

*Frascoldi*

# ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA

(ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA)

132 H3-A  
1/2 F. mod.

DIRECTOR

Juan P. Garrahan

SECRETARIOS DE REDACCION

J. J. Murtagh

C. Ruiz

A. C. Gambirassi

COMITE DE REDACCION

G. ARAOZ ALFARO — M. ACUÑA — P. de ELIZALDE —  
F. SCHWEIZER — E. A. BERETERVIDE — J. M. VALDEZ  
(Córdoba) — J. C. RECALDE CUESTAS (Rosario) — M.  
R. ARANA — R. CIBILS AGUIRRE — A. CASAUBON —  
F. BAZAN — M. J. del CARRIL — J. M. MACERA



BUENOS AIRES

Imprenta Frascoli y Bindi

Belgrano 2563

1958

**ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA**

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)

Hospital de Niños. — Sala III. — Servicio del Prof. A. Casaubon

**La tuberculosis del peritoneo en la primera infancia (\*)**

por el

**Dr. Alfredo Casaubon**

con la colaboración del

**Dr. Luis María Cucullú**

La tuberculosis se inicia en la infancia, en la inmensa mayoría de los casos, y este ya viejo postulado de Behring recibió, por los trabajos fundamentales de Parrot, Küss, Ghon y Albrecht, la sanción irrecusable de los hechos.

Realizada la primoinfección e instalado el complejo primario de Ranke, después de un período de diseminación del bacilo de Koch experimentalmente comprobado por diversos autores (Schlossmann y Engel, Orth y Rabinovich, Calmette, etc.), y en clínica del lactante por León Bernard y Marcel Lelong (1), desde ese foco inicial parten descargas bacilíferas que unas veces afectan a todo el organismo y otras limitan su acción a una esfera determinada.

La tuberculosis, enfermedad crónica, tiene sus brotes, sus empujes o etapas, que en la infancia pueden determinarse con definida precisión.

(\*) Trabajo presentado a la Sociedad Argentina de Pediatría. Sesión del 12 de abril de 1938.

(1) Generalización del bacilo de Koch en el organismo durante el período antialérgico de la infección tuberculosa del lactante. "Anales de Medicine", T. XXV, N.º 4.

Las formas peritoneales tienen su mayoría en esta época de la vida y corresponden al período secundario, en algunos casos al “período secundario precoz” de Debré y Lelong (2), o “subprimario” de Widowitz y en otros al “secundario tardío”. Hablaremos de tuberculosis peritoneal subprimaria o secundaria precoz cuando sus manifestaciones se enlacen, por así decir, con las que corresponden al período primario, y en forma secundaria tardía cuando entre uno y otro episodio haya existido una faz de latencia clínica que se cifra por meses o por años. La contaminación del peritoneo se hace, pues, en la inmensa mayoría de los casos, por vía sanguínea; más raramente aquella parte del intestino o de los órganos sexuales de la mujer.

La tuberculosis del peritoneo, como manifestación aislada, es un hecho de excepción en la primera infancia porque en la faz inicial de la vida la infección, quemando etapas, determina generalizaciones del mal que desbordan sus defensas y anulan toda acción terapéutica, aunque, por fortuna, no de una manera ineluctable.

Pero ya en la segunda infancia, a partir de los 5 años y sobre todo en los 10, la frecuencia de las localizaciones peritoneales es grande y constituye para el pediatra un hecho de observación común.

Desde el punto de vista de su extensión, cabe diferenciarlas en formas *localizadas* y *generalizadas*.

Las primeras lo hacen alrededor del apéndice y del ciego (formas periapendiculares y peritiflíticas), en la pelvis (formas pelvianas) y alrededor del hígado (formas perihepáticas). No hacemos más que señalar las más frecuentes de estas formas *localizadas*, dando por entendido que existen otras aunque de más rara observación.

El diagnóstico de todas las formas localizadas suele presentar dificultades. En las *periapendiculares* y *peritiflíticas*, el empastamiento más o menos vago de la región, el dolor espontáneo y la presión en la fosa ilíaca y flanco derechos, unidos a las náuseas y vómitos del enfermo, a las modificaciones térmicas y del estado general, podrían sugerir el diagnóstico cuya precisión se suele hacer recién en la mesa de operaciones, a la que los pacientes son llevados habitualmente con la etiqueta de apendicitis. Sobre el

---

(2) Los étapes de la tuberculose. In “Traité de Médecine des Enfants de Nobécourt y Babonneix”, tomo II, pág. 752.

ciego, el apéndice y el peritoneo de la fosa ilíaca se encuentran entonces las granulaciones denunciadoras de la verdadera naturaleza del mal.

Las *formas pelvianas* son particulares a los niños en el período puberal. El tacto rectal permite a veces comprobar un útero inmóvil y una masa dolorosa que se propaga hacia las fosas ilíacas; hay empujes dolorosos en la proximidad de las reglas, acompañados de náuseas y de vómitos.

Las *formas perihepáticas* se encuentran por lo común en la enfermedad o cardiocirrosis de Hutinel, cuya etiología sin ser invariablemente bacilosa—puede ser sifilítica o aún de otra naturaleza—es aquella por lo común. Esta cardiocirrosis suele ser mucho más llamativa respecto de la esfera abdominal que de la esfera cardíaca. En efecto, cuando la enfermedad comienza por el hígado y el peritoneo perihepático, son estas lesiones las que llaman la atención, y recién tardíamente la propagación del proceso a la pleura, al pericardio y a todo el mediastino configura el cuadro de manera definitiva. Es la forma que podríamos llamar ascendente porque las lesiones progresan de abajo hacia arriba—desde el hígado y el peritoneo local hacia el mediastino—en oposición a la descendente en la que el proceso, iniciado en el mediastino y acompañado de sínfisis pericárdica, irradia hacia el abdomen complicando tardíamente el peritoneo.

El diagnóstico de cualquiera de sus formas es singularmente difícil en un comienzo porque todo se va haciendo de modo lento y borroso, sin caracteres clínicos definidos. Poco a poco las cosas se precisan: la clínica, y en particular la radiografía, destacan la mediastinopleuropericarditis, el hígado está grande y doloroso, la ascitis aparece y los signos de insuficiencia cardíaca delatan el sufrimiento del corazón aprisionado dentro de un pericardio fibroso, cuando no, con infiltración calcárea a veces bien visible frente a los rayos.

Pero mucho más frecuentes son las *formas generalizadas* de que pasamos a ocuparnos, y que dividimos, con los clásicos, en *agudas, subagudas y crónicas*.

La *forma aguda*, se la encuentra en el curso de las granulías generalizadas y el diagnóstico, en lo que respecta a la siembra peritoneal, puede hacerse por la distensión del abdomen, la hiperestesia y la defensa locales, a veces acompañados de ligera ascitis.

De todos modos, aquí la localización peritoneal pasa a un plano secundario frente a los signos y síntomas clínicos y radiográficos que permitirán el diagnóstico de fondo: granulía generalizada.

Empero, el predominio del dolor y de la defensa muscular en la fosa ilíaca derecha, la fiebre y los vómitos, o bien estos mismos elementos unidos al dolor y al meteorismo, pueden conducir, con los diagnósticos erróneos de apendicitis o de oclusión intestinal agudas, a intervenciones quirúrgicas intempestivas. Pero otras veces estas mismas formas agudas tienen, clínicamente por lo menos, su único asiento en el peritóneo: son las *formas agudas* localizadas, pero extendidas a todo el peritóneo, y no ya parcial o segmentariamente como en los tipos periapendicular y peritiflítico, pelviano y perihepático.

El cuadro es aquí brusco, el dolor abdominal violento, el vientre meteorizado, la fiebre alta, los vómitos precoces, los signos de infección general graves.

Es un verdadero abdomen agudo que lleva frecuentemente a la operación con los diagnósticos, en la infancia por lo menos, de sus causas más frecuentes: peritonitis supuradas, sobre todo neumocócicas, apendicitis perforada, oclusión intestinal, perforación intestinal en el curso de una tifoidea ambulatoria o no precisada hasta ese momento, etc., etc. La intervención, al descubrir las granulaciones, la evolución hacia la forma úlcero-caseosa o bien la muerte por nuevas localizaciones, generalmente meníngeas, aclaran en el espíritu médico el cuadro hasta entonces justificadamente difícil e incierto.

Las *formas subagudas* están constituídas por las que Fernet en 1884 y Boulland en su tesis de 1885 describieran bajo el nombre de tuberculosis pleuroperitoneal subaguda. Ellas han sido estudiadas, como todo lo que a la tuberculosis peritoneal se refiere, en macizos capítulos por Nobecourt (3).

Este tipo reconoce tres variedades: en una, pleura y peritóneo son simultáneamente tocados, en otra el orden de ataque es peritoneopleural y en una tercera es pleuroperitoneal. Sea cual fuere la variedad, desarrollado que sea el cuadro se tiene por delante una peritonitis generalmente de forma ascítica y una pleuresía serofibrinosa, casi siempre unilateral, con menor frecuencia doble. En este último caso y con mayor razón si el pericardio está también afectado, corresponde el diagnóstico de *poli* o *panserositis*.

---

(3) Clinique Medicale des Enfants. La tuberculose, pag. 303-366.

Entramos al capítulo de las *formas crónicas*, las más frecuentes, clásicamente divididas en las variedades de “*anascítica* o *seca*, *ascítica* o *exudativa*, *caseosa* (últero y fibro caseosa) y *fibrosa*. Este criterio nosológico no puede ser absoluto, ni lo es en la práctica, ya que todas las formas intermedias son posibles, como lo son también las *formas mixtas* o *combinadas*.

En la *anascítica* el vientre se presenta meteorizado, duro, sin líquido como lo dice su nombre o con tan escasa cantidad, que la clínica no permite comprobar su existencia. Suele haber reacciones locales dolorosas, cólicos, vómitos y fiebre, más los signos generales de la infección causal. La aparición de masas—debidas a una peritonitis plástica—contribuye a aclarar el cuadro, más a menudo rotulado al comienzo de tifoidea o paratifoidea, de tifobacilosis, cuando no de la socorrida infección intestinal.

La forma *ascítica* tiene un comienzo lento, con alternatorias de constipación y diarrea, temperaturas subfebriles, sensación de pesadez abdominal. Con los progresos del derrame el vientre aumenta de volumen, el abdomen está sensible, explayado, el ombligo se despliega, una fina red venosa se dibuja debajo de la piel, que aparece tensa y luciente, la onda líquida es franca y la percusión traza una línea cóncava hacia arriba, clásicamente opuesta a la del quiste del ovario. En los derrames considerables las vísceras abdominales y el diafragma son rechazados hacia arriba con el consiguiente obstáculo respiratorio; el escroto y los miembros inferiores se adematizan.

Pero el diagnóstico de una ascítis libre y de cierto volumen es de manifiesta facilidad, otra cosa ocurre, aún para el clínico avezado, cuando el derrame es pequeño.

En la investigación de esta ascítis mínima, pueden ser de utilidad los signos del doble ruido percutorio y de la matidez horizontal, en posición de pie, señaladas por Lian y Odinet (4). Según estos autores, colocado el estetoscopio en un lado del abdomen y aplicando un ligero golpe en un punto simétrico del lado opuesto, se auscultan los ruidos yuxtapuestos, uno que corresponde al de cualquier abdomen y el otro a la onda ascítica. Para la investigación de la matidez el enfermo es puesto en pie; por percusión se obtiene entonces una matidez cuyo límite superior es sensiblemente horizontal. Demás está decir que la vejiga debe ser vaciada como acto previo a la búsqueda de un u otro signo.

---

(4) “Soc. Med. des Hop.,” julio 1931.

El análisis químico y citológico del líquido abdominal revela los caracteres propios del exudado (Rivalta positiva, alto contenido de albúmina y predominio linfocitario).

La inoculación al cobayo, de resultar positiva, es un hecho tardío, al que se adelantan habitualmente los signos y síntomas clínicos en el diagnóstico de la enfermedad.

La forma *caseosa* (úlceros y fibrocaseosa), la más grave de todas, nos presenta un enfermo marcadamente desnutrido y febril, aunque sin una curva térmica definida, con su vientre no ya explayado, como en la ascítica, sino ovalar, de gran eje vertical, piel tensa y lisa, edema de la pared, con red venosa más marcada, uraco infiltrado; la palpación recoge la sensación de una pasta consistente (Bayle), o de un vientre de cadáver (Guéneau de Mussy), y deja comprobar una serie de masas peritoneales y epiploicas, palpables también, mediante el tacto rectal. Estas masas caseificadas dejan entre sí espacios libres ocupados por líquido; la percusión adquiere los caracteres de la llamada en “damero”. La maniobra de Guéneau de Mussy—descompresión brusca de la pared después de haberla hundido con la mano—es dolorosa; la palpación llega a descubrir la existencia de frotos peritoneales (crepitaciones nívea o almidonada). El epiplón retraído se palpa bajo la forma de una masa tensa y transversal (“cuerda epiploica” de Velpeau y Aran). Las deposiciones pueden ser acolicas o grasosas; por reblandecimiento de las masas caseosas se constituyen colecciones purulentas con posible evacuación en la vagina, en la vejiga, en el recto o en el ombligo; fístulas interintestinales se establecen. Estos fenómenos locales y generales, son tanto más graves cuanto más predomina la caseosis; empero la curación completa es posible por esclerosis.

Aunque fuera del cuadro de las peritonitis bacilosas, y de obediendo generalmente a contaminaciones de origen intestinal, la *tuberculosis de los ganglios mesentéricos* debe ser mencionada aquí, tanto más cuando que una y otra—peritonitis y adenopatías—suelen coexistir. En los casos desarrollados, la palpación profunda y el tacto rectal, descubren la existencia de los ganglios hipertrofiados bajo la forma de masas consistentes, irregulares, particularmente en las vecindades del ombligo, fijas o poco móviles en el sentido lateral. Es el “carreau” de los viejos clínicos, que en los casos avanzados conduce al estado de consunción denominado por los mismos *tabes mesentérica*, *atrofia infartum*, *etis mesentérica*;

pero cabe dejar constancia de que la desnutrición de estos sujetos débese más a las lesiones tuberculosas del intestino o de otros órganos que a la tumefacción en sí de los ganglios abdominales.

Finalmente, quedamos referirnos a la *forma fibrosa, fibro adhesión* o *fibroplástica*, que es habitualmente, consecutiva a cualquiera de las otras formas de peritonitis tuberculosa. Aquí el vientre está excavado y la palpación deja reconocer espesamientos epiploicos, tensos y transversales, que son las secuelas de curación de extinguidos procesos inflamatorios. Estos espesamientos forman bridas que con frecuencia causan una oclusión intestinal aguda, que impone la intervención quirúrgica de urgencia.

Bien, digamos ahora que no hemos tenido nunca necesidad de recurrir al neumoperitoneo con fines diagnósticos. Simón y Redeker (5) lo aconsejan en su libro sobre tuberculosis infantil y Rupprecht, citado por aquellos, establece que es no solo útil, sino necesario. Birk (6) dice que es un medio más diagnóstico.

Por nuestra parte pensamos que, en las inmensa mayoría de los casos, la clínica puede y debe bastarse a sí misma; debiendo quedar el neumo abdomen como un recurso de excepción.

En cuanto a la laparoscopia (7), es decir, el examen directo de un sector de la cavidad abdominal a través de un trócar provisto de un aparato de óptica—previa evacuación de la ascítis, si la hay y previa inyección de aire—es un método que nos parece de real excepción. Pensamos que, en los casos difíciles, resulta mucho más sencilla una simple laparotomía, sin contar con los beneficios terapéuticos que ésta puede reportar. De la laparoscopia en general, con detalles de su técnica, se han ocupado entre nosotros H. E. Stocker y J. V. Uriburu (8).

El análisis de sangre no reviste mayor valor diagnóstico. La fórmula roja no ofrece otros caracteres que los de una anemia simple, hipocromia, variable en su intensidad; el total de los glóbulos blancos en nuestras observaciones fué el normal, si se exceptúan dos, una con 12 y otra con 14.000. Cabe subrayar, empero, la casi constante polinucleosis neutrófila de los catorce casos de nuestra sala. En efecto, si se elimina uno con equilibrio leucocitario normal, todos los demás presentaron una neutrofilia que osciló entre el 64 y

(5) "Manual práctico de tuberculosis infantil", pág. 603.

(6) En Pfaundler y Schlossmann. "Tratado enciclopédico de enfermedades de la infancia", tomo III, pág. 455.

(7) "Heins Kalk. Klin. Medz.", 1929, tomo III.

(8) "La Prensa Médica Argentina", N.º 48, diciembre 1 de 1937.



el 83 %, cifras elevadas si se consideran las particularidades hematólogicas del niño.

En el diagnóstico de una peritonitis tuberculosa, como en el de cualquier otra afección, un interrogatorio prolijo y el examen completo y reiterado del enfermo es de importancia capital.

La anamnesis, sobre todo frente a un niño de la primera infancia, tiene valor capital porque a esa edad la contaminación se efectúa, en la inmensa mayoría de los casos, en el medio familiar.

Las reacciones tuberculínicas pueden tener un valor decisivo para rechazar la etiqueta de peritonitis bacilosa cuando sean reiteradamente negativas y no existan causas de anergia.

El examen clínico y el interrogatorio, destacando la existencia de otras lesiones presentes o pasadas de la misma naturaleza, y la radiografía del tórax descubriendo iguales causas en la pleura o en el pulmón, son elementos capaces de aportar datos decisivos frente a un enfermo de difícil interpretación.

No podemos detenernos en el diagnóstico diferencial de las formas agudas, porque ello llevaríamos demasiado lejos al plantear aquel problema con las peritonitis de igual tipo pero de otra etiología (neumococcicas principalmente), con las oclusiones y obstrucciones intestinales, con las apendicitis, más raramente con las perforaciones típicas, etc.

Pero sí hemos de insistir, aunque sea con parquedad, en el de las formas crónicas.

Se plantea aquí habitualmente el diagnóstico de “*un vientre grande*”, como se plantea el de un “*vientre o abdomen agudo*”.

Luego un vientre grande, en la infancia, puede deberse a causas *congénitas* o *adquiridas*.

Entre los primeros, citaremos al *megacolon* o *enfermedad de Hirschsprung*, que data desde el nacimiento o poco después, se acompaña de timpanismo y de constipación y encuentra en la radiografía, previo enema opaco, su confirmación irreusable.

La *enfermedad celiaca*, *infantilismo intestinal* o *enfermedad de Herter* presenta, también, un abdomen distendido, timpánico, duro e indoloro. El retardo pondoestatural de éstos niños, la extraordinaria abundancia de sus evacuaciones con enorme contenido de grasas (análisis coprológico) y los signos radiológicos (alargamiento del ansa y mesosigmoideos, macrosigma) evitarán la confusión.

El *grosso vientre raquítrico* de Marfán se debe a una hipotonía

de la musculatura abdominal y gastrointestinal y se presenta como un abdomen de batracio, explayado en sus flancos. Haciendo sentar al niño, tomándolo de la nuca y apoyando la otra mano sobre sus rodillas, se dibujan en la pared abdominal tres lobulaciones bien nítidas en razón de la hipotonía muscular: una central y dos laterales y simétricas. La investigación de este signo y de los otros elementos de diagnóstico (radiografías de las epífisis en particular), evitarán la confusión.

Con todo, la cuestión suele traer aparejadas en la práctica serias dificultades porque el intestino hipotónico y lleno de líquido, también deja percibir cambios de sonoridad con los cambios de posición, dando la impresión de una ascitis en realidad inexistente. Aunque con menor frecuencia en la infancia, el problema puede plantearse con una ascitis por *cirrosis hepática*, con hipertrofia o con atrofia del hígado. Hemos observado dos casos, uno publicado con Acuña (9) y otro, últimamente, en nuestro servicio, publicado por L. M. Cucullú y R. Zubizarreta (10). La falta de fiebre, de dolores y de síntomas gastrointestinales, la ascitis con red venosa portocava, el análisis del líquido de punción con los caracteres de un transudado o con fórmula mixta de exudadotransudado, permitirán una correcta interpretación de los hechos.

La *sífilis* es capaz de causar una peritonitis exudativa. Con Acuña, publicamos un caso demostrativo, Belloc y Satanowsky (11), hicieron lo propio con un caso realmente extraordinario, de cinco meses de edad, en el que pudieron evacuar 1.200 p. de líquido abdominal por paracentesis. Aún cuando ya en adultos, Castex (12), ha dado a conocer dos casos.

Pero debemos hacer una salvedad: las peritonitis exudativas sifilíticas exigen pruebas categóricas de su etiología, porque ellas son una cosa y otra muy distinta las peritonitis tuberculosas evolucionando en un heredosifilítico.

Ya hemos hablado de la *cardiocirrosis de Hutinel*, con su gran ascitis en el período avanzado, sus signos de esclerosis pericardopleuromediastinal y sus signos de insuficiencia cardíaca. La mencionamos de nuevo para recordar que si su etiología es frecuentemente

---

(9) Ascitis, por cirrosis hepática, espontáneamente curada. "La Semana Médica", N.º 18, 1929.

(10) Cirrosis del hígado en la infancia. "Prensa Médica Argentina", enero 19 de 1938.

(11) "La Prensa Médica Argentina", enero 30 de 1922.

(12) Sífilis hereditaria tardía. 1920.

tuberculosa, puede ser sifilítica o reconocer ambas a la vez y con gran rareza factores ajenos a estas dos grandes infecciones.

La *linfogravulomatosis maligna* de localización abdominal produce la intumescencia de los ganglios regionales y a veces ascitis. Con Acuña (13), hemos publicado, entre varios casos, dos que lo tenían. Naturalmente que si el sujeto presenta adenopatías múltiples, clínica o radiográficamente visibles, las cosas se simplifican y adquieren su comprobación irrecusable por la biopsia de un ganglio y su estudio histológico. Pero las dificultades surgen cuando la localización es puramente abdominal; entonces serán de gran utilidad para el clínico la hepatoesplenomegalía, las erupciones pruriginosas cutáneas, la eosinofilia que a veces aparece nada más que en los períodos febriles (se ha llamado a esta enfermedad adenia eosinofílica prurígena) y la fiebre recurrente de Pel y Ebstein.

La *linfosarcomatosis regional abdominal* es otro proceso a tener en cuenta. La posible existencia de algunos ganglios periféricos (biopsia), la desnutrición progresiva y sobre todo el análisis de sangre demostrando no sólo una anemia más o menos acentuada, sino y principalmente, alteraciones leucémicas en ciertos casos permitirán un rótulo correcto.

No hacemos más que mencionar los *grandes quistes del ovario*, los *grandes quistes hidáticos abdominales*, los *grandes hidronefrosis* y las *vejigas llenas de orina*, paralíticas o no, que el clínico ha de recordar en la diferenciación diagnóstica. Sería absolutamente superfluo hablar de diagnóstico diferencial con las *ascitis de los cardíacos y de los renales*.

Hemos dejado para el último un proceso sin duda raro, estudiado por Morquio (14), en 1919 y de nuevo diez años después (15).

Se trata de una forma de *peritonitis plástica serpigínea* observada en niños que presentaron un cuadro abdominal agudo y en los que, algún tiempo después, la palpación descubría plastones peritoneales móviles que progresaban unas veces por contiguidad y otros hacían una aparición distante, con empujes sucesivos y desaparición final sin supuración. De los cuatro casos relatados en el trabajo de Morquio de 1919, uno se inició con el cuadro de una apendicitis con peritonitis, pero la intervención quirúrgica, limitada a

(13) "Arch. de Med. des Enfants.", 1919, pág. 505.

(14) "Arch. de Med. des Enfants", 1919, pág. 505.

(15) Piaggio Garzón.—Conferencia sobre tuberculosis infantil, III, 1932, pág. 357. Montevideo.

una incisión y drenaje, no demostró ni líquido ni pus en la cavidad abdominal; otro tal vez haya tenido su punto de partida en una sigmoiditis; el tercero había sufrido, tres años antes, un ataque de apendicitis del que no fué operado y que pareció ser el origen de su ulterior peritonitis plástica, pues, intervenido cuatro meses después de esta última, se encontró en la base del apéndice una cicatriz debida seguramente a una antigua perforación; por último, en el cuarto caso el origen debe buscarse en una vulvovaginitis estafilocócica de que padecía la niña.

Dijimos ya que la tuberculosis peritoneal crónica es rara en la primera infancia. Entre nosotros Vallino <sup>(16)</sup>, ha publicado un caso de forma ascítica, Schiavone <sup>(17)</sup> otros dos, Del Carrii Monteverde y Díaz Bobillo <sup>(18)</sup> uno y Navarro <sup>(19)</sup> otro aunque ya en un niño de veinte y siete meses. En el Uruguay, Pelfort comunicó otro caso, con referencias bibliográficas <sup>(20)</sup>. La misma impresión de rareza se recoge consultando los textos viejos y nuevos de pediatría.

Pero esa rareza corre pareja con las dificultades que a menudo comporta su diagnóstico. Si las formas ascíticas o caseosas no las ofrecen de un modo general, la *forma timpánica* de Marian <sup>(21)</sup> y <sup>(22)</sup> sí las presenta. Se está frente a un lactante con fiebre, trastornos digestivos, dolores abdominales traducidos por el lianto y la flexión de los músculos sobre la pelvis, que se desnute rápidamente y que tiene un vientre grande, con o sin red venosa, timpánico a la percusión.

Insistimos una vez más, frente al caso difícil, en la necesidad de éstos tres elementos fundamentales de orientación aquí como en cualquier otra exteriorización tuberculosa del lactante: la búsqueda del contagiante en el ambiente familiar, la radiografía del tórax que con frecuencia demostrará el foco primario y la práctica de las reacciones tuberculínicas cuyo valor en esta edad, como índice de bacilosis en actividad, es de todos conocido. Agreguemos que la investiga-

---

(16) "Revista de especialidades de la A. M. Arg.", tomo 5, 1930.

(17) Tesis de doctorado. 1930.

(18) "Revista de la A. M. Arg.", tomo XLIX, febrero de 1935, N.º 343.

(19) "Clínica de la tuberculosis infantil", 1936, pág. 356.

(20) "Arch. de Pediatría del Uruguay", N.º 9, setiembre de 1937.

(21) "Le Nourrisson", mayo de 1914, pág. 130.

(22) "Les affections des voies digestives dans la premiere enfance", 1923, pág. 442.

ción del bacilo de Koch, sea por la "pesca" del esputo en la garganta del niño mediante un hisopo deprimiendo la base de la lengua con una cuchara, sea en las heces, sea aún, con mayores probabilidades de éxito, en el líquido del lavado estomacal, aporta el elemento decisivo de la infección tuberculosa pulmonar del lactante y subsidiariamente de la peritonitis en causa.

La frecuencia aumenta con la edad. Para confeccionar este trabajo, nos hemos valido del estudio de treinta y un casos registrados desde 1930 hasta ahora, en las Salas I y II (destinadas exclusivamente a varones) y III y IV (únicamente de mujeres). Agradecemos a los Jefes de la Sala I, Dr. J. G. Fernández; II, Dr. C. Castilla y IV, Dr. R. Cabrera el eficaz concurso prestado al cedernos observaciones de sus respectivos servicios. De los treinta y un casos, catorce han pertenecido a nuestra Sala y fueron directamente estudiados por nosotros durante el lapso señalado.

Bien: de esa estadística se deduce que solo hubo tres casos de 2 1/2 a 3 años; cuatro, de 4 a 5 años; todos los demás excedían de esta edad hasta alcanzar los 14 años. El máximo de frecuencia correspondió a niños comprendidos entre los 10 y los 13 años, con un total de 12 casos, es decir, un 38.70 %.

El predominio de la enfermedad en el sexo femenino surge con nitidez de nuestra estadística: 25 mujeres con 6 varones.

Ascítis pura . . . . .	13
Fibrocaseosa . . . . .	10
Mixtas (fibrocaseosa y ascítica) . . . . .	4
Ganglionar mesentérica . . . . .	2
Pelviperitoneal . . . . .	1
Anascítica . . . . .	1
<hr/>	
Total . . . . .	31

De los 13 casos de forma ascítica pura curaron 7, murieron 2 y de 3 se desconoce la evolución por haber sido retirados del hospital. De los siete que curaron, seis lo lograron a pesar de tener, contemporáneamente, lesiones pleurales o córticopleurales y uno su complejo primario en plena evolución. Los dos fallecidos lo fueron de tuberculosis generalizada.

El término medio del tiempo de curación puede calcularse entre 8 y 12 meses.

De los diez casos de forma fibrocaseosa dos curaron, cinco mu-

rieron, y de tres se ignora la evolución. De los dos primeros, uno tenía una pleuresía serofibrinosa concomitante y curó en 18 meses; el otro, todavía en nuestro Servicio, curó por completo en tres años, después de presentar una fístula cutánea en la fosa ilíaca derecha que supuró durante largo tiempo.

A estos casos recientes podemos agregar otro publicado con Bazán (23), referente a un niño de 3 años con una gran masa fibrocáseosa, operado de urgencia por una oclusión intestinal y que, después de muchas incidencias, curó perfectamente. Vuelto a ver a los 7 años, el estado de su salud era completamente normal.

De los cinco fallecidos, dos lo fueron de miliar, uno de tuberculosis pulmonar fibrocáseosa; de los otros dos las historias respectivas no establecen la causa inmediata del deceso.

Cuatro fueron los casos de forma mixta (fibro cáseosa y ascítica), de los que dos murieron, incluyendo entre éstos uno retirado del hospital en estado de tan grande desnutrición y anasarca que auguraban un próximo desenlace y de dos se desconoce la evolución.

En el que falleció en el hospital—a los cuatro meses de la iniciación ostensible de la enfermedad—la autopsia permitió comprobar una tuberculosis generalizada.

De las dos observaciones de adenopatía mesentérica, una atacada, además, de tuberculosis gangliopulmonar, vivía diez meses después época en que fué pasada al hospital “V. López y Planes”; la otra falleció, a los 45 días de la iniciación aparente del mal, de una tuberculosis generalizada, demostrada en la necropsia.

No podemos dar datos del único caso de forma pelviperitoneal que hemos observado porque la niña fué retirada algún tiempo después en igual estado.

La forma anascítica registrada en esta estadística murió al año y medio, de una tuberculosis pulmonar fibrocáseosa.

De la lectura irremisiblemente monótona de estas cifras, un hecho resulta en particular: que más del 50 % tenían lesiones pleurales, pleuropulmonares o pulmonares en actividad, que el clínico, —insistimos una vez más— ha de buscar empeñosamente no sólo con fines diagnósticos y terapéuticos, sino también antes de aventurar un pronóstico, así tengo por delante la forma más curable de todas: la ascítica o exudativa.

---

(23) “Arch. Lat. Amer. de Pediatría”, N.º 11, noviembre de 1925.

Los casos curados egresaron tales del hospital, pero desconocemos su suerte ulterior, salvo la de uno (forma fibrocáscosa), que lleva ya tres años bajo nuestra observación, al cabo de los cuales la curación definitiva parece poder ser afirmada. A este caso de curación debemos agregar el ya recordado que estudiamos con Bazán. El pronóstico alejado ha podido ser establecido por Nobécourt<sup>(24)</sup>, para once casos, sobre los 25 que comprende su estadística; de aquellos, salvo uno, los demás vivían: cinco mejorados y cinco que parecían realmente curados después de largo tiempo de observación. En esta cuestión del pronóstico alejado no se olvidarán estas dos reflexiones, tanto más cuanto que se trata, respecto de la primera, de niños, es decir, de sujetos en pleno crecimiento: la posibilidad de ulteriores localizaciones de la tuberculosis y de obstrucciones intestinales agudas por masas tumorales, por bridas, etc.

Las formas agudas, expresión de una granulía generalizada a todo el organismo, no reconocen otro tratamiento que el sintomático.

Las formas agudas, pero de localización clínica puramente peritoneal, serán tratadas por el frío o el calor local según el caso, más los sedantes habituales del dolor, a la espera, en los casos favorables, de que su pasaje a la forma crónica permita la terapéutica que a esta corresponde. Pero con frecuencia estos enfermos son llevados a la mesa de operaciones con diagnósticos erróneos o para someterlos a una laparotomía exploradora; la intervención quirúrgica no los empeora por lo menos y hemos visto casos en que sus resultados fueron favorables.

Las formas crónicas deben ser sometidas al tratamiento tónico general y a la helioactino o radioterapia.

Tenemos amplia experiencia respecto de las dos primeras; no la tenemos respecto de la tercera.

Estos tratamientos no deben ser aplicados en los periodos febriles; pero ya en su declinación, cuando la temperatura no exceda más que en décimos de la normal, puede y debe comenzarse prudentemente.

No vamos a ocuparnos de la técnica de la helio ni de la actinoterapia de todos conocida; solo diremos que las irradiaciones deben ser generales y prudentemente aumentadas en cada sesión.

No creemos que puedan establecerse diferencias netas, respecto

---

(24) Loc. cit.

de su eficacia, entre la helio y la actinoterapia; la única ventaja de esta última radica en que se la tiene siempre a disposición del médico y del enfermo.

No podemos abrir juicio respecto de la radioterapia, que tiene su indicación especial en las formas nodulares (Simón y Redeker), por lo que nos limitamos a transcribir la técnica aconsejada por Birk (25) en la edad que nos ocupa; irradiación de un campo de 20 x 20—en los niños pequeños de 15 x 15—, empezando por el lado ventral y continuando inmediatamente por el dorsal. La aplicación se repite cada semana, la dosis oscila entre el 30 y el 40 % de la dosis de eritema cutáneo, la distancia focal debe ser de 30 cms. Filtro de aluminio de 5 mm.; si existe un foco tumor peritoneal localizado, el autor aconseja irradiarlo especialmente, de un modo concéntrico y utilizando pequeños campos.

La cura marítima ofrece indiscutibles e indiscutidas ventajas en esta enfermedad; pero antes un prolijo examen pulmonar, clínico y radiográfico, determinarán si no coexisten lesiones pulmonares evolutivas que contraindiquen el clima de mar.

Cuando, durante varios años, desempeñamos la Jefatura del Servicio de niños del hospital de llanuras “V. López y Planes” (Gral. Rodríguez, F. C. O.), vimos curar ahí muchas peritonitis tuberculosas, pero lo mismo hemos observado reiteradamente en el hospital de Niños, no sólo en la forma más benigna—la ascítica—sino también en auténticos tipos fibrocáseos.

Rechazamos el empleo de la tuberculina, cualquiera sea su forma de administración y sus dosis, haciendo extensiva esta consideración al antiguo metílico de Boquet y Negré. Las peritonitis que nos ocupan reconocen tratamientos más sencillos y eficaces que estas armas de doble filo.

La alimentación ha de ser tan variada y equilibrada como lo permita el estado intestinal del enfermo, debiendo salirse lo más pronto que se puede de la hipoalimentación cuali o cuantitativa impuesta por las circunstancias.

No hemos tenido nunca necesidad de practicar punciones evacuadoras en la forma ascítica, las que deben evitarse siempre que fenómenos mecánicos de importancia no obliguen a lo contrario;

---

(25) En “Tratado enciclopédico de enfermedades de la infancia”, de Pfaundler y Schlossmann. Traducción de Martínez Amador y Damiens. 1933, tomo III, pág. 458.



en cualquier caso, se será lo más parco posible en éstas a justo título llamadas "sangrías blancas".

Ha pasado la boga de las intervenciones quirúrgicas sistemáticas derivadas del conocido error de Spencer Wells, pero esta faz del tratamiento será abordada por mi calificado colega y amigo, el Prof. Ruiz Moreno.

Por último, si el paciente cura, no debe olvidarse su condición de tuberculoso que obliga a evitarle por largo tiempo las fatigas físicas e intelectuales, a tonificarlo y, de ser posible, a prolongadas permanencias en clima marítimo, de llanura o de montaña, según las indicaciones especiales de cada caso y según también la medida en que lo permitan los diversos factores sociales que el médico ha de tener siempre en cuenta en una meditada ponderación de esos factores.

---

## Las nefritis agudas en la infancia. Su terapéutica (\*)

por el

**Dr. Felipe de Filippi**

Adscrito a la Cátedra de Pediatría

Las ideas de Volhard acerca de la patogenia y terapéutica de las enfermedades renales agudas, a pesar de su amplia difusión bibliográfica, no han tenido hasta ahora al menos entre nosotros, la aplicación que a nuestro juicio merecen en lo que se refiere al tratamiento de las nefritis agudas en la infancia.

Hace cerca de diez años tuvimos ocasión de aplicar por primera vez su tratamiento de hambre y de sed, en un caso que se presentaba gravísimo. Niño de dos años de edad, quien a la segunda semana de padecer escarlatina complicóse con hematuria, oliguria marcadísima, edemas, disnea y somnolencia. Dos días de supresión completa de alimentos y de agua dominaron el cuadro; ese niño curó perfectamente. Lo vimos hace poco más de un año en completa salud.

Desde aquel entonces aplicamos la dieta de Volhard en esos casos y debido a la feliz circunstancia de haber podido reunir en los últimos años numerosas observaciones, nos permitimos llamar la atención sobre este tratamiento, no dudando que dará a los colegas que lo ensayen, las satisfacciones que nos ha causado frente a los niños graves que han llegado a la curación.

No es nuestro deseo fatigaros repitiendo observaciones análogas y detalles inútiles, solo presentamos como ejemplo algunas historias clínicas resumidas, recogidas al azar, con los datos más importantes que permiten darse una idea del caso, del tratamiento y de su evolución.

---

(\*) Trabajo presentado a la Sociedad Argentina de Pediatría. Sesión del 12 de abril de 1938.

*del x*

La idea de Volhard acerca de la concepción global de las nefropatías gira alrededor del estado del glomérulo. Si existe alteración del sistema glomerular, la enfermedad adquiere mayor gravedad. Tanta importancia da a esto, que toda su clasificación de las enfermedades renales allí descansa. Y con respecto a las formas agudas las divide en dos grupos fundamentales distintos:

1.º Las nefritis en foco, infecciosas, que se consideran como un proceso francamente inflamatorio y que Noeggerath y Nitschke, en la reciente edición de la Enciclopedia de Pflaunder denominan nefritis diseminadas, denominación que puede prestarse a confusiones y de la cual presentamos dos historias clínicas resumidas. En esta enfermedad, leve por lo que respecta a la afección renal, sólo están lesionados algunos islotes o asas vasculares. Es monosintomática, solamente hematuria, sin hipertensión, edemas ni tendencia a la uremia.

Su terapéutica es simple, basta casi siempre con suprimir el foco séptico de origen. No se necesita dieta especial. A veces la hematuria es importante o se prolonga, presta entonces utilidad la medicación clásica hemostática. En algunos casos hemos obtenido buen resultado inyectando diariamente 0.05 etgrs., de ácido ascórbico.

Pero el objeto de esta comunicación es referirnos especialmente al grupo:

2.º Glomérulonefritis difusa, caracterizada por una alteración del sistema vascular del glomérulo con su triada clínica fundamental: Hipertensión arterial, edemas y hematuria, a lo que hay que agregar la tendencia a la uremia. La opinión de Volhard atribuyendo la patogenia a una isquemia general de los capilares es aún discutida, pero aunque llegara a demostrarse su inconstancia ha sido fecunda en resultados.

La hipertensión consecutiva, hace nacer el peligro de la claudicación aguda del corazón y la hidremia, los edemas con su posible localización cerebral y eclampsia.

Estos son los dos peligros inmediatos. Tratando al paciente como a un enfermo principalmente del aparato circulatorio, lo ponemos a cubierto de estos peligros. En algunos casos urgentísimos es necesario recurrir a la sangría, pero casi siempre se lucha ventajosamente contra la hipertensión y la hidremia con un recurso eficaz y sencillo: la dieta de hambre y de sed.

Existe también en el estado agudo la posibilidad de una insu-

ficiencia renal brusca señalada por anuria. En los raros casos agudos en que ella se produjera, después de esperar a lo sumo dos o tres días empleando la terapéutica clásica, aconseja Volhard recurrir sin demora a la decapsulación renal. En ninguno de nuestros enfermitos se produjo tan desagradable situación.

El último riesgo, aunque no el menos importante, lo constituye el paso a la cronicidad.

Ya si la alteración del glomérulo no es prontamente remediada en su fase aguda se producen lesiones secundarias irremediables del sistema epitelial del riñón. Aparecen así las formas nefróticas secundarias, a veces difíciles de distinguir de la nefrosis genuina, sobre todo cuando no se ha asistido a la iniciación. Acerca de esto no hemos visto en los últimos años ningún caso de nefrosis verdadera, pero sí, varios correspondientes a la forma a que nos referimos, suberónica de la glomérulonefritis, con idéntico cuadro clínico, igual fórmula alterada de las proteínas plasmáticas y la misma tendencia a las infecciones, especialmente neumocócicas con que suelen terminar las nefrosis genuinas.

Pero la dieta de hambre y de sed nos permite evitar en grado sumo este peligro del paso a la cronicidad. En todos nuestros casos hemos recurrido simplemente a ese tratamiento, con tal éxito, que ni siquiera tuvimos oportunidad de ensayar el llamado por Volhard, 'golpe de agua', es decir, la ingestión brusca de 1.500 grs., de agua o té, en el adulto (y en el niño proporcionalmente) después de unos días de dieta y apenas se encuentren normalizadas la tensión arterial y la diuresis.

Es imprescindible durante este tratamiento la medición, en ocasiones varias veces diarias, de la presión arterial. Su aumento es a veces el síntoma inicial de la enfermedad. La primera señal de mejoría es su descenso y ya al segundo o tercer día de dieta suele normalizarse. En un solo caso comprobamos su ascenso durante la dieta, pero seguido luego rápidamente de normalización.

El peso corporal y la diuresis deben también medirse diariamente. La diuresis, hecho al parecer paradójal, aumenta rápidamente al suprimir toda ingestión y la pérdida de peso depende de los edemas iniciales.

La mayoría de los enfermitos presenta ya al principio de su enfermedad una retención azoada, con cifras de úrea en suero a veces superiores a un gramo. En algunos casos después de dos o tres días de hambre y de sed, esta retención azoada aumenta pero

luego rápidamente se normaliza al reiniciar la alimentación. En nuestros casos careció de gravedad.

Iniciamos la dieta con un purgante de aceite de ricino o sulfato de magnesia y la prolongamos como término medio cuatro o cinco días. Durante ese tiempo solamente se da alguna mandarina o naranja en la forma indicada en las historias que van a continuación.

Prolongamos la dieta hasta la normalización de la presión arterial y de la diuresis y desaparición de los edemas. Esto lo hemos conseguido hasta ahora siempre en los casos verdaderamente agudos y tratados precozmente. Nunca hemos prolongado la dieta severa más de seis días.

Llama la atención, por las prevenciones teóricas que todos tenemos, la facilidad con que los niños toleran la casi supresión de alimentos y agua sin inconvenientes apreciables durante esos cuatro o cinco días.

De los tres síntomas primordiales para el diagnóstico: hipertensión, edemas y hematuria, suele ser esta última la que persiste más tiempo, a veces con remisiones siendo debido esto, según Volhard, a formas embólicas bacterianas secundarias susceptibles de ser tratadas extirpando la amígdalas o caries dentales. En algunos casos la hematuria cesó bruscamente durante la dieta. En las historias que van a continuación debe entenderse que los enfermitos no ingirieron nada ni aún agua, a excepción de lo indicado. Durante esos primeros días, hemos utilizado como único medicamento en los casos indicados, una o dos inyecciones diarias de Cardiazol.

Del éxito obtenido da idea nuestra estadística del año 1937. Siete casos internados por glomerulonefritis difusa aguda y tratados con la dieta de hambre y de sed, cinco fueron dados de alta curados y dos retirados por la familia en convalecencia. Queremos sin embargo hacer notar, que con el tratamiento clásico, se obtiene quizá la curación en la mayoría de los casos verdaderamente agudos, pero creemos firmemente que el tratamiento mediante la dieta de hambre y de sed de Volhard, evita el peligro del desfallecimiento cardíaco y de la uremia ecláptica y acorta notablemente el curso de la enfermedad, reduce al mínimo el riesgo del paso a la cronicidad, carece de peligros y es perfectamente soportada por los enfermitos.

HISTORIAS CLÍNICAS

*Glomerulonefritis agudas difusas*

I.—H. P., de 7 años de edad; ingresó el 28 de julio de 1937. Antecedentes sin importancia, salvo amigdalitis a repetición, siendo operado a los cuatro años, pero conservando restos infectados. Hace 8 días la madre nota al niño pálido, decaído, con edema palpebral y con orinas rojizas motivo por el cual solicita su internación. Niño con 23.000 grs. de peso y 122 cms. de talla. Facies abotagada. Presión arterial. Mx. 130. Mn. 70 mm. de mercurio. Dosaje de úrea en suero 0.81 ‰. Orina: albúmina, vestigios. Hemoglobina abundante. Densidad 1015. Sedimento. Abundantes hematíes, cilindros granulados. Se somete a la dieta de hambre y sed. El niño está apirético y con 80 pulsaciones por minuto.

*Primer día:* Tres mandarinas. Nada de agua. Diuresis 200 grs.

*Segundo día:* Igual. Diuresis 300 grs.

*Tercer día:* Cinco mandarinas. Diuresis 400 grs., el niño ha disminuído 1 y 1/2 kilos de peso.

*Cuarto día:* Siete mandarinas. El niño soporta bien la dieta. Dosaje úrea en suero 0.57 ‰. Orina: densidad 1015; albúmina y hemoglobina, vestigios. Uno que otro hematíe. No hay cilindros. Tensión arterial, Mx. 105, Mn. 60.

*Quinto día:* Igualmente siete mandarinas. Diuresis 200 grs. En estos cinco días el niño ha disminuído 2 y 1/2 kilos de peso.

*Sexto día:* Doce mandarinas. Diuresis 200 grs.

*Séptimo día:* Doce mandarinas. 4 cucharadas de compota.

Al noveno día el niño enfermó de varicela que curó sin complicaciones. Al 15.º día el niño recibía 12 mandarinas, 100 grs. de pan sin sal, dos papas en puré con manteca y cuatro cucharadas de compota. Este régimen se fué aumentando progresivamente y a los 22 días fué dado de alta con: úrea en suero, 0.38 ‰. Tensión arterial, Mx. 95 y Mn. 50 y orinas normales.

II.—O. P., de 15 años de edad; ingresó el 8 de octubre de 1937. Antecedentes sin importancia. Su enfermedad comienza 28 días atrás con cefaleas, fiebre y astenia, permaneciendo en cama. Dos días después amigdalitis que curó aparentemente en 4 días. Dos semanas después edema palpebral que se generalizó en 5 días, oliguria marcada con hematuria, cefalea y astenia. Ligera febrícula. Fué sometido entonces por su médico a un régimen hipoclorurado—con reducción de líquidos—.Sus edemas disminuyeron y su diuresis aumentó, pero continuando su hematuria. El niño presentaba a su ingreso edema de párpados inferiores, palidez acentuada, amígdalas hipertrofiadas crípticas y caries dental. Presión arterial, Mx. 130, Mn. 90 mm. de mercurio. Orina: densidad, 1011 (con una diuresis de 1000 grs.). Albúmina, 2.50 grs. ‰. Hemoglobina, abundante. Sedimento: abundantes hematíes y cilindros granulados. Dosaje de úrea

en suero, 0.45 ‰. El niño pesa 48.420 grs. y tiene 160 cms. de estatura. Se somete a la dieta de hambre y sed.

*Primer día:* 2 naranjas exclusivamente. Diuresis 1000 grs.

*Segundo día:* 6 mandarinas. Diuresis 900 grs. Tensión Mx. 136, Mn. 80 mm.

*Tercer día:* 6 mandarinas. Diuresis 700 grs. Soporta bien la supresión de líquidos.

*Cuarto día:* Igualmente 6 mandarinas. Diuresis 400 grs. El niño en estos 4 días ha disminuído casi 3 kilos de peso. Subjetivamente se siente bien, siendo soportable la sensación de sed.

*Quinto día:* 12 mandarinas, 4 papas, 1 banana. Diuresis 400 grs.

*Sexto día:* Igual.

*Séptimo día:* 8 naranjas., 4 papas, 1 banana, 100 grs. de leche con una cucharadita de azúcar. Diuresis 1.300 grs. Tensión arterial, Mx. 125, Mn. 65. La orina muestra 1 ‰ de albúmina y persistencia de la hematuria.

A los 15 días de su ingreso el niño estaba libre de edemas, la tensión arterial era normal, Mx. 115 y Mn. 65 y la diuresis de 1400 grs., pero aún con 0.25 ‰ de albúmina y hematuria. Posteriormente ya en convalecencia un nuevo aumento de su hematuria consecutivo a otra amigdalitis nos obligó a la extirpación de amígdalas y posteriormente el niño fué dado de alta, conservando solo una hematuria microscópica residual que desapareció algunas semanas después.

III.—C. D. 2 ½ años; ingresó el 24 de noviembre de 1937. Antecedentes hereditarios sin importancia. Padece con frecuencia de amigdalitis y desde hace un año lo notan muy pálido. Hace un mes amigdalitis aguda y luego fenómenos pulmonares tipo córticopleuritis en la base pulmonar izquierda. Veinte días después edema de los párpados que progresivamente toma toda la cara y otitis doble supurada. Se interviene entonces quirúrgicamente extirpando amígdalas y vegetaciones y dos días después oliguria marcada con gran hematuria y agravación franca del enfermito, motivo por el cual nos lo envían. Nosotros nos hallamos entonces frente a un niño edematoso, con ligero trastorno del sensorio, fiebre 39.5°, 11.900 grs. de peso, con 90 grs. de orinas sanguinolentas. Tensión arterial de 110 y 65 al Baumanómetro de mercurio. Urea en suero 0.64 ‰. En la orina 4 grs. de albumina y abundante cantidad de sangre y cilindros granulosos. Densidad 1014. Después de un purgante de aceite de ricino iniciamos la dieta de hambre y de sed. Durante 24 horas solo ingirió el jugo de 2 naranjas de 60 grs. cada una. Nada de agua. En la tarde de ese primer día 1 c.c. de coramina seguido de una envoltura fría y húmeda, colocada a las diez horas y media y dejada hasta las diez y ocho y media. Las pequeñas cantidades de orina hasta las 19 horas eran fuertemente hemorrágicas. (sangre al parecer casi pura). A esa hora comenzó bruscamente a eliminar orina incolora. A las 21 horas las tensiones eran de 130 y 65 mm.

*Segundo día:* Sigue con fiebre alta. Orina 300 grs. de aspecto mi-

croscópico normal. Albúmina, 0.25 %. Densidad, 1014. Algunos hematíes y cilindros granulosos. Ingiere únicamente 150 grs. de jugo de naranjas. Se continúan las envolturas e inyecciones de aceite alcanforado  $\frac{1}{2}$  c.c. dos veces.

*Tercer día:* Continúa la fiebre hasta 40°. Diuresis 150 grs. El peso ha disminuído 900 grs. en tres días. Tensión arterial 95 y 50 mm. Ingiere exclusivamente 200 grs. de jugo de naranjas repartido en las 24 horas. Sangre: rojos, 2,651,000. Blancos, 32,000. Hemoglobina, 41 %. Valor globular, 0.80. Microcitosis. Urea en suero, 0.50 %. En orina: Albúmina, 0.20 %. Sin sangre microscópica.

*Cuarto día:* Fiebre hasta 38°. Diuresis: orina recogida 100 grs. perc además otras proporciones se mezclaron con las deyecciones. Tensiones 104 y 60. El estado general notablemente mejorado. Ingiere 250 grs. de jugo de naranjas y 10 grs. de azúcar.

Desde entonces mejora lenta y progresivamente. Al sexto día se indican 200 grs. de jugo de naranja, 2 bananas y 10 grs. de azúcar y una papa. Se aumenta luego progresivamente el régimen. A los diez días 6 bananas, 3 papas, 100 grs. de leche, 100 grs. jugo de naranjas y 20 grs. de azúcar.

Los exámenes de laboratorio son normales salvo la anemia acentuada que persiste y que vinculamos a la palidez que aquejaba al niño desde un año atrás.

Posteriormente su anemia se trató con transfusiones y régimen y el niño fué dado de alta un mes y medio después de su ingreso, completamente curado de su cuadro renal y muy mejorado de su anemia.

IV.—H. A., de 11 años de edad; ingresó el 25 de junio de 1936. Antecedentes hereditarios y personales sin importancia. Hace dos semanas enfermó de varicela. Hace una semana amigdalitis febril, cuatro días después edema que fué generalizándose hasta el día de hoy. La diuresis fué disminuyendo haciéndose hemorrágica. Durante las últimas 24 horas solo elimina pequeñísimas cantidades. Tiene dolores lumbares y apreciable disnea. Estos últimos días ha estado sometido a régimen de 1 y  $\frac{1}{2}$  litros de leche, puré de papas sin sal, verduras y frutas. El niño se presenta pálido, con edema generalizado, en el escroto y párpados. Peso de 36 kilos y talla 1.38 ms. Amígdalas grandes, crípticas, con tapones fibrinosos pero sin gran enrojecimiento. Diámetros cardíacos aumentados. Presión, Mx. 150 y Mn. 100 al Baumanómetro de mercurio. Sangre: Eritrocitos, 3,975,000. Leucocitos, 10,400. Hemoglobina, 75 %. Urea en suero, 0.83 %. Eritrosedimentación: 1.º, h. 26; 2.ª, 48 mn. Glucemia 1.07 %. Orina: densidad, 1012. Albúmina, vestigios. Hemoglobina, regular cantidad. Regular cantidad de cilindros granulosos y hematíes. Se inicia la dieta de hambre y de sed de Vollhard.

*Primer día:* Ingiere exclusivamente 2 mandarinas, una de las cuales vomita. Soporta muy bien la supresión de agua y alimento, no siendo necesaria la administración de tónicos cardíacos. Durante esas primeras 24 horas elimina 350 grs. de orina. Apirexia. Pulso 90'



*Segundo día:* Se le hace ingerir 3 mandarinas y 100 grs. de agua. El peso del niño ha disminuído en 1 kilo. Diuresis en este día 100 grs. Sigue tolerando muy bien la dieta.

*Tercer día:* 8 mandarinas y 300 grs. de agua repartidos en las 24 horas. El peso estacionario, la diuresis es de 100 grs. La presión arterial. Mx. de 120 y la Mn. de 90.

*Cuarto día:* 8 mandarinas, 300 grs. de leche, con 15 grs. de azúcar, 4 cucharadas de compota y 200 grs. de agua. Diuresis 300 grs. peso estacionario.

*Quinto día:* Igual régimen. Ha disminuído 200 grs. de peso, diuresis de 300 grs. Dosage de úrea en suero 2.04 %.

*Séptimo día:* Igual régimen. Dosage de úrea en suero 1.69 %.

*Décimo día:* Se agrega un huevo pasado por agua. La diuresis era entonces de 450 grs. y el peso estacionario.

A las dos semanas de iniciado el tratamiento el niño tenía una tensión Mx. de 110 y Mn. de 70. La diuresis de 500 grs. Urea en suero 0.56. El peso inferior en 3 kilos y estaba sometido a este régimen: Leche 200 grs. Compota 4 cucharadas, naranjas 2, mandarinas 4, agua 200 grs. 2 batatas asadas y 1 huevo. Los edemas habían desaparecido. La orina tenía: densidad 1010, 0.50 de albúmina y abundantes hematíes en el sedimento. No se observaron ya cilindros.

Progresivamente fué aumentándose la ingestión de alimentos y ya el 28 de setiembre, es decir, tres meses después, fué dado de alta, completamente curado, siendo normales los exámenes de laboratorio y las pruebas de dilución y concentración. En esta observación hemos suprimido, para simplificar, las numerosas determinaciones de laboratorio efectuadas, así como de las de reserva alcalina, cloro, etc., que no arrojan datos de interés para nuestro objeto.

V.—J. B. B., de 4 y  $\frac{1}{2}$  años de edad; ingresó el 6 de mayo de 1937. Un hermanito padece de mal de Pott. Salvo pequeñas molestias fué siempre sano. Hace tres semanas herida que supuró sobre el ojo izquierdo, seguida de impétigo. Desde hace una semana el niño está decaído, nervioso y somnoliento. La madre nota que el enfermito comienza a edematizarse y a presentar orinas oscuras, y pide su internación.

Niño con 21.300 grs. de peso y 112 cms. de talla. Ligeró edema generalizado. Facie abotagada. Area cardíaca aumentada. Tensión, Mx. 110 y Mn. 85 de mercurio. Pulso 100'. Dosage de úrea en suero; 193 %. Orina: Albúmina, 4 %. Hemoglobina, contiene. Abundante cantidad de hematíes y cilindros granulosos. En sangre: 4.900.000 rojos y 12.000 blancos, con 99 % de hemoglobina. Se inicia la dieta de hambre y de sed, con 20 grs. de aceite de ricino.

*Primer día:* Nada de agua ni de alimento. Solamente una mandarina por la tarde y otra por la mañana. Diuresis 200 grs.

*Segundo día:* 3 mandarinas y 100 grs. de agua. El peso ha disminuído en 1 kilo. Diuresis, 250 grs. Presión Mx. 100 y Mn. 80 mm. de mercurio. Pulso 90', el niño soporta muy bien la dieta.

*Tercer día:* 6 mandarinas y 100 grs. de agua. El peso está estacionario. Diuresis 500 grs. Orina de densidad 1016, alcalina, albúmina 5.5 %. Regular cantidad de hematíes y cilindros granulosos. Tensión, Mx. 90 y Mn. 70 de mercurio.

*Cuarto día:* 6 mandarinas, 200 grs. de leche y 1 cucharadita de azúcar. Diuresis 400 grs. Dosage de úrea en suero 1.40 %.

*Quinto día:* 6 mandarinas, 150 grs. de leche y 100 grs. de agua. Diuresis 450 grs.

*Sexto día:* 200 grs. de leche y 8 mandarinas; Diuresis 500 grs. Pesa 19.400 grs. casi dos kilos menos que a su ingreso. Tensión arterial, Mx. 80 y Mn. 70.

*Séptimo día:* 7 mandarinas, 200 grs. de leche y 1 huevo. Diuresis 900 grs. Ha disminuído 500 grs. de peso.

*Octavo día:* Leche 250 grs. 8 mandarinas y 250 cucharadas de cometa. Diuresis 1050 grs. Peso 18.780 grs. (300 grs. menos que el día anterior). Dosage de úrea en suero 0.44. Orina, albúmina 0.55 %. Abundantes hematíes, uno que otro cilindro granuloso. Tensión arterial, Mx. 70, Mn. 40.

Luego progresivamente se fué aumentando el regimen y a pesar de haber enfermado de sarampión durante su estada en el servicio, fué dado de alta 3 semanas después, siendo normales sus pruebas funcionales y conservando solamente algunos hematíes en el sedimento urinario.

#### *Nefritis en foco*

I.—A. B., de 11 años de edad; ingresó el 23 de marzo de 1937. Antecedentes sin importancia. Hace un mes piodermatitis que continúa. Hace 10 días en que aparecieron orinas rojas. Niño con 30.900 grs. de peso y 138 cms. de talla. Al examen clínico nada de particular, salvo las amígdalas muy hipertrofiadas. Tensión arterial Mx. 110, Mn. 50 de mercurio; orinas, densidad 1012. Albúmina, vestigios. Escasos leucocitos normales y granulosos. Escasos hematíes. Dosage de úrea en suero 0.38 %. Sangre, rojos 5.000.000. Blancos 15.000. Hemoglobina, 100 % Permanece sometido a la dieta alimenticia común de la Sala, tratándose su piodermatitis. Diez días después es dado de alta con orinas completamente normales.

II.—M. G., de 5 años de edad; ingresó el 27 de marzo de 1935. Antecedentes sin importancia. Amigdalectomía 3 meses atrás. Hace dos semanas a consecuencia de picaduras de insectos, se rascó las piernas infectándose las heridas. Durante esta última semana la notan algo pálida y con orinas sanguinolentas. Niña con 19 kilos de peso. Orina; densidad 1015. Albúmina, vestigios. Regular cantidad de hematíes mal conservados. Dosage de úrea en suero. 0.37. Tensión arterial, Mx. 95 y Mn. 50. de mercurio. Fué tratada en la siguiente forma: Curación de las heridas mediante pomadas antisépticas. Inyecciones día por medio de omnadina y alimentación a voluntad. Fué dada de alta 3 semanas después, curada.

*Per. a. m. a.  
a. catarata*

## La extracción mecánica de la leche de mujer (\*)

por el

**Dr. Elías Schteingart**

Del Hospital de Niños

La lactancia es una función fisiológica que realiza la madre casi inmediatamente después del parto. Ella viene a ser la continuación del embarazo, estando intimamente ligada con la unidad biológica madre e hijo.

La lactancia materna ha sido conocida y practicada en todos los tiempos y en todo el universo; ella forma parte de la ley natural de la vida y contribuye al normal desarrollo de la especie humana.

La influencia que ejerce sobre el organismo de la madre es indiscutible; ella se manifiesta sobre los órganos genitales, favoreciendo la involución uterina y el descanso reparador de los ovarios, (Kehrer, Kurdinsky, Pinard.), pudiendo originar su supresión diversos trastornos no solo en el aparato genital, sino también en todo el organismo.

Durante la lactancia la nutrición y la circulación sanguínea se hace más intensa. El consumo de calorías en las 24 horas es mayor. El organismo materno además de las necesidades calóricas propias se ve en la necesidad de producir las que ocasiona la producción láctea para las necesidades de su hijo. Esta sobreactividad que trae a la madre la producción láctea, repercute favorablemente sobre el estado general, aumenta el apetito y estimula el funcionamiento orgánico, haciendo más intensa la asimilación y la eliminación de substancias catabólicas.

Por intermedio de la secreción láctea el organismo materno

---

(\*) Presentado a la Sociedad Argentina de Pediatría. Sesión del 12 de abril de 1938.

se ve favorecido con la eliminación de ciertas substancias como ser la colesterna, con evidente beneficio para las madres que tienen una predisposición para la formación de cálculos biliares.

Si las ventajas sobre el organismo de la madre son grandes, mayores son aún los beneficios que recibe el niño.

La alimentación por medio de la leche materna proporciona al niño un alimento específico, cuyas ventajas no han podido ser reemplazadas por ningún alimento artificial.

Esta superioridad, la debemos a la misma composición de la leche de mujer, cuyos elementos cuantitativos y cualitativos están más en relación con la capacidad digestiva del niño pequeño.

Los niños criados con alimentación natural, presentan una inmunidad y defensa mayor contra las infecciones y un cierto grado de resistencia contra los trastornos gastrointestinales, producidas por las substancias específicas contenidas en la leche de mujer y transmitidas al niño durante la lactancia.

A estas ventajas corporales para la madre y el niño, hay que agregar el factor moral y afectivo tan indispensable para un ser frágil como es el lactante en los primeros meses de la vida. Si la madre no vive para sí, sino para su hijo, tiene en la alimentación natural una tranquilidad y seguridad del normal desarrollo de su hijo, y solo por medio de la lactancia le proporciona los cuidados indispensables que redundan en su provecho.

### **Conformación del pezón**

Omitimos la descripción de la anatomía de la mama, su histología y la fisiología de la secreción láctea, cuya descripción se podrá consultar en los textos apropiados, solo nos ocuparemos en este capítulo de la conformación del pezón cuya importancia es de primer orden para poder sobrellevar una lactancia normal.

Las formas anatómicas del pezón son muy variadas y ofrece interés para un tratamiento apropiado a fin de evitar la interrupción de la lactancia o el destete forzoso.

La falta de pezón (atelia) no se observa nunca al nacer, siendo atribuída su falta a un accidente traumático o por enfermedad. La obliteración de los conductos galactoforos que es su consecuencia trae aparejada la disminución del volumen de la mama.

Los pezones aplastados o planos son debidos a una detención en el desarrollo y sobresalen apenas de la superficie de la mama.

Los pezones pequeños algunas veces presentan un inconveniente para la lactancia normal.

Los pezones retraídos o umbilicados total o parcialmente son debidos a malas conformaciones. En algunos casos ellos son la consecuencia de la cortedad de los conductos galactóforos, siendo de difícil corrección. Cuando son debidos a otros inconvenientes pueden ser corregidos por un tratamiento apropiado.

El pezón circunvalado es un pezón normal umbilicado secundariamente.

Como complemento de las anomalías del pezón, mencionaremos las hiperestésias y las grietas del pezón, que a veces constituyen obstáculos insalvables para producir una lactancia normal. Así como la obstrucción de los conductos galactóforos, por restos epiteliales o por productos sebáceos, así como por espasmos formando lo que el vulgo llama cordones, durezas, nudos o pelotones de leche.

### Succión y secreción láctea

La succión es un acto fisiológico en virtud del cual se opera un vacío hermético en la boca del niño y mediante el descenso del velo del paladar y el movimiento de pistón que realiza la lengua la leche es aspirada a la cavidad bucal para ser deglutida y pasar al estómago. En este acto intervienen también los carrillos, los labios y el rodete de "Robin-Magilot" membrana gingival, formada por un repliegue de la mucosa sobre el borde libre de las mandíbulas, que obrarían sobre el pezón comprimiéndolo desde la raíz hacia la punta y se repite rápidamente según la actividad y el vigor del niño, pudiendo realizarse de 60 a 90 veces por minuto, siendo este acto semejante a la que realizan las manos al ordeñar la vaca.

El vacío que realiza el niño en la boca durante la succión ha sido calculado por Herz de 6 a 14 mm. de Hg.; Pfaundler eleva esta cifra a 5.2 cms., de Hg.; Cramer a 10.4 y Barth a 15 cms. Seheer y Doederlain obtienen cifras medias de 10 a 30 cm. Esta variedad de cifras se debe probablemente a la forma en que ha sido determinado el vacío, el vigor del niño y el modo de la lactancia natural o artificial. Mecánicamente las cifras óptimas de extracción de la leche han sido obtenidos por nosotros entre 15 y 30 cm., de Hg.

En la alimentación natural las cifras lógicamente tienen que ser menores, ya que además del vacío de la boca intervienen los músculos transversales de los labios y el rodete de "Robin-Magilot", lo que al hacer una presión desde la raíz del pezón hacia su ex-

tremidad libre efectúan de por sí un trabajo de ordeño, que disminuye en parte el trabajo que tiene que efectuar el vacío por sí mismo.

En los prematuros o débiles congénitos la succión puede no existir, ya sea por falta del centro de excitación de la succión, cuya localización se encuentra normalmente en los ganglios centrales en la médula oblongada en la cara interna del cuerpo restiforme y del pedúnculo cerebeloso superior o por la incapacidad de los músculos de la boca y del rodete de "Robin-Magiot". La alimentación se realiza en estos casos por medio de la cucharita o la sonda.

Kasahara ha trazado un gráfico de la succión sobre el tambor de Marey. En los primeros días después del nacimiento el trazado es discontinuo y alterna con pausas. En los niños mayores la curva presenta un carácter más regular, para ofrecer un trazado muy irregular en los prematuros y atróficos. En ciertas enfermedades, especialmente las que afectan las vías respiratorias, el conducto auditivo y el sistema nervioso de relación (idiotas) la curva es muy irregular. Los estudios de Lesné y Binet de la respiración durante la succión son muy interesantes, habiendo descrito dicho autores estas funciones con un ritmo característico; inspiraciones profundas y espiraciones sacudidas. Referente a la circulación han demostrado el aumento de la tensión Mx. y poca variación en la mínima.

### **Contraindicaciones de la lactancia materna**

La tendencia actual tiende a reducir las contraindicaciones de la lactancia materna solo a aquellas enfermedades en que su continuación, representa una agravación de su dolencia reciente o antigua y un peligro de contagio para el niño.

Entre las enfermedades agudas de orden sépticoinfectioso o tóxico la contraindicación se hace evidente cuando la enfermedad se prolonga por mucho tiempo y la madre va mermando paulatinamente su capacidad para la lactancia, de modo que la alimentación a seno, solo representa una molestia para la madre y ninguna ventaja para el niño.

En las enfermedades de la mama entre las que figura en primer término la mastitis aguda, la linfangitis y la galactoforitis con tendencia a la formación de pus, la interrupción de la lactancia se impone en el lado afectado, pero esta puede restablecerse si la afección al tomar uno o más lóbulos ha evolucionado rápidamente

hacia la curación. Mientras dura la enfermedad es conveniente vaciar periódicamente el pecho para mantener en actividad el tejido sano.

Entre las enfermedades crónicas figura en primer termino la tuberculosis diagnosticada, que es interpretada por el médico como un peligro real de contagio para el recién nacido y una agravación del estado general de la madre. En las tuberculosis aparentemente curadas la lactancia puede constituir un factor de reactivación y por lo tanto como medida de seguridad debe abstenerse de lactar, solamente podrán criar aquellas madres, con buen estado general, que no presentan ninguna lesión bacilosa en actividad y el contacto con el niño no presente ningún peligro de contagio para éste.

Son también contraindicaciones de la lactancia las enfermedades caquetizantes como las anemias graves, el cáncer, las afecciones hepáticas graves, la diabetes grave, las nefropatías, las enfermedades cardíacas no compensadas, el bocio avanzado y las enfermedades mentales, que por su carácter es imposible continuar con la lactancia.

La tuberculosis local de la mama es una contraindicación absoluta para la lactancia.

En la tuberculosis cuando el estado general de la madre lo permite, la extracción mecánica de la leche puede ser practicada y la alimentación del niño puede hacerse indirectamente, permaneciendo el niño separado de la madre.

La búsqueda de Bacilos de Koch en la leche de mujeres tuberculosas en estado no muy avanzado ha sido siempre negativa. Roger y Garnier han encontrado el bacilo de Koch en la leche de una mujer tuberculosa fallecida de granulia a los 18 días del parto. Esta leche inyectada a dos cobayas, hizo una tuberculosis en uno de ellos.

Las experiencias de Bang, Maussous con inoculaciones de leche de mujeres tuberculosas dieron resultado negativo.

Espinosa Infanzón, en un trabajo publicado en "La Revista de Sanidad e Higiene", España (N.º 1, enero de 1935), sobre la investigación del bacilo de Koch en la leche de nodrizas tuberculosas, llega a las siguientes conclusiones: la investigación en 14 mujeres atacadas de tuberculosis no muy avanzada, no se ha podido demostrar la existencia del bacilo de Koch, haciéndose en todos los casos una triple prueba. Investigación en el sedimento. La siembra en los distintos medios apropiados y la inoculación al cobaya. El

autor cree que las enfermas en grado no muy avanzado de tuberculosis y sin lesión local no eliminan bacilos de Koch por la secreción láctea.

En los casos de debilidad general y clorosis, se puede continuar la lactancia bajo la vigilancia del médico, quien en cada caso aconsejará el temperamento a seguir.

El embarazo en sí, no constituye una contraindicación para la lactancia materna, salvo en aquellos casos, en los que el médico crea conveniente suprimirla por intolerancia o trastornos serios ocasionados al niño. Se observan muchas madres en las que la secreción láctea es poco influenciada por un nuevo embarazo y hasta ocurre a veces que la madre no se dá cuenta de ello, pero por lo general la glándula merma rápidamente la secreción láctea sufriendo una transformación calostrál. Si a estos hechos agregamos las molestias y trastornos que se presentan en muchas madres, el abandono de la lactancia es fácilmente explicable. La madre sin embargo debe continuar con la lactancia y durante el tiempo que transurre desde el embarazo hasta la disminución evidente de la secreción láctea, puede preparar paulatinamente el destete y el paso hacia la alimentación artificial adecuada según la edad del niño.

### **Dificultades que se presentan durante la lactancia**

Ciertos obstáculos que se presentan durante la lactancia son inherentes a la madre y otros al niño. Solo nos ocuparemos de las dificultades que se presentan durante el amamantamiento que son susceptibles de ser remediadas o aliviadas con un tratamiento apropiado.

### **Dificultades de la lactancia materna de orden social**

Existen factores de orden social, que constituyen para algunas madres de posición desahogada impedimentos antojadizos para la lactancia, en cambio para otras madres que tienen que afrontar los problemas originados en la lucha por la existencia causas razonables para su abandono. En ambos casos es un deber del médico estimular a estas madres en la perseverancia de la alimentación natural y del Estado dictar leyes especiales facilitando por todos los medios para que la alimentación natural se lleve a la práctica sin ningún tropiezo y de acuerdo a las reglas de la alimentación infantil a pesar de encontrarse la madre fuera de su casa durante



muchas horas. Algunas leyes ya prestan grandes servicios en la práctica como sucede con la ley de protección a la infancia que se encuentra en vigor entre nosotros desde el año 1936.

En nuestro país existe un porcentaje respetable de mujeres que presentan una secreción insuficiente para el normal desarrollo de su hijo, la que unida a otras causas de orden constitucional y la que es ocasionada por enfermedades endémicas, trae el abandono de la lactancia. Si no se hace desaparecer las causas fundamentales que obligan a la madre a abandonar la lactancia, el mal en sí no dejará de persistir. Es necesario una vez por todas mejorar el nivel de vida de la clase menesterosa y hacer desaparecer las enfermedades endémicas que corroen el organismo, que deja a la madre en inferioridad de condiciones para el normal cumplimiento de sus leyes biológicas.

### **Dificultades provenientes por parte de la madre**

La agalactia completa negada por algunos autores (Pinard), existe sin embargo, pero es rara como hecho fisiológico, solo puede ser explicada por una anomalía de la glándula mamaria. Frecuentemente el médico se encuentra ante hechos consumados; la madre ha interrumpido la lactancia, alegando carecer de leche, sin haber intentado recuperar con paciencia y tiempo, total o parcialmente su secreción. Si han transcurrido varios días, desde que abandonó la lactancia conviene instituir un tratamiento metódico y paciente para ver si es posible conseguir la vuelta de la secreción láctea.

*Hipogalactias.*—Pueden ser definitivas o pasajeras.

Las primeras se caracterizan por una secreción insuficiente durante todo el tiempo de la lactancia. Algunos autores la consideran como un hecho raro fisiológicamente, a pesar de lo cual se observa con cierta frecuencia en la práctica diaria. Ello quizá sea debido a un error por parte de la madre que consiste en no vaciar completamente la glándula, así como otras veces a un factor constitucional de la glándula, debiendo mencionarse en este sentido observaciones de casos de mujeres de una familia, que han segregado muy poca leche durante la lactancia y que han tenido que criar sus hijos ayudados con otro alimento, a pesar de todo empeño puesto en ello; así como se han observado generaciones de mujeres de una familia o comarca con abundante secreción láctea.

Las hipogalactias pasajeras las encontramos frecuentemente al

principio de la lactancia y al final de ella. Al principio de la lactancia es debida a un estímulo débil, como sucede en los niños pequeños, débiles o perezosos, que succionan con dificultad, vaciando incompletamente la glándula, la que en estas condiciones reduce su capacidad, amoldándose a un trabajo deficiente.

La persistencia del estímulo y el aumento de la capacidad para la succión, que adquiere el lactante a medida que aumenta su crecimiento y las necesidades alimenticias, acompañado de un vaciamiento mecánico o artificial del pecho, trae a breve plazo el aumento de la capacidad productiva de la glándula y su normal funcionamiento.

La hipogalactia que se produce a raíz del suministro de purgantes es un fenómeno pasajero, que no debe tomarse mayormente en cuenta, ya que la disminución láctea si es que se produce vuelve a lo normal a los pocos días. Durante el período menstrual se producen modificaciones cuantitativas y cualitativas de la leche, pero ellos de por sí no son razones para suprimir la lactancia. Se trata de alteraciones pasajeras que desaparecen con el período menstrual, no debiendo preocupar mayormente estas variaciones de la secreción láctea.

La influencia del sistema nervioso y del psiquismo sobre las alteraciones cuantitativas de la leche es evidente provocando el aumento o la detención de la secreción láctea, según el estímulo que actúa.

### **Dificultades en la lactancia debido a los senos**

La conformación del pezón tiene gran importancia para poder sobrellevar una lactancia normal.

Los casos de atelia y de obliteración de los conductos galactoforos (Bouffe de Saint Blaise) son anomalías insalvables para una lactancia normal. Ello trae como consecuencia una agalactia completa a los pocos días después del parto.

Los pezones umbilicados total o parcialmente constituyen siempre una dificultad en la lactancia directa. Se debe intentar por todos los medios de hacer salientes los pezones y si ello no fuera posible sería el caso de recurrir a la extracción manual o mecánica de la leche para alimentar al niño indirectamente.

Los pezones planos, pequeños, aplastados o aquellos que presentan una detención en su desarrollo, constituyen a veces una seria dificultad para la lactancia. Algunas veces el defecto puede ser corregido con la introducción del pezón en la boca del niño o con

la adaptación de un sacaleche apropiado que facilita la formación del pezón. En la práctica hay que esperar poco resultado con estos aparatos, porque exigen al niño una succión fuerte que la mayoría de los niños no pueden producir en los primeros días de la lactancia.

Las hiperestusias del pezón son sumamente raras y ocasionan molestias tan grandes que obligan a suspender la lactancia.

Al lado de estas dificultades constitucionales de la mama, nos encontramos con una serie de afecciones agudas intercurrentes localizadas en la superficie o en la profundidad de la glándula, que pueden acarrear molestias pasajeras y otras veces suspensión definitiva de la lactancia. Entre estas afecciones mencionaremos las fisuras, grietas, linfangitis, galactoforitis y abscesos del seno.

Estos inconvenientes se presentan al principio de la lactancia y son más frecuentes en las primíparas.

Las grietas, fisuras y ulceraciones tienen su asiento en el pezón; en este lugar la piel es más frágil y al ponerse en contacto con la saliva, sufre una verdadera maceración con pérdida de la capa de Malpighi o el dermis. Los microbios de la boca del niño, contribuyen a formar en este lugar una ligera inflamación ocasionando a la madre una sensación dolorosa, que se hace a veces insoportable y le obliga a suspender momentáneamente la lactancia.

La superficie lesionada puede profundizarse y extenderse por los linfáticos (linfangitis) los conductos galactóforos (galactoforitis) y llegar a localizarse en la profundidad de la glándula con formación de pus (Abscesos).

La continuación de la lactancia a pecho constituye en muchos casos un verdadero tormento para la madre. Los dolores son violentos e insoportables en el sitio de la lesión, este sufrimiento obliga a suspender momentáneamente la lactancia, que puede traer como consecuencia la disminución o el retiro definitivo de la secreción láctea.

La duración de las grietas y fisuras depende del factor constitucional de la piel y la reacción que experimenta el tratamiento. Normalmente evolucionan en 5 a 10 días, pudiendo en los casos rebeldes y recidivantes durar más de un mes.

En las linfangitis, galactoforitis y abscesos del seno es conveniente interrumpir momentáneamente la lactancia, debido no sólo a las molestias que ocasiona a la madre, sino al peligro que existe en la absorción de pus por parte del niño. (Marfán) Czer-

ny, Keller y Pflaunder, dicen no haber observado trastornos por la leche así contaminada. Mientras continúa la afección, conviene vaciar suavemente el pecho con el sacaleche eléctrico, para mantener la secreción láctea y disminuir las molestias que ocasiona la tensión del pecho.

El arsenal terapéutico de las fisuras, grietas y ulceraciones del pezón es enorme. Existen casos rebeldes a todo tratamiento y que terminan con el abandono de la lactancia. En los casos más benignos, cada autor tiene sus medicamentos predilectos. Así Terrien usa con éxito la lanolina esterilizada. Marfán proscribire todas las sustancias susceptibles de producir eritema como ortoformo, naftalina, ácido bórico, soluciones mercuriales fuertes y aconseja el tópico siguiente:

Tintura de Benjui .....	12 gramos
Borato de sodio .....	8    "
Agua de rosas .....	40    "
Glicerina . . . . .	20    "

Schweizer, recomienda el (tópico) nitrato de plata al 3 % Engel, el ácido tánico. E. M. Tarr, de los Angeles, preconiza el uso de merurocromo al 2 % y el vaciamiento mecánico del pecho. Nosotros agregamos a este tratamiento, tres o cuatro aplicaciones de rayos ultravioleta de corta duración, obteniendo resultados excelentes en todos los casos tratados.

*Endurecimiento de los pechos.*—Frecuentemente observamos al principio de la lactancia en las mujeres con abundante leche endurecimientos o pelotones, que ocasionan intensos dolores a la madre. Estos endurecimientos que van acompañados de espasmos de los conductos galactóforos, sólo ceden bajo la influencia de una fuerte succión de un niño vigoroso o con el vaciamiento mecánico de la leche.

### **Dificultades de la lactancia provenientes del niño**

El débil congénito que nace con un peso inferior a 1.500 gramos, frecuentemente no tiene fuerzas para succionar. El prematuro por debajo de 1.200 gramos, se encuentra en las mismas condiciones pudiendo faltarles esta función, ya sea por falta del centro de la excitación o por la incapacidad de los músculos de la boca.

En ambos casos es necesario alimentar el niño usando la cu-

charita y algunas veces la sonda y proceder a la extracción manual o mecánica de la leche, hasta que el niño se encuentre en condiciones de succionar el pecho por sí mismo.

El labio leporino superior no es un obstáculo para la succión, en cambio cuando va acompañado de perforación del velo del paladar es necesario recurrir a la cucharita o a la sonda.

Los niños que no quieren prenderse al pecho es un inconveniente de los primeros días. La paciencia, la constancia y la educación consiguen salvar estos inconvenientes. Se debe poner los niños al pecho de acuerdo al horario trazado, introducirles el pezón en la boca haciendo presión sobre el pecho para que la leche salga con facilidad.

Los tumores congénitos, las malformaciones de la boca son inconvenientes, que la cirugía se encarga de remediar en la medida de sus fuerzas.

El coriza agudo, afección frecuente que ataca en los niños las vías respiratorias superiores, dificulta en parte la buena succión. Este inconveniente es pasajero y el tratamiento consiste en aplicar medicamentos que facilitan la respiración, hasta que desaparezca la enfermedad que generalmente dura pocos días. En los casos de rinitis crónica que va acompañada de dificultad en la succión, el tratamiento debe ser congénito y causal de la enfermedad.

Referente a las enfermedades agudas de la boca, que traen molestias en la succión, mencionaremos las aftas, el muguet, las ulceraciones de la boca y el absceso retrofaríngeo. Cada una de estas afecciones tiene tratamiento apropiado y debe instituirse con la mayor urgencia para evitar trastornos en la lactancia.

### **Vaciamiento artificial del pecho**

La antigua opinión emitida por Hecker, que era al mismo tiempo una creencia general, de que "la succión era indispensable para sostener la producción normal de la leche y que ninguna mujer podría mantener la secreción láctea mucho tiempo bajo un ordeño o vaciamiento mecánico", ha cedido paso a comprobaciones actuales que prácticamente han demostrado que la succión es un acto del cual se puede prescindir, y que, un vaciamiento regular y completo del pecho por medio del ordeño manual o mecánico, no solo puede sostener la producción láctea, sino también aumentarla y por un tiempo bastante largo.

Actualmente se emplean dos formas de vaciamiento artificial del pecho: la expresión manual y la extracción mecánica con sacaleche.

### **Expresión manual**

La expresión manual es un excelente método de extracción de la leche, cuando la madre o el ama se ha habituado a él, lo que sucede generalmente después de un tiempo más o menos corto. Para practicar este método hay dos procedimientos: por el primero, se toma la glándula con la mano de modo que el pulgar se encuentre debajo del pezón y los cuatro dedos restantes por encima del mismo. La salida de la leche se efectúa fácilmente por medio de una compresión que comienza en la periferia desde el dedo meñique a los demás. El segundo procedimiento, consiste en tomar el pezón entre el pulgar y el índice y con rápidos movimientos de arriba hacia abajo extraer la leche. La expresión manual efectuada con habilidad y corrección, vacía completamente el pecho y no ocasiona ninguna molestia a la mujer. El inconveniente que se le podría alegar es la habilidad que hay que adquirir para la extracción de la leche y la contaminación por el manoseo, que resulta difícil evitar por más habilidad que se tenga. A este inconveniente debe agregarse la recolección en un recipiente abierto expuesto a la contaminación, con el consiguiente peligro de su alteración a las pocas horas.

Hoy, con el progreso alcanzado en la extracción mecánica de la leche, podemos considerar la extracción manual como un sistema rutinario de extracción láctea, relegado para los casos aislados y en los lugares que no se dispone de sacaleche moderno. El ordeño manual va desapareciendo en las clínicas e instituciones donde la práctica de la extracción láctea es un método que se efectúa sistemáticamente para la alimentación natural indirecta del niño. En su reemplazo han sido puestos en práctica los sacaleche eléctricos, cuyo empleo permite obtener una leche estéril, que satisface las exigencias de la higiene y puericultura moderna.

### **Extracción mecánica de la leche**

El ordeño mecánico, practicado desde que se ha conocido la primitiva "teterelle" de Bailly, ha sufrido en el trascurso de los años una serie de modificaciones, que han repercutido en beneficio de este sistema. Pasaremos una rápida revista a los distintos mo-

delos de sacaleche, ideados por distintos autores y su aplicación práctica en la lactancia.

La antigua "teterelle" de Bailly, que su autor ha ideado como aparato intermediario entre el pecho y la boca del niño para evitar ciertas molestias a la madre, cuando esta presenta grietas o fisuras o para corregir ciertas deformaciones de los pezones, ha tenido poco resultado en la práctica, por cuya causa no tardó en sufrir modificaciones de parte de algunos autores como Swester, Auvard y Budin. Estos autores han ideado sacaleche biaspiratrices, cuyos modelos con ligeras variaciones consisten en un embudo de vidrio adaptable en su borde libre al pecho. En cada lado hay un tubo, uno para la madre que sirve para hacer el vacío y el otro para la boca del niño, que aspira en esta forma la leche que cae en el balón. Cada autor crea un dispositivo especial para favorecer el vacío impedir la mezcla de la leche con la saliva de la madre y la aspiración de la leche por el niño.

A pesar de las ventajas prácticas que han buscado los autores en el dispositivo, estos aparatos resultan poco aprovechables, por lo que aparecen luego otros modelos como los sacaleche monoaspiratrices, a los que pertenecen los dispositivos de bomba piriforme, el sacaleche inglés y el de Cochi. Todos estos modelos han tenido poca aceptación, debido a su escaso rendimiento y es por ello que se idean nuevos modelos para reemplazarlos, apareciendo los sacaleche con globo de goma.

El primer sacaleche de este modelo consiste en un corto tubo de vidrio, en una de cuyas extremidades se adapta al seno y en la otra va adaptada una pera de goma para hacer la aspiración. El principal objeto de este sacaleche, consiste en aspirar la leche del pecho cuando por cualquier impedimento el niño no realiza una succión normal. A este sacaleche con globo de goma, siguiéronle otros modelos, uno de los cuales de uso corriente consiste en la adaptación al primitivo modelo de una dilatación en la parte inferior para coleccionar la leche extraída. Actualmente, hay una variedad de sacaleche con globo de goma, entre los cuales podemos citar los aparatos de Ibrahim, Forest, Kaupe, etc.

A estos sacaleche con globo de goma, de rendimiento escaso y que trae por la falta de vaciamiento de los senos, una disminución rápida de la secreción láctea, siguieron los sacaleche con bomba aspirante, entre los que mencionaremos los modelos de Triaire, Jaschke, Scharbak, Rohan. Todos estos aparatos se basan en un dispositivo semejante: Una bomba aspirante destinada a producir

el vacío en una campana de vidrio, que atrae el pecho y aspira la leche por el vacío producido. Los modelos de Jaschke y la succi-pompa de Rohan en un tiempo han tenido gran aceptación, para caer en el olvido como todos los aparatos sacaleche anteriores a su invención. La causa de su abandono es debido no solo a la lentitud con que extraen la leche y la cantidad mínima que se obtiene con ellos, sino también, por ser la mayor parte de ellos antihigiénicos e incómodos para su manejo. La opinión de Marfán y Doederlin son al respecto concluyentes, quienes se muestran poco partidarios de su empleo y que solo recurren a ellos en casos de urgencia.

Antes de ocuparme de los sacaleche eléctricos, citaré algunos otros aparatos de extracción mecánica de la leche de mujer que han tenido gran aceptación por el rendimiento que se obtiene con ellos: la bomba hídrica de Thoenes y el sacaleche con bomba de mercurio, (aparato de Jaso).

La bomba hídrica de Thoenes, adaptable en cualquier medio donde hay corriente de agua de suficiente presión, consiste en un dispositivo especial, cuya parte superior se enrosca en un grifo y por su extremidad horizontal con otro tubo de goma que se bifurea en Y, que comunica a su vez con dos embudos de vidrio de construcción semejante al que se emplea en la extracción de la leche con el aparato del Dr. Scheer. El funcionamiento es sencillito. Se abre la canilla para dar salida al agua a un presión conveniente, el vacío que da origen la corriente de agua cuando la nodriza cierra el circuito con el dedo en la extremidad superior, da lugar a la aspiración del pecho y la salida de la leche que cae dentro del frasco. La abertura del circuito vuelve el pecho a su normalidad. Esta operación se realiza de modo que la bomba funciona como aspirante, realizando el dedo el papel de interruptor del circuito.

Según el autor, los resultados obtenidos son idénticos al aparato eléctrico del Dr. Scheer, con la ventaja que el dispositivo puede colocarse en cualquier parte, sin erogar grandes gastos.

El sacaleche de mercurio del Dr. Jaso, consiste en una bomba de mercurio y en una campana aspiradora de la leche. La campana se compone de una ampolla fija y otra móvil, unidas por su parte inferior con un tubo de gema. Por su extremidad superior la ampolla fija comunica con una campana aspiradora. El funcionamiento del aparato es sencillito. Cargada la ampolla fija con mercurio se aplica la campana al pecho cuya extracción láctea se quiere efectuar. El vacío en la ampolla fija es producido por rá-



pidos descensos de la ampolla movable. La intensidad del vacío es graduable por el mayor o menor descenso de la ampolla móvil. Cuando se quiere cesar el vacío en la campana, se levanta rápidamente la ampolla. Con el mecanismo rápido de descenso y ascenso, se produce el vacío rítmicamente interrumpido en la campana y cesa la secreción láctea.

Las investigaciones practicadas por el Dr. Ceferino Rodríguez y Rogríguez en su trabajo ("Archivos Españoles de Pediatría", Nos. 9 y 10, año 1933) sobre el sacaleche del Dr. Jaso, da las presiones negativas óptimas entre 15 y 20 cms. de mercurio y las mínimas en las cuales empieza a fluir la leche en 5 cms. El autor obtiene resultados excelentes con el sacaleche del Dr. Jaso, y compara sus resultados con los dos modelos obtenidos por el Dr. Thoenes y el Dr. Scheer y considera una ligera mejoría al sacaleche del Dr. Abt.

### **Los sacaleche eléctricos**

Los modelos de sacaleche eléctricos actualmente más prácticos y de mayor rendimiento, son los del Dr. Abt y del Dr. Scheer; sobre la base de estos dispositivos se han ideado una serie de modelos, algunos de ellos para extraer leche a varias mujeres y a la vez (poliextractores), que representa una gran comodidad y economía en las instituciones, que se ocupan de la extracción de leche a muchas nodrizas. De estos aparatos presentaremos varios modelos, que llenan con mucha ventaja las indicaciones del sacaleche eléctrico simple y cuyos detalles trataremos de hacer resaltar.

### **Sacaleche eléctrico del Dr. Scheer**

El modelo consiste en un dínamo eléctrico que funciona con corriente eléctrica común alternada, que pone en movimiento una bomba aspirante que comunica a través de un tubo de goma con pezonera de vidrio, donde se hace el vacío, haciendo en esta forma por un dispositivo apropiado por intermedio de una campana o pezonera de forma especial, que comunica con el frasco colector, una aspiración suave y rápida del pezón, que reemplaza la boca del niño. La pezonera en el aparato del Dr. Scheer presenta la siguiente forma: por delante una abertura de borde libre en forma de círculo, la que se adapta al pecho, por detrás un ensanchamiento esférico para evitar compresiones en el mamelón, una prolongación hacia abajo, pone en conexión la pezonera con el

frasco colector y otra hacia arriba presenta un codo para hacer la comunicación por medio de un tubo de goma con la bomba aspirante, haciéndose por la abertura superior el cierre o interrupción del circuito.

El aparato del Dr. Scheer, es de aspiración continua, siendo encargada de interrumpirla la misma mujer que se extrae la leche, pudiendo hacerla otra persona encargada para tal objeto. El funcionamiento del aparato es sencillo. Una vez puesto el motorcito en marcha y colocada la pezonera en el frasco colector, la nodriza coloca la pezonera sobre la mama de modo que el pezón y

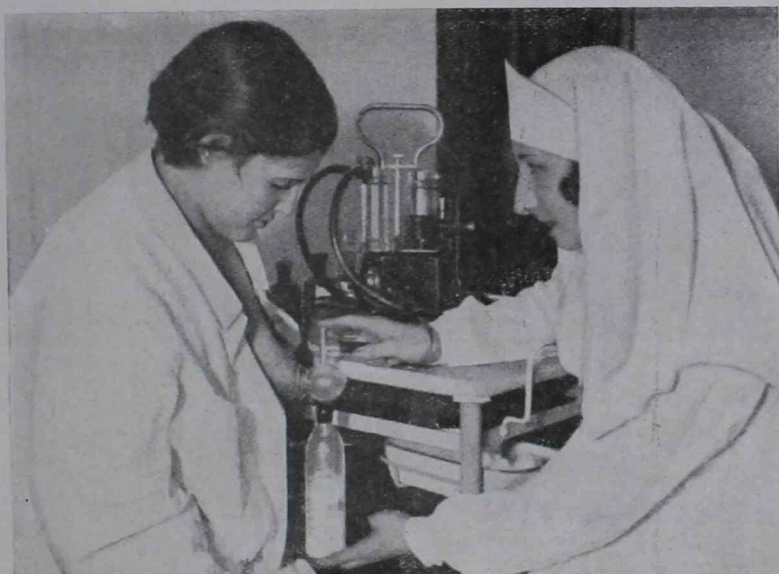


Fig. 1.—Extracción mecánica de la leche con el aparato del Dr. Scheer

la areola queden dentro del mismo. Con rápidos movimientos del pulgar o índice sobre la abertura superior libre cierra y abre el circuito. Esta maniobra se repite rápidamente cuantas veces sea necesario. A cada cierre del circuito la leche es aspirada a la pezonera para caer en el frasco colector.

Esta forma de extracción presenta cierta incomodidad y hasta cansancio en los primeros días de la extracción y si bien se atenúa por la práctica, no deja de ser un inconveniente, lo que es fácilmente subsanado con el modelo del Dr. Abt.

### Sacaleche del Dr. Abt

El modelo de sacaleche ideado por el Dr. Abt, está constituido por un pequeño motor, en uno de cuyos ejes presenta un engranaje especial que pone en movimiento una bomba oscilante productora del vacío en la pezonera; la bomba está unida por un tubo de goma con una combinación de aire, que tiene colocado en su parte superior un manómetro que marca el vacío que se produce en la pezonera y se gradúa por medio de un tornillo. Esta combinación de aire, está unida a su vez, con el frasco colector de la leche a través de un tapón de goma. La pezonera tiene la forma de un

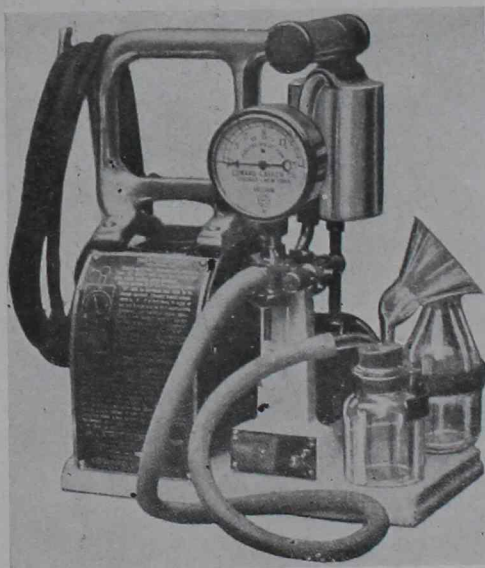


Fig. 2.—Sacaleche del Dr. Abt.

pequeño embudo cónico y está unida al frasco colector, por su extremidad inferior por otro orificio en el tapón, que en esta forma presenta una doble perforación. El borde libre de la pezonera, se amolda al pecho para realizar la aspiración de la leche que se quiere efectuar.

El funcionamiento del aparato es sencillo, una vez hecha la conexión en la corriente alternada y armado el frasco colector, se pone el aparato en marcha. Para evitar un brusco tironeamiento del pecho, se abre un poco el tornillo que gradúa el vacío de la presión negativa, de manera que al iniciar la operación, éste

no marque arriba de —5 cm de Hg. Aplicada la pezonera al pecho se gradúa la presión negativa, hasta llegar al vacío óptimo que oscila entre 10 y 30 cm. de Hg.

La aspiración del pezón se hace rítmicamente y con una sincronisidad matemática y es interrumpida automáticamente, cosa que no se ha conseguido con ningún otro modelo de sacaleche conocido hasta la fecha. En cada movimiento de la bomba el pecho es atraído y comprimido contra las paredes del embudo, formando un vacío apropiado, que permite la salida de la leche. El aparato tiene un dispositivo perfecto, que evita la contaminación de la leche, siempre cuando se tomen todas las precauciones de asepsia para con el material accesorio que interviene en su extracción.

Si analizamos los dos aparatos eléctricos bajo el punto de vista de su rendimiento, veremos que ambos modelos efectúan una extracción rápida y completa de la leche. En algunos pechos que podríamos calificar de duros, y que necesitan un estímulo más poderoso para producir la secreción láctea, es preferible el sacaleche del Dr. Scheer, mientras en los pechos, que dan fácil salida a la leche, el aparato del Dr. Abt es más conveniente por su rendimiento, suavidad y comodidad para la extracción. Esta ventaja no debe tomarse con un criterio exclusivo, ya que la nodriza se acostumbra rápidamente al aparato y los dos sacaleches efectúan una extracción y un vaciamiento completo, con un poco de paciencia, sin ocasionar ninguna molestia. Una vez amoldado el pecho al estímulo, da un rendimiento máximo en el menor tiempo posible.

Haciendo una comparación en 10 amas, sin ninguna selección previa y sometidos a los tres procedimientos de extracción: la expresión manual, la extracción con el aparato del Dr. Scheer y el sistema del Dr. Abt., hemos obtenido resultados que se podrán apreciar en el cuadro adjunto.

De las diez amas, cinco no se han podido hacer la extracción manual. Siete han preferido el sistema del Dr. Abt y sólo dos han tenido preferencia por el aparato del Dr. Scheer.

Las diferencias que se observan en el cuadro, referentes a la cantidad de la extracción y el tiempo empleado con los distintos procedimientos, no deben tenerse mayormente en cuenta, ya que se trata de madres que alimentan a sus propios hijos, lo que contribuye a variar las cifras que se extraen diariamente en forma mecánica.

Con respecto a la duración de los dos aparatos, el sacaleche

N.º de ama	Apar. Dr. Scheer		Sistema Dr. Abt		Expres. manual		Sistema preferido por el ama
	min.	grs.	min.	grs.	min.	grs.	
1	5 10 15 10 <u>40</u>	100 270 100 30 <u>500</u>	5 10 15 20 <u>50</u>	100 100 170 40 <u>410</u>	5 10 15 20 <u>50</u>	100 120 69 60 <u>340</u>	No tiene preferencia.
2	5 10 10 17 18 <u>60</u>	160 210 200 80 100 <u>750</u>	5 10 15 5 <u>35</u>	260 170 120 20 <u>570</u>	5 10 15 <u>30</u>	150 180 110 <u>440</u>	Prefiere el sistema del Dr. Abt
3	5 10 15 <u>30</u>	230 240 50 <u>520</u>	5 10 15 20 <u>50</u>	80 70 130 110 <u>390</u>	No se ha podido practicar la expresión manual		Prefiere el sistema del Dr. Abt
4	7 15 <u>22</u>	250 160 <u>410</u>	5 10 15 <u>30</u>	80 180 220 <u>480</u>	No se ha podido practicar la expresión		Prefiere el aparato del Doctor Scheer
5	5 10 15 10 <u>40</u>	100 100 110 50 <u>360</u>	15 20 <u>35</u>	200 150 <u>350</u>	5 10 15 5 <u>35</u>	150 160 100 10 <u>420</u>	Prefiere el sistema del Dr. Abt
6	8 10 <u>18</u>	250 60 <u>310</u>	No ha podido extraer con el aparato Abt		No se ha podido practicar la expresión manual		Prefiere el aparato del Doctor Scheer
7	5 10 15 <u>30</u>	100 180 250 <u>530</u>	5 10 20 <u>35</u>	150 150 340 <u>640</u>	No se ha podido practicar la expresión manual		Prefiere el sistema del Dr. Abt
8	5 8 16 <u>29</u>	270 250 120 <u>640</u>	5 10 25 <u>40</u>	150 270 280 <u>700</u>	5 45 40 <u>90</u>	60 450 200 <u>710</u>	Prefiere el sistema del Dr. Abt
9	5 10 35 <u>50</u>	170 190 350 <u>710</u>	10 15 35 <u>60</u>	160 150 290 <u>600</u>	5 10 35 <u>50</u>	130 190 320 <u>640</u>	Prefiere el sistema del Dr. Abt
10	5 10 15 20 <u>50</u>	150 260 150 50 <u>610</u>	5 10 15 20 <u>50</u>	100 120 250 100 <u>570</u>	No se ha podido practicar la expresión manual		Prefiere el sistema del Dr. Abt

del Dr. Scheer, cuando se lo somete a un trabajo continuado de varias horas diarias, tal como lo exige una institución o centro de recolección de leche humana, donde desfilan muchas nodrizas para extraerse la leche en un tiempo determinado, el aparato resulta demasiado delicado para el esfuerzo que se le exige, por cuya causa tiene que ser reparado mayor número de veces que el aparato del Dr. Abt, que presenta una construcción más sólida y el motor es de menor número de revoluciones, factores que influyen en

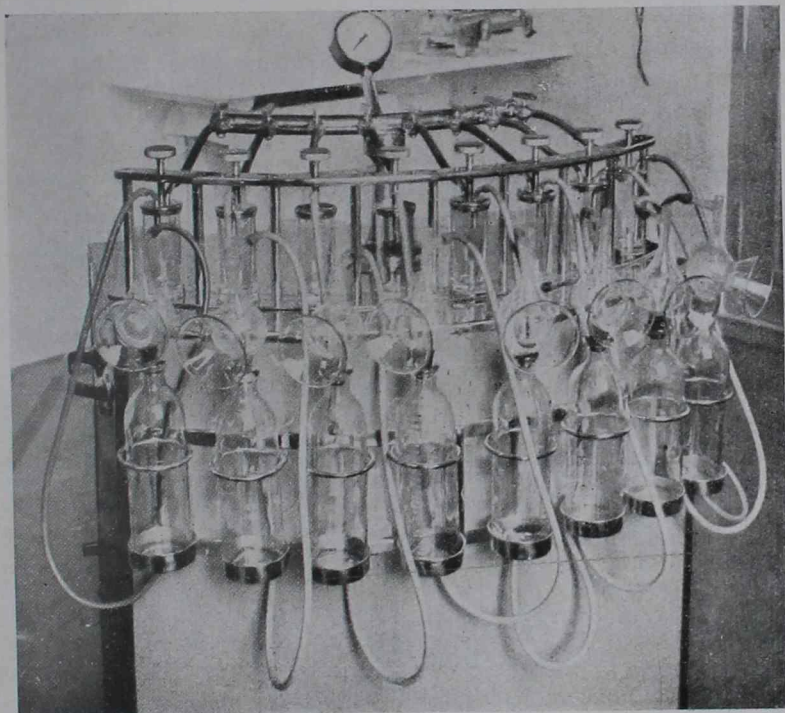


Fig. 3.—Poliextractor de 8 bocas modelo del Dr. S. Bettinotti

el recalentamiento y el desgaste de las piezas. Por las razones expuestas creo que es superior el sacaleche del Dr. Abt al del Dr. Scheer, sin que esto desmerezca la bondad de este último, ya que las deficiencias mencionadas son compensadas por su menor costo.

En los últimos años la extracción mecánica con el sacaleche ha tenido mayor difusión, con la creación de centros de recolección de leche humana, centros que han tenido gran aceptación en Estados Unidos de Norteamérica, algunos países de Europa, Uruguay y entre nosotros.

La leche obtenida en estos centros debe conservarse frecuentemente por más de 24 horas, lo que exige junto con otras medidas de higiene, una extracción aséptica rigurosa de la leche, sino se quiere recurrir a medios físicos para hacerla estéril. Esta extracción aséptica de la leche se efectúa con mayor seguridad con el sacaleche eléctrico. La dificultad consiste en poseer la cantidad necesaria de aparatos para efectuar la extracción. En un centro bien organizado, donde concurren a extraerse leche 50 o más nodrizas: calculando la duración media para cada extracción de 20 a 30 minutos, se necesitaría 10 a 15 aparatos para extraer la leche en 2 ó 3 horas, lo que ocasionaría la inversión de un capital grande, dado que cada aparato cuesta 180 dolares en Estados Unidos (aproximadamente \$ 800.— puesto en ésta).

Para subsanar este inconveniente hemos ideado la construcción de una serie de aparatos de 2, 4 y 6 bombas, con un dispositivo para extraer la leche a 4, 8 y 12 pechos a la vez. Todos los modelos se basan en el sistema del Dr. Abt, con interrupción automática y el costo de su construcción representa una economía, que consulta las exigencias de cada servicio.

Los modelos de poliextractores conocidos hasta la fecha son: el modelo del Dr. S. Bettinotti, que permite la extracción individual a ocho o 16 mujeres a la vez ("El Lactarium", 1936) y el modelo del Dr. E. Scheingart para cuatro mujeres, que con un dispositivo apropiado permite extraer ocho pechos simultáneamente.

### Sacaleche eléctrico de 2 bombas

Las modificaciones que presenta este aparato comparado con el modelo original del Dr. Abt, consiste en el adosamiento de dos bombas en la extremidad del eje del motor en lugar de una. El dispositivo del engranaje está reforzado y amoldado al trabajo de las bombas, que funcionan en forma oscilante. El vacío es transmitido a través de un tubo de goma a la combinación de aire, donde un manómetro marca la intensidad del vacío que se produce en la pezonera y el frasco colector. Este presenta un cierre con un tapón de goma de doble perforación. Por una de ellas el frasco está en comunicación con la combinación de aire y por otra con la pezonera que se amolda al pecho. En cada golpe de embolo el pecho es atraído contra las paredes de la pezonera, dejando salir una cantidad de leche. Una presión positiva que se origina en la

misma bomba y es transmitida al frasco, interrumpe la aspiración del pecho, que es vuelto a su lugar. La operación se repite sincrónicamente, realizándose 30 a 36 veces por minuto, según la cantidad de dientes que tiene la corona que hace mover la bomba. El funcionamiento del aparato es idéntico al del Dr. Abt. Cuando se desea obtener la extracción de leche de 4 pechos a la vez, se intercala a cada tubo de goma que sale de la combinación de aire un dispositivo de vidrio en forma de Y invertida. A cada una de las ramas se aplica un tubo de goma que comunica con el frasco colector, obteniendo en esta forma, de una sola bomba dos bifurcaciones, por cada una de las cuales se realiza la aspiración de la leche con toda comodidad.

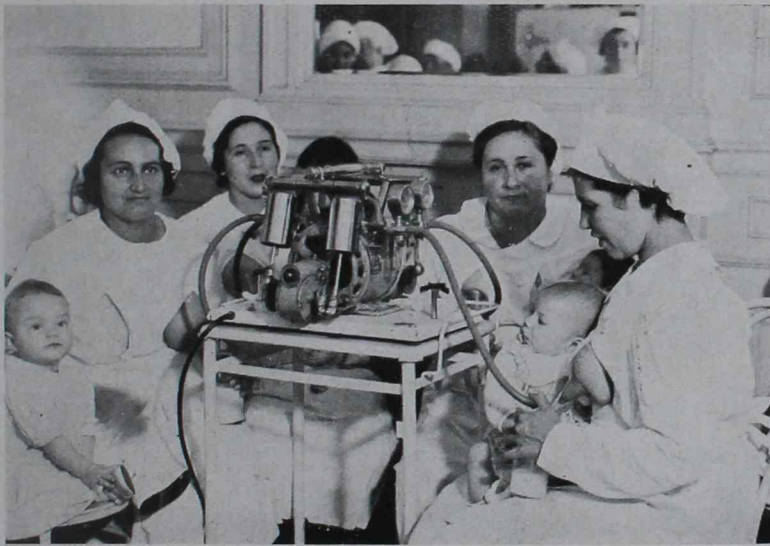


Fig. 4.—Extracción mecánica de la leche con el Poliextractor de 4 bombas

### **Poliextractor de 4 bombas**

El sacaleche de 4 bombas presenta dos modelos distintos. Describiremos a continuación uno de ellos, para incluir el segundo modelo con el poliextractor de 6 bombas con el cual presenta semejanza en el dispositivo.

El modelo presenta un motor de mayor potencia que los aparatos descritos anteriormente. El eje del motor se encuentra prolongado en sus dos extremidades, cada uno de ellos dispone de un



engranaje que pone en movimiento dos bombas productoras del vacío. Las conexiones y el funcionamiento del aparato son las mismas que en el modelo de dos bombas. Cada bomba trabaja y se regula independientemente, lo que permite hacer una aspiración suave del pezón y el vaciamiento completo del pecho. En este aparato, lo mismo que en el de dos bombas y por medio del dispositivo ya descrito, se puede extraer la leche de dos pechos con una sola bomba, lo que permite rendir al aparato la extracción de ocho pechos a la vez.

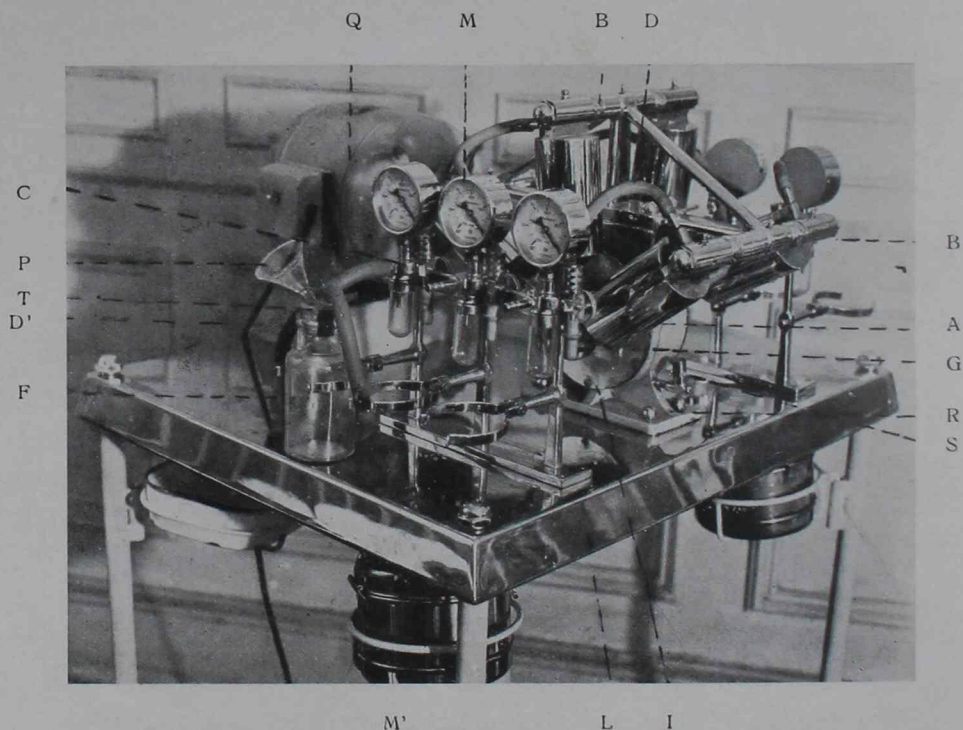


Fig. 5.—Poliextractor de 6 bombas para 6 y 12 pechos a la vez

A, Bomba oscilante. B, Soporte de la bomba. G, Caja reductora. R, Base. Q, Motor. M, Manómetro. F, Frasco colector de la leche. P, Pezonera o embudo de vidrio. C, Combinación de aire. D, Combinación entre la bomba aspiradora y la comunicación de aire. T, Tapón del frasco colector de doble perforación. D, Comunicación entre la combinación de aire y el frasco colector. I, Pistón de la bomba. M', Mesa. S, Aceitera de la caja reductora.

### Poliextractor de 4 y 6 bombas

Ambos modelos presentan un dispositivo semejante. Como su construcción solo difiere en la cantidad de bombas que posee, haremos de ellos una sola descripción.

El aparato consta de un motor de  $\frac{1}{2}$  H. P., que funciona con corriente alternada común. Un eje transmisor que sale de una de las extremidades del motor se prolonga hacia la caja reductora. Un engranaje colocado en su centro, que consta de un sin fin y una corona, que hace mover según el dispositivo 4 ó 6 bombas, que trabajan y se regulan independientemente. El vacío que se produce en las bombas es transmitido por un tubo de goma a una combinación de aire, que se gradúa por medio de un tornillo y se lee en un manómetro colocado en su parte superior. De esta combinación de aire sale otro tubo de goma que comunica con el frasco colector de la leche a través de un tapón de goma, que presenta otra perforación para dar paso a la pezonera.

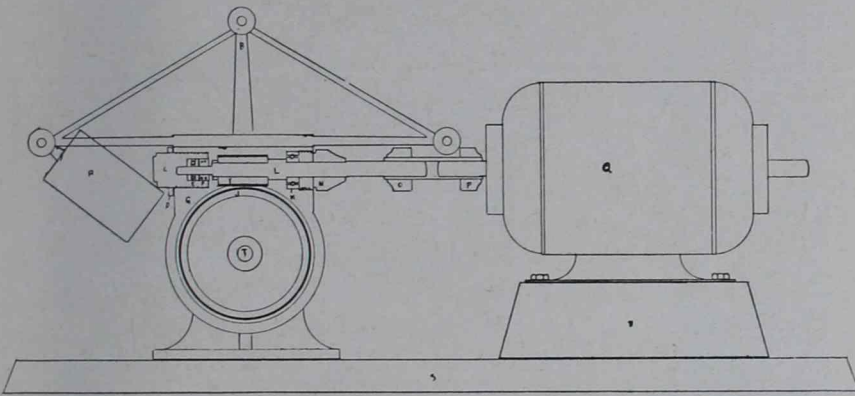


Figura 6

A, Bomba oscilante. B, Soporte de la bomba. G, Caja reductora. I, Sin fin. J, Corona del sin fin. L, Eje de transmisión. Q, Motor. R S Base

El funcionamiento del aparato es sencillo. El motor se pone en marcha por medio de un tomacorriente común. La extracción de la leche puede efectuarse en 8 ó 12 pechos a la vez, es decir, el doble número de bombas que presenta el aparato, pudiendo hacerse también de un pecho por cada bomba, obteniéndose el resultado según el dispositivo que adopta el tubo de goma a la salida de la combinación de aire. Cuando esta se comunica directamente con el frasco colector, la extracción se hará de un solo pecho, en cambio si presenta una bifurcación por medio de un dispositivo en Y invertida, la comunicación de la bomba se hará con dos frascos colectores y la extracción se efectuará en dos pechos.

En cada golpe de émbolo el pecho es atraído contra las pare-

des de la pezonerá, dando salida a la leche, para volver enseguida a su sitio. Esta interrupción se hace en forma rítmica y automáticamente, produciéndose a consecuencia de una ligera presión positiva que se produce en la pezonerá después de cada vacío.

El aparato efectúa un trabajo perfecto, vaciando completamente el pecho y permite obtener una leche aséptica.

Las ventajas que presenta este modelo sobre los anteriormente descritos, consiste en la solidez de su construcción y en la economía que presenta su uso en los lugares donde hay que extraer la leche a muchas nodrizas en un tiempo determinado.



Fig. 7.—Extracción mecánica de la leche de mujer con el poliextractor 6 bombas

### El sacaleche eléctrico en la práctica médica

El uso del sacaleche eléctrico en la práctica médica, ha encontrado numerosas aplicaciones y los rendimientos que se obtienen con ellos han venido a solucionar el largo bregar de encontrar un modelo de sacaleche que llene las necesidades para el fin que se destinan. Claro es que, en la clínica privada, el precio que tienen actualmente es demasiado elevado para ser usado corrientemente. Este inconveniente en parte ya ha sido solucionado en las grandes ciudades de Estados Unidos de Norteamérica, con el alquiler de estos aparatos, que realizan las grandes casas que se dedican a la venta de los mismos; no sería difícil que este procedi-

miento se imitara rápidamente y solucionara en parte, el inconveniente que significa su costo.

El sacaleche eléctrico practica un vaciamiento completo del pecho y mantiene su secreción, sin ninguna molestia para la madre. En los casos en que el niño se encuentra imposibilitado para succionar el pecho en los primeros días, el aparato suple perfectamente a la boca del niño y mantiene la secreción, hasta que el niño se encuentre en condiciones de succionar por sí mismo. Cuando existe una insuficiente secreción láctea, el sacaleche eléctrico al vaciar completamente el pecho, lo estimula y tiende, a aumentar su capacidad productiva. En los casos de pezones anormales, pequeños o umbilicados, que constituyen dificultades durante la lactancia, el sacaleche tenderá a formar el pezón en la medida en que ello fuera posible. El sacaleche realiza y contribuye a la rápida curación de las grietas y fisuras y como medio para aliviar el engurgitamiento de los pechos, como sucede en las linfangitis, en los pechos endurecidos y los apelonamientos de leche. En los casos en que la madre presenta una mastitis o existe sospecha de colección purulenta, el vaciamiento periódico es aconsejable, ya que el estancamiento ocasiona la disminución láctea, que puede llegar a la desaparición completa.

De acuerdo a lo expuesto, el empleo del sacaleche eléctrico es aconsejable en los siguientes casos:

- 1.º En el mantenimiento de la secreción láctea.
- 2.º Como estimulante de la secreción láctea. Agalactia e Hipogalactia.
- 3.º En la alimentación indirecta, en los casos en que la alimentación directa es imposible.
- 4.º En los centros de recolección de leche humana o instituciones y maternidades vinculados directamente con la lactancia.
- 5.º Contra los espasmos y endurecimientos de los pechos.
- 6.º En las linfangitis, mastitis con o sin colecciones purulentas de la glándula.
- 7.º En el tratamiento de las grietas y fisuras del pezón.

#### 1.º *Mantenimiento de la secreción láctea*

El niño normal, salvo raras excepciones, es suficientemente capaz por sí mismo de realizar una succión enérgica para mantener la secreción láctea. En cambio el débil congénito y el prematuro

se encuentran en distintas condiciones. El mecanismo de la succión y de la deglución, puede faltar concomitantemente o separadamente. En el primer caso, es necesario alimentar el niño con la sonda y en el segundo, con el cuentagotas o la eucharita, hasta que el niño se encuentre en condiciones de tomar el biberón o prenderse al pecho. La poca cantidad que toman los niños trae aparejada la falta de vaciamiento de los pechos y por ende la disminución de la secreción láctea o su desaparición cuando más lo necesita el niño.

Para evitar estos inconvenientes, se somete a la madre a un vaciamiento metódico y periódico de los pechos hasta que el niño pueda absorber o succionar por sí mismo la cantidad que necesita. Mientras pasa este tiempo el niño es alimentado con la leche de la madre extraída mecánicamente, que tiene la ventaja de presentar un tipo homogéneo y ser de fácil dosage para su suministro.

Frecuentemente sucede que la madre por distintas circunstancias, pierde el hijo al nacer o poco tiempo después. La leche que posee puede ser fácilmente aprovechable para otro niño, que lo necesite. En todos estos casos el sacaleche eléctrico cumple una función importantísima, con extracciones metódicas y periódicamente, mantiene la secreción del precioso líquido, realizando un trabajo perfecto sin ninguna molestia para la madre. Nuestras observaciones sobre más de 500 nodrizas, seis se han encontrado en estas condiciones, de las cuales haremos una rápida reseña.

*Observación 1.ª*—G. L., de 24 años de edad; pierde su hijo a raíz de un parto distócico; 10 días después ingresa como ama externa. Se le practica dos veces por día extracciones con el sacaleche eléctrico. En los primeros días la cantidad de leche extraída varía de 300 a 400 gramos diarios, para estabilizarse después del mes entre 900 y 1.100 gramos, durante 6 meses consecutivos. A raíz de un nuevo embarazo merma bruscamente su secreción láctea, por cuya causa abandona la extracción.

*Observación 2.ª*—E. M., de 29 años de edad; ingresa como ama cuando su hijo tenía un mes. Las extracciones de leche practicadas en las dos sesiones diarias durante los 6 primeros meses oscilaron entre 900 y 1.000 gramos. A los 7 meses el niño contrae una bronconeumonía y fallece. La madre continúa asistiendo al Instituto como nodriza externa en las mismas condiciones como lo hizo con anterioridad al fallecimiento de su hijo, practicándose extracciones con el sacaleche eléctrico dos veces al día, oscilando las cantidades entre 700 y 900 gramos durante siete meses más, la que interrumpe a raíz de un nuevo embarazo.

*Observación 3.ª*—P. I., de 23 años de edad; su niño fallece a los 2

meses de bronconeumonía. Ingresa como ama externa, practicándosele extracciones dos veces al día con el sacaleche eléctrico. Durante el primer mes las cantidades de leche extraídas oscilaron entre 350 y 450 gramos para estabilizarse a los 2 meses entre 500 y 600 gramos. Su asistencia al "lactario" duró 6 meses abandonando la extracción por merma brusca de la secreción láctea.

*Observación 4.<sup>a</sup>*—J. B., de 31 años de edad; despecha al niño a los 4 meses, fracasando todas las tentativas para hacerle tomar el pecho directamente. A los pocos días inicia las extracciones con el sacaleche eléctrico dos veces al día. Durante los primeros días las cantidades extraídas oscilan entre 200 y 250 gramos, para ir aumentando paulatinamente esta cifra y llegar a estabilizarse entre 500 y 600 gramos a los dos meses, continuando en esta forma durante 6 meses, para abandonar las extracciones por causas ajenas a su voluntad.

*Observación 5.<sup>a</sup>*—V. R., de 29 años de edad; su hijo fallece a los tres meses. Transcurren varios días, hasta que inicia las extracciones mecánicas de la leche con el sacaleche eléctrico. El primer día solo consigue extraerse 30 gramos. Al día siguiente esta cantidad aumenta a 150, siguiendo el aumento en los días sucesivos, para conseguir extraerse a los 10 días 300 gramos en dos sesiones. Continúa con esta cifra durante varios días más, para colocarse de nodriza después de haber recuperado en parte su secreción láctea.

*Observación 6.<sup>a</sup>*—L. G., de 33 años de edad; pierde al niño a los dos meses a consecuencia de una bronquitis capilar. Inicia las extracciones de la leche con el aparato eléctrico, efectuando dos sesiones diarias. Las cifras obtenidas en los primeros días varían entre 400 y 500 gramos. Continúa en esta forma durante dos meses, para mermar esta cifra sin causa aparente en 200 gramos, por cuya causa y debido a que el traslado hasta el centro de recolección de leche se le hacía dificultoso, abandona las extracciones.

## 2.º *El uso del sacaleche eléctrico como estimulante de la secreción láctea*

Está demostrado que en las madres que crían y se someten a la extracción mecánica de la leche, la glándula mamaria realiza un trabajo de adaptación al esfuerzo que se le pide y va aumentando paulatinamente desde las primeras sesiones su capacidad secretora, para estabilizarse en una cantidad fija, variable de una mujer a otra. El sacaleche eléctrico en estos casos actúa como un estimulante de la glándula. Según nuestras observaciones podemos calcular el establecimiento de la capacidad productiva máxima al término del 2.º mes de la extracción mecánica y persistir en esta forma durante varios meses, siempre que la edad del niño no pase de

4 a 6 meses y no intervenga una causa intercurrente en la merma de la secreción láctea.

Existen grandes variaciones de una mujer a otra referente a la cantidad secretora de la glándula. En esta producción desempeña el tejido glandular el papel preponderante, siendo el vaciamiento completo del pecho y la vida higiénica de la mujer tan indispensables en el conjunto como el primero. Hemos visto muchas madres que prolongan su secreción láctea abundante más allá del año, pero comunmente esta secreción comienza a mermar después de los nueve meses, para ir agotándose poco a poco, debido sin duda a una estrecha relación fisiológica que existe entre la madre y las necesidades del niño.

Como ilustración de la influencia que ejerce la extracción mecánica con el sacaleche eléctrico como estimulante de la secreción láctea, resumimos en un cuadro la observación de 10 nodrizas tomadas al azar, en un total de 500 amas, cuya variación de cifras han presentado las mismas características.

En los casos de hipogalactias ligeras o medianas tratadas por el sacaleche eléctrico para estimular la secreción láctea, los éxitos obtenidos han sido frecuentes, sobre todo en las madres que han tenido la dedicación y la paciencia de someterse periódicamente al vaciamiento completo del pecho. Si la cantidad de leche obtenida no es suficiente para alimentar al niño, se impone la alimentación complementaria, temporaria o definitivamente, según lo exijan las circunstancias.

En las hipogalactias pronunciadas y las agalactias, los resultados son menos alentadores. Nuestra observación sobre 20 casos en madres en que las extracciones con el sacaleche en los primeros días han oscilado entre 10 y 20 gramos por sesión, y ha tardado en aumentar, determinó el abandono de la extracción en casi todos los casos. Hay que tener en cuenta, que todas las observaciones han sido hechas en madres de posición desahogada, lo que ha influido en el abandono por parte de ellas de la extracción por falta de constancia. Creemos, sin embargo, que debe ensayarse este sistema en todos los casos de secreción insuficiente, ya que es la única forma de asegurar y agotar todos los recursos para obtener una lactancia normal.

Cuadro demostrativo de la influencia que ejerce la extracción mecánica con el sacaleche eléctrico como estimulante de la secreción láctea en el transcurso de la lactacia.

Nombre	Edad de hijo	Fecha de ingreso	Días transcurridos desde la iniciación de la extracción										
			1	2	3	4	5	10	15	20	30	60	90
1 B. R.	1 mes	12/2/37	170	380	430	490	590	500	630	770	780	890	800 a 900 gr.
2 B. H.	3½ meses	8/12/37	160	430	320	520	450	500	450	450	480	450	460 a 500 gr.
3 C. O.	1 mes	19/2/37	820	990	1180	1530	1610	1640	1960	1850	1900	1700	2.100 a 2.800 gr.
4 F. E.	2 meses	20/12/37	270	430	490	540	630	570	550	570	600	650	650 a 700 gr.
5 A. E.	1 mes	7/12/37	200	370	560	610	570	650	650	800	950	900	1.000 a 1.050 gr.
6 F. M.	2 meses	2/12/37	60	140	200	150	180	270	330	300	350	450	500 a 550 gr.
7 Z. J.	2 meses	5/12/37	1420	1640	1600	2000	1750	1250	1400	1450	1450	1500	1.500 a 1.600 gr.
8 L. E.	2 meses	12/12/37	200	330	500	560	600	540	650	580	600	500	450 a 550 gr.
9 P. A.	1 mes	10/9/37	240	260	530	490	620	560	550	860	870	950	1.100 a 1.250 gr.
10 P. C.	5 meses	12/2/37	170	320	470	480	490	350	320	650	750	950	900 a 1.000 gr.



3.º *Alimentación indirecta en los casos en que la alimentación directa es imposible.*

En los pezones pequeños, umbilicados o planos, en los que la alimentación directa es imposible, debido a que el niño no puede prenderse al pecho, es aconsejable la extracción de la leche con el sacaleche, que en esta forma proporciona al niño el alimento natural y favorece la formación del pezón. El uso del sacaleche se prolongaría por un tiempo variable y dependería de la persistencia o desaparición de la causa que ha obligado a su empleo.

En los prematuros o débiles congénitos, cuando el niño no puede prenderse al pecho por faltarle la succión o se encuentra debilitado para practicarlo, se debe proceder al vaciamiento de los pechos y alimentarlo indirectamente, hasta que el niño se encuentre en condiciones de alimentarse por sí mismo.

Finalmente, en ciertas enfermedades, cuando el contacto con la madre presenta un peligro de contagio para el niño, puede recurrirse a este método de alimentación. En este caso se encontraría la gripe, la escarlatina y la difteria (poco frecuente) entre las enfermedades agudas y la tuberculosis con buen estado general, cuando existe una leve sospecha de que la madre puede transmitir el contagio y siempre que la extracción mecánica de la leche no presente un peligro de agravación de la dolencia. En cada caso el médico resolverá el procedimiento a seguir.

4.º *El sacaleche eléctrico en los centros de recolección y distribución de leche humana y en las instituciones vinculadas directamente con la lactancia.*

La alimentación natural que se realiza actualmente por intermedio de los centros de recolección y distribución de leche humana, proporcionando al niño sano o enfermo un alimento perfecto cuyo valor nutritivo no desmerece a la leche que el niño toma directamente del seno de la madre, ha tenido en estos últimos años gran difusión en todos los países que lo han puesto en práctica.

Iniciada la recolección en pequeña escala por Emerson, en Boston (E.E. U.U. ), en 1910 y alentado por los resultados prácticos de este sistema, el autor llegó a recoger en el año 1915 durante tres meses, 360 litros de leche para la alimentación de niños distróficos. Hoobler, practicando el mismo sistema en Detroit (E. E. U. U.) recogió en diciembre de 1913, en la Maternidad y Casa del Niño

en un solo mes 31 litros, habiendo llegado en el año 1921 a 2.400 litros.

Chapin en New York en los años 1921 a 1923, en 11 meses recogió 1.070 litros. En Alemania existe un centro de recolección y distribución de leche de mujer bajo la dirección del Dr. Kayser, en cuyo servicio se han recogido de 1.900 a 3.100 litros de leche anuales.

En Francia existen desde hace mucho tiempo numerosos establecimientos que albergan lactantes sanos o enfermos que poseen nodrizas cuya leche se da a los niños separados de las madres. pero recién en el año 1936 se empieza a organizar en cada Departamento, bajo la vigilancia del Prefecto, centros de dadoras de leche, anexo a las maternidades, a las casas maternales o a los grandes establecimientos hospitalarios.

En Estados Unidos de Norteamérica existen actualmente numerosos centros de recolección y distribución de leche humana, oficiales y de iniciativa privada en Boston, New York, Chicago, Detroit, Kansas, etc.

En Montevideo, el Dr. Bauzá puso en práctica este sistema de recolección y distribución de leche humana desde el año 1925. La gran aceptación que han tenido, lo prueban las siguientes cifras: en 1925 se han recolectado 333 litros de leche, siguiendo después un progresivo aumento hasta alcanzar 5.165 litros en el año 1935.

La iniciación entre nosotros de esta forma de alimentación indirecta de leche de madre en el lactante, comienza en pequeña escala en el Instituto de Maternidad y Puericultura, bajo la dirección de los profesores Dr. Alberto Peralta Ramos y Dr. Juan P. Garrahan, en el año 1929, donde se inicia la extracción mecánica de la leche con el aparato del Dr. Scheer.

La instalación del "Lactario" anexo a la cátedra de Higiene y Puericultura, que funciona desde el año 1934, en el Hospital de Clínicas, dirigido por el Profesor Dr. Mamerto Acuña y bajo la dirección del Dr. S. I. Bettinotti en el alto concepto de un organismo médicosocial, tal como lo ha expuesto el Prof. M. Acuña. En los primeros cinco meses de su creación, la recolección láctea alcanzó a 1.304 litros y durante el año 1935 a 3.499 litros.

En el año 1936, el H. C. Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires, dictó una ordenanza creando un "lactario" inspirado en el mismo concepto médicosocial que funciona en el Hospital Nacional

de Clínicas. Su producción alcanzó durante el año 1937 a 4.571 litros de leche humana.

Entre las instituciones privadas el "Instituto Dietético para lactantes", bajo mi dirección se ha dedicado exclusivamente a la recolección y distribución de leche humana desde el año 1930. Durante 1931, primer año de su funcionamiento la recolección alcanzó a 2.618 litros y en el año 1937 a 6.905 litros, habiendo recolectado y distribuido en los siete años de su funcionamiento, 28.378 litros de leche humana.

Para que la leche de mujer llegue al niño en perfectas condiciones de higiene, es necesario observar y poner en práctica una serie de medidas, que se hacen muy rigurosas en un centro de recolección.

Estas exigencias no solo se refieren a la nodriza, a su estado de salud, al excedente de leche que debe poseer para entregar al centro después de alimentar su propio hijo, sino que atañen también a las medidas que deben tomarse durante la extracción. El sacaleche eléctrico realiza esta operación con excelente resultado, ya que permite obtener, previa la esterilización que debe hacerse con el material que interviene en la extracción, una leche aséptica, que permite su conservación hasta después de 48 horas. Creemos que ningún otro método de extracción, por más precauciones que se tomen, pueda igualar a la extracción con el sacaleche eléctrico y, el argumento que se esgrime para dejarlo de emplear por su excesivo costo, ha sido resuelto con la serie de modelos presentados por nosotros.

5.º *El sacaleche eléctrico como tratamiento de los espasmos y endurecimientos de los pechos.*

En las ingurgitaciones de los senos acompañados de espasmos dolorosos y formación de cordones, endurecimientos o pelotones de leche, usamos sistemáticamente el sacaleche eléctrico con excelente resultado. En 10 casos tratados con este procedimiento hemos tenido 2 fracasos, que solo cedieron con la succión de un niño grande.

6.º *El uso del sacaleche en las linfangitis, mastitis con o sin colecciones purulentas de la glándula.*

El empleo del sacaleche en las linfangitis y mastitis es conveniente para aliviar el dolor, que se consigue con el vaciamiento del seno. La aspiración suave que ejerce el aparato no causa ninguna molestia a la paciente y conserva la secreción láctea hasta que se obtiene la resolución de los procesos flogísticos.

Cuando existen colecciones purulentas y la puesta del niño a seno no es aconsejable, el empleo de sacaleche es indicado para vaciar suavemente el pecho, eliminar la ingurgitación y favorecer la eliminación de la colección purulenta con evidente beneficio sobre la glándula secretora, cuya actividad mantiene mientras dura la enfermedad.

#### 7.º *Tratamiento de las fisuras, grietas y ulceraciones.*

Las medidas profilácticas que practican las madres durante el último mes del embarazo, para evitar la grietas y las fisuras de los pezones, no siempre son suficientes para evitar la aparición de estas lesiones en los primeros meses de la lactancia. Cuando ellas se presentan, traen consigo una serie de inconvenientes, que se traducen desde ligeras molestias, que pueden ser soportadas por las madres, hasta dolores intensos, que hacen imposible la succión, con evidente peligro de la disminución o desaparición de la secreción láctea. Las grietas y las fisuras de los pezones son causa para que muchos niños sean despechados prematuramente.

Oportunamente describimos el arsenal terapéutico para tratar las grietas y las fisuras. Los resultados más favorables han sido obtenidos con el uso del sacaleche eléctrico, que consiste en extraer mecánicamente la leche y dejar el pezón en reposo durante varios días. E. M. Tarr aconseja agregar a la extracción mecánica la aplicación durante la noche, de una pomada con mercurocromo al 2 %.

Nosotros agregamos a este tratamiento tres o cuatro aplicaciones de rayos ultravioleta de corta duración. En 10 casos tratados con este procedimiento obtuvimos 8 éxitos entre 2 a 7 días.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Testut.—Anatomía descriptiva.
2. Keen.—Cirugía.
3. Ancel et Bouin.—“Journal de Physiologie et de Pathologie Generale”, janvier 1911.
4. Vitry.—Physiologie de la Nourrice. 1905.
5. Pithon A.—Physiologie de la Lactation. Teses. París, 1928.
6. Porcher Ch.—La secretion lactée.
7. Roger G. H.—Traité de Physiologie normal et pathologique, T. XI.
8. Gley.—Fisiología humana.
9. Finkelstein.—Tratado de enfermedades de....
10. Combe.—Precis de Hygiene et de Puericulture.
11. Pérez M. Luis.—Tratado de obstetricia.
12. Brindeau y Castrieux.—De l'emploi de la pompe a lait electrique
13. Jaschke.—“Zentralbl. f. Gynäc.”, 1909.
14. Lereboullet.—Manuel de Puericulture. París, 1932.

15. **Marfán A. B.**—Traité de l'allaitement. París, 1930.
  16. **Scheer.**—"Münch. Med. Wochen.", 1929, T. 76, pág. 1, 648.
  17. **Scheer.**—"Monatschr. f. Geburtsch und Gynác.", T. 81, 1929.
  18. **Thoenes.**—"Münch. Med. Wochen.", 1929, T. 76, pág. 1, 464.
  19. **Bauzá.**—"Archivos de Pediatría de Montevideo", 1932.
  20. **Bauzá.**—"Le Nourrisson", N.º 2, pág. 123.
  21. **Tarr E. M.**—"California and Western Med.", 1925, T. 27, pág. 318.
  22. **Tarr E. M.**—Electric Breast Pump. "Medical Journal and Record".
  23. **Espinosa Infanzon.**—"Revista de Sanidad e Higiene Pública", España. Enero, 1935.
  24. **Ceferino Rodríguez y Rodríguez.**—"Archivos Españoles de Pediatría", N.º 9-10, año 1933, pág. 463.
  25. **Hoobler R.**—Human Milk his comertial productionand distribution. "Amer. Journ. Dis of Child.", V, 28, 1924, pág. 204.
  27. **Chapin.**—Twelve Years Experience in colection and Distribution Human milk. "Journ. Dis of Child.", Chicago, V, 48, 1934, pág. 899.
  28. **Emerson y Smith.**—Dried human milk Amer. "Journ. of Dis. os Child.", 1931.
  29. **Bauzá J. A.**—Leche humana ordeñada. "Arch. de Pediatría del Uruguay", T. 3, 1932.
  30. **Bettinotti S.**—El Lactarium. 1936.
  31. **Travesaro J. C. y González Collazo.**—Acción de los rayos ultravioleta en la hipogalactia. "La Semana Médica", 1929.
  32. **Rossenwasser L.**—Tratamiento de la hipogalactia. "La Semana Médica", N.º 15, 1934.
  33. **Schteingart Elías.**—Nuevo poliextractor de leche de mujer. "La Prensa Médica", N.º 6, 1936.
  34. **Obes J. Polleri y Gaffre Lucas.**—Centros de recolección y distribución de leche humana. "Arch. de Pediatría del Uruguay", 1937.
  35. **Zambrano Elio.**—"La Pediatría", año 1937.
  36. **Houssay B.**—"Rev. Soc. Arg. de Biología", V, XI, N.º 4, 1935.
  37. **Schteingart M.**—La hipófisis. Sus funciones en la clínica. 1936.
  38. **Schweizer F.**—Alimentación y trastornos nutritivos del lactante.
  39. **Navarro J. C. y Bazán Florencio.**—Trastornos nutritivos en el lactante.
  40. **Hamm.**—"Münch. Med. Wochen.", 1930, T. 77, pág. 103.
-

## Determinación de la hemoglobina, hierro, glóbulos rojos y volumen globular en el recién nacido normal y en el prematuro, dentro de las 24 horas<sup>(\*)</sup>

por el

Dr. Arturo M. de San Martín

Este trabajo ha sido realizado en el laboratorio del Instituto Modelo de Clínica Médica que dirige el Prof. Juan R. Goyena y los casos estudiados, pertenecen todos a la Maternidad Samuel Gache, del Hospital Rawson, que dirige el Prof. Nicanor Palacios Costa.

Entre nosotros Orías<sup>(1)</sup>, se ha ocupado del estudio de la hemoglobina en el adulto. Las variaciones del tenor en hemoglobina de los adultos en nuestro país, han sido estudiadas por el mismo autor<sup>(2)</sup>, quien en trabajos posteriores<sup>(3)</sup>, se ocupa de la hemoglobina en el lactante. Encuentra en 26 análisis de recién nacidos de 1 a 4 días la cifra de 21.59 grs., de Hb % y en 27 análisis de niños de 5 a 13 días de edad, un promedio de 20.65 grs., de Hb %. Sus cifras concuerdan con las de Williamson<sup>(4)</sup>, en niños de 1 día de edad, usando el método espectrofotométrico, en varones encuentra un promedio de 23.31 grs., de Hb. % y en mujeres 23,19 grs., de Hb %.

Appleton<sup>(5)</sup>, utiliza el método de Palmer controlreado por el método gasométrico de Van Slyke, obteniendo en niños de 1 día de edad un promedio de 22.63 grs., de Hb %. Lucas, Dearing, Hoobler, Cox, Jones y Smith<sup>(6)</sup>, con el método de Robcheit, obtienen resultados más bajos en niños de 1 día de edad, 16.15 grs., de Hb %. Sandford (1928), con el hemoglobinómetro de Newcomer obtiene en niños de 1 día de edad, un promedio de 18.80 grs., de Hb %.

---

(\*) Trabajo presentado a la Sociedad Argentina de Pediatría. Sesión del 10 de mayo de 1938.

Nosotros hemos extraído la sangre por punción del seno longitudinal en el recién nacido normal y en el prematuro dentro de las primeras 24 horas; la sangre se ha colocado en tubos de ensayo esterilizados, con 0.02 grs., de oxalato de potasio para cada 5 c.c. de sangre extraída.

La determinación de la hemoglobina, se ha obtenido con un hemoglobínometro de Sahli-Hellige, recalibrado por el método espectrofotométrico y el método de Van Slyke-Stadie, correspondiendo el 100 % de la escala roja de Hellige a 18 grs., de Hb por 100 c.c., de sangre. En algunos casos se han hecho determinaciones con el método antedicho y simultáneamente con el método de Bürker.

Historias clínicas: N.º 1.832, en cuyo caso obtuvimos 24.50 grs., de Hb %; N.º 1.861, 28 grs., de Hb %; N.º 1.884, 24.57 grs., de Hb % y N.º 1.973, resultando 20.97 grs., de Hb %.

Para determinar el volumen globular utilizamos el hematocrito de Altmann y en algunos casos los resultados se contralorearon con un tubo graduado de Sanford-Magath.

Para determinar el contenido en hierro de la sangre utilizamos el método de Wong (1).

Nuestros resultados son los siguientes:

En 23 varones:

Hb % Hellige. Valor más bajo . . . . .	95 %
Valor más alto . . . . .	150 %
Promedio de los 23 casos estudiados . . . . .	113.60 %
Hb en grs. por 100 c.c. de sangre. Valor más bajo . . . . .	17.10 grs.
Valor más alto . . . . .	26.82 „
Promedio de los 23 casos estudiados . . . . .	20.45 „

Calculando la hemoglobina por la cifra de hierro obtenida en el mismo grupo de casos:

Hb en grs. por 100 c.c. de sangre. Valor más bajo . . . . .	15.40 grs.
Valor más alto . . . . .	27.28 „
Promedio de los 23 casos estudiados . . . . .	19.93 „

En 12 recién nacidos normales, del sexo femenino, registramos las cifras que siguen:

Hb % Hellige. Valor más bajo . . . . .	93 %
Valor más alto . . . . .	120 %
Promedio de los 12 casos estudiados . . . . .	106.50 %
Hb en grs. por 100 c.c. de sangre. Valor más bajo . . . . .	16.74 grs.
Valor más alto . . . . .	21.60 „
Promedio de los casos estudiados . . . . .	19.17 „

Calculando la hemoglobina por la cifra de hierro obtenida en el mismo grupo de casos, nuestros resultados han sido los siguientes:

Hb en grs. por 100 c.c. de sangre. Valor más bajo . . . . .	14.92 grs.
Valor más alto . . . . .	22.61 „
Promedio de los 12 casos estudiados . . . . .	18.78 „

En un grupo de 14 prematuros en las mismas condiciones de los casos anteriores, es decir, dentro de las 24 horas del nacimiento y de los cuales 12 eran del sexo femenino y entre ellas, dos gemelas, obtuvimos los resultados expresados a continuación:

Hb % Hellige. Valor más bajo . . . . .	86 %
Valor más alto . . . . .	140 %
Promedio de los 14 casos estudiados . . . . .	119.78 %
Hb en grs. por 100 c.c. de sangre. Valor más bajo . . . . .	15.48 grs.
Valor más alto . . . . .	25.20 „
Promedio de los 14 casos estudiados . . . . .	20.91 „

Calculando la hemoglobina por la cifra del hierro obtenida en el mismo grupo de casos, los resultados obtenidos son:

Hb en grs. por 100 c.c. de sangre. Valor más bajo . . . . .	16.58 grs.
Valor más alto . . . . .	24.87 „
Promedio de los 14 casos estudiados . . . . .	20.18 „

HIERRO.—Las cifras de hierro obtenidas con el método de Wong, son las que a continuación siguen:

En 23 varones:

Hierro en mgrs. por 100 c.c. de sangre. V. más bajo . . . . .	50.00 mgrs.
Valor más alto . . . . .	90.00 „
Promedio de los 23 casos estudiados . . . . .	64.48 „

En 12 mujeres:

Valor más bajo . . . . .	50.00 mgrs.
Valor más alto . . . . .	75.75 „
Promedio de los 12 casos estudiados . . . . .	63.13 „

En 14 prematuros:

Valor más bajo . . . . .	52.63 mgrs.
Valor más alto . . . . .	83.33 „
Promedio de los 14 casos estudiados . . . . .	67.12 „

Sachs, Levine y Fabian <sup>(8)</sup>, estudiaron el contenido en hierro y cobre de la sangre materna y la del recién nacido. La sangre de este último fué extraída del cordón umbilical y los casos estudia-



dos son 6, de los cuales tres de cada sexo. La cifra más alta por ellos obtenida es de 54.65 miligramos de hierro por 100 c.c. de sangre, la más baja 43.65 siendo su promedio para los 6 casos estudiados, 51.79. Las determinaciones del hierro fueron hechas con el método de Wong.

GLÓBULOS ROJOS.—Siguiendo la técnica común hemos encontrado en el grupo de los 23 varones, los datos siguientes:

Cifra más baja . . . . .	5.110.000	por mm <sup>3</sup>
Cifra más alta . . . . .	7.650.000	„ „
Promedio de los 23 casos . . . . .	5.909.000	„ „

En el grupo de las 12 mujeres:

Cifra más baja . . . . .	4.960.000	por mm <sup>3</sup>
Cifra más alta . . . . .	6.400.000	„ „
Promedio de los 12 casos estudiados . . . . .	5.555.000	„ „

En 14 prematuros:

Cifra más baja . . . . .	4.990.000	por mm <sup>3</sup>
Cifra más alta . . . . .	7.110.000	„ „
Promedio de los 14 casos estudiados . . . . .	6.020.000	„ „

VOLUMEN GLOBULAR.—Con el hematocrito de Altmann y controloreado con un tubo capilar graduado nuestros resultados son los siguientes:

En 23 varones:

Cifra más baja . . . . .	40 %
Cifra más alta . . . . .	60 %
Promedio de los 23 casos . . . . .	48.97 %

En 12 mujeres:

Cifra más baja . . . . .	41 %
Cifra más alta . . . . .	56 %
Promedio de los 12 casos estudiados . . . . .	46.91 %

En 14 prematuros:

Cifra más baja . . . . .	36 %
Cifra más alta . . . . .	59 %
Promedio de los 14 casos estudiados . . . . .	49.35 %

VALOR GLOBULAR.—Hemos determinado el valor globular dividiendo el por ciento de hemoglobina del aparato de Hellige por el

doble de las dos primeras cifras del número de glóbulos rojos por milímetro cúbico.

En 23 varones:

Cifra más baja . . . . .	0.87 %
Cifra más alta . . . . .	1.04 %
Promedio de los 23 casos estudiados . . . . .	0.96 %

En 12 mujeres:

Cifra más baja . . . . .	0.89 %
Cifra más alta . . . . .	1.00 %
Promedio de los 12 casos estudiados . . . . .	0.96 %

En los 14 prematuros:

Cifra más baja . . . . .	0.88 %
Cifra más alta . . . . .	1.00 %
Promedio de los 14 casos estudiados . . . . .	0.96 %

Nos parece de utilidad el haber establecido la relación que existe entre la cantidad de glóbulos rojos por milímetro cúbico y el volumen globular %, cifra que obtuvimos dividiendo ambos valores.

En 23 varones:

Cifra más baja . . . . .	113.777
Cifra más alta . . . . .	140.000

Promedio de los 23 casos estudiados 121.161 glóbulos rojos por cada unidad de volumen globular %.

En 12 mujeres:

Cifra más baja . . . . .	100.363
Cifra más alta . . . . .	130.444

Promedio de los 12 casos estudiados, 118.957 glóbulos rojos por cada unidad de volumen globular %.

En 14 prematuros:

Cifra más baja . . . . .	112.069
Cifra más alta . . . . .	141.111

Promedio de los 14 casos estudiados, 123.124 glóbulos rojos por cada unidad de volumen globular %.

Por último, hemos determinado la relación que existe entre los gramos de hemoglobina por 100 c.c. de sangre y 100 c.c. de glóbulos rojos.

En 23 varones:

Cifra más baja . . . . .	37.17 grs.
Cifra más alta . . . . .	48.60 „
Promedio de los 23 casos estudiados . . . . .	41.69 „

En 12 mujeres:

Cifra más baja . . . . .	35.67 grs.
Cifra más alta . . . . .	45.00 „
Promedio de los 12 casos estudiados . . . . .	41.02 „

En 14 prematuros:

Cifra más baja . . . . .	38.21 grs.
Cifra más alta . . . . .	47.52 „
Promedio de los 14 casos estudiados . . . . .	42.60 „

Acompañamos en 3 cuadros, las 23 observaciones de los varones, las 12 de las mujeres y las 14 de los prematuros.

#### CONCLUSIONES

1.º Las cifras de Hb obtenidas por nosotros son más elevadas que las del adulto. Promedio para los recién nacidos normales, dentro de las primeras 24 horas de la vida, varones 113.60 % Hellige en gramos por 100 c.c. de sangre 20.45 grs., y por ferrimetría 19.93 grs. Mujeres 106.50 % Hellige, en grs., por 100 c.c. de sangre 19.17 grs., y por ferrimetría 18.78 grs.

En prematuros en las mismas condiciones 119.78 % Hellige, en gramos por 100 c.c. de sangre 20.91 grs., y por ferrimetría 20.18 grs.

2.º El número de glóbulos rojos por mm<sup>3</sup> es también más elevado que en el adulto, pues el promedio para los varones es de 5.909.000 por mm<sup>3</sup>, para las mujeres es de 5.555.000 por mm<sup>3</sup> y para los prematuros de los dos sexos es de 6.020.000 por mm<sup>3</sup>.

3.º El promedio de la cantidad de hierro por 100 c.c. de sangre es para los varones 64.48 miligramos, para las mujeres 63.13 y para los prematuros de ambos sexos 67.12 miligramos.

4.º El volumen globular es para los varones promedio 48.97 %, para las mujeres 46.91 % y para los prematuros 49.35 por 100 c.c. de sangre.

5.º El valor globular determinado en la forma explicada es de 0.96 para todos los casos, varones, mujeres y prematuros, como promedio.

Historias clínicas N.º	Sexo	Edad en horas	Peso en grs.	Talla	Circunferencia craneana	Circunferencia torácica	Diámetro bipa- rietal	Hemoglobina			Hierro en miligra- mos por 100 cc.	Glóbulos rojos por mm <sup>3</sup>	Volumen globular por 100 cc.	Valor globular	Relación número de glóbulos rojos a volumen globular	Relación grs. Hb. por 100 cc. de glóbulos rojos	
								en % Hellige	en grs. por 100 cc.	por ferrimetría							
1. 110	masc.	3	3.700	51	36	37	10	102	18.36	23.38	75.00	5.630.000	46	0.91	122.393	39.91	
1. 240	masc.	8	3.020	50	32	32	9	119	21.42	18.62	62.40	5.700.000	49	1.04	116.328	43.71	
1. 261	masc.	13	3.340	51	33	34	9.5	105	19.80	18.24	62.11	5.350.000	47	0.99	113.834	40.21	
1. 225	masc.	5	2.930	48.5	35	32	9	114	20.52	17.30	57.96	5.800.000	49	0.98	118.367	41.87	
1. 389	masc.	5.5	3.500	50	35	36	9	122	21.96	19.38	64.93	6.420.000	52	0.95	123.461	42.23	
1. 235	masc.	14	3.500	51	35	36	10	106	19.03	15.40	51.62	5.680.000	44	0.94	129.090	43.36	
1. 076	masc.	23	3.160	50	37	35	10	109	19.62	19.89	66.66	5.620.000	49	0.97	114.693	40.04	
1. 310	masc.	12	3.700	50	36	34	9.5	100	18.00	17.55	58.82	5.120.000	45	0.98	113.777	40.00	
1. 431	masc.	7	3.260	49	35	34	9.5	102	18.36	17.82	59.70	5.300.000	46	0.97	115.217	39.91	
1. 626	masc.	9	3.750	51.5	34.5	34	10	100	18.00	17.09	50.00	5.750.000	47	0.87	122.340	38.29	
1. 731	masc.	6	3.000	49	34	32	10	110	19.90	18.65	62.50	5.830.000	47.5	0.94	122.737	41.89	
1. 832	masc.	4	4.100	53	37	38	10	115	20.70	19.89	66.66	6.010.000	52	0.95	115.576	39.80	
1. 861	masc.	7	2.900	49	35	34	9	149	26.82	22.68	76.00	7.500.000	58	0.99	129.310	46.24	
1. 884	masc.	7	3.500	52	36	36	9	135	24.30	19.89	66.00	6.830.000	56	0.99	121.964	43.39	
1. 913	masc.	8	3.320	51	33	34	9	150	27.00	27.28	90.90	7.650.000	60	0.98	127.500	45.00	
1. 949	masc.	10	3.200	50.5	35	33	9	95	17.10	17.80	52.63	5.300.000	46	0.89	115.217	37.17	
2. 011	masc.	11	3.160	50	33	32	9	120	21.60	21.31	71.42	6.400.000	56	0.93	114.285	38.57	
2. 072	masc.	7	4.500	51	37	38	11	102	18.36	15.59	58.52	5.400.000	42	0.94	128.571	43.75	
2. 133	masc.	4	4.150	54	37.5	36.5	10.5	101	18.18	17.55	58.82	5.110.000	43	0.99	118.837	42.27	
2. 142	masc.	8	3.060	50	34	32	9.5	108	19.44	19.89	66.66	5.610.000	40	0.96	140.250	48.60	
2. 162	masc.	10	3.340	50	35	33	9.5	125	22.50	20.59	68.96	6.370.000	52	0.99	122.500	43.26	
2. 170	masc.	7	3.950	51	36	36.5	9.5	117	21.06	19.89	66.66	6.020.000	52	0.98	115.757	40.50	
2. 189	masc.	12	3.700	51	36	36	10.5	107	19.26	19.89	66.66	5.510.000	48	0.97	114.812	40.12	
								Valores más bajos...	95	17.10	15.40	50.00	5.100.000	40	0.87	113.777	37.17
								Valores más altos...	150	26.82	27.28	90.90	7.650.000	60	1.04	140.250	48.60
								Promeaños .....	113.60	20.45	19.93	64.48	5.909.000	48.97	0.96	121.161	41.69





6.º La relación de la hemoglobina en gramos por 100 c.c. de sangre con 100 c.c. de glóbulos rojos es como promedio para los varones 41.69 grs., para las mujeres 41.02 grs., y para los prematuros 42.60 grs. Este dato es interesante porque el valor del adulto, 35 grs., por 100 c.c. de glóbulos es muy constante y no es sobrepasado en condiciones normales o patológicas.

7.º Todos los valores, hemoglobina, número de glóbulos rojos por mm<sup>3</sup>, hierro, volumen globular y relación hemoglobina a glóbulos rojos son mayores que los correspondientes al adulto.

#### BIBLIOGRAFIA

(1) Orías O.—Dosaje de la hemoglobina sanguínea. Examen de los métodos de Sahli-Leitz, Hellige, Newcomer y Burker. "Arch. Soc. Biol.", Montevideo, 1931, 863.

(2) Orías O.—La cantidad de hemoglobina sanguínea en hombres y mujeres adultos, sanos en la República Argentina. Tesis de doctorado 1931.

(3) Orías O.—Factores que influyen la cantidad de la hemoglobina de la sangre. "Arch. Soc. Biol.", Montevideo, 1931, 891.

(4) Williamson.—"Arch. of Inter. Med.", XVIII, 1916.

(5) Appleton.—V. B. "Jour. Biol. Chem.", 1918, XXXIV, 369.

(6) Lucas, Dearing, Hoobler, Cox, Jones y Smith.—"Amer. Jour. of Dis. of Child.", 1921, XXII, 525.

(7) Wong.—"J. Biol. Chem.", 1928, 77, 409.

(8) Parodi A. S.—Número de eritrocitos y volumen globular en 50 hombres sanos universitarios de Buenos Aires. "Soc. Arg. de Biol.", 1930, 6, 426.

(9) Wallgren.—Metabolism of Iron in breast-fed infants. "J. A. M. As.", 1933, 101, 248.

(10) Sachs, Levine y Fabian.—Cooper and Iron in human blood. Normal men and women. "Arch. of Inter. Med.", 1935, 55, 227.

(11) Sachs, Levine y Fabian.—Cooper and Iron in human blood. Normal children. "Arch. of Int. Med.", 1936, 58, 523.

(12) Castle and Minot.—Pathological Physiology and Clinical Description of the Anemias. 1936. New York. Oxford University Press.

(13) Josephs W. Hugh and Winocur Perlina. The Occurrence of non-haemoglobin iron in whole blood. "Bull. of the Johns Hopkins Hosp.", vol. LXI, N.º 2.

(14) Josephs W. Hugh and Winocur Perlina. Studies of Haemolytic Anaemia. "Bull. of the Johns Hopkins Hosp.", Vol. LXII, N.º 1, págs. 70-76, January 1938.



**Dr. CARLOS S. COMETTO**

† el 6 de julio de 1938

Una nueva pérdida sensible acaba de experimentar la Sociedad Argentina de Pediatría, con el fallecimiento del Dr. Carlos S. Cometto, acaecida el día 6 de julio en la ciudad de La Plata. Tesorero de la Institución desde el año 1921 su eficacia y su entusiasmo habían hecho que en el suceder de las Comisiones Directivas, el nombre del Dr. Cometto no fuera nunca reemplazado.

Pero por grande que haya sido la pérdida para la Sociedad Argentina de Pediatría, es bien pequeña al hondo vacío que deja en el seno del lugar donde le tocara actuar más intensamente. En la ciudad de La Plata, la figura del Dr. Cometto era reverenciada con todo el cariño de que era merecedor por su bondad ingénita, su desprendida filantropía, su ac-



tividad incansable, su amor por la niñez a la que dedicara la integridad de su vida.

Director del Hospital de Niños de La Plata durante más de 19 años, fundador de la Casa del Niño de la misma ciudad, Director del Cuerpo Médico Escolar de la Prov. de Buenos Aires durante 30 años, facultativo incansable que no se negaba jamás al llamado de un niño enfermo en el más lejano y humilde barrio de la ciudad, su desaparición ha causado profundo dolor, dolor que se exteriorizó en la enorme concurrencia que asistió al acto del sepelio y donde al lado de las autoridades provinciales y delegaciones médicas, centenares de niños de las escuelas de la ciudad concurren a despedir al que durante tantos años velara por su salud.

Con la desaparición del Dr. Cometto, la Sociedad Argentina de Pediatría pierde un colaborador activo y un gran amigo, la ciudad de La Plata un gran médico y el Estado un funcionario inteligente y trabajador. Los "Archivos Argentinos de Pediatría", se hacen un honor honrando su memoria.

En el acto del sepelio hizo uso de la palabra en nombre de la Sociedad Argentina de Pediatría, su presidente el Dr. Enrique A. Beretervide, pronunciando la siguiente oración fúnebre:

La temprana e inesperada desaparición del Dr. Carlos Cometto, ha producido en el espíritu de todos sus colegas, de sus compañeros de tareas, de sus amigos, de todos cuantos tuvimos la suerte de disfrutar de su preciada amistad, un inmenso y hondo pesar.

Su carácter bondadoso en extremo, animado de un espíritu infatigable de organizador, poseedor de un dinamismo extraordinario e inspirado siempre en los ideales del hombre de bien, que lo era, rectísimo y dotado de una inteligencia clara y precisa, dejó impreso el sello de su capacidad y del profundo conocimiento de todo trabajo por él emprendido, en las obras que a él se deben y que constituirán para las futuras generaciones, verdaderos jalones de la acción realizada en pro de la higiene y de la defensa de la salud del niño.

Aquí, en esta ciudad de La Plata a la que se vinculara desde joven, su tesón y entusiasmo lo llevó, dentro y fuera de la órbita oficial de sus múltiples actividades, a la realización de empresas que vemos hoy cumplidas y prestando inmensos servicios de utilidad pública; allí está para certificado esa Casa del Niño, magnífico modelo de atención y organización; allí está también ese Cuerpo Médico Escolar de la Provincia, que bajo su dirección adquirió un impulso extraordinario, dando lugar a la realización de numerosos e importantes trabajos de altísimo interés para el pediatra como para el higienista y allí igualmente, como otra realidad, el Congreso de Higiene Escolar, el primero que tuvo lugar en Sudamérica, propiciado y organizado a fines de 1937 por el Dr. Cometto y al que concurren delegaciones del interior del país y de países vecinos y cuyas observaciones y conclusiones han de continuar aplicándose en beneficio de la salud del niño y de la escuela.

Su vinculación con la Sociedad Argentina de Pediatría es de larga data; casi desde sus comienzos. Su opinión autorizada, su conocimiento a fondo en la materia, nos hacía oír su palabra mesurada y justa en nuestras deliberaciones y reuniones científicas.

Su labor como Tesorero de nuestra institución, cargo en el que fuera reelegido desde hacia más de 20 años, la realizó con la dedicación, el interés y cariño que le eran peculiares.

Su entusiasmo por todo lo que pudiera relacionarse con el mayor desarrollo y engrandecimiento de nuestra Sociedad, hacía que no faltara jamás a una sola reunión no obstante la distancia y así fué, como hace apenas algo más de un mes tuvimos ocasión de verlo entre nosotros por última vez, cuando ya comenzara a sentirse mortificado por la afección que habría de privarnos para siempre de su tan grata compañía, de su tan sincera amistad.

Poseedor de un excepcional temperamento de organizador, de un estricto sentido de justicia, dió impulso nuevo y brillante allí donde fuera llamado a actuar. No obstante ello, no obstante su destacada y querida personalidad, respetada y estimada por todos, su modestia se mantenía inmovible y nada ni nadie pudo jamás modificar su muy respetable manera de ser.

En representación de la Sociedad Argentina de Pediatría y de la Asociación Médica Argentina, he venido a cumplir esta triste misión de despedida al querido amigo y colaborador y expresar ante sus restos todo nuestro gran pesar, haciendo votos porque los continuadores de su obra en el futuro, sepan inspirarse en las insuperables condiciones y los designios que lo animaron, en los entusiasmos de su acción infatigable. Ello constituirá el mejor homenaje a su memoria.

---

## Sociedad Chilena de Pediatría

SESION DEL JUEVES 12 DE MAYO DE 1938

*Presidencia del Dr. G. Moraga Fuenzalida*

Se leyó y fué aprobada el acta de la sesión anterior.

El Dr. Cienfuegos, en un conceptuoso discurso, hace la presentación del distinguido médico colombiano, Dr. Martín Camacho, que nos visita en estos momentos y le invita a ocupar la tribuna oficial.

El Presidente de la Sociedad de Pediatría, saluda cordialmente al Prof. Camacho y le agradece su presencia en el recinto e invita al Sr. Ministro de Colombia a la mesa directiva, para que se sirva presidir esta reunión.

*Prof. Martín Camacho.*—Agradece la distinción honrosa de la que se le hace objeto en esos momentos y ocupa la tribuna para desarrollar el tema: "Algunos puntos relativos al aspecto de la Patología Infantil en Colombia". Orientado el auditorio frente al mapa de la gran república del norte y, hechas las consideraciones relativas al aspecto geográfico y racial el Prof. Camacho enreda una charla amena e interesante, de la cual extractamos algunos de sus puntos más importantes: "La natalidad en Colombia alcanza una cifra de 29.7 por mil habitantes. La mortalidad infantil, aquí, como en muchos países de América constituye el gran problema: sus cifras oscilan entre 93 a 203 por mil. Hubo épocas en que la cifra alcanzó valores considerables, 400 por mil; pero en los últimos 10 años, gracias al progreso considerable de las obras de previsión social ella ha disminuído considerablemente. Actualmente tiene un índice variable dentro de las primeras cifras, en los 806 municipios de que consta la República. Una de las causas de este elevado índice de mortalidad lo constituye la natalidad ilegítima; pero la legislación del año 36 y en especial la ley 4376 ha significado un adelanto considerable y en este sentido se ha avanzado a la obra de la Sociedad de las Naciones.

Las enfermedades tienen allí naturalmente ciertas modalidades. La parasitosis intestinal constituye, sin lugar a dudas, una de las principales enfermedades. Pertenece o está representado en ella todos los grupos

zoológicos: ameba histolítica, nana, el balantidium coli, los tricomonas, lamblias, tricocefalos, ascaris, el necator americano, la tenia solium, etc., etc., que encontramos generalmente en todos los exámenes coprológicos variando, naturalmente, los grupos.

En la patología infantil de la costa y en los países calientes, la parasitosis intestinal constituye casi el 95 % de las afecciones. En los servicios prenatales encontramos un 94.2 % de madres parasitizadas y en los niños de los servicios infantiles y escolares encontramos el índice de 97.6 % y en forma tal que hay niños que en sus exámenes coprológicos revelan que llevan en sí 3, 4 y hasta 7 parásitos diversos, acompañados de una gran disminución de su Hb, mal nutridos, bajo la acción de los horribles calores del trópico y a las que, sin embargo, se les ve desarrollarse con una fortaleza enorme.

Los parásitos que constituyen el eje principal de estos cuadros lo constituyen la uncinariasis o anquilostoma duodenale. Su importancia es considerable en aquellas regiones donde se cultiva el café. Es allí donde el paludismo y la anquilostomiasis determinan el mayor número de anemias tropicales. Sin embargo, la frase aquella de que nuestros campesinos sembraban el café para cosechar la uncinariasis, el paludismo, la anemia y la muerte ha perdido ya, frente a las medidas higiénicas, una importancia considerable.

Interesa igualmente determinar la causa de las enterocolitis foliculares, la cual se presenta o por exaltación de la flora intestinal autógena o bien por causas exógenas.

Es interesante el problema de la parasitosis intestinal causa primaria de la gran mayoría de las enfermedades infantiles en Colombia, de tal suerte que, cuando tenemos un cuadro de enterocolitis infantil, rutinariamente hacemos los exámenes coprológicos para seguir entonces las indicaciones terapéuticas acudiendo al quenopodio, los arsenicales, las soluciones trementinadas, etc., etc., y se ve, que apenas se inicia el tratamiento vuelven los niños a su estado de salud anterior, a pesar de las pésimas condiciones de alimentación.

La amebiasis crónica es una de las afecciones más comunes en los niños. Muy extendida en los años anteriores va poco a poco disminuyendo a medida que las ciudades van teniendo acueductos bien hechos. Entre las variedades de amebas tenemos, la ameba histolítica que produce la disenteria tropical y la ameba nana que ocasiona diarreas diversas. La ascariidiosis y la lambliasis son igualmente frecuentes en las regiones tropicales. Se cree que el contagio de estas últimas se produce por el consumo de las frutas sin lavar.

Las tenias son sumamente raras en Colombia. Así de 12 mil casos examinados encontramos *cero* casos de tenia solium. Acaso sea porque el consumo de carne de cerdo se hace utilizando esta fuente alimenticia en forma sumamente cocida. La tenia nana se la observa en proporciones también pequeñas sin que para esto se señale alguna explicación.

Otra de las afecciones que tenemos en vista son la acidosis, la acetouria y el vómito cíclico. Se ha buscado la explicación de estos cuadros

en un defecto del metabolismo de las grasas; pero para muchos autores, la presencia de cuerpos acetónicos no es suficiente para producir la acidosis. Nos ha llamado la atención la constitución nerviosa y familiar de algunos de estos casos. Los vómitos cíclicos se observan en determinadas familias; esto daría lugar al tema de una investigación más precisa, ya que no siempre es el incompleto metabolismo de las grasas lo que vendría a producir el cuadro del vómito cíclico, sino que hay que tomar en cuenta otros factores como las diatesis en general y algunos estados familiares.

Una afección rara que se observa en los climas cálidos de Colombia es la llamada fiebre de sed, que acusa una terapéutica sorprendente y cede con facilidad a la administración de agua y baños a la temperatura ambiente.

El escorbuto infantil no existe en las clases proletarias. Creo que hay que considerar aquí factores raciales y climatéricos. Nuestros pobres indios que pasan del seno materno a la mazamorra simple y sopas hechas a base de maíz, no enferman de escorbuto.

Otra enfermedad importante es el raquitismo. Esta enfermedad carencial vitamínica es desconocida en Colombia. Podemos ver allá niños distróicos, atrépsicos si se quiere; pero en ningún caso raquíticos. En las regiones tropicales a pesar de la miseria fisiológica no se encuentra ningún caso de raquitismo. Significa esto que la acción solar, esta irradiación inmensa de los trópicos, basta para ejercer una acción inhibitoria de esta enfermedad estimulando de por sí las provitaminas?. La contestación de ello sería el fruto de una investigación seria en la cual podrían participar los médicos de todos los países.

La viruela es una enfermedad que va desapareciendo, las epidemias son excepcionales en Colombia.

La escarlatina no existe. No he visto ningún caso allá en Colombia. Pueda que exista algún factor racial que explique este fenómeno. El sarampión por el contrario acusa una gran morbilidad con una mortalidad sumamente reducida en los climas cálidos. Ningún caso de muerte, ninguna complicación broncopulmonar. He visto únicamente un caso de noma en un enfermo que no quiso tratarse.

La tos ferina es incómoda para los vecinos que oyen toser al niño; pero no presentan complicaciones pulmonares de ninguna especie. La parálisis infantil no la tenemos.

En la costa no hay difteria, ni fiebre tifoidea. Si la primera aparece, usando el calot de nuestra tierra es "mansita". Ni mata ni contagia. No he visto ningún caso de Crup. Las bronconeumonías y las neumonías francas no existen. Si esto ocurre en Barranquilla, en Bogotá la neumonía es el terror de los enfermos. Si gozamos de tales beneficios, en cambio vemos que el asma es sumamente frecuente en los niños. Vemos accesos y son frecuentes aún en niños de pocos meses. Probablemente la causa de esta neurosis bronquial sean los grandes cambios de temperatura, de humedad atmosférica; pero hay que tener también en cuenta el ambiente familiar.

La tuberculosis ósea no se la conoce; pero tenemos gran cantidad de tuberculosos pulmonares y laríngeos de gran contagiosidad y de evolución frecuentemente galopante. Tampoco encontramos peritonitis tuberculosas.

El problema de la sífilis congénita es variable. La sífilis en la costa es mínima en los adultos y niños. El porcentaje varía de 10 a 19 en los servicios prenatales.

Las pielitis colibacilares son frecuentes en toda la costa atlántica de Colombia. Se la confunde a veces con las manifestaciones de una tifoidea o paratífus; pero estos cuadros son raros o no existen. En el tratamiento de ellas el cambio de clima actúa en una forma sumamente rápida.

Colombia tiene fama de ser un país leproso; pero los adelantos de la medicina han sido tan considerables que hoy podemos decir: la lepra es una enfermedad curable. Las investigaciones modernas han conseguido ya el cultivo del bacilo que la produce y los medios de laboratorio consiguen ya una reacción para identificarla en forma análoga a la de la reacción de Wassermann. Tengo el agrado de decir a mis amigos de Chile, a mis compatriotas que aquí me escuchan que la lepra dejará de ser un problema para Colombia dentro de unas pocas décadas. Los hijos de leprosas, no vienen leprosos al mundo. Se contaminan después. Cuando un niño nace, se le aísla de su madre, se le vigila, se le hace la reacción de Hyeres: de esa manera se consigue salvar una población que estaba destinada a la muerte. Son numerosos los enfermos que están libertados socialmente por el tratamiento. Ya en los laboratorios centrales de Colombia se preparan los esterios de una planta milagrosa: la chalmoogra con magníficos resultados y cuyo tratamiento se ayuda con inyecciones intravenosas de mercurocromo al 1 %.

Me halago en dar esta buena noticia a mis amigos de América y si continuamos con fe y decisión en la obra de previsión social en la cual nos hallamos empeñados, pronto tendremos una nación de una reserva enorme y la satisfacción íntima de haber salvado para el bien de América al niño colombiano.

Se levantó la sesión.

---

## Sociedad Argentina de Pediatría

CUARTA SESION CIENTIFICA: 14 DE JUNIO DE 1938

*Presidencia del Prof. Dr. E. A. Beretervide*

### Seis casos de eritema nudoso y lesión pulmonar; su relación con las distintas etapas de la infección tuberculosa

*Dres. A. y L. Rascovsky.*— Los comunicantes presentan seis observaciones de eritema nudoso, todas ellas con estudio radiológico y pruebas tuberculínicas positivas, que demuestran sin lugar a dudas, su etiología bacilosa. Tratan de establecer, con diversos grados de probabilidad, la relación entre cada caso y las distintas etapas evolutivas de la infección tuberculosa.

Discusión: *Prof. Cibils Aguirre.*—La etiología tuberculosa del eritema nudoso es aceptada por la enorme mayoría de los pediatras y es en general indiscutible. Los casos presentados ratifican por lo tanto este concepto, pero desea hacer notar la dificultad que existe, para catalogar un caso dado como perteneciente a un determinado período, cuya delimitación por otra parte, no es clara ni fácil. En su experiencia que se eleva a 105 casos, el eritema nudoso se presentó como manifestación del período primario, postprimario o comienzos del secundario, en 99 casos.

*Dr. Rascovsky:* Está de acuerdo con el *Prof. Cibils Aguirre* en las dificultades que existen para catalogar a un enfermo en una etapa de la infección tuberculosa, a menos que se lo conozca previamente o que exista concomitancia o cercanía cronológica con las manifestaciones características de un período.

### Bronquiectasia abcedada

*Dres Segers y A. Russo.*—Los relatores exponen la historia clínica de un niño afectado por un proceso pulmonar al que se rotula como bronquiectasia abcedada, después de discutir el diagnóstico diferencial, particularmente con la neumonía fibrinosa y la pleuresía interlobular.

### Gangrena simétrica de las extremidades en un lactante de pocos días

*Prof. Dr. R. Cibils Aguirre y Dres. J. R. Calcarami y A. Lucero.*—Niña nacida a término, de parto normal, alimentada artificialmente, que a partir del cuarto día del nacimiento presenta lesiones de gangrena simétrica localizada en los dedos de ambos pies, con gran perturbación del estado general.

Como consecuencia del proceso gangrenoso se produce la eliminación de la última falange del dedo gordo del pie izquierdo. Terminación fatal después de una evolución total de unas tres semanas.

Probable etiología sifilítica, dadas las lesiones de osteocondritis y periostitis halladas en el estudio radiográfico del esqueleto. No pudo realizarse la autopsia.

### Consideraciones a propósito de un caso de síndrome hipoanémico encefalítico terminado por curación

*Dres A. Gareiso, A. J. Petre y J. M. Millan.*—Los comunicantes relatan el caso de una niña de diez años de edad afectada por un proceso encefalítico que colocan dentro de las dos formas que acepta Stern, vale decir la hipersómnica oftalmopléjica y la irritativa hiperquinética y que presentó un cuadro con las siguientes características: 1.º comienzo a forma letárgica, 2.º inmediatamente seguido sin ninguna faz intermedia de un estado francamente hipomaniaco, con acentuación dentro de este cuadro de los rasgos perversos; 3.º a pesar de la edad, curación sin ninguna secuela de orden neurológico o psíquico, (cuatro años de observación consecutiva) lo que es manifiestamente infrecuente .

---

### QUINTA SESION CIENTIFICA: 28 DE JUNIO DE 1938

---

*Presidencia del Prof. Dr. E. A. Beretervide*

### Un caso de acrodinia

*Prof. Dr. Pedro de Elizalde y Dr. J. Picco.*—Relación de un caso típico de acrodinia infantil en un niño de meses, con presentación del enfermo. Tras breves consideraciones de orden general, los autores hacen notar que en el caso que se presenta, la evolución por empujes dificulta la apreciación de los resultados de las distintas medidas terapéuticas: régimen higiénicodietético, vitaminas B y rayos ultravioletas.



### Acrodinia mutilante

*Dres. Felipe de Elizalde y E. C. A. Brewer y Prof. Dr. D. Brachetto Brian.*—Después de reseñar las principales características de la acrodinia infantil, los autores refieren la historia de una niña de 2 años y medio observada en julio de 1936, que desde 6 meses antes presenta los síntomas de una acrodinia severa y mutilante, que termina con la vida de la enfermita.

Entre las manifestaciones clínicas observadas se destacan por su intensidad los trastornos tróficos, algunos señalados con cierta frecuencia, como la estomatitis ulcerosa con caída de dientes y eliminación de secuestros maxilares y la necrosis tegumentaria de las extremidades, otros excepcionales, como la perforación del tabique nasal y la gangrena seca de la piel de la cara.

El estudio histopatológico realizado no proporciona datos concluyentes. Ilustran la comunicación con un film cinematográfico, en el que pueden apreciarse, además de las lesiones apuntadas, la expresión de sufrimiento y las extrañas actitudes que adopta la enfermita en reposo y movimiento.

Discusión de las dos comunicaciones anteriores.—*Dr. Gareiso.*—Presenta a título documentario fotografías de una observación suya ya publicada y hace algunas consideraciones sobre la etiopatogenia del proceso, que cree debe ser más frecuente que lo que aparenta ser por el número de casos publicados.

*Prof. Elizalde.*—La frecuencia de acrodinia infantil es difícil de apreciar por la posibilidad de que un cierto número de casos no sea diagnosticado. Se inclina sin embargo, a creer que en realidad es extremadamente rara en nuestro medio, por cuanto no es una afección desconocida para los médicos que actúan en los hospitales y son contados los casos observados.

*Prof. Beretervide.*—No ha visto últimamente ningún caso indiscutible de acrodinia infantil. En cambio recuerda haber observado en el servicio del Prof. Hutinel, durante la guerra europea, 6 casos de la misma enfermedad, 2 de ellos mutilados con gangrena de dedos y en uno parte del pie, todos ellos estudiados por desgracia incompletamente a causa de la época en que se produjeron.

### Poliradiculoneuromiositis con síndrome de Guillain Barré a etiología diftérica

*Dres A. Gareiso y P. O. Sagreras.*—Se trata de un niño de 7 años que aparte de su estrabismo presenta hace once días vómitos, cefaleas, ambliopía, sin temperatura. Dos días después dificultad en la marcha y dolores en las pantorrillas.

El cuadro presentado aumenta en intensidad, con temperatura de

38° el día de su ingreso, parálisis y exacerbación de los dolores. Ausencia de reflejos tendinosos en miembro inferior y disminución de los superiores, con conservación de los cutáneos; ligero trastorno vesical (retención) y un líquido céfalorraquídeo con disociación alb. citológica que fué modificándose a medida que el enfermo mejoraba, de 1.20 % grs. de alb. con un elemento por mm. en el primer examen hasta 0.30 % de alb. y 1 elemento en el último. Reacciones eléctricas sin modificación y estado general y psíquico siempre bueno.

Ante esta radiculoneuromiositis, se investigó exudado faríngeo y nasal dando por resultado una difteria nasal. Mejora con el tratamiento instaurado y egresa en muy buenas condiciones; meses más tarde recupera su normalidad con la aparición de todos los reflejos.

### **Septicemia, absceso de riñón y flemón perinefrítico en un niño de un mes**

*Dres. Delio Aguilar Giraldes.*—El autor aporta la observación de un niño de un mes de edad, que desde tres días anteriores al examen, presenta manifestaciones clínicas que son atribuidas al aparato digestivo. Se constata al proceder al mismo, la existencia de un pequeño tumor en el hipocondrio izquierdo. Cuatro días después de su internación y habiendo mejorado su estado digestivo, estando apirético y con curva ponderal ascendente, aparece una ictericia, esplenomegalia, tensión abdominal y se anota el crecimiento de la tumoración. Se constata así mismo una localización en base pulmonar derecha. La radiografía que muestra una opacidad a nivel de la tumoración y la punción, revelan que se está en presencia de una colección purulenta perirrenal.

Al día siguiente, momento en que es sometido a la correspondiente intervención quirúrgica, se observa la aparición de una osteomielitis de metatarso. El niño fallece 30 horas después de la intervención y la necropsia muestra la existencia de abscesos córticomiliares en el riñón izquierdo, neumopatía de tipo broneumónico y un absceso perirrenal anterior. El germen hallado es el estafilococo y el único antecedente que es posible recoger es el de la existencia de una mastitis en la madre que lo ha amamantado hasta su ingreso y que completaba las raciones con leche de vaca.

Acompaña las microfotografías, curva ponderal, gráfica de peso y temperatura del caso, así como las fotografías de la pieza que muestran la existencia de un absceso renal.

Hace la revisión de la literatura rioplatense y acompaña su aportación de varias consideraciones personales aplicables al caso que comunica.

---

## Libros y Tesis

---

LE NOURRISON, SA PHYSIOLOGIE SA SANTE. *Dr. L. Exchaquet.*  
Un tomo de 270 pags. Librería Payot et Cie., 1937. Lausanne (Suiza).

Como dice el Dr. Exchaquet, ilustre pediatra de Lausanne, en el prefacio de su libro, el médico de hoy y especialmente el médico pediatra, tiene la misión de curar pero también de prevenir. Debe ser médico pero también higienista y en ese sentido debe vigilar y dirigir a los individuos y colectividades puestas a su cuidado.

Con esa finalidad está redactado el libro del Dr. Exchaquet. Podrá parecer un libro más de los muchos aparecidos en los últimos años destinados a médicos prácticos y madres inteligentes con las reglas e indicaciones para el desarrollo y educación de los niños sanos. Pero el libro del Dr. Exchaquet reúne condiciones muy especiales que lo hacen figurar entre los de primer plano de esa categoría.

Planteado en forma clara y concisa, con un conocimiento exacto y juicioso de la pediatría moderna y una clara comprensión de las influencias psíquicas que obran en el medio circundante de un niño, el libro es rico en enseñanzas que podríamos decir médico pedagógicas y por poner en orden ideas y sentimientos que el médico pediatra recoge desordenadamente en su práctica diaria, su lectura no puede dejar de ser recomendada calurosamente.

En el primer capítulo dedicado al crecimiento el autor estudia las relaciones entre peso, talla y superficie deteniéndose especialmente en el valor de las cifras de las dos primeras y los factores que las modifican. Aclara además debidamente el valor de la mayor superficie relativa del lactante en la irradiación calórica como así mismo las relaciones entre peso y superficie, de gran importancia para considerar la pérdida calórica de los lactantes desnutridos. Sigue un breve capítulo dedicado a las modificaciones que sufre especialmente el esqueleto y el sistema nervioso durante el primer año de la vida para pasar luego a considerar las causas y condiciones de crecimiento, terminando la primera parte del libro con una página sobre la composición química del cuerpo del lactante.

La segunda parte está dedicada a las funciones de digestión, asimilación y eliminación como así mismo a las necesidades nutritivas en el pri-

mer año. Al hablar de la digestión establece el mecanismo de la función motriz del tubo digestivo y se detiene especialmente en la acción de las secreciones gastrointestinales, en relación con el medio iónico interno y el tipo de alimento ingerido. Luego habla del rol de la flora intestinal en la digestión que parece ser nulo en los niños alimentados normalmente, terminando el capítulo con las condiciones en que se realiza la absorción.

La tercera parte dedicada a la alimentación del lactante se inicia con algunas consideraciones generales sobre el peligro que entraña el hablar de éxitos alimenticios en observaciones hechas sobre un reducido número de niños, o en un corto lapso de tiempo, sin esperar el resultado alejado de esa alimentación. Igualmente considera el autor un error considerar el valor nutritivo de un alimento solamente por las mejoras de peso que pueda obtener. Después de esas consideraciones son descritas detalladamente las indicaciones de la alimentación natural, mixta y artificial, no ocultando el autor su simpatía por las leches ácidas en polvo como alimento de transición.

La cuarta parte es una de las más sugestivas del libro. Está dedicada a la higiene del lactante entendiéndose por ella las precauciones a tomar para evitar al niño la enfermedad y aumentar su resistencia para la infección. Compara al niño alimentado normalmente con el alimentado artificialmente y las posibilidades de lograr en éste las mismas condiciones de salud y de resistencia con una alimentación prescrita con conocimiento de las necesidades nutritivas, de crecimiento y de inmunidad que requiere el niño. Estudia luego las condiciones físicas de ambiente que deben rodear al lactante, precisando las necesidades de sol y aire libre y aconsejando evitar las exageraciones que pueden ser peligrosas en esta época de excesiva influencia sportiva. Termina el autor hablando de las condiciones familiares que suelen rodear a los niños y que son la mayor parte de las veces, causa del nerviosismo infantil tan extendido hoy día, se explaya en el comentario de algunos casos que ha tenido oportunidad de observar y finaliza con consejos que revelan en el Dr. Exchaquet un espíritu amplio y comprensible al mismo tiempo que una noción exacta de su responsabilidad como médico pediatra.

C. R.

SERVICE SOCIAL FEMININ por *Suzanne F. Cordelier*. Un tomo de 238 págs. Librairie Plon, París, 1938.

Mucho se ha escrito en los últimos años sobre asistencia médicoso-cial. No siempre se ha sido parco en las palabras y no pocas veces excesivos elogios y también excesiva palabrería han desvirtuado conceptos básicos y provocado sonrisas incrédulas, especialmente en el cuerpo médico, dado el característico espíritu crítico objetivo que éste posee.

Pero a despecho de esos amigos peligrosos y de los enemigos incrédulos, el movimiento de asistencia social se ha ido extendiendo. Es indudable que han pesado para ello en forma apremiante, factores políticos y económicos, pero es también innegable que la labor paciente y eficaz

de las visitadoras sociales—agentes intermediarios pero insustituibles de la obra—ha contribuído a consolidar este desarrollo.

El libro de Mlle. Cordelier tiene por finalidad hacer un resumen de la labor que desarrollan en Francia esas trabajadoras sociales. Excepción hecha de la primera parte pomposamente titulada “Filosofía del servicio social”, imprescindible para la comprensión del libro por parte del lector no conocedor, pero que pudo ser más simple, los otros capítulos están dedicados a describir las diferentes instituciones de ese país que otorgan título de visitadora de higiene o de asistencia social, el tipo de estudios que en ellos se realiza, la acción desplegada luego por las alumnas egresadas de esos establecimientos y los resultados obtenidos en los años transcurridos.

Es pues un libro informativo. Escrito y ordenado en forma clara, da una visión general de la acción femenina en el movimiento social, establece sus atribuciones, relata sus funciones, clasifica sus diferentes agentes.

Aunque la eficacia de la visitadora social y de la enfermera visitadora (a las que el concepto de unidad que hoy impera, refunde ya en muchos países en un solo tipo de visitadora) ya no es discutido en Europa y no hay servicio médico bien organizado (y especialmente si está dedicado a la infancia) que carezca de ella, existe aún cierta confusión de nombres y conceptos a la que el libro de Mlle. Cordelier puede dar claridad al exponer los hechos en forma sencilla y clasificada. En nuestro país, donde muchos ensayos han sido hechos—aunque no siempre con la intensidad necesaria ni con la preparación previa para que fueran eficaces—la lectura de este libro será de positivo valor.

Por otra parte, además de su carácter informativo, la lectura de estas páginas consiguen transmitir la emoción con que Mlle. Cordelier las ha escrito. Ajena en realidad al movimiento, pero conmovida por el abnegado esfuerzo de ese grupo de mujeres que trabajan silenciosamente, Mlle. Cordelier ha escrito el libro “en testimonio de admiración, de reconocimiento humano y de amistad social” hacia todas esas trabajadoras sociales. Admiración merecida porque como dice una de ellas en una carta privada, “en nuestra labor, nuestra paciencia debe saber soportar hasta la contradicción” y otra, jubilosa, “nuestro trabajo es alegre”.

C. R.

---

## Análisis de Revistas (1)

---

### METABOLISMO. ALIMENTACION

A. STERLING y A. E. FISHMAN. *Transmisión del antígeno polénico a través de la leche materna*. "Arch. of Pediatrics", 1938:55:172.

Dos problemas se plantean en el presente artículo: 1.º podrá o no tolerar el feto durante su vida intrauterina amplias dosis de polen, mientras se hace el tratamiento desensibilizador de la madre embarazada?. 2.º ¿Cuál será la acción sobre el lactante de las inyecciones de polen dadas a la madre que cría?

Dando por aceptado que diversas drogas y alimentos digeridos por la madre son transmitidos por medio de la leche al hijo, las conclusiones obtenidas fueron las siguientes: 1.º desde el momento que se han desallado normalmente niños nacidos de madres que durante su embarazo fueron desensibilizadas al polen, debe deducirse que no hay inconveniente en tratar a la embarazada con extracto de polen. 2.º síntomas alérgicos (estornudos y desnea) fueron observados en un niño de 6 semanas, criado al pecho por la madre, mientras era desensibilizada con extracto de polen al 10 %, síntomas que regresaron cuando se empleó una dilución menor. Puede aceptarse clínica y experimentalmente que es probable que el antígeno polínico se trasmite por la leche de madre.

A. Larguía.

\* J. A. BAUZÁ y M. E. SAIZAR. *Contenido bacteriano en la leche de mujer y acción bacteriolítica*. "Archivos de Pediatría del Uruguay", 1938:9:273.

Véase "Archivos Argentinos de Pediatría", 1938, pág. 410.

E. LESNÉ y G. DREYFUS-SEE. *La alimentación de los niños de edad escolar*. "Revue Française de Pédiatrie", 1937:13:612.

Estudio detallado y minucioso del tema. Las viejas leyes del minimum proteico cuantitativo y de la isodinamia de los alimentos han sido substi-

---

(1) Todos los trabajos indicados con un asterisco (\*) corresponden a autores latino-americanos.

tuídas por las nociones más exactas del equilibrio, de la variedad y de la especificidad de los elementos de la ración.

Estas nociones deben aplicarse a los niños, cuyo organismo en vías de crecimiento reclama una alimentación abundante, variada y no carenciada.

Los errores que se cometen en los regímenes alimenticios de los niños obedecen a factores variados, condiciones económicas por una parte e ignorancia de las necesidades reales de los niños por otra.

Dividen los autores su estudio en tres partes:

- 1.º Los errores de los regímenes alimenticios.
- 2.º La ración alimenticia normal.
- 3.º Los regímenes alimenticios.

En el primer capítulo, estudian los errores de régimen en las salas cuna, en los internados, en las cantinas escolares y en la alimentación familiar.

El segundo lo dividen en dos partes: A) Bases fisiológicas; B) los alimentos del régimen normal.

Estudian en la primera, las exigencias energéticas del niño y las necesidades alimenticias cualitativas (prótidos, glúcidos, lípidos, sustancias minerales y vitaminas); en la segunda los alimentos útiles, los alimentos nocivos y el horario de las comidas.

El tercer capítulo estudia detalladamente los regímenes alimenticios de los niños de 2 a 7 años, de 7 años a la pubertad y los de las cantinas escolares.

C. A. Veronelli.

W. CLARK. *El valor de la leche irradiada en la alimentación del niño.* "Arch. of Pediatr.", 1938:55:178.

La preparación y condiciones de la leche irradiada para la prevención del raquitismo ha sido objeto de numerosos estudios sobre todo en los últimos años. El autor hace una revisión de los trabajos publicados y estudia la acción de diferentes cantidades de leche con vitamina D en 41 niños y 15 controles presentando grados variables de raquitismo. Sus conclusiones son las siguientes:

- 1.º La leche irradiada con vitamina D es eficaz en niños de todas las edades como protección contra el raquitismo.
- 2.º Los resultados son más favorables en niños por debajo de los ocho meses que en niños de más edad.
- 3.º El 81 % de los niños mejoraron en menor tiempo y empleando cantidades menores que con los antiguos productos de aceites de hígado.
- 4.º El costo es menor que la suma de la leche común y los productos antirraquíficos.

A. Larguía.

P. LASSABLIERE. *La leche concentrada no azucarada considerada desde el punto de vista de la higiene social*. "Le Nourrison", 1938:26:78.

La distribución higiénica de la leche siempre ha constituido un problema de difícil solución.

El autor es decidido partidario de la leche concentrada no azucarada, ya que no solo posee igual valor nutritivo que la leche cruda, pasteurizada o hervida, sino que es infinitamente superior desde el punto de vista higiénico, pues la leche que se utiliza normalmente posee una abundante flora bacteriana, siendo sumamente peligrosa para la salud del niño, sobre todo del lactante tan sensible a las infecciones sobre todo intestinales.

Por último la digestividad se halla acrecentada y su poder alergizante sencillamente disminuído según las ya antiguas experiencias de Variot.

En cuanto a su poder vitamínico, el informe de la Comisión de Alimentos Norteamericana, es terminante al afirmar que posee cantidades sensiblemente iguales de vitaminas que la leche común; en cuanto se refiere a la pobreza de vitamina C es menester recordar que las cantidades varían en la leche cruda, dependiendo estas variaciones de los regímenes alimenticios de los animales.

A. Bonduel.

\* ALZAGA SARA DE. *Índice turgor. Su aplicación en la determinación de la ración alimenticia de la segunda infancia*. "Prensa Médica Argentina", 1937:24:2451.

La autora ha estudiado en 50 casos el índice turgor propuesto por Castelli y Castellano, pudiendo comprobar que los niños anoréxicos se alejan bastante de la cifra 50, encontrada por los autores extranjeros y que equivale al número de calorías por índice turgor.

Ha observado también la autora que ese índice disminuye con la edad, llegando alrededor de 30 a los 14 años.

V. O. Visillac.

\* A. A. DE MUÑOZ y M. A. GENTILE. *Duración de la alimentación natural y mixta*. "Semana Médica", (Bs. Aires), 1938:1:655.

De 2.000 niños seguidos en el dispensario de lactantes, solo la mitad ha recibido alimentación materna hasta los seis o más meses. Únicamente 50 niños han estado con alimentación artificial desde el primer momento de los cuales 3 por fallecimiento de la madre y 2 por enfermedad de la misma; lo que da un 2.3 % de incapacidades de lactar. Una vigilancia cuidadosa de la lactancia durante los primeros meses contribuirá a disminuir los casos de iniciación precoz de alimentación artificial o mixta.

J. J. M.



## HIGIENE. MEDICINA SOCIAL. PUERICULTURA

- A. BOHN. *La instrucción y vigilancia por el médico de las enfermeras de un servicio de lactantes*. "Archives de Médecine des Enfants", 1938: 41:80.

Expone la importancia que tiene para los médicos pediatras y para la sociedad en general la instrucción especializada de las enfermeras de los servicios de lactantes.

Sostiene que la seguridad de una colectividad de lactantes es, ante todo, función de la capacidad de su personal y que todo trastorno digestivo, toda infección, respiratoria o no, sobrevinida en un servicio de esta clase, sobre todo si el trastorno digestivo o la infección tienden a generalizarse, es, prácticamente, la consecuencia de una falta cometida por alguna de las enfermeras. Dice que cada servicio de lactantes debe ser, para las enfermeras, su escuela de puericultura.

Aborda luego los temas de la preparación, de la responsabilidad, de la vigilancia, etc., de las enfermeras y termina su artículo con unas líneas destinadas a poner de relieve la importancia de asegurarse del estado de salud de las mismas y de descubrir a las tuberculosas desconocidas y a las portadoras de gérmenes patógenos.

C. A. Veronelli.

- P. LEREBoulLET. *La prevención de las infecciones en las colectividades de lactantes*. "Revue Médico-Sociale de l'Enfance", 1938:6: 2 y 81.

El autor se ocupa del problema de la prevención de las infecciones en el medio hospitalario infantil dando así todo su valor al voto de la Sección Higiene de la Sociedad de las Naciones, expresado últimamente cuando establecieron las bases y las reglas de la alimentación de la primera infancia de "que una buena alimentación del lactante no puede dar todos los resultados si no se triunfa, en un esfuerzo paralelo, en preservar a los niños de las enfermedades infecciosas, banales o específicas".

Establecido que lo ideal sería suprimir toda colectividad de lactantes, es evidente que la realidad impone la necesidad de creches, pouponnieres y servicios de hospitalización de lactantes y que los resultados que en ellos se obtienen pueden ser satisfactorios si existe una preocupación constante en la lucha contra la infección, como lo ha demostrado el éxito de la pouponnière d'Antony, anexa al Hospital de Enfants Assistés, de París.

El principio fundamental a tener en cuenta es que las infecciones se propagan más por contacto interhumano que por los locales u objetos y que por lo tanto, la vigilancia debe ser extendida a todo el que penetra al local (niños, padres, visitas, enfermeras y médicos). Luego es necesario recordar los principios establecidos al respecto por Hutinel, tan claros y tan exactos a pesar de haber sido expresados hace 36 años, a raíz de un estudio sobre las infecciones en los medios hospitalarios. "Las en-

fermedades contagiosas llamadas específicas devienen generalmente graves por complicaciones debidas a infecciones secundarias provocadas por agentes microbianos vulgares". "Las infecciones simples en apariencia del aparato respiratorio, del aparato digestivo y de la piel, que son debidas a microorganismos vulgares cuya virulencia ha sido exaltada, pueden volverse contagiosas en grado sumo". "La enfermedad transmitida no tiene el mismo grado de gravedad que la infección original. Ella es más grave". "En resumen: rol preponderante de las infecciones secundarias y de las asociaciones microbianas como factores de gravedad en las enfermedades contagiosas de la infancia; contagiosidad homeomorfa y heteromorfa de las infecciones pulmonares, intestinales y cutáneas; agravación de las enfermedades infecciosas, específicas o no específicas, después de su desarrollo en serie".

De estas leyes, Hutinel sacó la conclusión de la necesidad del aislamiento en boxes individuales, de paredes vitreadas que han recibido su nombre y de donde ha derivado el llamado "hospital celular" (Debré).

Pero por muy importante que sea esta disposición hospitalaria no debe olvidarse que las personas juegan tanto o más papel que el local en el desarrollo de la infección. Se hace hoy en día imprescindible que no solo las enfermeras y médicos tengan noción exacta de los cuidados higiénicos y profilácticos (máscara, lavado de manos, delantales suplementarios, etc.) sino que además sean examinados periódicamente desde el punto de vista de la posibilidad de ser portadores de gérmenes en sus vías respiratorias. El autor se extiende luego en la descripción de las medidas profilácticas a tomar para prevenir las infecciones cutáneas, la difteria, el sarampión la coqueluche, etc., aportando la experiencia del Hospice de Enfants Assistés.

C. R.

- \* M. A. JÁUREGUY. *Estudio del niño "negro" en el Uruguay*. "Archivos Uruguayos de Pediatría", 1938:9:193.

Véase "Archivos Argentinos de Pediatría", 1938, pág. 291.

- \* P. CANTONNET, H. LIEUTIER y H. CANTONNET. *Importancia de los factores económicos y sociales en la lucha antituberculosa*. "Archivos Uruguayos de Pediatría", 1938:9:214.

Véase "Archivos Argentinos de Pediatría", 1938, pág. 406.

- \* M. PÉREZ FERNANDEZ.—*El cuidado y la profilaxis de la madre y del lactante*. "Prensa Méd. Argentina", 1938:28:1068.

El autor recalca la importancia de la sepsis dentaria y de la prótesis dental en el período de la gestación. Aconseja la higiene de la boca del lactante y de los pezones de la madre, prescribiendo el uso de los llamados juguetes de la dentición.

V. O. Visillac.

- \* F. SCHWEIZER. *Conferencia inaugural de la Cátedra de Clínica Pediátrica y Puericultura*. "Semana Médica", (Bs. Aires), 1938:1:1193.

Trabajo "in extenso" cuyo resumen fué publicado en "Archivos Argentinos de Pediatría", 1938, pág. 450.

J. J. M.

- \* J. BONABA y M. L. SILDÚN DE RODRIGUEZ. *Hospitalización conjunta del lactante y de la madre*. "Jornal de Pediatría" (Río de Janeiro), 1937:4:319.

Después de estudiar las condiciones que debe llenar un buen hospital de lactantes y el concepto moderno de la asistencia de los mismos, los autores describen el Servicio de Lactantes del Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura "Luis Morquio" de Montevideo y señalan las ventajas de la hospitalización conjunta de la madre y del hijo.

J. J. M.

### RECIEN NACIDOS

- J. DOLCE. *Valor del aceite de hígado de bacalao concentrado en la prevención de la pérdida de peso inicial en el recién nacido*. "Arch. of Pediat.", 1938:55:185.

El 90 % de los recién nacidos del Hospital Columbus apenas alcanzaban a recuperar el peso del nacimiento al cabo de 10 días de permanencia en el hospital. Por este motivo fueron estudiados 64 niños en los que se trató de determinar el valor de la vitamina A y D como suplemento nutritivo que evitara el descenso de peso inicial. Marcada disminución en la pérdida de peso fué obtenida con la administración del aceite de bacalao concentrado 3 veces al día desde el nacimiento. En esta forma 18 niños de 24 mejoraron alrededor de 6 onzas, el peso del día del nacimiento. Iguales resultados fueron obtenidos en 17 niños que recibieron un aceite antiséptico enriquecido con vitamina A y D y con un contenido de 612 S. P. unidades por onza.

A. Larguía.

- W. S. CRAIG. *Hemorragia intracraneal en el recién nacido*. "Arch. of Dis. in Childhood", London, 1938:13:89.

1.º Se trata de una serie de 126 niños, en los cuales se encontró hemorragia intracraneal en la necropsia. Las observaciones clínicas fueron hechas desde el nacimiento y las patológicas, confirmadas postmortem.

2.º Los casos se han agrupado según la distribución de la hemorragia y en conexión con ella las observaciones clínicas y patológicas. Se presentó hemorragia subdural en 62 casos, hemorragia subaracnoidea en 36; intraventricular en 22 y hemorragia dentro del cerebro, en 6 niños.

3.º Generalmente la hemorragia subdural está asociada con el desgarro del tentorium. (Parto en la madurez e instrumental).

Las hemorragias subaracnoidea e intraventricular ocurren en la pre-maturez y por enfermedad de la madre, durante el embarazo; y la hemorragia intracerebral por un prolongado trabajo en primíperas añosas, con feto grande. La hemorragia intracraneal fué expresión de un estado diatéxico en 4 casos.

4.º Se sugiere que la toxemia o infección (o ambas) en la madre durante el embarazo, es un factor de primera importancia etiológica en los casos de hemorragia intraventricular y que los riesgos de la hemorragia cerebral junto con parto por forceps, son mayores cuando dicho parto es precedido por maniobras de rotación de la cabeza.

5.º Tiene valor la expresión de ansiedad, y el desasociado psíquico, más aún que el físico.

Se observa a menudo la proyección de la lengua, aunque este signo no es constante en la hemorragia.

6.º Se estudian los cuadros clínicos según el tipo y localización de la hemorragia: Se destaca la falta de caracterización y de signos típicos en la hemorragia subaracnoidea; la sucesión de períodos de mejoría, irritación y depresión, en la hemorragia subdural; el comienzo brusco, la intensa sintomatología, el curso rápido y la fiebre terminal en la hemorragia intraventricular; el curso prolongado, la pérdida continua de peso, el desasosiego psíquico con gran debilidad, la hipotermia y la consunción en la intracerebral.

7.º Es frecuente la coexistencia de la hemorragia intracraneal con otros estados; neumonía, hemorragia pulmonar e infección urinaria favorecida esta última por la oliguria.

8.º Se afirma que los niños con hemorragia cerebral mueren en proporción a las complicaciones. Los riesgos de traslado deben evitarse para el niño con síntomas de traumatismo craneal; una dietética cuidadosa y vigilancia adecuada disminuyen la mortalidad. La mayor instrucción de estudiantes y parteras sobre las afecciones del recién nacido contribuirán asimismo a este fin.

C. M. Pintos.

F. STIRNIMANN. *Las reacciones del recién nacido contra el "encadenamiento"*. "Revue Française de Pédiatrie", 1937:13:496.

La mayor parte de los movimientos del recién nacido cuya finalidad es de fácil reconocimiento son causados por el instinto nutritivo. Pero debe existir, al lado de estos impulsos hacia la alimentación, una necesidad de ejercicio muscular cuyo objeto biológico se manifestará mas tarde.

El principio de estos ejercicios preliminares tiene lugar antes del nacimiento (movimientos intrauterinos, movimientos respiratorios prenatales).

Si se impiden los movimientos espontáneos del niño, éste reacciona gritando.

El autor ha realizado experiencias que demuestran que ciertos movimientos tendrán su objeto posteriormente, sin estar en relación directa e inmediata con la alimentación.

Niños a cuales se “enfundan” las manos, atando las fundas, (especies de guantes sin dedos) a nivel de las muñecas; a pesar del cuidado que se haya puesto en la atadura, mientras no sea muy ajustada, ciertos niños consiguen sacarse uno o los dos guantes, después de una serie de movimientos, a menudo interrumpidos para descansar (“reacción de desencadenamiento”).

Al principio los movimientos son inconexos, de tipo atetósico, y el azar interviene un poco en la liberación de las manos. Pero si se repite la experiencia con el mismo niño se ve como los movimientos se perfeccionan poco a poco y se continúan con perseverancia, aún con intervalos de descanso, a fin de conseguir el objeto perseguido.

Esta reacción de desencadenamiento (réaction de déchainement. entfesse lungsreaktion) depende de una disposición innata; es más frecuente en las mujeres; se produce más a menudo cuando el niño tiene necesidad de comer, pero no es producida necesariamente por el hambre.

Hay otros movimientos que no tienen relación directa con la obtención del alimento; los dedos libertados son llevados a la boca, ejercicio preparatorio de la succión.

Piensa el autor que, más bien que de reflejos, se trata de actos voluntarios primitivos, lo que hace suponer en estos niños una inteligencia también primitiva.

Estas observaciones son más interesantes si se comparan sus resultados con los que se obtienen en el chimpancé (incapaz de sacar las manos de los guantes en igualdad de condiciones), mostrándonos la complejidad reaccional del recién nacido. Prueban, al mismo tiempo, que la libertad es necesaria desde el mismo momento de nacer.

C. A. Veronelli.

\* S. L. SALA. *La dactiloscopia del recién nacido*. “Semana Médica”, (Bs. Aires), 1938:1:849.

*Conclusiones* 1.<sup>a</sup> La dactiloscopia del R. N. se confunde en sus aspectos generales con la del adulto. 2.<sup>a</sup> La toma de impresiones, su lectura e interpretación es perfectamente factible desde el nacimiento, aunque este se realice prematuramente. 3.<sup>a</sup> Los caracteres de variabilidad, perennidad e inmutabilidad se encuentran desde el nacimiento, pero están anatómicamente constituidos mucho antes que él. 4.<sup>a</sup> Las discusiones sobre la herencia y la similitud en gemelos no tienen razón de ser pues no alteran en lo más mínimo los principios fundamentales de la identificación dactiloscópica. 5.<sup>a</sup> Desde el punto de vista práctico, la impresión palmar debe preferirse a la digital o plantar. 6.<sup>a</sup> Como método de identificación en las maternidades es el más científico y seguro, por lo que debe buscarse la colaboración de las autoridades para lograr las condiciones necesarias para su implantación; hasta tanto, no concuerda con la base de preacticidad necesaria resultando un útil y necesario coadyuvante de otro más simple y de más fácil interpretación por profanos. 7.<sup>a</sup> El derecho de identificación de los recién nacidos, así como del adulto, es una realidad que obliga a seguir bregando por la promulgación de una ley que la asegure.

J. J. M.

C. SMITH. *Hemangioendotelioma cervical masivo en un recién nacido.* "Am. Journ. Dis. of Child.", 1938:55:24.

Se presenta un caso raro de hemangioendotelioma de cuello.

A. Larguía.

MAC INTOSCH, WAUGH y GRAHAM ROSS. *Esclerema del recién nacido.* "Am. Journ. Dis. of Child.", 1938:55:112.

De acuerdo con trabajos anteriores de numerosos autores el esclerema del recién nacido es debido: 1.º al escaso tenor en oleína de la grasa subcutánea en el recién nacido. 2.º el factor determinante parece ser el trauma obstétrico. 3.º las grasas subcutáneas se hallan alteradas en su estado físico pero no en su composición química. 4.º en los tejidos escleromatosos no se ha encontrado ninguna lipasa capaz de hidrolizar las substancias grasas.

A. Larguía.

BONAR y AL. *Movimientos fetales respiratorios.* "Am. Journ. Dis. of Child.", 1938:55:1.

Un detallado análisis crítico de la bibliografía sobre el tema, y las observaciones personales, permiten aceptar a los autores las siguientes conclusiones:

1.º Los movimientos respiratorios intrauterinos del feto, que simulan el acto respiratorio neonatal probablemente son fisiológicos.

2.º Los anestésicos, como el eter y el amital sódico, parecen tener un efecto depresivo sobre dichos movimientos.

3.º Existe probablemente una ola fisiológica de líquido amniótico en los pasajes respiratorios del útero.

Es necesario profundizar el estudio de estas cuestiones con objeto de tener, no solamente datos precisos sino también determinar la acción de los anestésicos y analgésicos sobre el acto respiratorio y su posible relación con la morbilidad y mortalidad neonatal.

A. Larguía.

## ENFERMEDADES AGUDAS INFECTOCONTAGIOSAS

O. FELSENFELD. *La aplicación de globulinas de placenta en algunas enfermedades infecciosas de los niños.* "Archiv. de Médec. des Enfants", 1938:41:30.

Las globulinas de placenta administradas lo más pronto posible e inmediatamente después del contacto con los agentes de infección preservan los niños contra el sarampión y contra la escarlatina en una fuerte proporción, pero no son eficaces contra la rubeola. La terapia del sarampión de la escarlatina y de las paperas por las globulinas inmunizantes da buenos resultados.

I. Díaz Bobillo.

- A. LOEWEMBERG. *La organización y la coordinación de los diferentes centros para la provisión de sueros de convalecientes de sarampión, escarlatina, poliomielitis y parotiditis*. "Revue Médico Social de l'Enfance", 1937:5:426.

A raíz de la epidemia de poliomielitis en el Bajo Rhin en 1930, se creó en Estrasburgo un centro para la obtención y provisión de suero de convaleciente de dicha enfermedad. Pasada la epidemia el Centro ha continuado funcionando con esa finalidad y al mismo tiempo ha extendido su acción para la provisión de suero en las afecciones establecidas en el título del artículo.

El autor se manifiesta satisfecho de los resultados obtenidos como así mismo de la colaboración y coordinación que mantienen con los otros 11 centros existentes en Francia para las mismas finalidades, lo que ha permitido ayudas mutuas importantes en casos de epidemia.

Una de las más serias preocupaciones del Centro es obtener suero de convalecientes de sarampión y de escarlatina dado que el primero debe ser extraído entre el 8 y 12 días después de la fiebre y para la escarlatina en el transcurso de la 4.<sup>a</sup> a 5.<sup>a</sup> semana lo que trae resistencias de parte de los enfermos y aún de los mismos médicos. No sucede lo mismo para la poliomielitis.

C. R.

- \* J. BONABA y J. GIAMPIETRO. *Contribución al estudio de nuestra patología infecciosa regional*. "Archivos de Pediatría del Uruguay", 1938: 9:129.

Véase "Archivos Argentinos de Pediatría", 1937, pág. 911.

- R. ASH. *Amigdalectomía e infección reumática*. "Am. Journ. Dis. of Child.", 1938:55:63.

En el presente artículo se estudia la acción que la amigdalectomía pudo tener sobre 522 niños con infección reumática tratados en el Hospital de Niños en el período 1922-36. El autor cree que ni la presencia o ausencia de amígdalas en el momento inicial de la enfermedad, ni la extirpación después del comienzo ha tenido una influencia indiscutible sobre la frecuencia de la lesión cardíaca o el porcentaje de mortalidad considerados los distintos factores estadísticos. La tonsilectomía no previno ninguna manifestación reumática recurrente y un alto porcentaje de exacerbaciones la siguió inmediatamente cuando fué realizado en el comienzo de la enfermedad.

La amigdalectomía a juicio del autor está indicada solamente cuando hay una alteración evidente de las amígdalas y no como una indicación rutinaria. La operación debe ser realizada durante la faz inactiva de la infección, es decir cuando hay ausencia de otros síntomas, temperatura y tiempo de eritrosedimentación normales.

A. Larguía.

A. WALLGREN. *Eritema nudoso reumático*. "Am. Jour. of Dis. of Child.", 1938:55:897.

A pesar de que la teoría de Mackenzie, según la cual el eritema nudoso sería una expresión de la infección reumática, ha perdido terreno ante la acumulación de datos demostrativos de su etiología tuberculosa, algunos investigadores se resisten a abandonar definitivamente la teoría reumática. Según el autor no hay casos concretos ni pruebas seguras a favor de la causa reumática.

Se debe investigar la etiología reumática en los casos de eritema nudoso con tuberculino-reacción negativa, pues si bien se puede creer que es posible la aparición de eritema nudoso de causa *x* en un sujeto infectado por tuberculosis, no es posible demostrar su independencia del proceso tuberculoso teniendo en cuenta las estrechas relaciones demostradas entre tuberculosis y eritema nudoso.

El autor presenta dos casos de eritema nudoso acompañados de síntomas reumáticos en los que sin embargo eran evidentes signos de infección tuberculosa. Cree que los casos publicados hasta ahora como de eritema nudoso reumático no resisten una crítica severa por falta de investigación a fondo de la infección tuberculosa. El caso que relata en su comunicación llenaría este vacío. Los datos que abogan en favor de este hecho son: 1.º artralgias, 2.º lesión endocárdica clínica. 3.º lesión miocárdica demostrable electrocardiográficamente. 4.º eritrosedimentación elevada por largo tiempo. 5.º temperatura en relación con la erupción. 6.º ausencia de causas demostrables de eritema nudoso, especialmente de infección tuberculosa (Mantoux, 10 mg., dos veces negativa a intervalos de 6 semanas).

El autor acepta entonces la teoría de Mackenzie de que hay un eritema nudoso de causa reumática, si bien no con la frecuencia que daba Mackenzie.

G. F. Thomas.

LITCHFIELD. *Estudio clínico de la fiebre reumática y terapéutica con salicil-salicilato*. "Arch. of Pediat.", 1938:55:135.

Del prolijo estudio de una serie de casos el autor confirma el concepto según el cual la fiebre reumática es una enfermedad que envuelve no solo el corazón y las articulaciones sino también todo el sistema cardiovascular y los tejidos mesodermales. Las alteraciones patológicas son de naturaleza proliferativa y exudativa.

En cuanto a la terapéutica, el salicilato salicílico (salysal) ha sido administrado en relativamente grandes dosis sin causar síntomas de intoxicación. Su acción ha sido antipirética y analgésica y provoca muy escasa o ninguna irritación gástrica. La menor dosis necesaria y su sabor más agradable lo hacen aparecer preferible al salicilato de sodio. El "salysal" aparentemente no determina la sudoración e intensas reacciones consecutivas a las grandes dosis de salicilato de sodio o al ácido acetilsalicílico.

A. Larguía,



BENJAMIN, FLEMING y ROSS. *Resultados de la reacción de Schick en niños vacunados con toxoide diftérico*. "Am. Journ. Dis. of Child.", 1938: 55:51.

Los resultados de la reacción de Schick en 5.195 niños que previamente habían recibido toxoide diftérico (anatoxina de Ramón) permite a los autores deducir las siguientes conclusiones:

1.º La administración de anatoxina diftérica en niños de seis meses de edad le aseguran una buena inmunización controlada con la reacción de Schick.

2.º Cuanto mayor es el intervalo entre inyección de toxoide y la reacción de Schick, menor es el número de reacciones negativas.

3.º Más alto grado de inmunidad, según la reacción de Schick es obtenido con tres dosis que con dos dosis de toxoide.

4.º Tres dosis de toxoide representado 2 c.c. dan una inmunidad tan satisfactoria como tres dosis de 2.5 cc.

5.º El sexo no tiene ninguna vinculación con la reacción de Schick.

6.º El período de inmunización puede variar dentro de amplios límites sin que la inmunidad obtenida sea alterada.

A. Larguía.

F. MORGANTI. *Observación clínica estadística sobre la difteria en Perugia, durante el septenio 1929-1935*. "La Pediatria", (Nápoles), 1938:46:212.

Sobre una estadística de 500 casos el autor llega a las siguientes conclusiones:

La mortalidad y la morbilidad es más bien baja, en cambio el número de muertos por 100 casos denunciados es relativamente alta.

En la edad preescolar la mortalidad es mayor. La mortalidad en los internados es igual a los atendidos en sus domicilios, pero no debe olvidarse que los casos hospitalizados son los más graves.

Entre las varias localizaciones de la difteria la laringe es la más frecuente en los primeros años de la vida.

En la laringitis diftérica pura, el examen bacteriológico mostraba muy a menudo formas bacilares cortas y gruesas, resistentes a la sueroterapia.

En Perugia se observan frecuentemente anginas diftéricas atípicas, a pesar de ello las parálisis son raras.

A. N. Accinelli.

\* C. IZZO. *Experiencia de cien intubaciones y cien traqueotomías en asfixia por crup diftérico*. "Revista Chilena de Pediatría", 1938:9:536.

El autor después de comparar ambos métodos se muestra un entusiasta y decidido campeón de la intubación dejando solo la traqueotomía para casos excepcionales.

A. M. Caprile.

J. PARKER y BELA SCHICK. *Influencia de la vitamina C sobre la toxina diftérica*. "Am. Journ. Dis. of Child.", 1938:55:12.

La influencia de la vitamina C sobre la toxina diftérica fué estudiada en varias series de niños que se sabía reaccionaban positivamente a dicha toxina, por medio de Schick tests dadas a intervalos variables después de la introducción del ácido ascórbico por vía oral, intravenosa, intramuscular, subcutánea intradérmica. En todos los casos la vitamina C resultó ser inactiva, si se juzga por la persistencia de las reacciones positivas aún después de dosis de 1.100 mgrs. por vía intravenosa.

Cuando se mezclaba in vitro la vitamina C y la toxina se notaba un ligero efecto neutralizador, tanto más evidente cuanto más prolongado era la preparación de la mezcla. Esta acción se debe casi siempre a la inactivación inespecífica producida por cambios en el pH o por alteraciones producidas por el ácido en el proceso de oxidación y reducción. El artículo termina con la mención de la posibilidad de un efecto capilar debido a la vitamina C. La bibliografía al respecto es objeto de un estudio detallado.

A. Larguía.

\* J. BONABA, L. A. PIERONI, H. MOURIGAN y C. M. BARBERÓUSE. *Alteraciones post-tetánicas de la columna vertebral*. "Archivos de Pediatría del Uruguay", 1938:9:350.

Véase "Archivos Argentinos de Pediatría", 1938, pág. 523.

E. LESNÉ, J. TROISIER y H. BENARD. *Una espiroquetosis nueva*. "Revue Française de Pédiatrie", 1937:13:507.

Niño de 13 años, atacado de un estado febril continuo, con temperatura entre 38° y 39° durante tres semanas, terminando con la curación por defervescencia en lisis.

Algunas manifestaciones abdominales transitorias (dolores difusos, vómitos, constipación) dieron como resultado un diagnóstico de apendicitis que invalidó la operación al mostrar el apéndice sano. La persistencia de la fiebre y una esplenomegalia notable después de la laparotomía hicieron pensar en una fiebre tifoidea, diagnóstico cuyo error pusieron de manifiesto la hemocultura y la reacción de Widal.

Pero esta hemocultura reveló la presencia en la sangre de un microorganismo espiralado cuyas características principales son las siguientes: espiroqueta de 2 a 30 micrones de longitud—término medio, 9 micrones—que, según fuera más o menos largo, presentaba de 2 a 10 vueltas de espira. Movilidad extrema en las formas cortas. Coloración fácil por el violeta de metilo, violeta de genciana y fucsina.

El medio de cultivo más favorable: Caldo Martín 4 partes; sangre fresca 1 parte.

La sangre tomada de la vena es proyectada con la jeringa en el caldo esterilizado, donde coagula. El pH más favorable: 7, 4. La temperatura óptima 37° (máxima 40°, mínima 29°).

El poder patógeno de esta espiroqueta es nulo en los animales corrientes de laboratorio, pero en el mono y en el hombre (dos parálíticos generales), determina, después de una incubación de 4 a 8 días, una fuerte reacción térmica, que puede llegar a casi 40° durante uno o dos días. Curación sin recurrencia.

Esta espiroqueta ha sido denominada *Spirochaeta haemophilus*.

Estudian los caracteres diferenciales—microbiológicos, clínicos y experimentales—entre esta espiroqueta y las demás, especialmente la más parecida, la *Spirochaeta sinensis* de Pons; entre estas dos últimas hay analogías y diferencias que en definitiva permiten afirmar que se trata de dos especies distintas.

Relatan el descubrimiento, plantean los diversos problemas que el mismo determina y señalan el interés que tendrá el estudiar sistemáticamente la intervención de la *Shaemophilus* en ciertos estados septicémicos con fiebre continua o intermitente y trastornos digestivos que escapan a los análisis bacteriológicos corrientes.

C. A. Veronelli.

\* J. BONABA y V. ESCARDÓ y ANAYA. *El undécimo empuje epidémico de Heine-Medin en el Uruguay*. "Archivos de Pediatría del Uruguay", 1938:9:257.

Estudio sobre la casi totalidad de los casos de enfermedad de Heine-Medin durante el 11.° empuje epidémico en el Uruguay, desde Marzo de 1936 hasta Junio de 1937, comprendiendo 284 enfermos. Se ha desarrollado durante las cuatro estaciones del año, con máximo marcado en la primavera. El máximo de enfermos tenía 2 años de edad, decreciendo la cifra a medida que aumentaba ésta; el máximo se observó de 2 a 5 años. La epidemia se desarrolló en los departamentos del Sud del país, sobre todo en la Capital. Clasifican los casos según la gravedad, que llaman números, 1, 2, 3 y 4; el más frecuente ha sido el número 2, luego el 3. La mortalidad ha sido de 11 casos o sea el 3.87 %. En 90 casos no se precisaron cifras en el período de la invasión; otros 90 presentaron un estado febril indeterminado acompañado algunas veces de vómitos, otras de dolores, etc. En 105 casos no pudo determinarse exactamente la fecha de aparición de las parálisis; en el resto estas aparecieron del 2.° al 5.° días del período de invasión. Las parálisis afectaron diversas modalidades: paraplejía braquial, monoplejías crural izquierda, monoplejía crural derecha, monoplejía braquial izquierda en orden decreciente. Los dolores se observaron en 101 casos; faltaron en 65 y no pudieron precisarse en 118. El signo de Morquio existió, bien caracterizado en 64 casos. Se comprobó su ausencia en 71 y no se determinó en 118.

C. R.

MENIO MISASI. *Tentativas terapéuticas en la enfermedad de Heine-Medin con la autoliquorterapia*. "La Pediatría", (Nápoles), 1938:46:324.

El autor refiere 23 casos de poliomiélitis anterior tratadas con la au-

colicuorterapia y concluye que esta terapéutica es sin lugar a duda la mejor y que ella debe ser empleada frecuentemente.

A. M. Caprile.

J. GRAHAM. *Varicela*. "Arch. of Pediatr.", 1938:55:143.

En este artículo el autor reúne una serie de consideraciones de interés práctico referentes a la varicela. En sucesivos capítulos se ocupa de los diversos períodos clínicos, de la erupción, de las *formas clínicas* y del diagnóstico diferencial.

A. Larguía.

ALANTAR IHSAN HILMI. *Casos de kala-azar infantil autóctonos en Istanbul*. "Archives de Médecine des Enfants", 1938:41:281.

Publica las historias clínicas de tres enfermos de kalaazar, observados por el autor en Istanbul.

El primer caso corresponde a un niño de 2  $\frac{1}{2}$  años, el segundo a una niña de 18 meses y el tercero a un varón de 3 años. El autor llama la atención sobre el hecho de que en los tres casos hubo relación con perros. Sin embargo, el examen de uno de estos animales con el cual jugaba el enfermo de la segunda observación, dió resultados negativos (reacciones sanguíneas y punción del bazo).

Termina su trabajo haciendo notar que el kalaazar tiende continuamente a extenderse y a propagarse.

I. Díaz Bobillo.

F. TECILAZIC. *Consideraciones epidemiológicas, clínicas y clínicoestadísticas sobre la escarlatina leve*. "La Pediatría" (Nápoles), 1938:46:477.

El autor teniendo en cuenta los 2.532 casos de escarlatina atendidos en el hospital Bassi, de Milán expresa las siguientes conclusiones: La escarlatina se desarrolla en Milán con relativa benignidad, los casos graves son excepcionales y la letalidad bajísima ( $0.4-1^{\circ} \frac{3}{4}$ ), la mortalidad en cambio se mantiene igual que en otros países (5-15 sobre 10.000 habitantes). En Milán, como sucede en otras ciudades donde, la forma leve es lo común, la escarlatina aparece en general en edad más avanzada que en otros países. La escarlatina se desarrolla sin complicaciones en las tres cuartas partes de los casos. Cuando aparecen, lo hacen generalmente en el transcurso de la segunda semana de la enfermedad. Las modificaciones hematológicas son poco evidentes; pareciera existir una cierta relación entre la intensidad de la granulocitosis y la gravedad de la forma morbosa. La seroterapia no parece influir sobre el desarrollo de las complicaciones. La administración de preparados sulfoamidos durante la primera semana de la enfermedad parece reducir el número de otitis en los niños pequeños. Este último preparado asociado al ácido ascórbico ejercitan una acción favorable sobre la glomerulonefritis postescarlatina.

C. R.

## TUBERCULOSIS

- A. KOSTIC-YORSIC. *La reviviscencia de la cutirreacción tuberculínica en el curso de una infección no específica en un niño vacunado al nacer con B. C. G.* "Revue Française de Pédiatrie", 1937:13:514.

Calmette insistía en que las reacciones locales a la tuberculina podían reaparecer muchas semanas después de haberse producido la reacción local primitiva. Es el fenómeno llamado de la reviviscencia.

Se ha notado igualmente la reactivación de la cutirreacción primitiva, en forma intensa, en el curso de una reacción general específica.

El autor presenta el caso siguiente: un niño vacunado al nacer con B. C. G. A los 8 meses angina y tumefacción de un ganglio cervical. Se hace en este momento una Mantoux, positiva, cuya pápula desaparece a los 5 días. Se analiza el pus del ganglio y no se encuentran bacilos de Koch. Dos meses después, en el curso de otra angina, con nueva tumefacción ganglionar, en el sitio en que se había hecho la cutirreacción, la pápula reapareció con mayor intensidad. En el contenido del ganglio no hay bacilos de Koch.

Interpreta el fenómeno de la siguiente manera: el tejido linfático ganglionar del cuello ha sido impregnado por los bacilos B. C. G.; en el momento de una infección no específica de estos mismos ganglios se produce una reactivación de los bacilos B. C. G. que despierta la reacción local distante, es decir en el sitio en que se había hecho la anterior cutirreacción.

C. A. Veronelli.

- L. FRANZI. *Problemas y aspectos de una terapéutica específica de la tuberculosis.* "La Pediatría", (Nápoles), 1938:46:422.

Después de hacer una mirada retrospectiva a las tentativas antiguas y recientes de la terapéutica específica de la tuberculosis y de los mayores obstáculos que a la misma se oponen, especialmente en la resistencia que le ofrece la cápsula del bacilo tuberculoso, el autor pasa a considerar los nuevos horizontes que ofrece la enzimoterapia activa tuberculosa. Tomando como base, principios de orden fisiológicos y de enzimología cree el autor por varias razones que difícilmente tales ordenes de ideas podrán llevar a resultados notables en la práctica. Cree más posible, de acuerdo a los resultados obtenidos en anteriores trabajos, que sería más lógico pensar en una enzimoterapia pasiva, de tal manera que por una vía indirecta, el organismo fabricara enzimas específicas. A pesar de ello vislumbra la posibilidad de grandes obstáculos pero cree que no serán imposibles de vencer.

A. M. Caprile.

P. NOBÉCOURT, P. DUCAS et SCHEINMANN. *Diabetes y tuberculosis en el niño*. "Arch. Médecine des Enfants", 1938:41:425.

Antes del empleo de la insulina había una mortalidad del 92 % no pudiendo observar debidamente las complicaciones con la tuberculosis. La insulinoterapia permitió seguir más largo tiempo a estos enfermos y estudiar los efectos de la tuberculosis, cosa que solamente se podía observar en el adulto.

Los autores han podido seguir durante unos 10 años a 20 niños diabéticos. En algunos descubrieron por la práctica de la cutirreacción a la tuberculina, una tuberculosis oculta e inactiva; pero no observaron ningún caso de tuberculosis evolutiva.

1.º Influencia de la tuberculosis sobre la diabetis: En el niño se observan los mismos fenómenos. Los ataques de acidosis son más frecuentes (estadística de Root). La glucemia aumenta, sin embargo si sobreviene el coma la insulina es eficaz. A menudo la tuberculosis y la diabetis pueden evolucionar regularmente bajo la acción efectiva de la insulina. Al contrario existe en algunos casos insulino terapia relativa y esta constatación puede a veces hacer descubrir una tuberculosis latente. Un tratamiento dietético e insulínico administrado a tiempo hace desaparecer los efectos de la tuberculosis.

2.º Influencia de la diabetes sobre la evolución de la tuberculosis: Depende de la terapéutica instituída. La tuberculosis aparece después de la diabetis; la tuberculosis en estos casos es casi siempre el resultado de un contagio.

El aspecto y la evolución de la tuberculosis dependen como en el adulto, de la corrección y precocidad del tratamiento de la diabetes, lo mismo antes que después de su aparición. La enfermedad evoluciona igualmente en un niño no diabético y uno diabético si este último gracias a la insulina está en un estado general satisfactorio. Otras veces es descubierta solamente por la cutirreacción o por una radiografía de tórax. Es raro que la tuberculosis se manifieste en una forma aguda. En la mayoría de los casos la tuberculosis no tiene nada de especial y su evolución es igual que a la observada en enfermos de las mismas edades. Se ve la curación de las lesiones en los tiempos habituales. Sin embargo, se observan algunos casos, en que la tuberculosis se presenta con gravedad, pareciéndose entonces a la que se observa en los diabéticos adultos. En estos casos se trata casi siempre de una lesión antigua, o de un contagio prolongado.

La gravedad de la tuberculosis puede tener como origen: o la edad de los enfermos que ya se acerca a la de los adultos, o un largo contacto familiar, y sobre todo a la insuficiencia del tratamiento de la diabetes antes de la aparición de la tuberculosis.

Se observa lo mismo en los adultos que en los niños, la tuberculosis no se mejora si su tratamiento no se hace conjuntamente con el de la diabetis. En algunos casos los resultados son nulos. La insulinoresistencia engendrada por la tuberculosis puede ser la causa de esto, aunque puede ser también el resultado de un mal tratamiento. En resumen algunas formas de

tuberculosis pueden evolucionar en el niño más o menos como en el adulto, aunque esto sea una excepción.

Falta saber si la tuberculosis no es más precoz en un niño diabético que en uno sano. Los autores sobre los 20 casos seguidos encuentran en tres niños radiográficamente lesiones hiliares sin ninguna diferencia de las observadas en niños de la misma edad no diabéticos. Lo mismo ocurrió con las cutirreacciones efectuadas, fueron semejantes en intensidad a las que se observan en los no diabéticos. Obtienen un porcentaje del 69 % de reacciones positivas en niños diabéticos de más de 10 años de edad, índice ligeramente superior al obtenido, entre niños no diabéticos, existiendo el inconveniente del reducido número de niños enfermos observados.

La diabetes no parece modificar la receptibilidad a la tuberculosis, evolucionando esta con sus caracteres habituales y actuando sobre la diabetes como una infección intercurrente. Las formas graves son raras y la tuberculosis evolutiva no aparece como una complicación frecuente de la diabetes.

J. C. Traversaro.

E. LESNÉ y A. SÁENZ. *Papel del bacilo bovino en la etiología de la meningitis tuberculosa del lactante*. "Revue Française de Pédiatrie", 1937:13:457.

En la mayoría de los casos la meningitis tuberculosa del niño es secundaria a un contagio humano, pero también hay casos, aunque raros, más indiscutibles, de meningitis tuberculosas a bacilo tipo bovino, producidas por la ingestión de leche de vaca cruda o insuficientemente esterilizada.

Los autores hacen referencia a los trabajos de Smith, Koch y Schultz, Weber y Kossel, para llegar a la conclusión, apoyada por las estadísticas de todas las partes del mundo de que el bacilo bovino tiene, para el hombre, la misma virulencia que el humano y que no hay una sola forma o localización tuberculosa humanas en las que el bacilo bovino no pueda entrar en juego como agente patógeno.

Sigue siendo indiscutible que para el hombre, y especialmente para el niño, el agente principal de contaminación es el bacilo humano, pero hay casos indudables en que la contaminación se produce por el bacilo bovino, por medio de la leche cruda de vaca tuberculosa; esto explica la relativa frecuencia de esta forma de contaminación en los niños de 1 a 5 años.

Estudian la proporción de infecciones bovinas en las diferentes formas de tuberculosis y con referencia a la meningitis comentan estadísticas de distintos países y comarcas que dan estas cifras (%): 13, 6-10, 3-6, 3-9, 2-6, 9-8, 4-3, 6-12, 5-30, 2-25, 5-40, 5-21, 8-, etc.

Estas cifras plantean de por sí un problema muy importante desde el punto de vista social, relativo a la alimentación de los niños.

La proporción de infectados está en razón inversa de la edad.

Hacen luego un estudio bacteriológico y clínico de la meningitis tuberculosa a bacilo bovino—hecho sobre 165 casos—para llegar a las siguientes conclusiones:

1.º La meningitis tuberculosa, lo mismo que las demás localizaciones del bacilo bovino, no tiene características anatómicas ni clínicas especiales.

2.º El bacilo bovino ataca sobre todo a los niños entre 1 ½ y 6 años.

3.º La casi totalidad de los niños afectados son originarios del campo o han permanecido largo tiempo en él.

4.º El líquido céfalorraquídeo reacciona como ante el bacilo humano.

5.º En todos los casos la fuente de contaminación fué la leche cruda de vaca tuberculosa.

6.º Todo niño atacado de meningitis tuberculosa, menor de 5 años, originario de la campaña y alimentado con leche de vaca, debe ser sospechado de albergar el bacilo bovino.

7.º La leche cruda de vaca debe ser eliminada como alimento de los lactantes, para quienes aquella se someterá a una esterilización bien hecha y estrictamente controlada.

8.º El peligro de la tuberculosis a bacilo bovino es una de las razones que justifican el control sanitario oficial de la leche.

C. A. Veronelli.

\* M. L. SALDUN DE RODRÍGUEZ y J. M. ABDALA. *Peritonitis tuberculosa, forma ascítica en un niño de 18 meses*. "Archivos de Pediatría del Uruguay", 1938:9:292.

Véase "Archivos Argentinos de Pediatría", 1938, pág. 409.

° C. GIANELLI y A. U. GUERRA. *Tuberculosis del lactante y su aspecto social*. "Archivos de Pediatría del Uruguay", 1938:9:148.

Véase "Archivos Argentinos de Pediatría", 1938, pág. 288.

M. SIEGEL y B. SINGER. *Resultado de la colapsoterapia en niños con tuberculosis pulmonar*. "Am. Journ. of Dis. of Childr.", 1938:55:924.

El neumotórax y otros medios de colapsar adecuadamente el pulmón son métodos importantes en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar infantil.

Los resultados varían considerablemente con la naturaleza y la extensión de la lesión, el grado y la duración del colapso y el tiempo de observación.

Los resultados de la colapsoterapia son: 1.º un aumento considerable del número de los niños mejorados y 2.º prolongación de la supervivencia.

Contraría que después de años de tratamiento no se pueda hacer más para un mayor número de niños. Este fracaso parcial muestra la necesidad de aumentar los medios de evitar el desarrollo de la tuberculosis activa en la pubertad. Coloca en primer plano de las investigaciones el problema de la relación entre pubertad y exacerbación de la tuberculosis.

*Conclusiones de los autores.*



- \* J. SCHWARZENBERG y J. A. COUSIÑO. *Caso de muerte por tuberculosis generalizada en un gemelo con supervivencia del otro sin tuberculosis*. "Revista Chilena de Pediatría", 1938:9:527.

Motiva esta comunicación los numerosos e interesantes problemas que plantea el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en el primer trimestre de la vida. Se trata de un gemelo de un mes y medio de edad que clínicamente presenta un cuadro toxiinfeccioso y que el diagnóstico anatomopatológico revela una tuberculosis infantil primaria intestinal.

A. M. Caprile.

- A. REISSNER. *Infección tuberculosa por vía dental*. "La Pediatría", (Nápoles), 1938:46:313.

Algunos casos característicos han permitido demostrar sin duda alguna la infección tuberculosa por vía dental. La infección tuberculosa, es posible, en la primera infancia a través de lesiones en la mucosa bucal durante la dentición. En estos casos, todavía poco conocidos, la infección es latente por un tiempo relativamente largo.

Otras puertas de ingreso son posibles: dientes careados, periostitis, granulomas, depósito de tártaro, paradentosis, etc.

La demostración de la posible infección por vía dental está demostrado por exámenes microscópicos, experimentos de cultivo e inoculaciones.

La infección tuberculosa por vía dental es posible solo en casos de muy mala condición higiénica de la boca y en los casos de inferioridad orgánica de los dientes.

A. M. Caprile.

## ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS

- S. VAN CREVELD y P. J. ZUIDEMA. *Anemia llamada perniciosa, del embarazo con desviaciones en la imagen hematológica del niño*. "Revue Française de Pédiatrie", 1937:13:656.

Antiguamente se admitía que una anemia de la madre en el curso del embarazo no influenciaba la imagen hematológica del niño, pero actualmente se sabe que no es así. Desde que se tratan intensivamente con preparaciones de hígado las llamadas anemias perniciosas del embarazo, se ha visto que los niños presentan desviaciones importantes de su fórmula hematológica, planteándose la cuestión de saber en qué medida un tratamiento demasiado enérgico hecho a la madre puede ser perjudicial para el hijo en gestación.

Citan el caso de una embarazada con anemia perniciosa en que el tratamiento a base de hígado no dió resultados. El parto se produjo prematuramente (a los 8 meses), muriendo el niño al día siguiente de nacer y la madre diez días después.

En la madre todos los análisis, lo mismo que la necropsia, justificaron el diagnóstico de anemia perniciosa.

En el niño, un examen de sangre hecho a las cinco horas del nacimiento dió: hemoglobina 119; eritrocitos, 6.060.000; leucocitos, 23.000; número normal de trombocitos.

Fórmula leucocitaria: megaloblastos, 5; macroblastos, 4; normoblastos, 153; mielocitos, 2; metamielocitos, 6; polinucleares en forma de bastón, 18 y segmentados, 4; grandes mononucleares, 5; linfocitos, 26. Gran aniso y poiquilocitosis; polieromasia. Cuerpos de Jolly +; reticulocitos 2 %.

En la autopsia pulmones hiperhémicos, con focos bronconeumónicos; en hígado y bazo, gran cantidad de tejido mieloide y muchos normoblastos.

Además de la cuestión planteada—posible influencia del tratamiento hepático intensivo de la madre en las anomalías hematológicas del niño—creen los autores que este caso como otros ya publicados podrían constituir una advertencia para no hacer dichos tratamientos intensivos.

C. A. Veronelli.

V. DE LUCA. *Sobre dos casos de linfosarcoma en las glándulas mesentéricas*. "La Pediatría" (Nápoles), 1938:46:349.

El autor nos relata dos casos de linfosarcoma regional en dos niños uno de los cuales tenía 3 años y el segundo 7 años. Después de exponer los casos clínicos y el resultado del examen necrópsico e histopatológico, hace algunas conclusiones sobre la particularidad interesante que presentaban los casos motivo de su trabajo.

A. M. Caprile.

J. GATTO. *Urticaria pigmentaria en una niña con mielosis eritroleucémica crónica a tipo Cooley*. "La Pediatría", (Nápoles), 1938:46:429.

En una niña de 5 años fué observada la coexistencia de urticaria pigmentaria y una mielosis eritroleucémica crónica a tipo Cooley. Es de mencionar en el caso descrito: algunas particularidades radiológicas de las lesiones osteoporósicas, la ausencia de hipertrofia del hueso malar, la coexistencia de un proceso hipoplástico, anaplástico a expensa del tejido leucopoyético. En base al desarrollo de las dos enfermedades cutáneas y hematopoiética es posible relacionar los dos procesos morbosos, considerando a la enfermedad cutánea como causada por los productos anormales del recambio, existente a causa de la eritroleucemia sobre un tejido reticulo-endotelial cutánea particularmente meioprájico.

A. M. Caprile.

E. G. L. BYWATERS. *Síndrome de Cooley en un niño inglés*. "Arch. of Dis. in Child.", (Londres), 1938:13:173.

Se estudia un caso de anemia tipo Cooley en un niño inglés de diez años de edad que presentaba alteraciones cromáticas, fragilidad y modificación en el tamaño de sus hematíes.

C. M. Pintos.

M. PÉHU y R. NOEL. *Sobre las eritroblastosis de la infancia*. "Archives des Medecine des Enfants", 1938:41:321.

El término de eritroblastosis designa las enfermedades o los síntomas, observados sobre todo en la infancia, y que se caracteriza por la presencia insólita, en número generalmente elevado, de eritroblastos. Primeramente la noción de eritroblastosis era aplicada a la anasarca fetoplacentaria, pero ultimamente von Gierke ha demostrado que esta anomalía sanguínea se presenta en la llamada grave familiar del recién nacido. De más está decir que a este grupo pertenece la anemia primaria del recién nacido, observado por Lehndorff.

En estos últimos años, un autor americano—Cooley—ha observado un tipo de anemia que se presenta únicamente en la infancia y es: la anemia eritroblástica con esplenomegalia.

En lo que se refiere a la terminología actual, von Gierke, a la denominación eritroblastosis, propone eritroleucoblastosis y que sería una fórmula sanguínea que revela un aumento simultáneo de glóbulos blancos y de eritrocitos nucleados.

En realidad esta anomalía sanguínea representa una reacción de la médula ósea sobreviniente en determinadas condiciones.

La regeneración se produce con gran rapidez trayendo una serie de anomalías, entre ellas la aparición en la sangre periférica de eritrocitos nucleados. Se presenta sobre todo en la primera infancia, ya que en la segunda infancia y adolescencia es menos frecuente.

La sintomatología clínica difiere según el tipo morbido, pero no la anomalía sanguínea.

Estas enfermedades tienen un carácter común que conviene poner de manifiesto: ellas son en su mayoría congénitas, raciales o familiares. Concluye el autor, diciendo que el término eritroblastosis es aplicable a varias enfermedades pero que en razón de sus diferencias clínicas debe ser tenido más bien como un término, pero no como una causa primaria.

R. Quesada.

A. FLAX et M. WADSTEIN (h.). *Contribución al estudio de las eritroblastosis. Un caso de eritroblastosis familiar*. "Arch. de Médec. des Enf.", 1938:41:346.

Presentan y estudian tres casos ocurridos en una misma familia; uno muerto de ictericia, otro murió a los dos años afectado de la enfermedad de Jaksch-Hayem-Luzet y el otro fallece por una eritroblastosis congénita. De la observación de estos casos llegan a la conclusión de que estas enfermedades son constitucionales, familiares y hereditarias. Que no existe más que una sola enfermedad eritroblástica, que, dependan o no de ciertas causas etiológicas, pueden aparecer con diferentes aspectos clínicos, pero con un fondo común que no falta a ninguna de ellas.

J. C. Traversaro.

A. SANTILLANA. *Contribución al estudio de la anemia de von Jaksch-Luzet de forma familiar del tipo Cooley*. "Arch. de Medec. des Enf.", 1938:41:356.

Después de hacer el estudio hematológico de tres casos interesantes completados con examen radiológico, hace el siguiente comentario: "La iniciación precoz de la afección, la hepatoesplenomegalia, la fórmula hematológica, los trastornos de crecimiento, la gravedad del pronóstico, nos conduce a considerar esos casos como pertenecientes a la forma familiar de la anemia seudoleucémica de von Jaksch-Luzet. Por la presencia a las radiografías de lesiones óseas estudiadas por Cooley, nosotros pensamos poder clasificar nuestros enfermos en un síndrome que nosotros denominamos con agrado: síndrome de von Jaksch-Luzet y Cooley".

J. C. Traversaro.

A. CANELLI. *El sulfato de cobre en la terapéutica de las anemias de todas las edades*. "Revue Française de Pédiatrie", 1937:13:494.

Emplea el sulfato de cobre en el tratamiento de las anemias y de las clorosis con resultados buenos, rápidos y constantes.

Esta terapéutica, poco conocida, debe ser considerada con el mismo interés que el hierro, el arsénico, el manganeso, el hígado, etc., tanto más que se trata de un medicamento práctico, aplicable a todas las edades—aún a los lactantes—sin contraindicaciones, bien tolerado, de fácil administración por vía bucal, de pequeño volumen, de gusto agradable, bien soportado por el aparato gastrointestinal y muy económico.

Emplea soluciones acuosas al 1 % con excipientes variados, antes de las dos comidas principales, a las dosis de 10, 15, 20 gotas por períodos de 10 días con lapsos iguales de descanso.

Ha obtenido buenos resultados evidentes en las anemias secundarias (reumatismo, carencia alimenticia, sífilis, tuberculosis), en la anemia llamada escolar y en la clorosis.

C. A. Veronelli.

M. J. CATHALÁ y MLE. P. MOREL. *Anemia grave hiperesplenomegálica y distrofia craneana*. "Le Nourrisson" 1938:26:147.

Los autores presentan el caso de una niña de dos años con anemia grave, esplenomegalia y distrofia craneana con periostosis del frontal, con la imagen llamada en "pelos de cepillo". El punto interesante es que este síndrome complejo que evocaba la idea, sea de una afección autónoma del aparato hematopoyético, sea de una distrofia constitucional afectando la sangre, bazo y esqueleto pareció depender de una causa banal: perturbaciones digestivas crónicas entretenidas por un voluminoso tumor estercoral del recto. Se trataba de un niño con una gran esplenomegalia, hígado normal, sin manifestaciones de ictericia y con una fórmula sanguínea que daba: hemoglobina 20 %; hametías, 2.560.000; leucocitos, 5.700; polinucleares neutrófilos, 46 %; eosinófilos, 2 %; mononucleares: grandes,

2 %; medianos, 25 %; linfocitos, 20 %; formas de transición, 4 %; micelocitos neutrófilos 1 %; eritroblastos, 5 %. Poikilocitosis.

El niño presentaba perturbaciones digestivas que los repetidos exámenes no precisaban claramente, hasta que se instaló un verdadero cuadro de obstrucción intestinal y el tacto rectal permitió percibir un fecaloma que fué extraído por vías naturales bajo anestesia. Desde ese momento el niño entró en mejoría de su cuadro hemático y el bazo disminuyó francamente de tamaño siendo dado de alta en condiciones normales.

Los autores pasan en revista diversas interpretaciones del caso. Descartan la anemia hemolítica, la anemia alimenticia propia de los prematuros, ya que el niño había nacido en esas condiciones, la anemia infecciosa o parasitaria dada la negatividad de los exámenes, el tumor primitivo o secundario del bazo, la anemia tipo Cooley dada la falta de eritroblastosis y creen en cambio, sea debido a las perturbaciones digestivas crónicas que presentaba el niño y las consecuencias toxiinfecciosas consiguientes. Sin descartar la posibilidad de algún otro papel en juego, los autores creen en la acción directa de la constipación, dada la franca mejoría que experimentara el niño recién a partir de la expulsión del fecaloma a pesar de todos los tratamientos practicados anteriormente.

Los autores terminan llamando la atención sobre la facies y la forma especial del cráneo y la periostosis del frontal con su característico aspecto radiológico de "peine de cepillo" sobre la que últimamente se ha llamado tanto la atención como característica de la anemia tipo Cooley. Los autores se asocian a la idea del Prof. Debré de que dichas deformaciones son consecuencia de la sobreactividad de la médula ósea, sobreactividad destinada a compensar la destrucción globular.

C. R.

\* A. CARRAU y M. E. MANTERO. *Anemia aguda tipo Laderer*. "Archivos de Pediatría del Uruguay", 1938:9:227.

Véase "Archivos Argentinos de Pediatría", 1938, pág. 408.

\* M. T. CAFFERATA. *Sobre un caso de púrpura maculosa de Welrhof por avitaminosis*. "La Prensa Méd. Arg.", 1938:25:1026.

Se publica una historia de púrpura tipo Welrhof curada con régimen dietético rico en vitamina C.

V. O. Visillac

\* M. R. LÓPEZ PONDAL. *Mielosis global aplástica*. "Semana Médica", (Bs. Aires), 1938:1:557.

Niña de 5 años. Cuadro infeccioso grave con alta temperatura, gran palidez, manchas purpúricas, hemorragias, angina necrótica, gruesa adenopatía cervical, polimicroadenopatía inguinal, hepatoesplenomegalia. Hematológicamente, anemia intensa que presentó ocasionalmente algunos normoblastos, anisopoikilocitosis, leucopenia, plaquetopenia, tiempo de

hemorragia muy prolongado, retractilidad del coágulo y coagulación de aspecto normal; hemocultivo negativo.

J. J. M.

## ENFERMEDADES DEL CORAZON Y DE LOS VASOS

A. G. GOLDENBERG. *El síndrome de Adams-Stokes en la edad infantil.* "Revue Française de Pédiatrie", 1937:13:517.

Las cardiopatías se encuentran a menudo en el niño. El corazón en vías de crecimiento está más sujeto a modificaciones que el corazón equilibrado del adulto. La desproporción entre el volumen y la masa del corazón, la elasticidad más grande de los vasos, la circulación más rápida de la sangre, todo esto modifica los caracteres de las afecciones cardíacas en comparación con las mismas afecciones del adulto, a tal punto que resulta a menudo difícil decir si se trata de un trastorno funcional o de una alteración orgánica.

Arritmias y soplos son atribuídos frecuentemente al estado fisiológico del corazón en vías de crecimiento; muchas veces estos fenómenos inocentes son síntomas de verdaderas y serias enfermedades.

Cita, para comprobar estas afirmaciones, el caso de un niño de 12 años, llevado a la consulta por padecer disnea, palpitaciones y cefaleas sin causa aparente, en el cual, después de un estudio minucioso, se llegó al diagnóstico de un síndrome de Adams-Stokes, de serio pronóstico y tratamiento poco menos que nulo.

C. A. Veronelli.

G. MITCHELL. *La pericarditis tuberculosa y la enfermedad de Pick.* "Archiv. of Pediatr.", 1938:55:157.

La evolución de tres casos de pericarditis tuberculosa y su relación con la enfermedad de Pick han sugerido al autor el presente artículo. La sintomatología de la pericarditis tuberculosa se puede presentar en tres formas diferentes:

1.º Formas clínicas silenciosas o asintomáticas; 2.º como enfermedad cardíaca; y 3.º con síntomas hepáticos o abdominales. Es en este último caso, según el autor, que la pericarditis tuberculosa se llama enfermedad de Pick.

A. Larguía.

S. GIBSON y W. MAE CLIFTON. *Cardiopatías congénitas. Estudio clínico y anatómopatológico en 105 casos.* "Amér. Journ. of Dis. of Child.", 1938:55:761.

En 1950 autopsias consecutivas en niños, se encontraron 105 casos de enfermedades cardíacas congénita. La frecuencia relativa de afecciones cardíacas congénitas, es mucho mayor en lactantes que en los de mayor edad.

De estos 105 niños, 65 fueron casos de comunicación arteriovenosa y 25 de comunicación venosoarterial, y en 15 hubo ausencia de comunicación.

De estos 65 casos, 23 fueron defectos del septum auricular, 17 consistían en casos manifiestos de "conducto arteriovenoso". 12 de defectos del septum intraventricular y 13 de lesiones combinadas. Los síntomas fueron tardíos o no existían. Los únicos signos auscultatorios se encontraron en los casos de defectos del septum interventricular: soplo sistólico rudo y áspero en la región precordial.

La mayoría de los niños que tenían persistencia del conducto arteriovenoso presentaban o completa transfusión de los grandes vasos o la tetralogía de Fallot. Todos fueron cianóticos; vivieron poco tiempo y fallecieron por sus trastornos cardíacos.

De los 15 niños cuya lesión cardíaca no permitía una comunicación anormal entre las dos circulaciones, algunos estaban libres de síntomas, mientras otros sucumbieron por falla cardíaca.

Se encontraron anomalías congénitas asociadas en 28 casos.

A. C. G.

J. I. WARING. *Enfermedades cardíacas en los niños, de origen nutritivo.* "Amer. Journ. of Dis. of Child.", 1938:55:750.

Las enfermedades cardíacas de origen nutritivo en los niños negros de Charleston, no son raras.

Relatan 13 observaciones de niños negros cuyas edades oscilaban entre 18 meses y 2 años y medio, excepto la obs. N.º 13, que corresponde a una niña negra de 4 años.

En todos los casos no había escorbuto ni raquitismo aparentemente activos.

Sugieren los autores que los cambios cardíacos no se debían por completo a la falta de vitamina B<sub>1</sub>, sino más bien a una deficiencia general en los materiales alimenticios de estos niños, ya que se puede esperar una respuesta satisfactoria con el tratamiento dietético, en aquellos casos en los que la enfermedad no estuviera demasiado avanzada.

A. C. G.

\* J. LORENZO y DEAL y G. MENDOZA. *Asistolia aguda con dilatación cardíaca en un lactante.* "Archivos de Pediatría del Uruguay", 1938:9:220.

Véase "Archivos Argentinos de Pediatría", 1938, pág. 407.

\* C. A. CASTILLA y R. S. AGUIRRE. *Pericarditis crónica constrictiva. Síndrome de Pick.* "Semana Médica", (Bs. Aires), 1938:1:1291.

Se trata de un niño de 13 años, cuyo padecimiento se inicia cuatro años atrás, en forma insidiosa, a sintomatología única y exclusivamente abdominal al principio. La ascitis y la hepatomegalia orientaron a los fa-

cultativos que lo trataron anteriormente en el sentido de una afección hepática primitiva. Al examen se comprueba además, estasis venosa en el dominio de las yugulares, ausencia de percepción del latido de la punta, ausencia de soplos artificiales, fijeza de la sombra cardíaca al examen radiográfico, con disminución de la pulsatilidad y de desplazamiento a los cambios de posición y con los movimientos respiratorios. Imagen típica de calcificación del pericardio. Electrocardiograma con pequeño voltaje del complejo QRS, y alteraciones de la onda T, lo que habla en favor de corazón aprisionado. Ausencia de enfermedad renal o de la nutrición que expliquen los edemas y la hidropesía del paciente. Resultado negativo de las pruebas tuberculínicas. Evolución apirética y carácter de transudado del líquido de ascitis, con inoculación negativa al cobayo. El niño fallece en su domicilio a consecuencia de una infección intercurrente.

J. J. M.

E. MAC MAHON. *Hipertrofia del corazón en los niños*. "Am. Journ. Dis. of Child.", 1938:55:93.

El objeto de la presente comunicación es destacar la posibilidad de que en la hipertrofia cardíaca de la primera edad, además del aumento de tamaño de las fibras musculares se agregue una verdadera proliferación de esos elementos. Como corolario puede deducirse que dicha proliferación podría también producirse consecutivamente a graves lesiones del miocardio.

A. Larguía.

#### ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO Y DEL MEDIASTINO

C. GRABIDE. *Adenopatía traqueobronquial con grave estenosis de la tráquea y del bronquio derecho: muerte por asfixia*. "La Pediatría", (Nápoles), 1938:46:452.

El autor describe un caso de adenopatía traqueobronquial con grave estenosis de la tráquea y del bronquio derecho, que llevó a la muerte por asfixia, hace con este motivo algunas consideraciones, sobre la rareza de esta forma morbosa y la rapidez de su evolución, prefiriendo la forma asfíctica por compresión de las vías respiratorias superiores a la caquexia tuberculosa o a la meningitis tuberculosa o a la miliar.

A. M. Caprile.

SANTYAN y VELASCO SUELLO. *Neoplasma primitivo del mediastino en un niño de siete años*. "La Pediatría" (Nápoles), 1938:46:542.

El autor relata la observación de un voluminoso tumor mediastínico en un niño de 7 años que invadía casi todo el hemitórax izquierdo, provo-



cando atelectasia completa del pulmón del mismo lado. El caso es interesante, porque la sintomatología mediastínica era casi nula, tanto que se pensaba en una enfermedad pulmonar por lo que fuera tratado durante varios meses hasta que su internación en la clínica permitió el diagnóstico.

C. R.

J. BRENNEMANN, W. MAE CLIFTOÑ, A. FRAÑK y P. HOLINGER. *Laringotraqueobronquitis aguda*. "Amer. Journ. of Dis. of Childr.", 1938: 55:667.

Los autores basan su trabajo en la observación de 45 casos estudiados en el "Children's Memorial Hospital", durante un período de 10 años. La afección es presentada tanto desde el punto de vista pediátrico como otorrinolaringológico.

Se ocupan especialmente del tratamiento y de su influencia sobre la mortalidad. Los aspectos clínico, broncóscopico y patológico, base fundamental para instituir una terapéutica racional, son especialmente considerados.

La traqueotomía es el procedimiento preconizado como de elección, a menos que la mejoría pueda ser obtenida por la aspiración broncoscópica solamente. Solo ha sido aceptado el diagnóstico de laringotraqueobronquitis cuando la intubación, la traqueotomía, la succión o la muerte del enfermo han permitido asegurarlo.

En una serie de 23 casos tratados desde el año 1927 a 1935 inclusive, la mortalidad fué de 50 %. En 1936 fueron tratados 12 pacientes, descendiendo la mortalidad a 25 %; explican este llamativo descenso de la mortalidad al mejor equipamiento de los teams de trabajo durante el año 1936, comparado con el de los años anteriores. Presentan finalmente, con todo detalle, el tratamiento que usan en la actualidad en el "Children's Memorial Hospital".

A. C. G.

\* C. GIANELLI y E. PELUFFO. *La fiebre neumónica en el niño*. "Archivos de Pediatría del Uruguay", 1938:9:269.

Véase "Archivos Argentinos de Pediatría", 1938, pág. 408.

\* R. CHARLONE. *Neumotórax bilateral con enfisema en un lactante*. "Archivos de Pediatría del Uruguay", 1938:9:162.

Lactante de 8 meses, distrófico que ingresa en muy grave estado a causa de una bronconeumonía aparentemente primitiva. En las horas siguientes presenta enfisema mediastinal y cervical supraesternal, que requirió una incisión y el drenaje subaponeurótico medio a ese nivel. Al día siguiente se produjo un neumotórax total izquierdo y otro parcial superior derecho. Muerte a las 46 horas del ingreso.

C. R.

FRANCK TISSOT. *Las imágenes perihiliares y pericisurales a evolución crónica no bacilares en el niño.* "Archiv. de Medec. des Enfants", 1938:41:26.

Publican tres observaciones resumidas de niños con antecedentes de neuroartritis y linfatismo, con reacciones tuberculínicas negativas repetidas varias veces, con imágenes radiológicas que revelan marcada reacción hiliar en un caso y pericisural en los otros. Después de algunas consideraciones sobre el linfatismo y el neuroartritis que presentan estos enfermos, el autor cree que se trata de una infiltración peribroncovascular crónica a evolución pseudotuberculosa, manifestación pulmonar de la diátesis neuroartrítica.

I. Díaz Bobillo.

\* J. M. MILLAN y J. F. V. NÉSPOLO. *Obstrucción traqueal por áscaris* "Prensa Médica Argentina", 1938:25:1070.

Interesante observación en un niño de 11 meses que se interna por trastornos disnéicos, tiraje, tos crupal; elementos estos que inducen a pensar en un erup diftérico. Se intuba y se la medica 20.000 U. de suero antidiftérico. La necropsia realizada horas después, permite visualizar en la traquea varios ejemplares de áscaris lumbricoides adultos.

V. O. Visillac.

### ENFERMEDADES DEL APARATO GASTROINTESTINAL, HIGADO Y PERITONEO

L. RIBADEAU-DUMAS, J. CHABRUN y MME. LOEWE-LYON. *Forma hemorrágica de la estenosis hipertrófica del píloro en el lactante.* "Revue Française de Pédiatrie", 1937:13:542.

En la estenosis hipertrófica del píloro en el lactante, la hematemesis es un síntoma inconstante y accesorio. Las publicaciones clásicas sobre esta afección sólo citan los vómitos sanguinolentos para señalar su rareza y poca importancia.

Los autores refieren un caso de estenosis hipertrófica en que las hematemesis, por su precocidad, duración, frecuencia y abundancia constituyeron un síntoma tan anormalmente importante que realizaron una verdadera forma hemorrágica de la estenosis pilórica.

Las hipótesis que se plantearon fueron las siguientes:

- 1.º Asociación de una estenosis con una melena del recién nacido.
- 2.º Asociación de la estenosis con una enfermedad sanguínea hemorrágica.
- 3.º Ulceración gástrica.
- 4.º Hemorragia por éstasis gástrica.

Para explicar su caso aceptan la existencia, en ciertos sujetos, de

una fragilidad vasomotriz tal que la congestión de la mucosa y las hemorragias pueden aparecer a consecuencia de una éstasis de corta duración.

Estas hemorragias no deben hacer diferir la intervención sino apremiarlas. El pronóstico es sumamente severo. De tres casos dos muertos.

C. A. Veronelli.

L. FINDLAY. *La radiología en el diagnóstico de la estrechez del píloro.* "Arch. of Dis. in Child.", London, 1938:13:145.

1.º Se discute la opinión corriente sobre el valor de la radiología en el diagnóstico de la estrechez hipertrófica del píloro.

2.º Se comparan los resultados de la comida opaca en 12 casos normales. Mientras la motilidad del estómago en los primeros se muestra en general disminuída; esto no sucede invariablemente siempre.

3.º En algunos casos de hipertrofia pilórica, la motilidad es tan perfecta como en un estómago normal.

4.º Cuando el tiempo transecurrido en este método de examen y la variabilidad de los hallazgos se considera, la única conclusión justa es que no permite el diagnóstico de estrechez hipertrófica del píloro.

5.º La palpación del tumor, posible en todos los casos, es el único signo evidente de esta afección.

C. M. Pintos.

R. BARANSKI y M. BUSSEL. *¿Es necesario operar siempre la estenosis hipertrófica del píloro en el lactante?* "Revue Française de Pédiatrie", 1937:13:480.

Ibrahim, Rohner y Monrad son partidarios del tratamiento médico. El primero tiene, en 65 casos, un solo deceso (1.5 %). Otros autores—Birk, Eckstein, Goffin, Lesné, Gavois, Strauss—operan la estenosis pilórica hipertrófica en todos los casos. El último reduce la mortalidad al 2.7 % sobre 226 operados.

En realidad los dos métodos pueden dar esos excelentes resultados en manos de médicos especializados en ellos. Pero ninguno de los dos debe excluir al otro. En la hora actual, el médico debe recurrir, en cada caso de estenosis hipertrófica del píloro a uno de estos dos métodos, según la gravedad del caso.

Los casos graves se operarán; los leves se reservarán para el tratamiento médico; en esta forma los riesgos son menores para el enfermo y no se corre el riesgo de una operación que no es inocua en casos que no la justifican.

Es necesario, pues, ponerse de acuerdo sobre los signos de gravedad.

La enfermedad es tanto más grave cuanto más tempranamente se instala; las estenosis pilóricas hipertróficas de los primeros días y aún de las primeras semanas deben tratarse quirúrgicamente. Después de los tres meses es frecuente el buen éxito del tratamiento médico.

La estenosis es tanto más grave cuanto más violentos, abundantes y

tenaces sean los vómitos, interesando sobre todo la abundancia de los mismos. La intervención quirúrgica está indicada cuando el niño vomita más de la mitad del alimento ingerido. (Strauss, de Chicago, opera cuando el vómito llega al 20 %).

Una diuresis reducida a unos centímetros cúbicos y con más razón la anuria, indican, en esta enfermedad, la necesidad de la intervención quirúrgica.

Todo niño que por padecer esta enfermedad se aproxima a la cifra de Quest (los 2/3 de su peso inicial), debe ser considerado grave y tratado quirúrgicamente. Ibrahim y otros discuten esta última indicación; para los autores, más importante que la apreciación ponderal de la caquexia o desnutrición es la rapidez con que se instala.

El grado de estasis de los alimentos en el estómago suministra otro elemento de apreciación de la gravedad: tanto más grave cuanto más prolongada sea aquella.

La hidrolabilidad y la facilidad de deshidratación que supone, puede ser otro factor de gravedad, lo mismo que el síndrome tóxico cuando aparece en el curso de una estenosis pilórica.

En realidad, ninguno de estos síntomas tiene valor absoluto, si se considera aisladamente y no debe decidirse la intervención por uno solo de ellos, así sea bien evidente. Lo que indicará en cada caso la conducta a seguir es el conjunto de todos los síntomas.

C. A. Veronelli.

F. PONTIERI. *Una rarísima variedad de malformación congénita del intestino mesenterial en un recién nacido*. "La Pediatría", (Nápoles), 1938:46:552.

El autor describe un caso de malformación congénita del intestino encontrada en un recién nacido, que presentaba una sintomatología muy similar a la de la oclusión intestinal o de la estenosis duodenal baja. El examen radiológico y una laparatomía exploratriz demostraron que el intestino delgado era de tipo canalicular. En la autopsia se encontró al examen histológico atrofia de las glándulas intestinales que hacían imposible la vida del recién nacido.

C. R.

P. F. DWAN y O. S. WYATT. *Doble invaginación cólica*. "Am. Journ. of Dis. of Childr.", 1938:55:1031.

Presentan el caso de una obstrucción intestinal por doble invaginación cólica, operada con éxito.

G. F. Thomas.

\* R. M. DEL CAMPO. *Errores de diagnóstico en la apendicitis del niño*. "Archivos de Pediatría del Uruguay", 1938:9:321.

Se trata de una comunicación a las Jornadas sudamericanas de Medicina y Cirugía realizadas en Montevideo, en enero de 1938. Se desta-

can las dificultades del diagnóstico de la apendicitis del niño, dada la frecuencia de cuadros dolorosos abdominales, febriles, cuya interpretación exige una minuciosa exploración clínica y anamnesis perfecta. Señala la conveniencia de analizar bien las pretendidas indigestiones repetidas, muy a menudo crisis apendiculares benignas curadas rápidamente, pero dejando adherencias múltiples.

C. R.

- \* R. C. NEGRO. *Particularidades de un caso de peritonitis a neumococo.* "Archivos de Pediatría del Uruguay", 1938:9:156.

Se trata del caso de una niña de 9 años, que después de un estado febril de 22 días de duración, sospechado de fiebre tifoidea, pasó 13 días bien, presentando luego un cuadro de ascitis, con gran desnutrición. La punción abdominal evocó pus verdoso, a neumococo. Se practicó un amplio drenaje operatorio, evolucionando el caso favorablemente. La serorreacción de Widal resultó positiva. El mayor interés del caso radica en las dudas sobre si se trató de un proceso primitivamente neumocócico o tífico. En esta eventualidad secundaria se habría producido una infección neumocócica peritoneal.

C. R.

#### ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

- S. SAMET-MANDELS y K. SCIESINSKI. *Tumor de cerebelo (epéndimoglioma), con síndrome secundario de Simmonds en una niña de 8 años. Influencia de la medicación por extractos de lóbulo anterior de hipófisis.* "Revue Française de Pédiatrie", 1937:13:525.

Hace 22 años Simmonds, hizo una comunicación a la Sociedad Médica de Hamburgo, sobre la caquexia hipofisiaria, basándose en los resultados de la autopsia de tres casos, que revelaron la destrucción completa del lóbulo anterior de la hipófisis, y en los cuales, en vida, se había observado una caquexia incomprensible. En dos casos encontró adenomas basófilos; en el tercero la destrucción completa de la glándula por trombosis.

De las observaciones clínicas y necrópsicas de otros tres casos, Simmonds llegó a la conclusión de que la caquexia—el signo dominante—estaba ligado a la supresión funcional endócrino de la hipófisis y, sobre todo, de su lóbulo anterior.

Reproduce el cuadro clínico, experimentalmente, en animales, ligando la arteria nutricia de la hipófisis. De ahí que en presencia de un caso clínico en que la caquexia no tenga explicación, sea necesario pensar en la etiología hipofisiaria, recordando que existen, al lado de los casos con destrucción completa del órgano otros sin substratum anatómico, reducidos únicamente a la falta de función secretoria. Estos últimos casos son fácil y eficazmente tratados por la medicación sustitucional.

La enfermedad de Simmonds es extremadamente rara en los niños.

Consiste en la hipofunción o supresión funcional del lóbulo anterior de la hipófisis. Esta disminución funcional puede ser provocada por alteraciones morfológicas de la glándula, pero puede existir sin estas últimas.

Las lesiones encontradas en las autopsias son las siguientes: 1.º Hipertrofia simple del tejido conjuntivo. 2.º Atrofia simple. 3.º Necrosis. 4.º Embolias aisladas del lóbulo anterior. 5.º Traumatismos, tuberculosis, sífilis. 6.º Procesos trombóticos o involución exagerada.

Las investigaciones de estos últimos diez años demuestran que la hipofunción del lóbulo anterior de la hipófisis puede tener lugar sin las lesiones citadas.

La enfermedad de Simmonds es una atrofia central.

La hiperfunción del lóbulo anterior de la hipófisis provoca una hipertrofia general; su hipofunción una atrofia. Esta atrofia lleva al síndrome de Simmonds.

Gradualmente, sin causa o después de algún estado febril o enfermedad infecciosa, la menstruación desaparece, se instala una apatía que alcanza a una indiferencia total por los sucesos del medio ambiente y aparece una anorexia seguida de la inanición que hace de estos enfermos, caquéticos reducidos prácticamente al esqueleto.

Desaparece el panículo adiposo subcutáneo de la cara interna de los muslos. La piel palidece. Caen los pelos y pestañas. Baja la presión arterial. Aparecen trastornos de la termorregulación; la transpiración falta; sobrevienen trastornos tróficos de las faneras; descende el metabolismo basal. La glucemia baja generalmente. Se nota osteoporosis del maxilar inferior y disminución del volumen de todas las vísceras (esplacnometría de Simmonds).

A menudo aparece somnolencia; de ahí que se hable de una letargia pituitaria.

El síntoma cardinal es la anorexia. La falta de apetito en esta enfermedad es tan intensa que los enfermos desconocen la sensación de hambre, pues sus células no tienen exigencias nutritivas. La anorexia no es modificada por la insulina.

Después de haber excluido todas las enfermedades caquetizantes, como tumores, tuberculosis, enfermedades de Addison y de Basedow, el clínico debe recordar la caquexia hipofisiaria.

Lo que la consistencia de la piel es para el diagnóstico del mixedema o la pigmentación de la misma para el de enfermedad de Addison, eso debe ser la caquexia para el diagnóstico de la enfermedad de Simmonds.

Estudia el autor, minuciosamente, su caso clínico (en que la falta de función de la hipófisis se debió a la compresión ejercida por un tumor de cerebelo) y anota el éxito terapéutico evidente de la medicación sustitutiva (antephsan Richter).

De paso hace notar cómo, los tumores cerebrales en general y los del cerebelo en particular pueden evolucionar largo tiempo sin dar síntomas. Abundante bibliografía.

H. TAYLOR. *Tratamiento de la meningitis gripal con suero inmune y sulfanilamida*. "Arch. of Pediatr.", 1938:55:131.

Se trata de un caso de meningitis gripal, que fallece después de una larga evolución y en el que se empleó el suero y la sulfanilamida (prontosyl), por vía cisternal, intramuscular y oral.

A. Larguía.

A. NÁCCARI. *Contribución a la terapéutica de la meningitis cerebroespinal epidémica con suero preparado con cepas de meningococos aisladas en el lugar*. "La Pediatría", (Nápoles), 1938:46:509.

El autor relata 21 casos de meningitis cerebroespinal epidémica observados en Palermo en 1936 y primer semestre de 1937 y curados con suero preparado con numerosas cepas de meningococo aislados en el lugar.

Hace llamar la atención sobre el porcentaje de curaciones obtenidas que fué del 57.14 %, mientras que los casos observados de 1918 a 1931 y tratados con sueros del comercio era sólo de 20-30 %.

C. R.

\* J. A. BAUZÁ. *Meningitis estreptocócica de origen otógena curado*. "Archivos de Pediatría del Uruguay", 1938:9:283.

Véase "Archivos Argentinos de Pediatría", 1938, pág. 410.

R. RUGGERI. *Hallazgos encefalográficos en los niños epilépticos*. "La Pediatría", (Nápoles), 1938:46:397.

El autor expone los hallazgos encefalográficos encontrados en 61 niños epilépticos. Describe la técnica usada y las ventajas e inconvenientes que con este método de investigación se encuentran. Nota la gran frecuencia de alteraciones ventriculares, dilataciones generalmente y describe otros hallazgos interesantes, por ejemplo: los relativos a los síndromes hemiparéticos, esclerosis tuberosa, etc.

No encuentra relación alguna entre frecuencia y gravedad de los ataques epilépticos y hallazgo encefalográfico, pero sí existe una íntima relación entre los casos negativos encefalográficamente y su respuesta favorable a la terapéutica sedativa bromo-barbitúrica, cosa que no se observa en los otros casos, en los cuales aconseja intervenirlos aunque solo sea para regular la hidráulica endocraneana.

C. M. Caprile.

## Crónica

---

### Nuevos Miembros Honorarios de la Sociedad Argentina de Pediatría

Con fecha 14 de junio y en acto de Asamblea Extraordinaria de sus miembros, la Sociedad Argentina de Pediatría, ha nombrado por unanimidad Miembros Honorarios de la misma, a los Profesores Federico Schultz, de los Estados Unidos; Arturo Scroggie y Eugenio Cienfuegos, de Chile; Martagao Gesteira y Luiz Barbosa, del Brasil y Salvador Burghi y Antonio Carrau, del Uruguay.

Los "Archivos Argentinos de Pediatría" se complacen en hacer resaltar estas designaciones y en enviar un afectuoso saludo a tan ilustres figuras americanas.

**Homenaje en memoria del Prof. Muniagurria.**—En la sala de niños del Hospital Centenario, de Rosario, se efectuó el 16 del corriente un acto de homenaje en memoria del Prof. Dr. Camilo Muniagurria, consistente en la entrega de un busto del extinto a las autoridades de la Facultad de Medicina.

Numerosa y calificada concurrencia presenció la tocante ceremonia en la que hizo uso de la palabra en nombre de la comisión de homenaje, el Dr. José Piattini López para hacer entrega del busto al decano de la Facultad. El Dr. Piattini López comenzó diciendo:

"Un sentimiento solidario, de legítima justicia, a la vez que de hondo afecto, nos congrega hoy en torno a una imagen escultórica en la que ha destacado el artista, con raro acierto, los rasgos fisonómicos del Dr. Camilo Muniagurria".

Expresó luego elogiosos conceptos sobre la personalidad del Dr.



Muniagurria y agregó: “Y he afirmado la identidad de sentimientos que nos asiste, porque ya antes de extinguirse esta personalidad existía un consenso categórico emanado de la estimación de sus calidades. Como pudieren evidenciarlo en el penoso instante de su sepelio apoteósico los conceptos encomiásticos de la prensa más calificada del país y recientemente, la decisión con que el Honorable Consejo de la Facultad de Medicina ha prestigiado este acto y las adhesiones numerosas y espontáneas recibidas por la comisión organizadora de este homenaje, en cuyo nombre tengo, por generosa deferencia que me ha sido acordada, el alto honor de dirigiros la palabra”.

“Existen seres de excepción como el que nos complacemos en evocar, cuya actuación integral nos autoriza a adelantarnos al juicio de la historia.

“La sola enumeración de los principales cargos por él desempeñados con capacidad probada, nos permitirá alcanzar una visión panorámica de los múltiples ambientes de su actuación. Jefe de sala en varios hospitales; fundador y director del Instituto Antirrábico, director de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública, decano de la Facultad de Medicina, miembro del Consejo de la Facultad y delegado de ésta ante el Consejo Universitario, director de la Biblioteca Argentina, profesor de la Escuela Normal, delegado de la Facultad de Medicina a diversos Congresos en nuestro país y en el extranjero, miembro fundador del Círculo Médico, del que fuera varias veces presidente y uno de sus más destacados colaboradores, y fundador también de ese otro círculo, institución cultural que nos enorgullece.

“Esta inmensa suma de labor había de culminar en una obra grandiosa: la realización del V. Congreso Nacional de Medicina—que le fué confiada—y que acometió con tanto denuedo, que llegó a comprometer seriamente su salud, despertándose en forma ostensible y pertinaz, la mortificante enfermedad que había de abreviar sus días.

“El Congreso, fué en verdad, un acontecimiento científico y social de trascendencia insospechada; una obra maestra de organización—pero su artífice máximo quedó herido de muerte—. Como tantas veces, se había dado por entero al éxito de su alta misión, cumplida siempre dignamente. Y es así que en su última hora, como el héroe de la leyenda, pudo entregar contento, satisfecho, su espada rota al destino vencedor”.

“Señor decano: En nombre de la Comisión de homenaje al Dr. Camilo Muniagurria, tengo el honroso privilegio de entregar a la custodia de la Facultad de Medicina esta estatua consagratoria de una vida ejemplar, como alta expresión humana de exaltación retributiva.

“Queda así, la noble imagen del maestro, en su propio hogar espiritual,—en este ambiente austero que frecuentara con tanto amor y devoción—iluminando mentes, mitigando males y elevando espíritus.

“Que este perdurable símbolo evocador, que es a la vez premio y ejemplo, sea emblema de constante estímulo para la juventud estudiosa que, al inspirarse en la obra y virtudes del maestro, encauce su vida por la senda del trabajo y del bien”.

Acto seguido, el decano de la Facultad de Medicina, Dr. Francisco Javier Pérez, expresó:

“Con honda emoción, recibo en nombre de la Facultad de Medicina la donación de este busto que amigos y admiradores, alta expresión de la sociedad de Rosario, consagran al recuerdo del Dr. Camilo Muniagurria y destinado a perpetuar la memoria de un hombre, en cuyo escenario fué la suya, una figura prominente y maestro eximio de nuestra Facultad de Medicina.

“Su espíritu que flota aún en este ambiente, se une así al mármol, que

la excelsitud del arte infunde, en la fidelidad y armonía de la forma, ese soplo divino que lo anima como un hálito intangible, realizando el milagro de su eterna irradiación.

“Más de veinte años, que sin interrupción, su figura serena y señorial, ha cruzado este recinto, dejando aquí al pie de estos umbrales, como me dijera un día, todas sus preocupaciones, para buscar en su amor piadoso, a esta pequeña humanidad doliente y, en su deber de médico que cumplía con devoción de apóstol un bálsamo reparador a las tribulaciones indefectibles a la lucha diaria”.

“Su aparición en la sala de niños era recibida con un coro de voces infantiles que como una consigna y a la voz de—¡buen día doctor!— se repetía como un eco musical de la primera a la última camita, solo ahogado en aquellas en que la enfermedad hacía imposible pronunciarla, acto que él veía complacido como exteriorización de un sentimiento de gratitud y reflejo de la ternura que lo rodeaba.

“Conocedor profundo de la psicología infantil, no se le ocultaba la sonrisa dolorosa que acompañaba ese gesto, apenas disimulada en aquellos que en plena convalecencia disfrutaban ya el bienestar de la salud. Sonrisa triste que denuncia el drama íntimo de sus almas inocentes, e incapaces de comprender aún cuan profundas amarguras encierra la vida y cuán grande es la tortura de los padres obligados a dejar su hijo enfermo en una cama de hospital, solo siente la tremenda injusticia y la desesperación de ser arrancados tan cruelmente del regazo materno, gesto de dolor y gratitud que parece trasuntar toda la pena contenida en estas palabras escritas en el frontispicio de un asilo de huérfanos: “Mi padre y mi madre me alejan de sí, la piedad humana me recoge aquí”.

“Mientras esta casa subsista y, mientras la conciencia universal mantenga en la cumbre de los valores humanos el espíritu inmortal del hombre, allí estará, como en un templo, en medio de la niñez que tanto amó, donde vendrán los maestros a buscar la inspiración y los jóvenes a averiguar el secreto de las virtudes que la sociedad inmortaliza en el arte.

“Y aún cuando todos hayamos pasado y no seamos ni una sombra en recuerdo, allí estará aún, inmutable, viendo cómo pasan a su lado las generaciones y cómo se suceden los siglos en su carrera al infinito. Y esta Facultad, que guarda celosamente el culto a sus ilustres muertos, lo recogerá en el libro de su historia para rendirle en su hora, el tributo que merecen los verdaderos constructores de su grandeza”.

A continuación hablaron el Prof. David Staffieri y el Dr. J. Recalde Cuestas.

**XIII Congreso Internacional para la Protección a la Infancia.**—En la ciudad de Frankfurt-an-Main, (Alemania), tuvo lugar del 12 al 15 de junio, el XIII Congreso de la Asociación Internacional para la Protección de la Infancia, organizado por la secretaría internacional con asiento en Bruselas y con el auspicio del gobierno de Alemania.

En la sesión inaugural realizada con la presencia de autoridades del gobierno local y las delegaciones extranjeras, el Secretario de Estado del Ministerio de Finanzas alemán, Dr.

Fritz Reinhardt hizo una exposición detallada sobre la ayuda que el Estado alemán presta para la protección de la niñez, las medidas legislativas que existen al efecto y los recursos económicos de que dispone.

Realizada la sesión inaugural el Congreso trabajó en las tres secciones en que había sido previamente dividido con el objeto de llegar a un acuerdo sobre: 1.º la protección del niño lesionado, asegurado por el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato; 2.º cuando las medidas legislativas o los poderes públicos deben suplir a la carencia o abandono de los padres, y 3.º utilidad desde el punto de vista social y educacional del envío o colocación de niños de la ciudad en la campaña.

En el primer punto, en el que fué tratado en primer plano las secuelas ocasionadas por la enfermedad de Heine-Medin, el Congreso se expidió aconsejando la declaración obligatoria y el tratamiento precoz y obligatorio por parte del Estado en instituciones especiales creadas al efecto.

En el segundo punto se aconsejó que el Estado debe intentar por todos los medios mantener al niño en el seno de su familia, y a falta de ello crearle una nueva, evitando en todo lo posible la aglomeración infantil en institutos especiales.

Con referencia al tercer punto, si bien el Congreso aconseja el envío de niños de la ciudad a la campaña, por razones sociales o de salud, se debe siempre en lo posible intentar su colocación en ambiente familiar pero a condición de que éstos sean controlados o estén dependientes de un centro de observación.

Estos votos fueron aprobados en la sesión de clausura del 15 de junio, emprendiendo al día siguiente los delegados, una excursión a través de Alemania invitados por el gobierno del Tercer Reich, con el objeto de visitar las principales obras de asistencia médico-social a la niñez existentes en dicho país.

El Congreso contó con la asistencia de 503 delegados de diferentes países, entre los que se encontraban prestigiosas figuras médicas y altas personalidades de la asistencia social. Como delegado de la Sociedad Argentina de Pediatría, asistió nuestro compañero de tareas, el Dr. Carlos Ruíz quien se muestra gratamente impresionado de las deliberaciones a que diera lugar el Congreso, como así mismo de las atenciones de que fuera objeto por las autoridades del Congreso y de la ciudad de Frankfurt.

**Nuevas Comisiones Directivas de Sociedades Pediátricas Sudamericanas.** Nos complacemos en informar de las nuevas mesas directivas para el período 1938-39, de las siguientes Sociedades:

*Sociedad de Pediatría de Montevideo:* Presidente, Dr. Raúl M. del Campo; Vicepresidente, Dr. Alejandro Volpe; Secretario, Dr. Carlos M. Barberousse; Tesorero, Dr. Héctor C. Bazano; Bibliotecaria, Dra. María Luisa Saldún de Rodríguez.

*Sociedad Brasileña de Pediatría:* Presidente, Prof. Marta-gao Gesteira; Vicepresidente, Dr. Rocha Braga; Secretarios, Dres. Durval G. Vianna y Mario Esberard Leite; Tesorero, Dr. Aduino de Rezende.

*Sociedad Mexicana de Puericultura:* Presidente, Dr. Rafael Soto; Vicepresidente, Dr. Jorge Muñoz; Secretario, Dr. Agustín Navarro; Tesorero, Dr. A. González Tejeda.

*Sociedad Cubana de Pediatría:* Presidente, Prof. Clemente Inclán; Vicepresidente, Prof. Agustín Castellano; Secretario, Dr. Serafín Falcón; Vocales, Dres. Gabriel Gómez del Río y René García Mendoza.

Los "Archivos Argentinos de Pediatría", envían su felicitación a los nuevos dirigentes y esperan colaborar con ellos en la obra de vinculación pediátrica americana en que se hallan empeñados.

---

**Instituto de Pediatría y Puericultura. Cátedra del Prof. M. Acuña.**—Reuniones científicas de los jueves:

Décima reunión: 23 de junio de 1938.

Dr. A. N. Accinelli: Enfermedad del nirvanol.  
Dra. Raijman: Megacolon congénito.

Décima primera reunión: 30 de junio de 1938.

Dr. R. Cibils Aguirre: Impresiones de viaje.

**Instituto de Pediatría del Hospital de Niños.**—Orden del día de la 3.<sup>a</sup> reunión científica realizada el día 19 de julio, bajo la presidencia del Dr. Martín R. Arana.

- Dr. J. L. Monserrat: La biopsia. Su técnica e indicaciones.  
Dr. M. L. Olascoaga: Osteomielitis albuminosa de Ollier y Poncet.  
Dres. J. M. Pelliza y J. M. Tato: Cuerpo extraño de bronquio por pseudomembrana. Broncoscopia, curación.

**Asociación Médica de la Casa de Expósitos.**—Orden del día de la 3.<sup>a</sup> reunión científica realizada bajo la presidencia del Dr. Francisco White.

Dres. Marcelo Gamboa y Agustín Salvati: Miositis osificante progresiva.

Dr. Luis Pierini: Sífilis cutánea traumática.

Dres. Antonio di Bártolo y Luis Crespi: Difteria a múltiples localizaciones en un niño de un mes.

Dr. Lucio García: Meningitis a salmonellas.

---