly.

El examen radiológico, del esqueleto de los miembros, no denotó nada de particular.

Falleció un mes después, por coqueluche.

Otra cosa ocurre, cuando el niño pasa al segundo semestre. Entonces suelen aparecer perturbaciones esqueléticas, que recién alcanzarán su estadio máximo, meses o años después. Son éstas para los huesos de los miembros (únicos, que en este trabajo nos interesan), el ensanchamiento de la medular, el adelgazamiento de la cortical, y la modificación de la trama ósea, que estará constituida por mallas laxas, y hasta a veces por verdaderas lagunas, en lugar de las características que le describíamos, como normales, en el capítulo precedente.

Tales lesiones parecen observarse también en otras anemias familiares, como lo son la anemia pseudoleucémica de von Jaksch-Luzet y la ictericia hemolítica congénita.

No entramos mayormente, en el estudio de las alteraciones esqueléticas producidas en el transcurso del primer año, por la tuberculosis, la osteomielitis y las fracturas, porque evolucionan de un modo circunscripto, lo que constituye, precisamente, una característica opuesta de la sífilis del esqueleto, en la edad que consideramos.

Del mismo modo, pasaremos por alto, algunas afecciones producidas por hiperplasia más o menos generalizada, de ciertas células lipoides, tales como la forma ósea de la enfermedad de Gaucher y la enfermedad de Schüller - Christian, porque hacen su aparición, recién en la segunda mitad de la primera infancia.

En cuanto a la enfermedad de Recklinghausen, llamada también Osteitis fibrosa generalizada, u Osteodistrofia fibrosa generalizada, diremos, que aunque rara en la infancia, suele presentarse en el transcurso del primer año. En tal caso, el esqueleto de los miembros ofrece una compacta adelgazada, y zonas claras diáfisometafisiarias, como lagunas, de forma redonda, oval o a contorno policélico.

Alteraciones esqueléticas propias de la infección sífilítica

De lo hasta aquí comentado, se puede intentar deducir la existencia o no, de lesiones esqueléticas propias de la infección sífilítica.

En el capítulo I, habíamos analizado las alteraciones óseas,

que han sido descritas en los niños sifilíticos, (osteocondritis, periostitis osificante, lagunas óseas, producciones exuberantes, bandas transversas), y deducido, a través de los relatos de los autores, lo que nos parecía ser la opinión dominante de los mismos: “Todas éstas imágenes que dejamos descritas, —decíamos— se consideran propias de la infección luética. Las únicas discutibles, desde éste punto de vista, serían las rayas transversas, a las que le tienden a atribuir, hoy, la significación de detenciones de crecimiento, provocadas, es verdad, por infecciones crónicas como la lúes, pero también, por infecciones agudas y hasta por síndromes de naturaleza no bien establecida”.

En el mismo capítulo, comentábamos nuestras investigaciones radiológicas, realizadas sobre 22 observaciones de niños sifilíticos de la primera infancia, 21 de los cuales, eran del primer semestre de la vida, y 1 del 2.º año.

En los primeros, observamos constantemente, lesiones del esqueleto del tipo de la osteocondritis, de la periostitis osificante o de las lagunas óseas; en el último, no observamos nada de anormal. Por tal razón, agregábamos: “todo lo que antecede, nos permite afirmar, que en los niños menores de 6 meses, con sífilis manifiesta, existe un paralelismo incuestionable, entre diagnóstico semiológico y radiológico, de la infección luética”.

La observación negativa en el niño de dos años, sumada a la desaparición total, de las alteraciones esqueléticas, en el segundo semestre de la vida, en niños ostensiblemente sifilíticos, que seguimos minuciosamente, desde los primeros meses de edad, nos permitía agregar, que en los niños mayores del año, “pierde entonces, éste medio de investigación, sus factores capitales: variedad, intensidad y generalización, caracteres que se puntualizan, claramente, en la lúes manifiesta del primer semestre, y aún en algunas observaciones de niños sifilíticos, mal tratados, próximos al año”.

A su vez, en el capítulo II, examinamos el esqueleto del niño, que por sus antecedentes obstétricos, por sus antecedentes personales y por el examen semiológico, debía conceptuarse normal. Su estudio radiológico nos permitió reforzar la opinión dominante, respecto al valor específico de las bandas transversas, y establecer, que fuera de ellas, no hay otro aspecto radiológico que pueda superponerse, al descrito, en el esqueleto de los lactantes sifilíticos.

En igual forma, en el capítulo III, analizamos otras afecciones capaces de perturbar, por debajo del año de edad, el esqueleto de los miembros.

Así es como llegamos a ocuparnos del raquitismo, del escorbuto, de las anemias familiares y de la Osteitis fibrosa generalizada o enfermedad de Recklinghausen. Digamos ahora, aquí, que no son muchos los motivos de confusión, que puedan existir entre las alteraciones esqueléticas, que se observan en tales afecciones, y las que se ven en los sifilíticos incuestionables.

Con el raquitismo, solo anotamos una lesión común, la periostitis, de la que describíamos, en el capítulo respectivo, dos tipos: uno, representado por el aspecto fibroide de la cortical; el otro, por una verdadera periostitis osificante. Esta última, es la que se observa especialmente, en los raquíticos sifilíticos, o presumidos de tales. Por tanto, lejos de constituir un motivo de confusión, permitiría sostener la etiología sifilítica de algunos raquitismos, lo que ya se acepta desde Parrot.

Con el escorbuto, no hay mayores puntos de aproximación. El único contacto posible, estaría en la imagen de la cinta negra ondulante de la zona epimetafisiaria, lesión superponible, al primer estadio de la osteocondritis sifilítica. Pero existe aquí, una diferenciación cronológica de primer orden. Mientras el escorbuto es una enfermedad del segundo semestre de la vida, la osteocondritis sifilítica comienza a padecerse en la vida intrauterina, y pierde su carácter evolutivo, en el segundo trimestre de la existencia.

Con las mallas laxas, del tejido óseo, de los anémicos, no se confundirán las imágenes de las lagunas óseas. Estas son lesiones siempre circunscriptas, que se observan en una trama de aspecto normal; las otras, son alteraciones generalizadas, que como vimos, se exteriorizan por una trama de mallas anchas, solo a veces acompañada, en la zona diafisiaria, por verdaderas lagunas óseas, que en todo caso, coexistirán, con las alteraciones de la trama, antes anotada.

Queda por último a considerar, las imágenes lacunares de la Osteitis fibrosa generalizada. El aspecto de dichas lagunas, es muy parecido al que se observa en las lagunas óseas de los lactantes sifilíticos. Habría, sin embargo, la diferenciación que emerge de la generalización a todo el esqueleto, de esas imágenes lacunares, característica muy propia, de la enfermedad de Recklinhausen.

Con todo, de lo dicho en éste y en los capítulos anteriores, surge en forma clara, que la osteocondritis sifilítica, la periostitis osificante y las lagunas óseas, del borde interno de la metafisis proximales de las tibiae, son lesiones propias del lactante luético, de modo que su sólo presencia, (con las limitaciones que puntualizamos en el

capítulo I), autorizan el diagnóstico de la sífilis. En cambio, ni las lagunas óseas, ni las bandas transversas, podrán por sí, permitirnos sentar un diagnóstico de sífilis, sino cuando acompañen a las otras lesiones ya apuntadas (1).

Tal será, pues, el criterio que adoptaremos en los capítulos siguientes, cuando tratemos de valorar la radiografía del esqueleto, como medio de diagnóstico, en la sífilis congénita del niño del primer año de la vida.

Exploración radiológica del esqueleto, en niños con síntomas sospechosos de infección luética, y en hijos de mujeres que recibieron tratamiento antisifilítico, durante el embarazo de los mismos. Evolución espontánea de las lesiones halladas

La constancia de las alteraciones óseas en los niños sifilíticos (según vimos en el capítulo I), y la exclusividad de algunas de éstas alteraciones en los luéticos (según se deduce de los capítulos II y III), nos indujeron a utilizar la exploración radiológica, como medio de diagnóstico, en aquellos enfermitos en quienes el examen semiológico sólo señaló síntomas, apenas sospechosos, de infección luética, o en aquellos otros, en quienes la anamnesia permitió establecer, que la madre había recibido tratamiento antisifilítico, durante el embarazo de los mismos.

A) EXPLORACION RADIOLOGICA DEL ESQUELETO, EN NIÑOS CON SINTOMAS SOSPECHOSOS DE INFECCION LUETICA

Suman 58 observaciones, las que corresponden a este subcapítulo:

4	niños	de	0	a	1	mes	de	edad
14	"	"	1	"	2	meses	de	edad
8	"	"	2	"	3	"	"	"
13	"	"	3	"	4	"	"	"
5	"	"	4	"	5	"	"	"
6	"	"	5	"	6	"	"	"
3	"	"	6	"	7	"	"	"
2	"	"	8	"	9	"	"	"
1	niño	de	14	meses	de	edad		

(En 2 casos la edad no fué determinada).

(1) Exprefeso no mencionamos la forma ósea exuberante, porque no la observamos en nuestro material comentado.

El síntoma que nos movió habitualmente, a esta investigación, fué la esplenomegalia, que pusimos en evidencia en 43 casos. De ellos, en sólo 4, constituyó la razón única de la investigación; en los demás se unió, en forma variada, a otros detalles, como: antecedentes obstétricos de abortos o partos prematuros, nariz deprimida en silla de montar, caput quadratum, cráneo natiforme, frente olímpica, red venosa visible de cuero cabelludo, cráneotabes, rosario condrocostal y espesamientos epifisarios, hepatomegalia, hidrocele uni- o bilateral, coriza con cornaje inspiratorio, ictericia por retención a recaídas, palidez, eezema, etc. Entre estas asociaciones, destacamos un caso en donde la esplenomegalia coexistió con hidrocefalia interna crónica.

En dos observaciones, la razón de la sospecha radicó solamente en los antecedentes obstétricos; en un caso, en el coriza con cornaje y en los restantes, síntomas raquítics, asociados, casi siempre, a antecedentes obstétricos sospechosos.

La exploración radiológica del esqueleto de los miembros, en tales niños, nos permitió poner de manifiesto perturbaciones, bien ostensibles, en 23 casos, o sea, en el 39,65 % (observaciones 47, 50, 51, 60, 61, 62, 63, 64, 68, 69, 73, 74, 75, 79, 87, 90, 92, 94, 97, 98, 99, 100 y 101); en 18 (31,03 %), sólo constatamos lesiones discretas (observaciones 44, 45, 49, 53, 55, 56, 58, 66, 67, 78, 80, 82, 83, 84, 85, 88, 89 y 93); en los 17 niños restantes, 29,31 %, nada de particular (observaciones 46, 48, 52, 54, 57, 59, 65, 70, 71, 72, 76, 77, 81, 86; 91, 95 y 96).

Los aspectos que ofrecían las imágenes óseas de los 23 primeros casos, se descomponen así: Osteocondritis del primer estadio, 2 (observaciones 47 y 51); Osteocondritis del primero y segundo estadio, 1 (observación 50); Osteocondritis del segundo estadio, 1 (observación 94); Periostitis osificante, 10 (observaciones 62, 63, 64, 73, 75, 79, 92, 98, 99 y 100); Periostitis y lagunas óseas, 6 observaciones (68, 69, 74, 90, 97 y 101); Periostitis y Osteocondritis de primer estadio, 1 (observación 60); Periostitis y Osteocondritis del cuarto estadio, 1 (observación 61); Periostitis y rayas transversas 1 (observación 87).

De los 10 casos de periostitis osificante, 3 observaciones (73, 75 y 79) se acompañaron de osteocondritis raquítica.

Las lesiones, en cambio, constatadas en los 18 niños que presentaban alteraciones discretas, fueron: de Periostitis osificante, en 14 (observaciones 49, 53, 55, 56, 58, 66, 67, 80, 82, 83, 84, 85, 89 y 93);

de periostitis osificante y rayas transversas, en 3 (observaciones 44, 45 y 88); de Periostitis osificante y lagunas óseas, en 1 (observación 78).

De esta suerte, hemos podido pesquisar, alteraciones esqueléticas, en 41 de los 58 niños examinados, lo que equivale al 70,68 %.

HISTORIAS CLÍNICAS

Omitimos la publicación de las observaciones clínicas Nros. 44 a 87 por haber sido publicadas anteriormente, en el N.º 4, pág. 223, año VI, de esta Revista.

Observación N.º 88.—Casa de Expósitos. C. 3, N.º 33.454).

Adolfo A.; 34 días; a pecho solamente.

Antecedentes: Los padres dicen ser sanos. La madre ha tenido cinco hijos: el primero vive y es sano (actualmente tiene 13 años); el segundo falleció a los tres días (ignora la causa); el tercero falleció también, de erup diftérico, a la edad de 2 años; el cuarto nació muerto, por circular de cordón (?). El último es el historiado. A raíz de este embarazo, se le practica una Wassermann a la madre, que da positiva, y se la trata durante el último mes, con una serie de bismuto. Adolfo nació a término.

En el examen efectuado, se constata ictericia por retención a recaídas y esplenomegalia.

Wassermann en sangre del niño, negativa.

Las radiografías (ver radiografías de observación 123) de los huesos de los miembros, permiten ver lesiones de periostitis osificante discretas, en borde interno de las imágenes de ambas tibias, y bandas transversas, en las metafisis superiores e inferiores de tibias, inferiores de húmeros y superiores e inferiores de radios.

Observación N.º 89.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 33.964).

Antonio R. I.; edad 4½ meses; lactancia mixta.

Antecedentes: padres aparentemente sanos; nuestro enfermito, es hijo único, nacido a término, de embarazo y parto normales. No abortos.

Al examen semiológico, constatamos: buen estado general y nutritivo; bazo palpable a tres traveses de dedo; hígado, en el reborde costal correspondiente; hidrocele bilateral congénito. Reacción de Mantoux al %, negativa.

Las radiografías del esqueleto de los miembros, muestran discretas lesiones de periostitis osificante, en borde interno de ambas tibias, siendo más visible, en la del lado izquierdo.

Observación N.º 90.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 34.000).

Florencio S.; 2 meses; alimentación mixta.

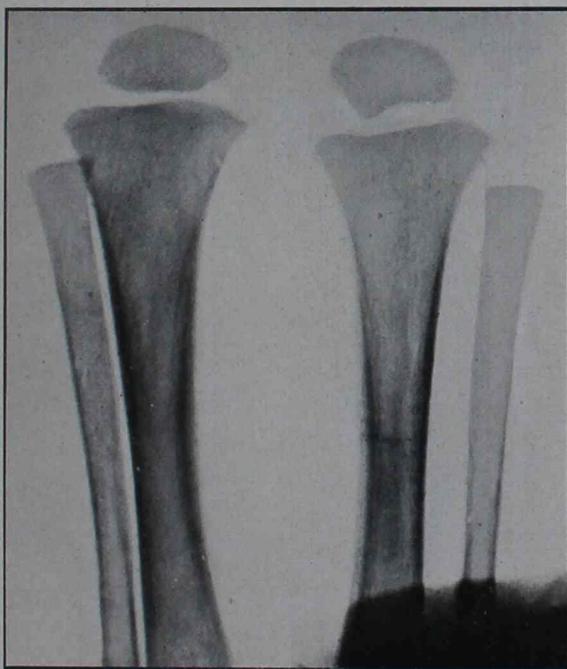
Padre y madre aparentemente sanos. Tiene un hermanito de 18 meses,

nacido a término, sano. Hubo un aborto espontáneo, de cinco meses, entre ambos.

Florencio nació después de un embarazo anormal, que motivó un tratamiento de inyecciones, que hizo en forma incompleta y discontinua. En efecto, a fines del 5.º mes, comenzó dicho tratamiento, con inyecciones de bismuto, hasta recibir cinco; luego lo reinicia dos meses después (7.º del embarazo), aplicándose cuatro inyecciones más de bismuto y una (0,15 grs.) de neosalvarsan.

Abandonó luego la asistencia en forma definitiva.

Al examen semiológico, constatamos: regular estado general, palidez; bazo e hígado palpables a dos traveses de dedo, del reborde costal correspondiente.



Observación 89

Wassermann y Kahn presuntiva, en la sangre del niño, positivas (prot. 29.886 del D. N. de H.).

Radiogramas (ver radiografías de observación 109): periostitis osificante, bien manifiesta, en borde interno de las imágenes de ambas tibiae.

Observación N.º 91.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 35.405).

Norberto P.; 3 ½ meses; lactancia artificial.

Antecedentes: Padre dice ser sano. La madre ha tenido cuatro embarazos: del primero, una niña nacida a término, que vive y está sana. Habiendo fallecido el padre de esta niña, de bacilosis pulmonar, contrae nue-

vas nupcial, teniendo tres nuevos embarazos: del primero, un aborto espontáneo de dos meses; del segundo, un niño que actualmente tiene 2 años de edad y del último, el enfermito que historiamos.

Durante el embarazo de este último, hizo tratamiento específico, desde principios del 7.º mes, hasta el final del mismo, recibiendo en total 15 inyecciones de bismuto y 3,30 gramos de arsénico (neosalvarsan endovenoso).

Al examen semiológico del niño, se constata: regular estado nutritivo (peso 5.100 gramos), esplenomegalia, e hidrocele unilateral congénito.

Reacciones de Wassermann y Kahn, en el niño, negativas.

La radiografía de los huesos largos de los miembros, no permite puntualizar ninguna alteración patológica.

Observación N.º 92.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 34.696).

Rosa P.; 3 meses de edad; alimentación natural.



Observación 92

Antecedentes: Padre aparentemente sano. La madre sólo padece de "cervicitis"; ha tenido 6 embarazos: los cuatro primeros a término; del 5.º un aborto provocado de 40 días, y del último nació Rosa prematuramen-

te (7 meses), de parto gemelar, univitelino y del mismo sexo (el gemelo falleció a poco de nacer).

Al examen semiológico, se constata: niño distrófico (3160 gramos de peso); craneotabes y espesamientos epifisarios discretos. No se palpa bazo.

Las radiografías del esqueleto de los miembros, muestran un aspecto "flou", de las epífisis distales de húmeros y fémures, y distales y proximales de cúbitos, radios, tibias y peronés, esbozándose ya una cúpula raquítea, en extremos distales de cúbitos y peronés. Además periostitis osificante bien manifiesta, en borde interno de las imágenes de ambas tibias.

Observación N.º 93.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 35.278).

Mario F.; edad 38 días; lactancia natural.

Antecedentes: Padre y madre dicen ser sanos. Mario es único hijo, nacido de embarazo anormal (pérdidas al tercer mes) y parto distócico. No hubo abortos.

Al examen del niño se anotan los siguientes datos: buen estado general y nutritivo, rosario condrocotal, discretos espesamientos epifisarios, esplenomegalia e hidrocele unilateral congénito.

Las reacciones de Wassermann y Kahn, practicadas en la sangre materna, resultan negativas (Laboratorio del Hospital Ramos Mejía); las mismas reacciones en el niño, igualmente negativas (Casa de Expósitos, prot. 142).

Radiogramas (ver radiografías de observación 120): sólo se observan discretas periostitis osificantes, en borde interno de tibias.

Observación N.º 94.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 35.620).

Verónica B.; edad 30 días; lactancia natural.

Antecedentes: Padre aparentemente sano. La madre ha tenido con éste, cuatro embarazos: del primero, un aborto de 5 1/2 meses; del segundo, un parto prematuro con feto muerto; del tercero, un niño a término y sano, habiendo hecho la madre tratamiento específico durante su gestación; y del último, nuestro enfermito, que nació a término, sin haber recibido la mamá, tratamiento alguno durante el embarazo.

Al examen semiológico, constatamos: mal estado general y nutritivo, escaso panículo adiposo; peso 2.500 gramos; esplenomegalia (se palpa polo inferior, a un través de dedo del reborde).

Las imágenes radiográficas muestran lesiones de osteocondritis del 2.º estadio, en extremos distales de húmeros, cúbitos, radios y fémures, y en extremos distales y proximales de tibias y peronés. (ver radiografías de observación 118).

Observación N.º 95.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 36.106).

Paulina C.; 3 meses de edad; lactancia artificial.

Antecedentes: Padres aparentemente sanos. La madre ha tenido cuatro embarazos: los tres primeros, terminaron en abortos de 2, 3 y 3 meses respectivamente. A raíz del embarazo de Paulina, recibe 30 inyecciones intramusculares de Biodyuro de Hg., en la Maternidad "Pedro A. Pardo"; inyecciones que comenzó en el 4.º mes del embarazo y terminó el 8.º mes.

Nuestra enfermita nació a término, de parto normal .

Al examen, sólo se constata, frente olímpica y nariz deprimida en silla de montar. No se palpa bazo.

Reacción de Wassermann, en la sangre materna, negativa (prot. 555).

Misma reacción en la niña, con resultado dudoso (prot. 556).

Radiográficamente, nada de particular.

Observación N.º 96.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 36.162).

Enrique G.; 2 meses de edad; lactancia natural.



Observación 97

Antecedentes: El padre contrajo una lúes, cuando era soltero; desde hace algo más de un año, está haciendo tratamiento. La madre dice ser sana; ha tenido dos embarazos; del primero, un parto prematuro de 8 meses, falleciendo el niño inmediatamente después de nacer (tenía 2.500 gramos de peso y presentaba unas lesiones en piel (?), extendidas a la cara y miembros); del segundo, nuestro enfermito que nació a término, con 3.000 gramos de peso y aparentemente sano.

Durante el embarazo de Enrique, la madre hizo tratamiento, que comenzó antes del mismo (4 meses antes de la primera falta), y terminó el

mismo día del parto. Recibió en total 80 inyecciones: 20 endovenosas de Bicianuro de Hg., 34 de Bismuto y las restantes de Biyoduro de Hg. intramuscular.

Al examen semiológico, sólo se constata: frente olímpica y nariz deprimida en silla de montar. No se palpa bazo.

Reacciones serológicas, en la sangre de la madre, dudosas (prot. 721); en el niño, negativas (prot. 722).

Las radiografías del esqueleto de los miembros, no muestran nada de particular.

Observación N.º 97.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 36.177).
René M.; 3 meses de edad; lactancia natural.



Observación 97

Antecedentes: la madre ha tenido, con éste, dos hijos; ambos nacidos a término y aparentemente sanos. No abortos.

Llevan la niña a la consulta, porque desde hace un mes (a los 2 de edad), aparece un coriza persistente, con gran cornaje inspiratorio, que puntualizamos en el momento del examen, comprobando además, circulación epicraneana visible y esplenomegalia.

Reacción de Wassermann, en la madre y en el niño, positivas (protocolos 615 y 618).

Radiogramas: Miembros superiores: las metafisis superiores de los radios, presentan lagunas óseas, y hasta imágenes de desprendimiento metafisario; además, periostitis osificante en ambos húmeros.

Miembros inferiores: periostitis osificante en borde externo de fémures e interno de ambas tibias.

Observación N.º 98.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 36.275).

Rosa Clara P.; 3 meses; lactancia natural.

Antecedentes: Padres dicen ser sanos. La madre ha tenido tres abortos espontáneos, de 2, 3 y 3½ meses respectivamente. Del cuarto embarazo a término, nació un niño muerto. Durante el embarazo de Rosa Clara, hizo tratamiento específico, que empezó a los 2 meses del mismo, continuándolo hasta el final, con un descanso de 30 días, más o menos, entre el 6.º y el 7.º mes. Recibió en total, 30 inyecciones de Bicianuro de Hg. y 9 de Neosalvarsan endovenoso (4,50 grs. de Ars.).

La enfermita nació a término, de embarazo y parto normales.

Practicado el examen semiológico, se constatan los siguientes síntomas: frente olímpica y nariz deprimida en silla de montar. No se palpa bazo.

Reacciones de Wassermann y Kahn, en la madre, positivas (protocolo 800); en la niña, la Wassermann es negativa, la Kahn dudosa (protocolo 799).

Las imágenes radiográficas del esqueleto, muestran lesiones de periostitis osificante bien visibles, en borde externo de ambos fémures; más discretas, en borde interno de ambas tibias. (ver radiografías de observación 117).

Observación N.º 99.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 36.287).

María A. G.; edad 2 meses; lactancia natural.

Antecedentes: Padres dicen ser sanos. La madre sólo ha tenido dos embarazos: del primero, un aborto de 5 meses y medio; del segundo, la enfermita que historiamos. A raíz del embarazo de esta última, la madre se practica una reacción de Wassermann, que resulta positiva, por cuyo motivo hace tratamiento específico, que comienza al final del primer mes y termina a los 8 meses del mismo. En total, recibe 50 inyecciones de bismuto intramuscular, a razón de dos por semana.

María nació prematuramente, de aparencia sana y de parto normal.

Al examen semiológico, sólo se constata, eczema seborréico de cuero cabelludo y esplenomegalia (polo inferior, se palpa a un través de dedo del reborde).

Reacción de Wassermann, en la madre y en la niña, negativas (protocolos 676 y 677).

Las radiografías, muestran lesiones de periostitis osificante bien visibles, en borde interno de ambas tibias. (ver radiografías de observación 114).

Observación N.º 100.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 36.621).

María Celia V.; 45 días; lactancia natural.

Antecedentes: Padres aparentemente sanos. La madre ha tenido sólo dos embarazos: del primero, una niña a término, que tiene actualmente 14 meses y es sana; del segundo, la enfermita, que nació a término, de embarazo y parto normales.

Examen semiológico: coriza con ronaje inspiratorio, casi desde el nacimiento; pequeño polo de bazo; nada al resto del examen.

Reacciones de Wassermann y Kahn, en la madre y en la niña, positivas (protocolos 901 y 902).

Radiogramas (ver radiografías de observación 119): periostitis osificante, bien visible, en húmeros, cúbitos y radios; más discretas en borde interno de tibias.

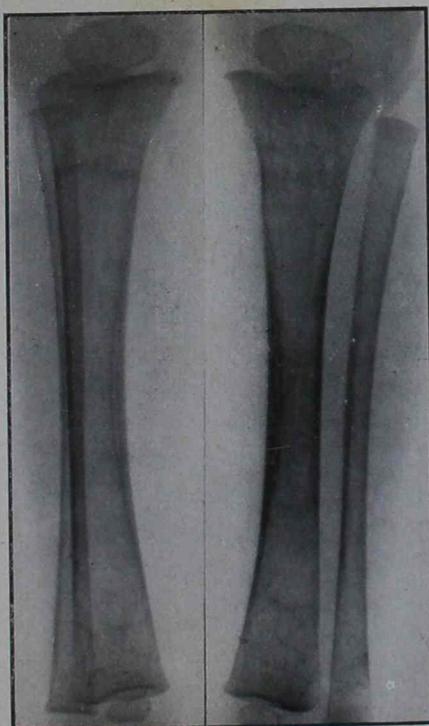
Observación N.º 101.—Casa de Expósitos. (Sala S. Camilo N.º 46.175).

Teodora; 14 meses de edad.

No se registran abortos en los antecedentes.



Observación 101



Observación 101

Al examen semiológico, se constatan los siguientes síntomas: nariz en silla de montar, retardo en la dentición, palidez acentuada de los tegumentos y esplenomegalia.

Las reacciones de Wassermann y Kahn, practicadas en la sangre de la niña, resultan positivas.

Radiogramas: Miembros superiores: lagunas óseas, en las epífisis su-

periores e inferiores de todos los huesos, especialmente visibles en el lado derecho, donde la imagen radiográfica es más clara.

Miembros inferiores: lagunas óseas bien visibles, en extremos distales de fémures, y en tibia y peroné, en casi toda su extensión, siendo particularmente marcadas en las zonas interdiáfisioepifisiarias de estos mismos huesos. Además, periostitis osificante discreta, en borde interno de tibia, y en borde interno y externo de ambos fémures.

B) EXPLORACION RADIOLOGICA DEL ESQUELETO, EN HIJOS DE MUJERES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO ANTISIFILITICO, DURANTE EL EMBARAZO DE LOS MISMOS.

Constituyen 16 casos, los hijos de mujeres que recibieron tratamiento antisifilítico durante el embarazo de los mismos.

La razón de dicho tratamiento, radicó invariablemente, en el antecedente de abortos o de fetos muertos, ya fuesen o no de término. Hacen excepción, la observación 110, en donde se hizo la asistencia de la embarazada, por sífilis que el esposo adquiriera durante el primer mes de gestación, y la observación 105, la cual se refiere a una señora que tuvo un niño anterior de término, pero con una sífilis tan virulenta, que motivó su muerte, tres meses después.

El tratamiento de estas madres, llevado a efecto por médicos particulares o por las maternidades, fué realizado desde los primeros meses de la gestación, hasta un tiempo antes del parto, en 11 observaciones (102, 103, 104, 105, 106, 110, 113, 114, 115, 116 y 117); sólo en los primeros meses del embarazo, en 1 observación (111); sólo al final del embarazo, en 2 casos (observaciones 108 y 112). En la observación 109, el tratamiento se realizó entre el 5.º y 7.º mes.

En la observación 107, apenas hemos podido saber, que la madre recibió 12 inyecciones durante el embarazo del niño respectivo.

El detalle de la terapéutica realizada en cada caso, y que fué recogida, lo más prolijamente posible, a través de las interesadas, se podrá ver en las historias que al final se mencionan.

De los niños nacidos de estas madres, tres presentaron manifestaciones inequívocas de sífilis (observaciones 109, 110 y 111); cuatro (observaciones 104, 113, 116 y 117), frente olímpica, acompañada en 3 casos, de nariz deprimida en silla de montar, y en un caso, de red venosa visible de cuero cabelludo; en las observaciones 103, 107, 108, 112 y 114, existía esplenomegalia sola o combinada, ora con eczema, hidrocele, ictericia por retención, vómitos habitua-

les; en dos enfermitos (observaciones 106 y 115), vimos lesiones eczematosas; los casos 102 y 105 no presentaron nada de anormal.

El estudio radiológico del esqueleto de los miembros, de estos pacientes, nos permitió visualizar alteraciones bien manifiestas, en 5 casos (observaciones 103, 109, 110, 111 y 117), entre los que se hallan las tres observaciones de sífilis incuestionable; en 3 casos, sólo perturbaciones discretas (observaciones 107, 108 y 114); en los restantes (observaciones 102, 104, 105, 106, 112, 113, 115 y 116), nada de anormal.

Las lesiones fueron: de Osteocondritis del primer estadio y periostitis osificante, en un caso (observación 111); de Osteocondritis del cuarto estadio, periostitis osificante y lagunas óseas, en un caso (observación 110); de periostitis osificante, en 3 casos (observaciones 107, 114 y 117); de periostitis osificante y lagunas óseas en 2 casos (observaciones 103 y 109); de periostitis osificante y bandas transversas, en un caso (observación 108).

Así, de los 16 niños considerados, encontramos perturbaciones esqueléticas en 8, o sea en el 50 %, de los que corresponden, el 31,25 %, a las lesiones groseras, y el 18,75 %, a las alteraciones discretas.

HISTORIAS CLÍNICAS

Observación N.º 102.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 29.776).

Raquel S.; edad 3 meses; lactancia natural.

Antecedentes: Padres aparentemente sanos. La madre tuvo dos partos prematuros, de 8 meses, con feto muerto. A raíz del tercero y último embarazo (Raquel), se le hizo una reacción de Wassermann, lo mismo que a su esposo, que dió resultado positivo en ambos. Inicia entonces, al segundo mes de embarazo, tratamiento con inyecciones de neosalvarsan, a razón de una por semana, y llega a recibir en dos meses un total de 4.35 grs. de arsénico. Después de descansar aproximadamente un mes, reinicia el tratamiento con bismuto (una caja de 10 ampollas de yodobismutato de quinina). Nuevo descanso de 15 días y a continuación se interna en el Hospital Rawson, donde le aplican una serie de inyecciones intramusculares de mercurio, que suspenden pocos días antes del parto.

Raquel nació a término, sana; al examen semiológico no se constata ninguna alteración patológica.

Radiografías del esqueleto, nada de particular.

Esta niña, ha seguido concurriendo al C. E. y observada desde el doble punto de vista ya mencionado (semiológico y radiológico), no se pudo comprobar ninguna anomalía.

Observación N.º 103.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.576).

Juan A. F.; edad, 4 meses; a pecho exclusivo.

Padre y madre de aspecto sanos. Cuatro hijos a término: los dos primeros nacieron muertos, el tercero falleció a los dos días y el último (Juan), nació aparentemente normal, con 2.500 grs. de peso. Durante el embarazo de este último, la madre fué tratada desde el tercer mes, recibiendo en primer lugar una serie de sufarsenol, hasta llegar a la dosis de 0.54. Después de descansar 20 días, aproximadamente, reinicia tratamiento, que continúa hasta pocos días antes del parto, con una inyección semanal de neosalvarsan endovenoso, más dos inyecciones también semanales de bismuto.

Al examen semiológico del niño, constatamos: polo inferior de bazo, palpable a un través de dedo del reborde costal correspondiente.

Reacción de Wassermann y Kahn, en la sangre del niño, negativas (prot. 772).

Las radiografías del esqueleto de los miembros (ver radiografías de observación 124), muestran lesiones de periostitis osificante en borde interno de tibias y lagunas óseas, en las zonas diáfisometafisiarias distales de ambos fémures, especialmente marcada en el izquierdo.

Observación N.º 104.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.658).

Aurora G.; 20 días; lactancia natural.

Antecedentes obstétricos: La madre ha tenido un aborto espontáneo, de 3 meses, y 7 hijos, de los cuales murieron tres: uno prematuro a los dos días de nacer; otro nacido muerto, y el tercero a los 9 meses de edad (ignora la causa).

Aurora nació a término, con 3.500 grs. de peso. Durante su gestación, la madre fué sometida a tratamiento en la Maternidad Pardo, que comenzó poco después de cumplido el primer mes de embarazo. Recibió 11 inyecciones de bicianuro de Hg. y una serie de neosalvarsan. Hizo un descanso de 45 días y luego al reiniciarlo se le aplicaron cuatro inyecciones más, y en total 5,10 grs. de arsénico.

Al examen semiológico del niño, sólo se constata: frente olímpica, con ectasias venosas de cuero cabelludo. No se palpa bazo.

Wassermann y Kahn standard, en la sangre del niño, negativa (protocolo 1.001); mismas reacciones en la madre, igualmente negativas (protocolo 1.002).

Las imágenes radiográficas del esqueleto, no presentan nada de particular.

Observación N.º 105.—Casa de Expósitos. (C. 3, N. 32.120).

Juan P.; 15 días de edad; lactancia natural.

Antecedentes: El padre tuvo una lesión primaria poco tiempo antes de contraer matrimonio que trató con algunas inyecciones. La madre es aparentemente sana. Ha tenido sólo dos embarazos: del primero, nació un niño a término, que falleció a los 3 meses, con síntomas de lúes y groseras lesiones del esqueleto (ver observación 4); del segundo, también a término, nació Juan. Durante el embarazo de este último, la madre fué tratada con

inyecciones de neosalvarsan, hasta completar 6,70 grs. de arsénico y 20 inyecciones de biazán, que equivalen a 1,60 grs. de bismutometal.

El niño de nuestra observación, no presentó al examen semiológico, ninguna alteración.

Las reacciones de Wassermann y Kahn, practicadas en su sangre, resultaron negativas (prot. 26.097 del Departamento Nacional de Higiene), no así en la madre, que fueron positivas (prot. 26.096 de ídem).

Radiogramas: nada de particular.

Observación N.º 106.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 34.237).

Carlos R. L.; 2 meses; alimentación, pecho.

Antecedentes: Padres dicen ser sanos. La madre ha tenido dos abortos espontáneos. Durante el embarazo de Carlos, fué sometida a tratamiento, que comenzó al tercer mes, haciendo una inyección semanal de aceite gris, hasta completar 12 inyecciones. Después de un mes de descanso, comenzó el tratamiento con neosalvarsan (una inyección semanal), más dos inyecciones, en igual tiempo, de yodobismutato de quinina. Suspendiólo al 9.º mes, pocos días antes del parto. Una reacción de Wassermann, practicada a mediados del embarazo, fué negativa.

Nuestro enfermito presenta eczema de cuero cabelludo y cara (especialmente localizado en frente y cejas), y eritema intertrigo en muslos, genitales y bajo vientre. No se palpa bazo.

Wassermann y Kahn, en sangre materna, negativas (prot. 1015).

Radiogramas: nada de particular.



Observación 107

Observación N.º 107.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.723).

Juan C.; 2 meses; alimentado a pecho.

Antecedentes: La madre tuvo tres abortos, de 1, 1 ½ y 3 ½ m. ses respectivamente. Durante el cuarto embarazo hizo tratamiento específico, recibiendo 30 inyecciones. El niño nació bien, actualmente tiene 2 años; recién comienza a dar los primeros pasos y se le atiende en el Hospital Rawson por insuficiencia glandular. Durante el embarazo de Juan, hizo 12 inyecciones solamente.

Nuestro enfermito nació a término, de parto normal. Presenta muy buen estado general. Vómitos habituales. Asimetría craneana. Se palpa polo inferior de bazo.

Wassermann en sangre materna y del niño, negativas (prot. 224 y 223 respectivamente).

Las radiografías de los huesos de los miembros, muestran discretas lesiones de periostitis osificante en ambos cúbitos.

(Continuará)

IV.º Congresso Nazionale Italiano di Nipiologia

(Continuación)

Seduta pomeridiana

4 settembre 1935.—XIII

Presidenza del Prof. Cacace

E' letto dal Prof. Cacace il Discorso del Prof. Martínez Vargas, di Barcellona, il quale, dopo aver ricordato la Scuola per le Madri, da lui fondata in Granata, e l'altra Scuola annessa alla sua Cattedra di Barcellona ed i corsi di maternologia da lui organizzati nella Scuola Normale, pone in rilievo i benefici e meravigliosi risultati dell'Istituto Nipiológico di Barbastro, da lui fondato, ed esalta l'utilità della Nipiologia, augurandone la maggiore diffusione nel mondo.

Comunicazioni Straniere (1)

PROF. ACUÑA (Buenos Aires).—*Azione medicosociale del Servizio di Lattanti dell'Istituto di Pediatria e Puericultura dell'Ospedale Clinico di Buenos Aires.*

L'autore descrive il suddetto Servizio (a boxes individuali), fornito di tutto ciò che è indispensabile per la cura dei piccoli infermi e dotato di un lattario di latte umano, di una cucina dietetica e di un solarium. Si evita l'immobilità prolungata del lattante, facendolo tenere in braccio alcune ore del giorno e facendogli eseguire anche movimenti passivi di flessione e di estensione. Per evitare il rachitismo si sottopone ciascun infermo all'azione dei raggi ultravioletti.

(1) Le Comunicazioni Straniere sono lette dalla Dr. Schohl e dal Prof. Cacace, tranne quelle dei Prof.ri Bambarén, Debré, Navarro e Sundblad, pervenute dopo il Congresso.

Si istruiscono le madre; ed il Servizio costituisce così per le madri una scuola vivente, di cui esse si sentono protagoniste e in cui comprendono che le malattie sono facilmente evitabili, quando compiono con abnegazione i loro doveri di madri.

PROF. ACUÑA (Buenos Aires).—*Il lattario di latte umano come istituzione medicosociale di previdenza.*

L'A. descrive il suddetto lattario, ponendo in rilievo gli scopi ed i vantaggi. Ricorda la concezione del creatore, Dr. Bettinotti, a cui il lattario s'ispira: da un lato si estrae latte di donna per provvederlo a coloro che ne hanno bisogno, privati e istituzioni; dall'altro si evita la separazione del figlio della nutrice, cercando di mantenere il vincolo madre-figlio, la cui rottura significa l'abbandono, la malattia ed anche la morte.

Fa rilevare che il lattario è un organismo di protezione medico-sociale con fini di educazione e di previdenza.

Il suddetto lattario funziona da vari mesi nel suo Servizio sotto il controllo suo e del Prof. Zwanck e ha dato reali vantaggi.

L'A. raccomanda che l'utilità del lattario sia sperimentata su più vasta scala nei centri infantili e conclude che se l'allattamento mercenario è inevitabile, bisogna applicarlo con coscienza, producendo il minor male possibile, riducendo al minimo le sue tristi conseguenze.

DR. BAEZA GOÑI (Santiago del Cile).—*33 anni di protezione del lattante nel Cile. L'opera del Patronato Nazionale dell'Infanzia.*

L'A. fa una rassegna del lavoro del Patronato dell'Infanzia, istituzione che ha un'esistenza di 33 anni ed è a capo delle opere di Protezione dell'Infanzia nel Cile. Compie la sua azione mediante 13 Gotas de Leche per 200 bambini ciascuna e mediante tecnici specializzati nella materia. Si è ottenuta nei bambini assistiti la riduzione della mortalità a 7,4 % invece del 23 a 25 %, che è la cifra della mortalità infantile del Paese.

PROF. BAMBARÉN (Lima).—*Nipiologia e Refettori materni.*

L'A. rileva che il Refettorio materno realizza la protezione integrale dell'infanzia, cioè del binomio madre-figlio; può risultare un elemento importante per combattere la mortalità infantile in forma preventiva, costruttiva, perchè, alimentando la madre, è quasi sicuro che il figlio avrà buono ed abbondante allattamento materno; evita l'allattamento artificiale; rende possibile la vigilanza medica sul figlio; ed aggiunge che il Refettorio deve formar parte delle opere di protezione dell'infanzia e ha bisogno del concorso del Servizio Sociale.

DR. BERRO (Montevideo).—*Codice del Bambino e Nipiologia.*

L'A. dichiara categoricamente che il "Código del Niño" dell'Uruguay è un'opera di profonda sostanza nipiologica, poichè riafferma il

concetto integralista di Cacace. Però va più oltre della Nipiologia, poichè considera *uno* il problema dell'infanzia sino alla maggiore età.

Limitandosi poi alla parte propriamente nipiologica commenta gli articoli del suddetto Codice che riguardano il bambino che ancora non parla e la gestante.

Espone così l'opera eugenetica, che desidera come consiglio e non come obbligo, e tutta la protezione della prima infanzia, ponendo in rilievo la così detta "collocazione familiare" che giudica il mezzo migliore per l'avvenire del bambino abbandonato. Finalmente riferisce sulle leggi di "adozione" che il Codice ha reso moderne in modo che sia frequente quest'atto umanitario.

Da tutto il lavoro emerge una grande simpatia per il Prof. Cacace, creatore della Nipiologia.

DR. BETTINOTTI (Buenos Aires).—*Il lattario, suo funzionamento e risultati.*

Il lattario è un'istituzione dello Stato che, senza scopi di guadagno, ha una finalità medicosociale, che consiste nell'estrarre, conservare e distribuire latte di donna, per evitare gl'inconvenienti dell'allattamento mercenario.

Il suo funzionamento è il seguente: inchiesta sociale di ciascuna casa; vigilanza medica del lattante, figlio della nutrice; aiuto sociale oltre il compenso abituale; determinazione della eccedenza di latte di ciascuna datrice; periodi di retribuzione settimanale o quindicinale; orario di estrazione; orario di distribuzione; conservazione; pulizia; il lattario è utile per le agallattie, per le ipogalattie, per i figli di madri tubercolotiche o impedito per altre affezioni, per lattanti infermi, sotto il controllo medico.

In 12 mesi 56 datrici sono state sottratte alla professione di nutrici, cioè non hanno abbandonato la loro casa, nè hanno tolto il latte al loro figliuolo. Le 135 famiglie, le cui madri non avevano latte per darlo ai loro figliuoli, non ricorsero alla nutrice mercenaria. Si è dimostrato che è possibile dar latte di donna gratuitamente a bambini bisognosi, evitandosi l'alimentazione artificiale precoce, la malattia e forse la morte.

PROF. COMBY (Parigi).—*La pertosse dei lattanti.*

La pertosse è molto più grave nella prima che nella seconda infanzia; la prognosi è tanto più oscura quanto il bambino è più piccolo. Ma l'età non è tutto; vi è l'ambiente nel quale vive il lattante. Nell'ospedale, nelle erèches, nelle pouponnières e negli asili di abbandonati la pertosse fa più vittime che nella famiglia. Numerosi sono i bambini da 3 a 6 mesi curati con successo a domicilio nelle buone condizioni igieniche e con mezzi semplici: aerazione, bagni, allattamento naturale. Non vi è ancora una cura specifica di efficacia incontestabile come la sieroterapia antidipterica. Si sono volgarizzate, prematuramente, vaccinoterapie e sieroterapie anti-pertosiche, che non hanno ancora fatto le loro pruove malgrado le stati-

stiche lusinghiere pubblicate qua e là. La pertosse è polimorfa: si riscontrano, nel medesimo ambiente, casi gravi accanto a casi benigni, forme complicate accanto a forme semplici, *coqueluchettes* accanto a *hypercoqueluches* (terminologia di Roger). Queste variazioni contrariano i giudizi che si possono dare su tale o tale altra terapia ed autorizzano lo scetticismo provvisorio (speriamolo) dei vecchi pratici.

Le ricerche sperimentali di Fonteyne e Dagnélie, compatrioti di Bordet, sull'endotossina pertossica permettono di sperare la scoperta di una sieroterapia antitossica efficace.

PROF. DEBRE (Parigi).—*La meningite eredosifilitica subacuta evolutiva del lattante.*

La meningite eredosifilitica subacuta evolutiva del lattante simulante la meningite tuberculare è lungi d'essere così frequente come prima s'insegnava. Si rilevano nella letteratura molto rari casi, in cui i caratteri clinici e sierologici non si prestano a discussione, e noi vi aggiungiamo una osservazione personale.

La meningite eredosifilitica si osserva nel lattante apparentemente indenne da ogni tara come nel bambino manifestamente sifilitico. La sindrome meningeale è frusta; la tensione della fontanella è il segno più netto; l'epatosplenomegalia è di regola; la febbre non è eccezionale. Ma, sopra tutto, in contrasto con un quadro clinico di meningite tuberculare, le cute e intra-dermo-reazioni alla tubercolina sono negative. Le reazioni serologiche della sifilide sono positive nel liquido rachideo e nel sangue del bambino, nel sangue dei genitori.

L'evoluzione va verso la morte in caso di sifilide diffusa o verso la guarigione della meningite quando non esistono altre lesioni viscerali importanti: il ritardo psicomotorio è notevole.

La diagnosi, difficile con la meningite tuberculare, l'è ancora più con le meningiti linfocitarie curabili e le forme meninee dell'encefalite del bambino.

La cura deve essere precoce, attiva ma prudente. Si somministrerà a preferenza il mercurio sotto forma di frizioni o di iniezioni di biioduro di mercurio.

PROF. GARRAHAN E DR. THOMAS (Buenos Aires).—*V'è liquido cefalorachideo nel neonato normale?*

Gli AA. concludono:

1.° Ripetutamente abbiamo comprovato che dal neonato normale si può ottenere con facilità liquido cefalorachideo per puntura lombare. Questo è in disaccordo con ciò che è sostenuto da Waitz.

2.° La xantocromia del liquido si può considerare come condizione fisiologica nel neonato.

3.° Con franchezza si producono emorragie di puntura quando questa si pratica nel neonato.

4.° Quasi sempre si trovano emasie nel liquido cefalorachideo dei neonati normali ed è rara la iperalbuminosi.

DOTT. GUIZIO (Rio de Janeiro).—*Equilibrio acido-basico del neonato e del lattante in Rio de Janeiro.*

L'A. giunge alle seguenti conclusioni: che la R. A. è bassa nei neonati; è bassa nei lattanti alimentati con latte materno; è relativamente più alta nel bambino negro che nel bianco; è più alta nel sesso maschile che in quello femminile; è più alta al mattino ed all'alba, a digiuno che di sera; non si verifica influenza della pressione atmosferica sulla R. A.

PROF. LEREBoulLET. (Parigi).—*Il fattore nervoso nella anoressia del lattante.*

L'anoressia del lattante, così frequente e troppo spesso così tenace, ha cause molteplici, che bisogna saper ricercare e trattare. Ma quale che sia l'origine di questa anoressia, bisogna tener gran conto, nella sua interpretazione, del *fattore nervoso* e particolarmente del *fattore psichico*, che spesso è responsabile, se non dell'apparizione dell'anoressia, per lo meno della sua persistenza.

L'A. mostra con diversi esempi come, anche quando una causa locale o generale ha inizialmente provocato la perdita dell'appetito, l'eccitabilità nervosa del piccolo infermo ed il nervosismo dell'ambiente che lo circonda e specialmente di sua madre determinano la lunga durata dell'anoressia e la ipotrofia ne è la conseguenza. La causa medica spesso è un fattore occasionale, la cui importanza è temporanea e limitata; lo stato psichico del bambino, facilmente eccitabile, ha una grande influenza sullo sviluppo dell'anoressia ed il nervosismo delle persone che lo circondano, la loro inquietudine ed i loro errori di tecnica la mantengono sovente e l'aggravano. Quale che sia l'importanza e l'utilità delle molteplici cure consigliate contro l'anoressia del lattante, esse perdurano inefficaci, se non si mira a questo fattore nervoso con consiglio appropriati alle persone dell'ambiente ed al bisogno dell'isolamento del bambino fuori dell'ambiente familiare.

D. RI LESNÉ E DREYFUS-SEÉ (Parigi).—*Il latte calcico alimento e medicamento del lattante.*

Il latte calcico di preparazione particolare, preconizzato dagli AA., costituisce un alimento per il lattante normale ed un alimento-medicamento per il bambino ammalato (intolleranza latte, debilità e ipotrofia, vomiti, diarrea, eczema). Esso deve le sue proprietà al contenuto di caseina rimarcabilmente fisso che lo approssima al latte umano, al tasso di burro che è facile modificare a volontà; esso ha una proporzione bene equilibrata delle diverse sostanze costituenti. Il suo gusto piacevole e la sua preparazione facile e poco costosa ne fanno un alimento prezioso nei bambini di ogni età e di tutti gli ambienti sociali.

PROF. MORIQUAND (Lione).—*Note sull'azione del terreno e della distrofia inapparente nella genesi e nella durata di alcune infiammazioni oculari del lattante.*

L'A. pensa che la dimostrazione dell'esistenza di un terreno oculare, legato a una distrofia inapparente, precedente ogni manifestazione anche biomicroscopica, dovrà essere considerata nella ricerca delle cause e della cura di alcune infiammazioni oculari, sopra tutto croniche del lattante.

PROF. NAVARO E DR. SUNDBLAD (Buenos Aires).—*Ampolle sottopleuriche nel lattante.*

Gli AA. descrivono e commentano un caso di ampolle sottopleuriche in una bambina di 4 mesi, nella quale all'autopsia furono notate varie vescicole aeree sottopleuriche nel pulmone sinistro, di cui la più grande era situata vicino alla base. Sia per l'età dell'inferma, sia per la coesistenza di un megaesofago, pensano ad una probabile malformazione congenita.

DR. OBES POLLERI (Montevideo).—*Tecnica e politica assistenziale dell'infanzia.*

L'A. rileva che sino a molto poco tempo fa lo Stato credette risolvere il problema dell'assistenza sociale del bambino con la creazione e lo sviluppo progressivo dei servizi tecnici (ospedali, asili, nidi, consultori per lattanti) e che non interveniva per nulla o lo faceva solo in forma timida e incompleta riguardo alle altre forme dell'assistenza. Ciò è la *tecnica assistenziale*.

I risultati in queste condizioni sono stati in generale poco soddisfacenti, e così sono sorte critiche severe sulla efficacia e sul rendimento di questi servizi e specialmente sul personale che li integra. Queste critiche in realtà non rilevano se non una incomprensione assoluta del problema assistenziale del bambino. Si esige dai servizi tecnici quello che essi non possono dare quantunque sia perfetta la loro organizzazione, siano magnifiche le loro installazioni, siano capaci e pieni di abnegazione i medici ed il personale ausiliario: cioè la soluzione dei problemi sociali ed economici riguardanti la assistenza dell'infanzia.

Nella moderna concezione dello Stato —Stato Totalitario— si svolge invece la *politica assistenziale*, che cerca di organizzare le collettività in modo da permettere a tutti i bambini il compimento delle grandi norme biologiche, la cui trasgressione per fattori sociali ed economici è l'unica causa della mortalità infantile come fenomeno sociale.

In conseguenza, il problema assistenziale dell'infanzia, come tutti gli altri problemi di assistenza sociale, perdurerà senza soluzione, mentre i servizi tecnici sono un fine a sè stessi e non, secondo il concetto moderno, elementi complementari della *politica assistenziale dello Stato*.

DR. PELFORT (Montevideo).—*Frequenza e localizzazioni della polmonite nel bambino minore di un anno.*

L'A. sostiene che la polmonite lobare, crupale o fibrinosa, si osserva frequentemente durante il primo anno di vita.

Ha avuto occasione di osservare 64 casi nel periodo 1923-1935 (primo semestre) su un totale di 300 polmoniti osservate in bambini sino a

tre anni di età. Nel periodo 1933-1935 (primo semestre), in cui il controllo radiologico è stato quasi totale, sono stati notati 30 casi, che hanno dato origine a 38 localizzazioni diverse della polmonite. La localizzazione più frequente è stata quella del lobo superiore destro (47,36 %) seguita da quella dei lobi sinistro (15,79 % p. e.) e finalmente poi quella dei lobi medio ed inferiore destri (10,52 % p. e.).

PROF. ROHMER (Strasburgo).—*Sulla distrofia scorbutica del lattante.*

L'A. riassume i lavori che sono stati fatti nella sua clinica da Bezssonoff e da lui ed altri collaboratori, che si sono serviti, per svelare lo stato prescorbutico, della reazione di Bezssonoff all'acido monomolibdofosforico, che dà con l'acido ascorbico ed il suo prodotto immediato di disintegrazione una reazione violetta. Questa reazione manca nei soggetti che hanno carenza di C. In questi casi si ottengono reazioni gialle o disturbi che sono sempre l'indice di uno stato patologico, dovuto a una carenza di C.

Per l'applicazione di questo metodo gli autori hanno scoperto che il lattante normale ha il potere di fare la sintesi della vitamina C. Questa facoltà si perde sotto l'azione di numerosi fattori patogeni e sono questi bambini che sono allora suscettibili di essere affetti dalla distrofia prescorbutica o scorbutica. Di più, per produrre la vitamina C, bisogna che il lattante non solo sia sano ma che riceva anche un nutrimento ben equilibrato; la mancanza di vitamina A, per esempio, inibisce la produzione della vitamina C.

Queste ricerche saranno perseguite nella Clinica infantile di Strasburgo; si può sperare che esse daranno luce non solo sulle condizioni nelle quali si produce distrofia scorbutica nel lattante, ma anche su certi punti che interessano la fisiologia dell'acido ascorbico.

PROF. WIELAND (Basilea).—*I bambini prematuri alla Clinica Infantile di Basilea.*

I prematuri, cioè i neonati con un peso alla nascita al di sotto di 2500 gr., sono inviati alla Clinica Infantile di Basilea da lungo tempo in numero di 50 a 60 ogni anno. Rappresentano una categoria interessante e sempre più importante del materiale clinico.

Mentre la mortalità dei prematuri è generalmente ancora molto alta (50-60 %), essa è stata nella nostra Clinica il 17,6 % negli anni 1922-1927, e negli ultimi cinque anni, cioè dopo la apertura della nuova Clinica Infantile di Basilea, è discesa sino al 9,8 %.

Le cause di questa mortalità eccezionalmente bassa dei nostri prematuri sono le seguenti: 1) Isolamento completo di questi bambini delicati in camere a due letti (boxes Grancher in vetro a balconi separati aperti) per evitare ogni contaminazione e nello stesso tempo per porli sotto la sorveglianza minuziosa di un personale istruito e devoto (niente "incubatrici" poichè esse complicano il servizio regolare dei prematuri). 2) Allevamento dei prematuri sino all'età di 6 a 7 mesi con latte di donna

(nutrice) per mezzo di poppatoio somministrato giorno e notte ogni tre ore in quantità sufficiente (100 calorie per chilogr.). 3) Cura sistematica e precoce del rachitismo e dell'anemia, cioè delle due malattie, dalle quali sono affetti tutti i prematuri con un peso alla nascita al di sotto di 1600 a 1800 grammi (3 volte per giorno una goccia di Vigantol —vitamina D— dall'età di 8 settimane e di 0,1 di ferro ridotto due volte per giorno dall'età di 12 settimane).

Presidenza del Prof Valagussa

I.^e Relazione

PROF. BONAVENTURA, Direttore dell'Istituto di Psicologia della R. Università di Firenze.—*Lo studio sperimentale del carattere nel lattante.*

Il Relatore osserva come la psicologia contemporanea tenda sempre più a raggiungere una comprensione integrale della personalità umana; e come perciò acquistino un'importanza sempre crescente, da un lato, gli studi sulla psicogenesi, o psicologia dell'età evolutiva, che ha per scopo la descrizione e la spiegazione causale delle successive organizzazioni della condotta dalla nascita all'età adulta; e, dall'altro, lo studio e la classificazione dei "tipi", cioè delle "costanti individuali di comportamento", allo scopo principale di distinguere gli elementi costituzionali da quelli acquisiti della personalità e di riconoscere le leggi strutturali ed evolutive del carattere.

Dopo avere rilevata l'importanza dell'indagine caratterologica della primissima infanzia e dopo avere prevenute alcune obiezioni, il Relatore cerca di precisare l'uso scientifico del termine "carattere" e si sofferma a indicare e discutere gli indirizzi principali della moderna caratterologia. Passa quindi in rassegna gli studi più recenti (1925-1935) sulla psicologia del lattante per mostrare come i problemi caratterologici siano stati per lo più trascurati; accenna ad alcune ricerche di autori tedeschi ed americani che possono essere utilizzate soprattutto come suggerimento di metodo.

Esponde poi alcune proprie ricerche, ispirate ai più rigidi canoni del metodo sperimentale, condotte sopra venti lattanti, dai sette ai dodici mesi, allevati in condizioni uniformi; ricerche le quali mettono in luce l'esistenza di differenze tipiche nell'attenzione e nell'imitazione di movimenti. I tipi di comportamento infantili richiamano in via analogica certe differenze caratteristiche rilevabili anche negli adulti.

In ultimo il Relatore riepiloga i risultati raggiunti ed enuncia le prospettive che si aprono alla ricerca ulteriore, fissando i seguenti punti:

1) E' possibile e fruttuosa l'applicazione del metodo sperimentale all'indagine psicologica del lattante. Specialmente nel secondo semestre di vita il bambino si presta alle situazioni sperimentali e presenta varietà

di reazioni suscettibili di esatta registrazione e di misura (specialmente sotto il rispetto del decorso temporale), atte a fornire un quadro organico del suo sviluppo psichico.

2) Fino dal primo anno, e in modo particolarmente evidente nel secondo semestre di vita, si manifestano in bambini vissuti nel medesimo ambiente differenze di carattere nettamente riconoscibili attraverso il comportamento durante le prove sperimentali. Mediante opportuni reattivi è possibile mettere in evidenza non soltanto il "livello mentale" raggiunto dal bambino e giudicare la normalità del suo sviluppo psichico in rapporto con l'età, ma anche certe differenze tipiche nel modo in cui si svolgono certe funzioni e si presentano certi atteggiamenti mentali. Come esempio, sono stati riferiti i risultati di alcune ricerche preliminari relative all'attenzione e all'imitazione. Un esame analitico di tutte le principali funzioni e atteggiamenti, completato dal calcolo delle intercorrelazioni secondo i metodi statistici più moderni, potrà condurre a una precisa determinazione e, forse, ad una classificazione dei caratteri come si manifestano nella primissima infanzia.

3) Si può dunque affermare senza esitazione che le differenze caratterologiche umane hanno una base costituzionale, poichè si rivelano in bambini lattanti allevati in condizioni uniformi. La personalità umana risulta di fattori originari e di fattori acquisiti; ed è lecita l'ipotesi che col procedere dell'età, dentro l'ambito di un determinato ambiente sociale, le condizioni analoghe dell'esistenza, la scuola coi suoi metodi livellatori, le necessità imposte dalla convivenza attenuino le differenze originarie e tendano piuttosto all'assimilazione di caratteri inizialmente separati da divergenze profonde. Naturalmente nella si può dire sulla conservazione del tipo nel corso ulteriore della vita; bisognerebbe seguire per molti anni di seguito gli stessi individui, dalla nascita alla raggiunta maturità: ciò che è stato fatto finora solo per pochissimi individui in circostanze eccezionalmente favorevoli. Non è tuttavia arrischiata l'ipotesi che, pur attraverso le trasformazioni del carattere dovute ai più vari fattori interni ed esterni, qualche cosa del fondo originario e costituzionale si conservi per tutta la vita.

4) E da tutto ciò risulta infine quanto sia necessario completare l'esame antropologico e fisiologico del lattante con l'esame psicologico. Soltanto così sarà possibile giungere ad una completa definizione del "tipo": tanto nella sua struttura somatica quanto nella sua struttura mentale. Ed è lecito pertanto esprimere il voto che non solo, in generale, il medico sia fornito di quella seria preparazione psicologica che si può acquistare soltanto collo studio e con la regolare frequenza di un Istituto di Psicologia Sperimentale, ma che, in specie, il medico dei bambini abbia una conoscenza sicura e profonda nella psicologia dell'età evolutiva, che per i suoi molteplici interessi scientifici e pratici costituisce una delle discipline più importanti per la cultura e per la vita.

Comunicazione sul tema:

PROF. GISMONDI (Genova).—*Intorno all'educazione dell'istinto nel lattante.*

II.^a Relazione

PROF. CAZZANIGA, Direttore dell'Istituto di Medicina Legale dell' R. Università di Milano.—*Medicina legale e Nipiologia.*

Il Relatore comincia col chiedersi se possa ammettersi una Medicina Legale del lattante e conclude affermativamente, dimostrando come esistano problemi medico-legali specifici ed altri se non specifici almeno molto caratteristici della primissima età. Esclude però che possano far parte di tale branca di studio l'argomento dell'infanticidio, in quanto quest'ultimo, sopprimendo la persona del lattante, toglie di mezzo ogni possibilità di rapporti giuridici; ed esclude altresì i problemi relativi al riconoscimento ed al misconoscimento della paternità, problemi proponibili anche in altre epoche della vita; esclude infine quanto attiene alla lesività generica, quella cioè che non risulta influenzata dalla particolare condizione fisiopatologica del lattante.

Esponde quindi i punti principali della dottrina medico-legale in relazione alla nipiologia, e pone in primo luogo l'argomento della tutela e rispettivamente della offesa fisica del lattante, rilevando come la qualità della persona, sia essa soggetto di diritti o passiva di reato, conferisca caratteri peculiarissimi ai rapporti ed agli eventi giuridici ad essa inerenti.

Più che i delitti dolosi appaiono al Relatore degni di particolare attenzione i delitti colposi, sopra tutto quelli imputabili alla negligenza ed alla imperizia dannosa al lattante, sia per la loro frequenza, sia per la loro difficile perseguibilità, sia infine per la difficoltà di definire tanto in via dottrinale quanto in concreto i limiti della colposità inescusabile. Accenna al fatto della incuria colposa e rileva il carattere eminentemente clinico del giudizio di valutazione medico-legale di essa, come oggetto di indagine. Passa poi a considerare l'aspetto giuridico e conseguentemente medico-legale dell'allattamento, sia come rapporto di diritto fra madre e figlio, sia come negozio giuridico nel caso dell'allattamento mercenario. Illustra le disposizioni legislative vigenti per il controllo di questa importante attività assistenziale, dimostrandone la insufficienza e la non applicazione pratica. Traccia quindi i criteri generali per la valutazione del danno alla persona del lattante nelle sue varie modalità di danno attuale, potenziale, futuro, diretto, indiretto, ecc. ed esponendo i principi della sua indennizzabilità.

Dopo aver messo in rilievo le sanzioni stabilite dalla Legge per le responsabilità derivanti da insufficienza od omissione di cure ed avere precisati termini del problema giuridico relativo al danno civile, il Relatore conclude tuttavia affermando che la vera risoluzione del problema assistenziale durante le primissime fasi della vita è da perseguirsi sul terreno sociale più che su quello giuridico e precisamente mediante una

sempre meno imperfetta educazione delle madri e delle nutrici e mediante il costante perfezionamento degli Organi di controllo.

Nell'ultima parte della sua Relazione il C. prospetta sinteticamente la dottrina della morte improvvisa del lattante, dottrina che ha caratteri medico-legali suoi propri, in quanto la morte improvvisa non solo costituisce nel primo anno di vita un evento più frequente che non in altre età, ma le circostanze del suo accadimento danno facilmente origine a sospetti di colpa degni di accurata verifica, oppure possono lasciare inavvertito l'intervento di fattori esogeni effettivamente importanti anche rispetto ad eventuali imputazioni di negligenza (ad es. introduzione accidentale di corpi estranei nelle vie aeree). Altra caratteristica della morte improvvisa del lattante è quella della peculiarità di talune cause di essa, le quali non ricorrono se non nei primi anni di vita. Di tali cause il Relatore passa in rivista le più importanti, richiamando l'attenzione dei nipiologi sull'interesse che presentano dal punto di vista scientifico e pratico.

III.^a Relazione

PROF. GAFFAMI, Direttore della Clinica Ostetrico-Ginecologica della R. Università di Bari.—*La mortalità ostetrica del neonato* (Conclusioni).

La espressione "mortalità ostetrica" va intesa in senso lato, comprendendo, oltre quella che è conseguenza del parto spontaneo o artificiale con i suoi incidenti e i suoi traumatismi, anche la quota di mortalità che deriva dalla nascita di prematuri deboli malati. Le segnalazioni statistiche della neonatimortalità da parto sono inferiori alla realtà per molti motivi, compreso quello che la diagnosi di morte non può nella pratica corrente venire completata dalla ricerca anatomopatologica. Le vite perdute per la natimortalità e quelle che si spengono nello sbocciare alla vita sono 93.000 all'anno comprendendo tutti i morti nel primo mese di vita. Ora la mortalità più alta è quella della prima settimana ed in questa incidono soprattutto cause ostetriche. Non c'è tendenza a miglioramento: nel 1926 i neonati morti nei primi sei giorni erano stati 16.761; sono passati a 17.880 nel 1928 per arrivare a 20.360 nel 1932.

Bisogna dunque intensificare o modificare i mezzi di lotta. La esperienza clinica assicura che c'è un margine di possibile recupero ancora molto largo. Per es, nella sifilide che determina in certe statistiche fino al 25 % di mortalità; per le intossicazioni gravidiche (l'eclampsia che dà complessivamente un 50 % di natineonati mortalità); per i parti prematuri, che saranno ridotti nel numero da una migliorata igiene della gravida e nelle conseguenze da una cura più adeguata (stanze incubatrici ecc.).

Alta è sempre la natimortalità nel parto: nel 1931 e 1932 essa ha rappresentato il 45.2 e il 45.9 per cento dei nati morti. Una migliorata assistenza tecnica può portare magnifici risultati; per converso la assistenza deficiente può portare a risultati di questo genere: su 136 casi accolti nella clinica di Bari dopo che a domicilio erano stati tentati interventi operativi o si erano praticate iniezioni di pituitrina si ebbe il 79 %

di nati-neonati mortalità. A Napoli, Cristalli, indagando sui registri di parto delle levatrici, trovò che su 2.105 feti morti quelli perduti in travaglio erano stati 658 (contro a 297 macerati e 675 prematuri); la mortalità operatoria fetale era stata di 432 (il 23 % su 1877 intervenuti).

Una sorveglianza sistematica ben condotta della gravida, un pronto soccorso competente, il ricovero tempestivo in Istituti ostetrico-ginecologici efficienti garantirebbero un miglioramento sensibile dello stato attuale.

Non occorrono nuove disposizioni legislative; basta applicare quelle esistenti nella Legge dell'O.N.M.I.; per la cui azione si auspica che si estenda anche al parto quanto si è fatto nei riguardi della profilassi in gravidanza e soprattutto si desidera che sia dato un maggiore sviluppo alla azione tecnico-sanitaria oltre che a quella etico-sociale; utilizzando anche più che non ora le singole competenze. E si desidera che abbiano attuazione le disposizioni previste nella circolare 20200 della Direzione di Sanità (31-XI-1934) volte ad assicurare la completa assistenza ostetrica anche nelle provincie, la istituzione o il miglioramento degli Istituti ostetrico-ginecologici, diretti da personale specializzato, la creazione di Guardie Ostetriche rurali, la facilitazione per i ricoveri delle partorienti nelle maternità ecc.

Viene veduta la utilità di una cooperazione ostetrico-pediatria nel chiedere la creazione di Istituti efficienti con la possibilità di armonica collaborazione, soprattutto nell'interesse della sopravvivenza dei prematuri.

Si insiste per una maggiore valorizzazione delle levatrici, importanti anche per il contributo che, bene preparate, possono dare alla puericoltura postnatale; si auspicano provvedimenti che facilitino la loro frequenza ai Corsi di perfezionamento dell'O.M.M.I., curando soprattutto di avviarvi le levatrici rurali. E si riconosce che si inquadra ottimamente nella politica demografica del Regime la creazione di nuove Scuole Ostetriche, veri centri di educazione ostetrico-pediatria per i sanitari e per la stessa popolazione. Toccati codesti punti di relativo comune interesse, tralasciando di soffermarsi sui problemi più propriamente tecnici ostetrici, si riafferma la fede nella sanità delle tavole dell'O.N.M.I. che deve sempre costituire il fulcro della attività ostetrico-nipiologica pediatrica.

Comunicazioni sul tema:

- DR. COLAVECCHIO (Trieste).—*Le nati-neonati mortalità nelle tossicosi gravidiche e nelle altre malattie materne complicanti la gravidanza nel decennio 1925-1934 nella R. Scuola di Ostetricia di Trieste.*
- DR. DE SENIBUS (Trieste).—*La nati-neo mortalità nei parti in presentazione podalica nel decennio 1925-1934 nella R. Scuola de Ostetricia di Trieste.*
- DR. DUCA (Trieste).—*La nati-neonati mortalità nel parto in presentazione di spalla nel decennio 1295-1934 nella R. Scuola di Ostetricia di Trieste.*

Discussione: prendono parte i Prof.ri Gioseffi, Dotti, De Toni, Calendoli, Macciotta, Guglielmi.

Risponde il Prof. Gaifami.

E' approvato il seguente ordine del giorno del Prof. Gaifami:

“Le nostre constatazioni e le nostre proposte potrebbero brevemente essere concretate in una raccomandazione da presentare alle Autorità Competenti sotto questa forma per esempio; constatata la percentuale elevata delle perdite dei neonati per cause inerenti al parto e per conseguenza di malattie in gravidanza o della gravidanza; rilevato che delle oltre 80.000 perdite annue fra nati morti e morti al primo mese, una metà sono legate ad incidenti del parto e che anche il resto offre margine di recupero se si attui una integrale assistenza ostetrica; assodato, anche dalle statistiche ufficiali che non è in atto alcuna tendenza ad una riduzione della nati-neonati mortalità, si riconosce la necessità che l'O. N. M. I., svolga un'azione sempre più attiva per applicare e far applicare le provvidenze previste dalla legge che la creava, ostendendo la sua azione anche nel parto; si reputa necessario che le Autorità competenti siano sollecitate a realizzare le disposizioni della circolare 20.200 della Direzione di Sanità, soprattutto nei riguardi del miglioramento e della creazione di sezioni ostetriche ginecologiche provinciali e nei riguardi anche della facilitazione dei ricoveri delle partorienti e per le guardie ostetriche rurali. Si riconosce utile favorire il moltiplicarsi delle Scuole Ostetriche specie nel Mezzogiorno che ne è quasi sfornito, utile provvedimento pure nei riguardi della puericoltura post-natale. E si segnala l'opportunità di affiancare i reparti Ostetrici con sezioni Nipiologiche e Pediatriche, allo scopo di avere una migliore assistenza al neonato in genere, a quello prematuro e malato in specie”.

(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

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

Sociedad de Pediatría de Montevideo

SESION DEL 13 DE DICIEMBRE DE 1935

Preside el Prof. W. Piaggio Garzón

Crisis de apnea con cianosis en un recién nacido con hemorragia intracraneana

Dr. N. Leone Bloise. — Niño de término, hijo de padres sanos, de constitución artrítica, que tras un parto espontáneo, de vértice, algo laborioso, ofrece, a la hora de haber nacido, una crisis de apnea con cianosis y relajamiento muscular, que luego desapareció completamente, aunque quedó cierto grado de obnubilación. Dichas crisis se repitieron, cada vez más intensamente, separadas por períodos durante los cuales el niño presentaba un aspecto normal, con excepción de ligera somnolencia y obnubilación cerebral, revelando, la punción lumbar, una hemorragia intracraneana intensa. La muerte se produjo en ocasión de una de esas crisis, a las 28 horas del nacimiento. Si bien no pudo practicarse la autopsia, cree que debe aceptarse la hemorragia intracraneana como causa del síndrome observado, pudiendo sospecharse la probable localización de las lesiones, en la proximidad del 4.º ventrículo, por la sintomatología anotada. Dicha hemorragia puede relacionarse con el parto, que fué laborioso y prolongado, aunque espontáneo. El tratamiento consistió en las maniobras de respiración artificial (procedimiento de Syloester), inyecciones de lobelina, y de aceite alcanforado, baños, punción lumbar.

A propósito de las recientes discusiones sobre vacunación antituberculosa con B. C. G., en la Sociedad de Pediatría de París

Drs. P. Cantonnet y H. Cantonnet. — Al discutirse en abril de 1934, en la Société Médicale des Hôpitaux, de París, la comunicación de H. Eschbach, titulada: "Muerte por tuberculosis, en un niño de 18 meses vacunado por el B. C. G.", se renovaron, en los más importantes centros científicos franceses, los problemas relacionados con la referida vacunación. Recientemente, en la Sociedad de Pediatría de París, se han renovado las mismas discusiones. En su co-

municación actual, los autores no pretenden sino poner de manifiesto que los hechos y los problemas prácticos que se relacionan con la vacunación antituberculosa, que originaron las discusiones mencionadas, en París, los habían sentido, plantado y resuelto, a partir de 1930, de acuerdo, en algunos puntos, con las conclusiones a que llegan, en la actualidad, los maestros franceses. Comenzaron la introducción del B. C. G. por vía subcutánea, en 1930. Desde ese instante siguen al niño vacunado, practicándole la eutirreacción en serie, para revacunarla cuando ésta se vuelve negativa. La infección tuberculosa en niños vacunados, es banal, habiendo presentado 19 observaciones semejantes a las de Eschbach. Tales infecciones las explican: a) en vacunados por vía bucal, porque han perdido la vacuna por vómitos; b) porque los calmetizados salen de las maternidades y van a vivir a medios rodeados de tuberculosis; c) a la pérdida de la premunición e infección antes de haber sido revacunados. Los autores prefieren la vía subcutánea, para la vacunación, aunque presenta el inconveniente de la formación de abscesos y nódulos subcutáneos. La vacunación antituberculosa por la vacuna B. C. G. presenta en su aplicación, dificultades prácticas tan grandes, para su verdadera eficacia, que se necesitarían una organización técnica y social tan vasta, como no permiten alcanzarla las posibilidades económicas.

Las formas hemipléjicas de la enfermedad de Hutinel

Dres. A. Carrau, H. Mourigan y C. M. Barberousse. — Existen en la cardiocirrosis de Hutinel, formas clínicas caracterizadas por accidentes cerebrales embolizantes. En esta nueva modalidad clínica de la enfermedad, pueden aparecer convulsiones generalizadas y hemipléjicas, aislada o sucesivamente, pudiendo ser el accidente terminal de la enfermedad a veces; y otras permitiendo una sobrevida más o menos larga. Este tipo embolizante cerebral se explica, en la autopsia, por alteraciones del miocardio, de origen tuberculoso o por lesiones del endocardio parietal. En ninguno de los casos observados por los autores se han encontrado lesiones anatómicas de valvulitis aguda o crónica. Las hemipléjicas de la cardiocirrosis de Hutinel modifican sólo el aspecto clínico de los enfermos, dando lugar a una nueva modalidad. La evolución y el pronóstico son iguales a los de los otros tipos descriptos por Hutinel. La investigación de la sífilis, en los enfermos estudiados, ha sido negativa.

Relatan 2 casos de la Clínica del Prof. Carrau. Uno, niño de 8 años, además del síndrome de Hutinel, presentó, en su evolución, convulsiones y hemiplejía de recha, constatándose en la autopsia, la existencia de un foco escleroso superficial y poco profundo, en la región rolándica izquierda; paquipleuritis total, mediastinosis callosa, sínfisis pericárdica; endocardio depulido en la región apical, donde existían coágulos antiguos muy adheridos; sobre la pared de la aurícula derecha, una lesión caseosa, separada de la cavidad por el endocardio; ganglios caseosos, ascitis, perihepatitis y periesplenitis. El segundo enfermo, de 7 años, falleció en medio de cuadro convulsivo; en la autopsia se encontró una mediastino-pericardio-pleuritis callosa; tuberculosis nodular caseosa de la pared auricular derecha; lesiones caseosas de la pared anterior y del miocardio, cerca del nacimiento de la aorta; hígado cardiograsso, con granulaciones tuberculo-

sas; bazo escleroso, con granulaciones grisáceas; riñones cardíacos, con cicatriz de infarto.

Finalmente, recuerdan un tercer caso, que fué presentado a la Sociedad el 16 de diciembre de 1920, por los Dres. E. P. Lasnier y A. Armand Ugon. El enfermo fué estudiado en la Clínica del Prof. Morquio, y la observación fué publicada inextenso, en "Archives de Médecine des Enfants" t. XXV, 1922, pág. 25-35. Niña de 10 años, hija de padre alcoholista y tuberculoso, fallecida después de presentar el cuadro de la enfermedad de Hutinel, terminado por convulsiones y hemipléjica derecha. En la autopsia se encontraron dos embolias cerebrales, en las regiones temporal y frontal izquierdas; pleuritis adhesiva fibrosa, sínfisis fibrosa pericárdica, total; nódulo tuberculoso de la aurícula derecha; persistencia del agujero de Botal, sin alteraciones valvulares ni endocárdicas; adenitis tuberculosa granúlica, crónica, mediastinal. Las embolias las explicaban por el pasaje de fragmentos del tuberculoma de la aurícula, al través del agujero de Botal, lo que dió origen a embolias paradójales o cruzadas.

Tres casos de quistes hidáticos del cerebro. Nueva técnica quirúrgica

Dr. A. H. Schroeder. — Refiere las historias de 3 niños, de 15, 11 y 6 años de edad, en los que el diagnóstico de quiste hidático cerebral fué realizado mediante el empleo de la encefalografía, realizándose luego, la operación, por un nuevo procedimiento, original del autor. El diagnóstico del quiste hidático cerebral es muy difícil como localización, pues, dado su crecimiento extraordinariamente lento y la gran tolerancia del encéfalo, los síntomas se manifiestan cuando ha alcanzado un volumen considerable, incompatible con la vida. Las reacciones de Cassoni y de fijación hidática y el análisis de la sangre, fracasan muy a menudo. El diagnóstico de naturaleza es, salvo circunstancias especiales, solo de probabilidad.

El estudio de estos 3 casos le permite llegar a las siguientes conclusiones: a) que la encefalografía permite localizar el quiste cuando los síntomas clínicos y radiológicos fracasan; b) que puede afirmarse el diagnóstico de naturaleza del quiste hidático, cuando hay discordancia entre el estado del enfermo y el volumen de la neoformación, apreciado por la lectura de la encefalografía.

La técnica quirúrgica habitualmente empleada, da resultados poco halagadores. Muchos casos mueren: a) por la decompresión brusca producida por la apertura del quiste, en el acto operatorio, muriendo el enfermo, en las horas que siguen a la intervención o en ella misma; b) por lesiones graves producidas en el acto operatorio, en la búsqueda del quiste, por no haberse localizado bien éste; c) por intoxicación producida por derrame de líquido hidático en el espacio aracnoideo, ocurriendo el deceso a las 2 ó 3 horas de la intervención, con fiebre altísima, cuadro de intoxicación general y cerebral; d) por recidiva, "in situ" o en la vecindad, del quiste hidático, siendo por lo general, múltiple y prácticamente inoperable.

La técnica operatoria que preconiza, se sintetiza en los siguientes tiempos: 1º Diagnóstico clínico y radiológico exactos, de localización (en caso de dudas, encefalografía); 2º Punción del quiste al través de un agujero de fresa, previa incisión con anestesia local; extracción del líquido hidático, que debe ser lo

más completa posible, sustituyéndolo lentamente por aire; 3° Radiografías en 4 posiciones, que permitan apreciar las relaciones del quiste con la pared craneana; 4° Extirpación de la membrana, abordando el quiste por la pared del cráneo más cercana a él, para lo que se hará una incisión lineal de los planos blandos, de 8-10 centímetros de largo, previa anestesia local; separación de los mismos, con la rugina y sostenimiento con separadores de mastoides; practicar un agujero con la fresa y agrandar la brecha ósea con la pinza sacabocados, hasta alcanzar 5-6 centímetros de diámetro; apertura en cruz, de la duramadre; punción de la cavidad quística al través de las meninges blandas, en la porción menos rica en vasos y dilatación de la apertura con pinzas de Kocher envueltas en algodones húmedos; protección de los espacios aracnoideos vecinos, con algodones, en todo el contorno de la brecha duramariana; extracción de la membrana con una pinza de corazón, aspiración del líquido que pueda quedar en la cavidad; lavado repetido de ésta con éter y secado cuidadoso con el aspirador y algodones; dejar la cavidad quística abierta en el cráneo, cerrar herméticamente la duramadre, con seda y finalmente, cerrar herméticamente los planos superficiales.

Las ventajas del procedimiento serían las siguientes: 1° El abordaje del quiste se hace con un trauma mínimo, por la seguridad absoluta de ruta que da el relleno previo con aire, que permite ver el quiste como de relieve, en el cráneo y sus relaciones exactas con la pared ósea; 2.° Se evitan los efectos de la decompresión brusca, causa de muchas muertes inmediatas postoperatorias; 3° Se evita la difusión del líquido en los espacios aracnoideos, con las consecuencias ya expuestas, por su extracción previa a la apertura del quiste; 4° La desinfección de la cavidad quística ya abierta y la exploración previa de la misma permiten realizar la intervención con más conocimiento de las relaciones de aquélla con los ventrículos y asegura, cree, la esterilización de la cavidad, evitando la recidiva; 5° El éter, como desinfectante, se ha mostrado perfectamente tolerable por la cavidad quística del cerebro, no atacando las fibras mielínicas, como lo demuestra el primer caso operado, presentado a la Sociedad de Cirujía, en el cual, la hemianopsia existente antes de la operación del quiste, desapareció inmediatamente después.

Presenta los 3 enfermos, en excelente estado y exhibe numerosas radiografías. Deja constancia de que los dos enfermos menores fueron estudiados y operados en el Servicio de Cirujía del Hospital "Pereira-Rossell", a cargo del Dr. Prudencio de Pena, con la valiosa colaboración de éste y de sus ayudantes.

Dr. P. de Pena. — Felicita al Dr. Schroeder por el éxito que ha obtenido en los casos que acaba de presentar y por la técnica que propone, la que representa un progreso evidente sobre las hasta ahora existentes.

Sociedad Argentina de Pediatría

DECIMA TERCERA SESION CIENTIFICA: 26 de noviembre de 1935

Presidencia del Dr. Mario J. Del Carril

Ulceraciones agudas del duodeno en un lactante

Dres. J. J. del Carril, G. Foley y J. L. Monserrat.—Niña de dos años de edad, sin antecedentes hereditarios de importancia, criada a pecho exclusivo hasta el año, que enferma de neumonía, complicada con una pleuresía purulenta. Después de varias punciones evacuadoras, la enferma se agrava, cae en algidez y se le practica una pleurotomía con drenaje continuo con sifón. La enferma sigue grave, presentando, horas después de la investigación, continuas y abundantes hematemesis, y frecuentes deposiciones de sangre pura. Fallece a las pocas horas y en la autopsia se encuentra en la primera porción del duodeno una erosión de la pared de la arteria pancreático-duodenal en el fondo de una úlcera excavada en páncreas, erosión que ha determinado una anemia aguda por hemorragia. Junto a esta úlcera se encuentran otras de tamaño y profundidad diversos.

Los comunicantes discuten las distintas teorías sobre la patogenia de este proceso, señalando la opinión de la mayoría que lo atribuyen a infecciones o intoxicaciones graves que al determinar intensas alteraciones hepáticas, originan alteraciones de la coagulabilidad sanguínea; las ulceraciones tendrían origen en la trombosis de un vaso.

La calcemia en los prematuros

Dres. J. P. Garrahan, G. F. Thomas y H. Ferro.—Frente a la escasa y contradictoria literatura sobre el tema, interesa la investigación prolija de la calcemia de los prematuros.

El dosaje del contenido del calcio sanguíneo realizado en 30 prematuros, casi todos menores de 4 meses, permite afirmar que la calcemia es normal en la mayoría de los niños nacidos antes de tiempo.

Dadas las alteraciones bien conocidas del metabolismo cálcico del prematuro, estos resultados se explicarían en la misma forma que se explica la calcemia normal o elevada en el hiperparatiroidismo o en el curso de un tratamiento con hormona paratiroidea, a pesar de que en casos tales la elimina-

ción del calcio está aumentada. No siendo especialmente abundante el calcio que la alimentación le aporta al prematuro, se concibe que en realidad ocurra en los primeros meses, en cierto grado, una decalcificación del organismo, no obstante la calcemia normal.

**Primoinfección tuberculosa a puerta de entrada cutánea
con eritema nudoso consecutivo**

Dr. Raúl Cibils Aguirre.—La tuberculosis cutánea primaria, es decir, el complejo tuberculoso o chancero de inoculación cutáneo y adenopatía satélite, existe y no se discute. Lo prueba las observaciones publicadas.

Pero si estos casos son relativamente frecuentes, son, en cambio, excepcionalísimos aquéllos en que el foco primario al nivel de la piel es seguido de un eritema nudoso.

Después de analizar los casos descriptos por Wallgren, Penny, Gordon y otros, se relatan dos observaciones personales que pueden considerarse esquemáticas de la evolución de la infección tuberculosa inicial, en su forma más típica, con : a) foco primitivo tuberculoso; b) adenopatía tuberculosa satélite secundaria; c) fiebre inicial y reacción perifocal; d) eritema nudoso típico consecutivo; y e) ausencia de otras lesiones tuberculosas demostrables por la clínica y la radiografía.

Estas observaciones constituyen así la más gráfica de las demostraciones de la etiopatogenia tuberculosa del eritema nudoso y adquieren todo el valor absoluto de una experiencia.

Estafilococcia en un recién nacido. Neumopatía supurada, en comunicación con un voluminoso neumooabsceso disecante de la pared torácica. Abscesos metastásicos de cerebro y riñón

Dres. P. de Elizalde y E. Zucal.—Presentan los comunicantes un caso de sepsis estafilocócica, en un lactante de pocos días, cuyo rasgo saliente lo constituye una gran neumooabsceso disecante de la pared torácica en íntima comunicación con una neumopatía supurada, mediante un trayecto y a favor de una pleuritis localizada sin derrame pleural. Relacionan la sepsis del recién nacido con la mastitis supurada de la madre, por ingestión de leche séptica.

PRIMERA SESION CIENTIFICA: 14 Abril de 1936

Presidencia: Dr. José M. Macera

Socios fallecidos. — El señor Presidente recuerda la actuación de los socios fundadores de la Sociedad Argentina de Pediatría, doctores Rodolfo Rivarola,

Samuel Madrid Páez y Juan Buseo, e invita a los socios presentes a ponerse de pie en homenaje a su memoria.

Algunos adelantos en materia de transfusiones de sangre
(Con presentación de aparatos)

Prof. M. Acuña y Dr. J. García Oliver. — Después de recordar la importancia creciente de las transfusiones en pediatría, establecen la necesidad de tener organizado un Centro Hemoterápico lo más completo posible, como lo han logrado los autores en el Instituto de Pediatría y Puericultura del Hospital Nacional de Clínicas.

En esta comunicación se limitan a presentar dos aparatos que señalan un verdadero progreso en materia de transfusiones.

El primero es una pequeña "mesa de transfusión", planeada por el Dr. García Oliver, que permite llevar rápidamente al lado del enfermo todos los elementos necesarios para la intervención. Se trata de un mueble con ruedas en cuya parte superior lleva los tambores y frascos requeridos y cuyos cuatro cajones laterales contienen todo el instrumental y accesorios. Un soporte metálico izable, en cada esquina, permite sostener en cualquier posición de la cama del enfermo, el recipiente o jeringa que contiene la sangre a inyectar.

El otro aparato, el "Hemofraccionador" fué ideado por el Dr. García Oliver con el fin de distribuir inmediata y asépticamente la sangre extraída de una vez (300 cc. o más) en los pequeños frascos de 150 cc., cantidad generalmente suficiente para una sola transfusión. Todo el aparato se esteriliza al autoclave en un tambor metálico común. Antes de punzar la vena del dador se ha llevado a cada fraseo una cantidad conveniente de suero glucosado y de solución de citrato de sodio. La sangre se fracciona de frasco en frasco a medida que progresa la extracción por medio de sencillas válvulas de distribución central. La sangre se conserva en la heladera.

El profesor Acuña agrega palabras de elogio sobre la labor del Dr. García Oliver al frente del Centro Hemoterápico y propone se designe al aparato presentado, como "Hemofraccionador del Dr. García Oliver".

Diseusión: Prof. Casaubon. — Felicita calurosamente a los comunicantes no sólo por la creación original del instrumental presentado, sino también por la importancia y utilidad de la existencia de un Centro Hemoterápico como el que funciona en el Hospital de Clínicas. Cita en apoyo de sus manifestaciones algunos éxitos obtenidos en la clientela civil, casos de verdaderas resurrecciones con la colaboración desinteresada del Dr. García Oliver, con cuyo nombre, como lo indica el profesor Acuña, debe bautizarse en justicia el instrumental presentado.

Sobre la frecuencia de formas meníngeas en la actual epidemia de Heine-Medin. Su importancia fundamental en el diagnóstico del período preparalítico

Prof. R. Cíbils Aguirre y Dr. José L. Aráoz. — Los comunicantes se refieren tanto a las formas meníngeas puras como a las asociadas con fenómenos ence-

fálicos, bulbares o mielíticos, sosteniendo que el valor de estas formas no es puramente doctrinario sino ante todo práctico, para poder diagnosticar el período preparalítico de la poliomiélitis y las formas no paralíticas de la misma afección.

Estas formas no paralíticas, que las investigaciones extranjeras modernas ponen de relieve, llegan según los americanos al 75 o/o de todos los casos de poliomiélitis y hasta el 85 y 90 o/o (Nissen.)

Con estos nuevos conceptos hay que modificar la clasificación de los distintos tipos clínicos de poliomiélitis. Los comunicantes adoptan la propuesta por la Comisión Internacional para el Estudio de la Parálisis Infantil presidida por Park, en tres tipos principales: el tipo abortivo, el tipo no paralítico y el tipo con parálisis subcortical; y dos tipos accesorios: el encefálico y el atáxico, mucho menos frecuentes.

Las 16 observaciones que presentan los comunicantes encuadran en el "tipo no paralítico" y en el "tipo con parálisis subcortical".

El "tipo no paralítico" de importancia cada día mayor, se lo subdivide en tres variedades: difásica (o "tipo dromedario") epidémica común y meningítica. En las dos primeras variedades el cuadro de irritación meníngea existe junto a otros síntomas variados. En la variedad meningítica el cuadro meníngeo es puro.

Los autores presentan observaciones de cada una de estas variedades y sostienen que en la actual epidemia esta sintomatología meníngea es muy frecuente y que sólo gracias a ella se puede orientar el diagnóstico para ratificarlo con el examen necesario del líquido cefalorraquídeo. La sintomatología meníngea de iniciación puede mantenerse pura durante toda la evolución del proceso o preceder a otras manifestaciones ulteriores.

De sus 16 observaciones, 5 corresponden a la forma meníngea pura, 6 a la meningo-bulbar, 3 a la meningo-espinal, 1 a la meningo-encefálica y 1 a la forma ascendente de Landry. En todas, el examen del líquido cefalorraquídeo extenso en todas partes, ratificó el diagnóstico con pleiocitosis hasta de 270 elementos por cc., sin aumento correlativo de albúminas y globulinas y con glucosa normal o aumentada muchas veces.

Analizan las observaciones extranjeras y nacionales al respecto y recalcan que las formas meníngeas patrimonio del período preparalítico corresponden a la clientela civil más que a la del hospital, adonde llegan tardíamente.

La existencia de estas formas meníngeas está demostrada clínica, anatomopatológica y experimentalmente. Su frecuencia varía según las epidemias; y el conocimiento de existencia constituye una poderosa ayuda en el diagnóstico tan difícil del período preparalítico y de las formas no paralíticas de la poliomiélitis. Además, esa sintomatología meníngea precoz nos faculta más que cualquier otro síntoma para efectuar también precozmente la punción lumbar y el examen indispensable del líquido cefalorraquídeo.

El diagnóstico diferencial con las meningitis cerebroespinal y tuberculosa se plantea frecuentemente al principio. La evolución sintomática y la modificación ulterior y rápida del líquido cefalorraquídeo aclaran el diagnóstico definitivo.

Los comunicantes concluyen afirmando que las formas meníngeas de la Enfermedad de Heine-Medin son tanto más frecuentes cuanto más se las investi-

ga y que el lograr comprobarlas evita errores fundamentales de diagnóstico, pronóstico, tratamiento, profilaxis y epidemiología.

Discusión: *Prof. Casaubon.* — En el Hospital de Niños, cuya subdirección ejerce, se han registrado desde el 1º de enero del corriente año, alrededor de 500 casos. Se ha nombrado una comisión encargada del estudio minucioso de todos los casos; de los resultados que ella obtenga podremos deducir las modalidades clínicas de la epidemia actual. A propósito de las manifestaciones meníngeas de la E. de Heine-Medin se le ocurrió el empleo del exámen eléctrico como medio de diagnóstico precoz en aquellas formas meníngeas puras o menigoencefálicas en las que la clínica no revela signos paralíticos. En dos niños afectados de una forma meníngea pura el electrodiagnóstico precoz confirmó la presunción clínica de Enfermedad de Heine-Medin: comparando los músculos entre sí había alteraciones cuantitativas en la respuesta eléctrica. Por lo tanto, en tales enfermos, clínicamente meningíticos puros, había también alteraciones medulares. Se le ocurre sugerir, por consiguiente, esta noción como medio que puede coadyuvar al diagnóstico de estas formas no paralíticas.

Por lo demás, corrobora las observaciones del Prof. Cibils Aguirre sobre la frecuencia de las formas meníngeas en la actual epidemia.

Prof. Bazán. — A propósito de las formas clínicas de la parálisis infantil, dice, que de acuerdo a nuestros conocimientos actuales el virus se localiza en los centros nerviosos, siendo probablemente las reacciones y los síntomas meníngeos sólo debidos a una irritación pasajera, reacción semejante a la de todas las serosas que envuelven órganos inflamados. Las formas meníngeas propiamente dichas, cuya sintomatología se reduce a la prestada por las meninges y que no se acompañan de parálisis son muy raras. Los síntomas meníngeos del comienzo son, por el contrario, muy frecuentemente en todos los casos.

Dr. Pereyra Käfer. — Considero que debe diferenciarse netamente la irritación meníngea del período de invasión o del estado de irritación meníngea, en la forma difásica de Nissen o con curva de camello de los norteamericanos, de la forma meníngea.

Es un hecho clásico que las reacciones meníngeas son de frecuente observación en la iniciación de la poliomiélitis, durante las épocas epidémicas, mientras que las formas meníngeas (del período de estado) son, en cambio, relativamente raras. Es lo que he podido comprobar en la actual epidemia. En esta epidemia de Buenos Aires pueden impresionar como más numerosos los casos con irritación meníngea porque en épocas comunes se diagnostica la poliomiélitis, salvo muy raras excepciones en el período paralítico, mientras que actualmente los padres de los enfermitos llaman al médico cuando los niños tienen fiebre u otro trastorno, debido a que están enterados de la existencia de la epidemia y del modo de iniciarse la enfermedad. Es entonces posible ver a los enfermos en el período preparalítico.

Con respecto al diagnóstico precoz, recuerdo que tanto Brahdly y Lenarsky en los Estados Unidos, como Nissen en Dinamarca y Siegl en Austria, dan gran importancia a la evolución en dos períodos antes del paralítico para evitar errores.

Considero que deben llamarse estos abortivos a los que no pasan del pe-

riodo de invasión sistémica y frustrados a los que no pasan del de irritación meníngea, siendo impropio designar “no paralíticos” a estos últimos, pues habiendo ya debilidad muscular y alteración de los reflejos la neurona motriz periférica se encuentra lesionada.

Considero que la forma bulbar se puede diagnosticar perfectamente por los trastornos respiratorios y circulatorios, así como por los de la voz y de la deglución, del mismo modo como la forma pontina se diagnostica por la parálisis facial y por la del motor ocular externo (rara) y la peduncular (rara) por la del motor ocular común.

Existen formas encefálicas y su observación en épocas epidémicas además de los resultados del exámen del líquido cefalorraquídeo son argumentos a tener en cuenta. Además, a veces, como en un caso de la actual epidemia observado con el Dr. Sas, se asocian parálisis flácidas, que atestiguan la concomitante lesión medular y que rubrican el diagnóstico.

Creo que en la epidemia actual en la iniciación del cuadro clínico han predominado los casos con algias sobre los que tenían irritación meníngea.

Con respecto a si las lesiones meníngeas son primitivas o secundarias, a las medulares, si bien los hechos clínicos y fisiopatológicos tienden a que nos inclinemos hacia la primera hipótesis, no es posible aún afirmar nada categóricamente.

Dr. Giustinian. — Manifiesta que aún cuando no trae cifras exactas porque no creía intervenir en la discusión del tan interesante trabajo de los comunicantes, quiere manifestar que en el Hospital de Niños, en el servicio del Prof. del Carril, cuya sub Jefatura desempeña, han tenido ocasión de examinar el líquido cefalorraquídeo de la casi totalidad de los enfermos de Heine-Medin, internados; los que agregados a los casos de consultorio externo y los enviados gentilmente por otros servicios del mismo hospital, llegan fácilmente a unos 150 casos.

El estudio del líquido cefalorraquídeo que ha estado a cargo del jefe del laboratorio de la sala, doctor Benjamín Martínez, y que motivará un trabajo que oportunamente se comunicará, ha revelado, en una proporción que se acerca quizá al 100 % una variable pero franca presencia de elementos celulares en elevado porcentaje; y en general, presencia de las globulinas y aumento de los prótidos.

Esas modificaciones del líquido cefalorraquídeo en tan elevada proporción de frecuencia, le hace pensar que no se trataría de formas meníngeas de la Heine-Medin, sino solamente sintomatología propia y frecuente de la misma, como lógica reacción de una serosa a focos inflamatorios.

Por otra parte, las rigideces de nuca y de columna, ambas tan frecuentes, cree que en realidad no deban interpretarse como signos meníngeos sino solamente como manifestaciones miálgicas de músculos de la nuca y de columna que llegan a hacer un pseudokerning, lo que estaría de acuerdo con la ausencia habitual de otras manifestaciones meníngeas, como ser las alteraciones de las reacciones pupilares, etc.

Por lo demás, está en un todo de acuerdo con lo manifestado en la valiosa comunicación que acaba de leerse.

Prof. Acuña. — Los hechos enunciados son de palpitable actualidad. Nuestros conocimientos sobre la Enfermedad de Heine-Medin han progresado mucho

en los últimos años, pero también es evidente que el genio epidémico se ha modificado, permitiendo descubrir aspectos nuevos de la afección.

Tuvo oportunidad de estudiar detenidamente la epidemia de 1911 en la Capital: fué una de las más grande hasta entonces.

De los 39 casos, la casi totalidad lo fueron de formas espinales, atacando a niños de 4, 5 y 6 meses; sólo dos casos de formas meníngeas y una encefálica. Comparando aquella estadística con las estadísticas recientes del extranjero y del país, se advierte una gran diferencia en cuanto a localizaciones, pues se acusa un predominio neto de las formas bulbares, encefálicas y meníngeas sobre las espinales.

No hay que confundir, sin embargo, las reacciones meníngeas — que pueden verse en la mayoría de los procesos infecciosos, así como en las formas clásicas de la poliomiélitis, — con la forma meningítica de la Enfermedad de Heine-Medin, en la cual se exige por lo menos las constancias del laboratorio y de la evolución.

Recuerda algunas formas meníngeas interesantes; por ejemplo, el caso de un niño de tres años que tuvo oportunidad de atender con un cuadro meníngeo intenso e indiscutible; el niño curó de su meningitis pero quedó sordo lo que certificó la etiología del proceso.

En presencia de un cuadro meníngeo intenso, que evoluciona favorablemente, se impone el diagnóstico de forma meníngea de la Enfermedad de Heine-Medin, cuando coexiste con otras localizaciones del médulo-virus.

En cuanto a la localización exclusivamente meníngea sin que tome otros segmentos del sistema nervioso, el diagnóstico causal no puede hacerse sino por la existencia de un medio epidémico. Le parece imprudente generalizar este concepto sin las debidas comprobaciones biológicas y experimentales; hasta el presente carecemos de ellas. Y conviene no prodigar el diagnóstico de Heine-Medin inconsideradamente sin fundamentos clínicos muy serios y las necesarias comprobaciones de laboratorio y eléctricas por los perjuicios grandes que tal diagnóstico precipitado ocasiona en el medio familiar.

Prof. Cibils Aguirre. — Tomo nota de los casos que cita el doctor Casabon, de los que conozeo algunos, y también he visto como él debilidad o parias más o menos efímeras, explicables porque la lesión no llega a la destrucción, quedando sólo en la fase de congestión y edema.

El Dr. Bazán se refiere a la inexistencia de lesiones meníngeas comprobadas en el exámen anatomopatológico. Por un lado recordaré que las formas meníngeas puras no llegan generalmente a la necropsia. Y por otro lado, la infiltración histológica de la piamadre es la regla en la gran mayoría de los casos de poliomiélitis; a punto tal que Harbitz y Scheel sostienen que el virus ataca primitivamente la meninge y secundariamente el eje cerebrospinal, siendo la poliomiélitis una meningitis que tiene tendencia a ganar la profundidad. Ya Wickmann, anteriormente, afirmaba que la piamadre presenta en la poliomiélitis una infiltración de células redondas; y Schreiber sostiene que “la meningitis debida al médulovirus existe siempre anatómicamente en la poliomiélitis”. En el texto de nuestra comunicación el punto está descripto con amplitud. Y si estos datos aún no bastaran para demostrar la existencia anatómica de las meningitis,

por Heine-Medin, sobraría con las comprobaciones efectuadas en el líquido cefalorraquídeo que implican meningitis.

En cuanto al pronóstico de las formas meníngobulbares es variable, como se desprende de nuestras observaciones. Desde aquellas con parálisis facial aislada, de pronóstico favorable, hasta las de pronóstico gravísimo con parálisis de los centros respiratorios.

Respecto al tratamiento, punto que no pensaba tratar, soy también escéptico como el Dr. Bazán; pero creo que hasta que se nos ofrezca un tratamiento más efectivo que el suero de convalesciente, debémos seguir utilizándolo. Y utilizándolo sobretodo en ese período preparalítico donde las formas meníngeas que describimos orientan el diagnóstico. Entre nosotros nadie tiene aún la experiencia necesaria para establecer un juicio fundado sobre la acción curativa del suero de convalesciente, utilizado en un número limitado de casos, y de casos ya generalmente con parálisis. Mé remito, pues, al último informe de la Comisión Internacional presidida por Park: sobre un grupo de más de 1000 casos diagnosticados en el período preparalítico, de los cuales la mitad fueron tratados con suero de convalesciente, "nada indica el valor terapéutico del suero de convalesciente, ni para reducir los casos fatales ni para prevenir las parálisis".

El Dr. Pereyra Käfer cree inadecuada o impropia la designación de formas meníngeas que utilizamos, y propone sustituirla por la de formas frustras. Opino lo contrario, pues casualmente, como lo decimos en el texto de nuestra comunicación, las formas frustras o abortivas son sólo aquellas que presentan cuadros infecciosos benignos "sin exteriorización sintomatológica de la invasión del sistema nervioso" designación en la que están de acuerdo todos los autores modernos.

En cuanto a la forma dolorosa a que se refiere el Dr. Pereyra Käfer ya bien conocida, la hemos observado con buena frecuencia y en nuestra última historia existió en tal grado que hasta se pensó en apendicitis y al examinar yo al niño compruebo la hiperestesia exagerada y un síndrome meníngeo orientador que ratificó el líquido cefalorraquídeo.

El mayor adelanto obtenido desde 1930 hasta hoy en el estudio de la poliomielititis consiste casualmente en el conocimiento de la "poliomilitis no paralítica" que representa para la Comisión Americana el 75% de los casos y para más recientes investigadores del 85 al 90% (Nissen).

Estoy perfectamente de acuerdo sobre la dificultad de su diagnóstico y la falacia de su sintomatología; basta recordar el caso famoso de Neal, quien llamado en consulta para ver dos hermanos con diagnóstico de poliomielititis, se encontró con una triquinosis! Y por lo mismo sostengo que dentro de esta falacia sintomatológica los cuadros meníngeos que describimos con el Dr. Aráoz tienen un insuperable valor diagnóstico presuntivo.

En cuanto al tipo encefálico se refiere, recuerdo que entre nosotros Géreis y Marque, han encontrado en sus estadísticas creo que 8 casos, tipo que descrito ya por Strumpell, "aún requiere ulteriores investigaciones intensivas" (Informe Americano).

El Dr. Giustinian encuentra como nosotros, cerca del 100% de líquidos cefalorraquídeos con alteraciones evidentes. Paso por alto la distinción planteada entre Kerning y pseudo Kerning por ser conocida, y recalco que en buena clínica,

un líquido cefalorraquídeo que como en todos los casos que presentamos con el Dr. Aráoz demuestra una pleiocitosis oscilando generalmente entre 50 y 270 elementos por m. c., implica meningitis sin dejar lugar a discusión. Debo insistir en el valor fundamental de la sintomatología clínica meníngea que orientó nuestro diagnóstico y nos permitió efectuar la punción lumbar que lo ratificó.

Al profesor Acuña, que ha sido uno de los primeros en estudiar en nuestro ambiente alguna epidemia anterior, le llama la atención la frecuencia de las formas meníngeas que nosotros anotamos en la actual epidemia. Nuestras 16 observaciones de formas meníngeas puras y asociadas, prueban su frecuente existencia, por otra parte ya bien demostrada en la epidemia de Alsacia, estudiada por Rohmer, y en las más recientes investigaciones americanas y danesas que hemos citado. Además las comprobaciones positivas en el líquido cefalorraquídeo, no dejan lugar a duda.

En los 3 casos que cita el Dr. Acuña, diagnosticados como poliomyelitis por los médicos que los enviaron a su servicio, el exámen del líquido cefalorraquídeo según nos informa el Dr. Acuña, resultó normal. Esto permite acentuar que un médico ponderado no formularía tal diagnóstico previo, en esos casos. Y aquí radica la importancia de la comprobación clínica de signos meníngeos en el período preparalítico, donde todos los otros síntomas son banales y confundibles. Tal comprobación orienta el diagnóstico de presunción y faculta al médico prevenido tanto en la clientela hospitalaria como civil para efectuar inmediatamente la punción lumbar que ratifique o rectifique el diagnóstico.

Opino que más vale en época epidémica sospechar una poliomyelitis hasta que el exámen negativo del líquido cefalorraquídeo elimine tal diagnóstico, que dejar pasar desapercibida una poliomyelitis catalogándola erróneamente como trastorno banal, hasta que una parálisis teatral descorra el telón y deje al médico en situación deslucida.

Para concluir, insisto en que por el momento el diagnóstico difícil pero indispensable del período preparalítico y de las formas no paralíticas escapa generalmente en la clientela hospitalaria, y es ante todo patrimonio de la clientela civil, donde la enfermedad es observada detalladamente desde su iniciación.

Que el conocimiento de estas formas meníngeas y el exámen del líquido cefalorraquídeo constituyen una ayuda poderosa en el diagnóstico precoz de la poliomyelitis al que todos debemos aspirar por sus ventajas, no sólo pronósticas y terapéuticas, sino también epidemiológicas.

Me refiero aquí a las estadísticas de mortalidad desfiguradas según se deduzcan de epidemias en que sólo se han diagnosticado los casos con parálisis o epidemias en que ya se diagnostican las formas no paralíticas. Así en la epidemia de Nueva York de 1916, el porcentaje de mortalidad llega al 21.4%, mientras que en la de 1931 baja al 8%. La disparidad sólo aparente consiste en que en 1916 solo se diagnosticaron los casos paralizados mientras que en 1931 solo el 43% eran casos con parálisis y el 57% casos "no paralíticos" de mucho menor gravedad.

Aspiremos a poder diagnosticar tales casos. Al creer que contribuimos a ello con esta comunicación, esperamos el estudio prolijo del actual empuje epidémico que efectuará sobre su amplio material de observación, el cuerpo médico del Hospital de Niños.

Crónica

II Congreso Internacional de Protección a la Infancia

La Sociedad Italiana de Pediatría, comunica que se ha postergado la fecha en que debían realizarse: el IV Congreso Internacional de Pediatría y el II Congreso Internacional de Protección a la Infancia, cuya crónica apareció en el número anterior de esta revista.

La nueva fecha fijada es: Abril de 1937.

Análisis de Libros y Revistas

PROF. SEZE.—*Síntesis del II Congreso de Neurología Internacional, efectuado en Londres en agosto de 1935.* “Revue Medicale Française, febrero 1936.

Por ser de interés muchas de las consideraciones hechas sobre *Epilepsia*, se traduce lo fundamental de esta síntesis.

La epilepsia se la considera como el *síndrome anatomoclínico* de una lesión de los centros nerviosos. No es hereditaria, es personal y adquirida, siendo las causas más frecuentes de éstas lesiones encefálicas:

- 1.º Los *traumatismos obstétricos* (causas principales y frecuentes).
- 2.º Los *traumatismos cráneocerebrales de la infancia* (caída sobre la cabeza, accidentes en lactantes, etc.).
- 3.º Las *toxi-infecciones infantiles*, que trajeron delirios, convulsiones pasajeras, parálisis cerebrales transitorias o durables, etc., que demuestran la acción nociva particularmente sobre los centros nerviosos del ataque infeccioso, creando así lesiones groseras pero reducidas, del cerebro, cuya cicatriz ulterior determinará una irritabilidad manifiesta.
- 4.º Las *lesiones nerviosas hereditarias*: lúes congénita, alcoholismo.

De sus conclusiones el autor considera que entre la epilepsia y las convulsiones infantiles existe un contacto etiológico estrecho.

Anatomía patológica.—En accesos epilépticos crónicos se observan: *vasos*, proliferación y espesamiento de las paredes de los vasos cerebrales. En el *parénquima nervioso*: esclerosis al nivel del cuerno d'Ammou, a veces alteraciones degenerativas atróficas o esclerosas, particularmente en la corteza cerebral.

Multiplicación de las células nerviosas enfermas meníngeas: adosamiento de la duramadre al cráneo, aracnoiditis serofibrosa o quística. Alteraciones crónicas de los órganos a secreción interna y del hipófisis.

De todas las alteraciones crónicas observadas en los epilépticos no hay una que sea lo suficientemente característica, constante o específica para explicar el desencadenamiento de las crisis o su naturaleza.

Tratamiento.—Ulrich (de Zurich) propone una terapéutica fundada en el conocimiento que se tiene del antagonismo entre el bromo y el cloro del organismo. Precisa la técnica, insistiendo en la necesidad de aumentar lentamente la dosis hasta llegar a una cifra óptima, que una vez establecida deberá ser mantenida varios años. El Prof. Sgalitzer, de Viena, expone los resultados favorables obtenidos con los rayos X. El autor divide el cráneo en cuatro campos, irradia cada día un campo y recomienza al cabo de cuatro días el ciclo. Después de ocho o diez días de tratamiento, intercala un período de reposo de siete semanas.

Martín C. Corlín.