
ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)

*Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires
Instituto de Pediatría y Puericultura*

**A PROPOSITO DE UN CASO DE SINDROME DE
GUILLAIN-BARRE EN LA INFANCIA**

POR LOS DOCTORES

ALFREDO CASAUBON

Profesor Adjunto en ejercicio de la
Cátedra

ALFIO PUGLISI

Médico agregado

En marzo de este año, se internó en la sala de niñas una enfermita de 8 años, que presentó un cuadro similar al descrito por Guillain y Barré en 1916; por ser poco frecuente en el adulto y aun más infrecuente en la infancia, lo presentamos a la consideración de los colegas de la Sociedad de Pediatría. Su historia clínica es la siguiente:

Elida C., de 8 años, argentina, domiciliada en Ciudadela.

Los padres viven, son sanos. Dos hermanos sanos. No hubo abortos ni hermanos fallecidos. Nacida a término de embarazo y parto normales. Alimentación al seno materno durante 4 años, sólo a los 2 años se le dieron sopas, purés y frutas. No padeció enfermedad alguna durante este tiempo, a excepción de sarampión a los 8 meses. Después de esta enfermedad, padece un flemón difuso del cuello que se curó a los 4 meses, después de cinco incisiones cuyas cicatrices son visibles aún.

Enfermedad actual: Hace dos años padece de dolor e infección en un oído, estuvo internada 22 días en el Hospital Alvear. Siguió durante algunas semanas aún con dolores, luego se calmaron espontá-

neamente. Siguió bien hasta hace 15 días, momento en que comienzan dolores en ambos oídos, más en el izquierdo, que se irradian a la mejilla y regiones orbitarias, temporales y mastoideas. Escasa fiebre. Este proceso se acompaña de abundantes vómitos, fáciles, sin náuseas y con abundantes cefaleas. Inapetencia extrema en estos últimos quince días. Bajó de peso algunos kilos. Ahora es estreñida. Las orinas son escasas y las micciones frecuentes.

Estado actual: Niña en regular estado de nutrición. Facies tranquila con evidente parálisis facial del lado izquierdo. Decúbito indiferente. Buen desarrollo óseo y muscular. Micropoliadenopatía.

Cabeza: cráneo simétrico, nariz normal. Oídos: buena audición, no hay zumbidos. Boca: lengua saburral, dientes en buen estado de conservación, fauces libres. Ojos: mirada brillante, conjuntivas húmedas, rosadas, motilidad ocular normal, pupilas iguales, céntricas, redondas, reaccionan bien a la luz y acomodación.

Cuello corto, simétrico, se observa latido supraesternal, tiroides normal. Tórax: elástico, simétrico, ligeramente hundido en el epigastrio. Respiración superficial, tipo respiratorio costoabdominal. No hay tos ni disnea. Pulmones por detrás, por delante y en ambas regiones axilares, no se observa nada de anormal (véase radiografía).

Aparato circulatorio: pulso igual, regular, tenso, frecuencia 85 pulsaciones por minuto. Área cardíaca se percute en sus límites normales. Se oyen ambos tonos normales en sus focos respectivos. Tensión máxima, 10; mínima, 6. Abdomen: blando, depresible, indoloro; el borde superior del hígado se percute al nivel del quinto espacio intercostal, el borde inferior se percute al nivel del reborde costal. Bazo, no se palpa.

Aparato urogenital, sin particularidades.

Sistema nervioso: niña en decúbito indiferente, facies tranquila con la parálisis facial ya descripta. Motilidad pasiva normal. Motilidad activa disminuída. Fuerzas disminuídas evidentemente en los miembros superiores e inferiores. Marcada hipotonía.

Reflejos cutáneos, mucosos y tendinosos normales.

Marcha, es posible, aunque tambaleante, aumenta su base de sustentación, y por momentos con tendencia a caerse hacia el lado izquierdo. Se incorpora con dificultad. Signo de Romberg: negativo. Sensibilidad conservada, a excepción de la mejilla izquierda que se halla hiperestésica. Psiquismo normal. Se hace punción lumbar, obteniéndose escasa cantidad de líquido incoloro.

Marzo 28: Examen de oído: no se observa nada de anormal.

Marzo 30: La niña ha evolucionado desfavorablemente en su sintomatología del sistema nervioso; no se incorpora, no mantiene la posición ortostática, la posición sentada le es dificultosa y despierta dolor. La mirada se ha vuelto fija y la paresia facial se ha vuelto bilateral. La cefalea ha desaparecido con la punción lumbar. Los reflejos tendinosos muy disminuídos, casi abolidos en el miembro inferior izquierdo. Existe hiperestesia de ambos miembros inferiores. Anestesia de la mucosa corneal. Paresia del velo del paladar de ambos lados.

Voz bitonal. La temperatura es normal y el pulso, de 85 por minuto ascendió a 130 en el mismo tiempo.

Rigidez de nuca, con Koernig positivo. No hay adiadococinesia ni dismetría, gnosia normal. Estrabismo convergente del ojo izquierdo.

Marzo 23: Orina normal.

Marzo 23: Sangre: glóbulos rojos, 4.690.000. Blancos, 9.000. Leucocitos polinucleares neutrófilos, $61 \times \text{mm}^3$. 5.490. Monocitos, $3 \times \text{mm}^3$. 270. Linfocitos, $35 \times \text{mm}^3$. 3.500. Células de Türk, $1 \times \text{mm}^3$. 90.

Marzo 24: Examen de ojos: reflejos pupilares normales. Reflejos cutáneos mucosos, normales. Fondo de ambos ojos, normales.

Marzo 26: Sangre: Reacción de Wassermann y Kline, negativas, exclusión dudosa.

Marzo 26: Sangre: Reacción de Ghedini, negativa.

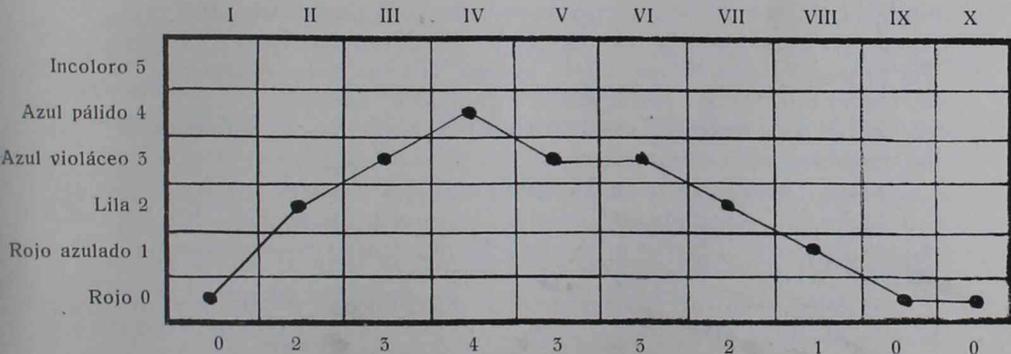
Marzo 26: Líquido céfalorraquídeo: Aspecto límpido, incoloro.

Examen químico: Proteínas totales, 1.12 gr. $\%$. Examen citológico, elementos por mm^3 . 0.70. La fórmula leucocitaria es linfoidea casi absoluta. Examen bacteriológico, negativo. Reacción de Wassermann, negativa.

Abril 2: Líquido céfalorraquídeo: límpido, incoloro. Examen químico: Proteínas, 1.12 gr. $\%$. Cloruros, 7.380 gr. $\%$. Glucosa, 0.769 gr. $\%$. Reacción de las globulinas: Pandy, positiva. Nonne-Appelt, negativa. Weichbrodt, negativa. Citológico elementos por mm^3 . 0.80; se observan elementos linfoideos únicamente. Bacteriológico: coloraciones de Gram, Nicolle y Ziehl-Nielsen, resultado negativo.

Abril 3: Continúa en igual estado. Se ha acentuado el síndrome meníngeo. Cefaleas intensas, la hipotonía y la astenia son marcadas. Ambos párpados superiores caídos. Difícil obtener reflejos patelares y aquilianos.

Abril 3: Líquido céfalorraquídeo, curva del oro coloidal:



Abril 9: Continúa en igual estado; hay momentos de lucidez y otros de gran depresión. En el examen clínico se comprueba la persistencia de los signos consignados, a los que se agrega en ambos pies parálisis de los músculos de extensión y de flexión, paralizados también los dedos de los pies. Persisten los signos meníngeos. Se continúa con leucotropina.

Abril 13: Mejora. No hay fiebre. El psiquismo se mantiene despejado. Cierra los ojos con más rapidez y la oclusión es casi normal. Los reflejos cutáneos abdominales son normales. Los tendinosos en los miembros inferiores son difíciles de apreciar. Babinsky negativo, mueve escasamente los dedos de los pies.

Abril 13: Líquido céfalorraquídeo: límpido, incoloro, 16 c.c. Examen químico: Proteínas totales, 0.96 gr. ‰. Cloruros, 7.22 gr. ‰. Glucosa, 0.537 gr. ‰. Reacción de las globulinas: Pandy, positiva. Nonne-Appelt, positiva Weichbrodt, dudosa. Examen citológico: Elementos por mm³, 0.92. Examen bacteriológico: Coloraciones de Gram, Nicolle y Ziehl-Nielsen, negativas.

Abril 25: Continúa mejorando; aparecen ligeros movimientos de los pies y de los dedos paralizados. Los reflejos tendinosos son más vivos.

Abril 30. Nueva punción lumbar, se extrae líquido cuya presión al Claude es de 50.

Abril 30: Orina normal.

Examen de sangre: Glóbulos rojos, 4.850.000; blancos, 8.300; relación globular, 1×584 ; hemoglobina, 80; valor globular, 0.83; leucocitos polinucleares neutrófilos, 45 ‰; leucocitos polinucleares eosinófilos, 9 ‰; monocitos, 7 ‰; linfocitos, 39 ‰.

Mayo 2: Líquido céfalorraquídeo: 12 c.c., límpido, incoloro. Examen químico: proteínas totales, 0.38 gr. ‰; cloruros, 6.90 gr. ‰; glucosa, 0.568 gr. ‰.

Reacción de las globulinas: Pandy, dudosa. Nonne Appelt, negativa. Weichbrodt, negativa.

Examen citológico: elementos por mm³. 2.8, linfocitos.

Examen bacteriológico: negativo.

Mayo 9: Se observa franca mejoría. La oclusión de los ojos es normal. Los reflejos tendinosos y cutáneos son normales. No hay Babinsky. Las fuerzas de los miembros superiores conservada. Ha recuperado en gran parte las fuerzas de los miembros inferiores. La marcha es posible, aunque con ligero titubeo. No hay dolor cutáneo ni de las masas musculares. Sensibilidad y psiquismo normal.

Mayo 11: Reacción de degeneración parcial en los músculos de los miembros inferiores.

Mayo 12: Reacción de Mantoux al 1 ‰, negativa.

Mayo 16: Continúa mejorando. Habla con voz normal. No hay indicio de paresia facial ni ocular. Se incorpora espontáneamente. Marcha con ligero "steppage".

Reflejos normales. No hay dolores. Buen apetito. Se dió leucotropina y vitamina B¹.

Junio 5: Líquido céfalorraquídeo: Proteínas, 0.22; cloruros, 8.86; glucosa, 0.79 gr. ‰. Elementos 1.20 por mm³.; linfocitos.

De este cuadro nosológico tan característico, se han ocupado numerosos autores y entre nosotros, especialmente, Fracassi, Obarrio, Alurralde y Gareiso y colaboradores de los mismos, y si bien todos

están de acuerdo en la sintomatología de la entidad clínica, discrepan en la anatomía patológica; dé aquí el origen de la abundante sinonimia, más de veinte designaciones, por eso adoptamos el nombre de síndrome de Guillain-Barré hasta tanto el acuerdo sea unánime.

En la mayoría de los casos ha sido posible hallar una causa concomitante que favoreció la aparición de la enfermedad, y parece, que el virus neurotrófico específico, tal vez filtrable, necesite la ayuda de un agente tóxico o infeccioso que le allane el camino para hacerse ostensible. Así se ha visto acompañarse esta enfermedad de paludismo, tuberculosis, tifoidea, difteria, abscesos, osteomielitis, sarampión, diabetes, intoxicación alimenticia, etc. En nuestra enferma no hemos hallado causa alguna, quizá la otitis, quizá esa causa nos haya escapado; entraría en el grupo menos numeroso de las *primitivas*.

El cuadro clínico que presentó la niña y el cuadro biológico de su líquido céfalo-raquídeo, no ofrecen duda alguna en cuanto al *diagnóstico*, y, si al principio pudo confundirse con un tumor endocraneano (cefaleas, vómitos, parálisis facial), el examen del fondo de los ojos lo descartó inmediatamente; con las polineuritis: éstas reconocen siempre un origen que aquí no existía; con una enfermedad de Heine-Medin de forma dolorosa, la confusión no es posible: el líquido céfalo-raquídeo con su disociación albúmino-citológica estaba terminantemente en contra. La parálisis ascendente tipo Landry, tampoco podía ser confundida, puesto que si bien había lesiones inferiores medulares y tomados algunos pares craneanos: el neumogástrico (taquicardia, voz bitonal, anestesia velo palatina), ambos faciales paralizados, neuralgia del trigémino con anestesia corneal; parálisis velopalatina; estrabismo; el territorio intermedio estaba respetado, no había dificultad respiratoria alguna; a la inversa de lo que justamente sucede en el síndrome de Landry, que no respeta zona medular alguna hasta llegar a los pares craneanos. Con la ataxia locomotriz tampoco era posible equivocarse: por los antecedentes, el signo de Argyll-Robertson negativo, la distribución de los trastornos sensitivos, el líquido céfalo-raquídeo, la reacción de Wassermann negativa.

La disociación albúmino-citológica con xantocromía, generalmente puede observarse en el líquido céfalo-raquídeo de los afectados de mal de Pott, de las compresiones tumorales u otras de médula, no era el caso aquí.

La *evolución* favorable, la niña recuperó sus funciones motoras sin secuelas, cura sus trastornos sensitivos completamente y no sufre

ya anormalidad alguna, nos afianza en el diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré.

Se han descrito diversas *formas clínicas*: agudas, subagudas y crónicas, graves y benignas y por el asiento de la lesión se describen tipos medulares, craneanos y generalizados. Nuestro caso sería una forma aguda, grave, generalizada. También se han visto formas puramente meníngicas, y si en nuestra enferma el síndrome meníngeo no faltó, no constituyó el cuadro único ni capital.

En las primeras observaciones se creyó que el asiento de la lesión era puramente periférico, pero, ulteriores observaciones anatómopatológicas en casos fatales, que si bien son raros, existen en esta enfermedad, demostraron que no sólo se trata de lesiones intersticiales periféricas, "schwannitis", como creyeron algunos, sino que se hallan también afectadas las células centrales, ganglionares, quizá por efecto secundario de las lesiones radicales que son las primitivas y principales.

El *pronóstico* fué reservado desde un principio, dado que los síntomas se agravaban día a día y éramos impotentes para contenerlos; y si en la mayoría de los casos es benigno, la posibilidad de la muerte no fué remota a poco que se acentuaran los trastornos circulatorios, respiratorios, fonéticos, etc.

La *terapéutica* instituída fué puramente sintomática además de leucotropina endovenosa, y vitamina B¹, medicaciones que creemos no influyeron en la evolución favorable de la enfermedad.

RESUMEN

Tratamos de una niña de 8 años con trastornos sensitivomotores y disociación albúminocitológica en su líquido céfalorraquídeo. El cuadro consistió en cefaleas, vómitos, afebril, taquicardia, paresia de ambos pies, disminución de las fuerzas, imposibilidad de incorporarse en el lecho o marchar; gran hiperestesia facial, y de los miembros inferiores, parálisis del velo del paladar, anestesia corneal, parálisis facial bilateral, lesión del nervio recurrente, estrabismo sin otros trastornos oculares, sin anormalidad de sus reflejos cutáneos o mucosos, reflejos tendinosos muy disminuídos, hipotonía, Babinsky negativo; lesiones entonces de nervios medulares inferiores y pares craneanos con cuadro meníngeo. En los análisis del líquido céfalorraquídeo franca disociación albúminocitológica, más de 1 gramo de albúmina por mil y menos de un elemento celular por mm³. La enferma curó al cabo de un mes y medio de evolución.

EVOLUCION ALEJADA DE UNA APARENTE HEMIPARALISIS ABDOMINAL OBSTETRICA (*)

POR LOS

DRES. ERNESTO GAING, DELIO AGUILAR GIRALDES
Y AMADEO J. ALURRALDE

Hace seis años publicamos en nuestra revista ("Arch. Arg. de Pediat", VII-10, pág. 688, 1936), un insólita observación de hemiparálisis abdominal congénita, reputándola así puesto que tras una prolija búsqueda bibliográfica no habíamos encontrado citado un caso similar.

La patogenia fué vinculada entonces por nosotros al traumatismo obstétrico, ya que la niña nacida en presentación de nalgas, acusó durante el decurso del parto un marcado sufrimiento fetal y en la terminación del mismo se practicaron enérgicas tracciones corporales, terminándose por una aplicación de forceps "en cabeza última".

Sólo repetiremos aquí, sintéticamente, los detalles más salientes de la historia clínica levantada entonces y cuyo detalle se encontrará en la publicación antes aludida. Su traducción objetiva era la que se observa en la figura 1.

Al nacer: Asfixia leve, reanimándose por los métodos usuales. Procidencia marcada en el lado izquierdo del abdomen. Tórax deprimido "en reloj de arena". Retracción intensa, bilateral, desde la línea bimamilar hacia abajo, en la inspiración, de los espacios intercostales.

A los dos meses y medio: Abdomen abultado, procidente en el lado izquierdo. Forma globulosa normal del lactante. En la expiración o con el llanto, se acentúa la procidencia del lado izquierdo. Esta ocupa en altura desde el reborde costal izquierdo hasta el pliegue abdó-

(*) Comunicación presentada a la Sociedad Argentina de Pediatría, en la sesión del día 26 de mayo de 1942.

minocrural y desde la línea mediana, por delante, hasta la prolongación de la línea axilar posterior, por detrás. Respiración de tipo costal, brusca, con retracción de los dos últimos espacios intercostales izquierdos (Figs. 1, a y b). Motilidad de brazos, piernas y columna vertebral, sin particularidad. Radiografía de columna en frontal en la que no se aprecian anomalías (región dorsal). Hemogramas, reacciones serológicas y en céfalorraquídeo negativas para lúes. Examen neurológico practicado por el Prof. Dr. J. L. Hanón, quien manifiesta que existe una parálisis del 7º al 12º par dorsal del lado izquierdo. El electrodiagnóstico sin particularidad en los cuatro miembros, muestra la aparente existencia de una reacción de degeneración parcial (R. D. P.) en el hemiabdomen y parte inferior del tronco del lado izquierdo, que no se puede afirmar en absoluto dado que al aumentar la intensidad de

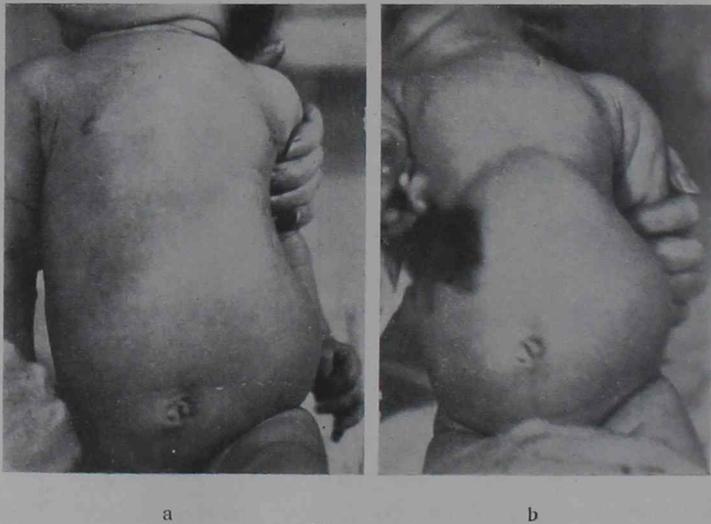


Figura 1

Edad, 2 meses y 14 días. Nótese el abdomen globuloso y la saliencia del lado izquierdo, durante la espiración

las corrientes se produce el llanto, siendo por tanto necesario ver o tratar de palpar la contracción en el comienzo o final de la inspiración y expiración, siendo ello sumamente dificultoso y pasible de error de interpretación.

Durante el tiempo en que fuera seguida la evolución de esta niña, a veces los exámenes se distanciaron por su irregular concurrencia. Únicamente se anotó una ligera dificultad al iniciar la deambulación, manifestando la madre que en la actualidad la única particularidad que le notan es que durante los juegos cae con facilidad. El electrodiagnóstico hecho a los 4 años de edad, mostró la existencia de una R. D. P.

A los 5 años se levantó un nuevo estado actual, el que dice: Peso,

16.900 gr.; talla, 1 m. 08 cm. C. C., 49,5. C. T. sup. 48-50 inf. 52-56. C. E., 58. Temperatura, 36,6°. Pulso, 92 p. m. Presión arterial, Mx. 8,5; Mn., 6. Muslo D. 29 cm. Muslo I. 29. Pierna D., 20. Pierna I, 21 cm. Mantoux, negativa al 1 % y 1 %. Reacciones de Kahn presuntiva y standard, negativas. Kline D., negativa. Reacciones para sífilis en líquido céfalorraquídeo, negativas.

Se destacan dentro del examen general: Tórax, depresión mediesternal inferior dinámica, en "embudo", acentuada sobre todo en la inspiración (Fig. 4). Retracción de los dos últimos espacios intercostales izquierdos. Abdomen, blando, ligera hipotonía, más notable en el lado izquierdo. Irregularidad en los movimientos respiratorios, con saliencia globulosa en la expiración. Saliencia de pequeñas masas musculares. (Figs. 2; a, b y c). Exagerada lordosis y discreta escoliosis, como se observa en la figura 2c. Flexibilidad de la columna aumentada en el

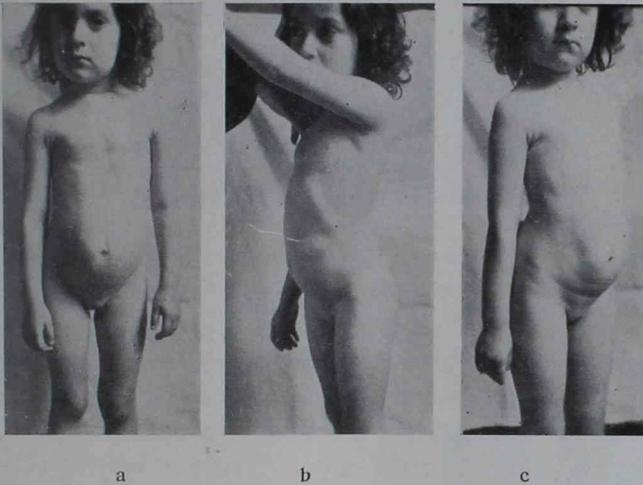


Figura 2

Edad, 5 años y 1 mes. Nótese la depresión medioesternal, la exagerada lordosis y el abdomen globuloso con mayor saliencia durante la expiración

sentido dorsal. Motilidad: deambulación normal. Realiza normalmente y con exageración la hipertensión del tronco, estando en decúbito prono. No se puede sentar estando en decúbito dorsal sin doblar previamente las rodillas y realizando trípode con los brazos, previo apoyo sobre ambos codos (Fig. 3; b y c). Reflejos: corneanos y pupilares, normales. Argyll-Robertson, negativo. Miembro superior: normales. Cutáneo-abdominales: disminuídos, en lado izquierdo abolidos. Rotulianos: menos vivos en el lado izquierdo. Aquilianos, disminuídos. Babinsky, normal. Signo de Romberg, negativo. El *electrodiagnóstico* es normal y el *cronaxidiagnóstico* practicado por el Dr. C. Goldemberg en el Instituto Municipal de Radiología y Fisioterapia, dentro de los límites nor-

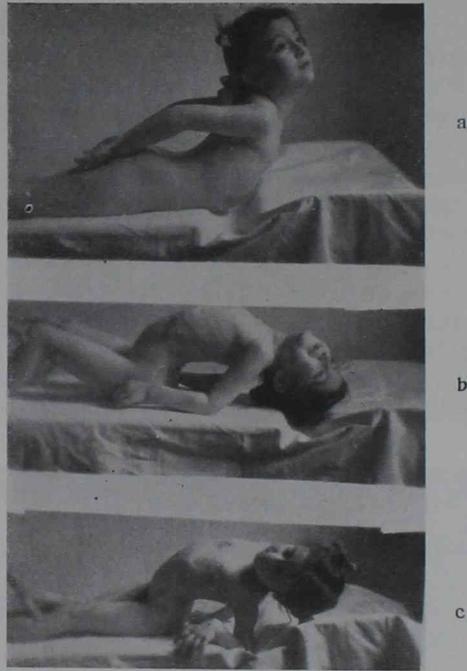


Figura 3

Parte superior: Realización normal de la extensión del tronco. Parte media: Para sentarse flexiona ambas piernas (de lo contrario no puede iniciar el movimiento), haciendo trípode con ambos brazos. Parte inferior: Si se insiste y hace presión sobre las rodillas, al incorporarse cae hacia el lado izquierdo



Figura 4

Tórax "en embudo". Nótese la saliencia de los dos hemiesternones y la prominencia abdominal.



Figura 5

Agnesia del arco posterior de la 5ª vértebra lumbar

males. La *radiografía* de columna lumbar solicitada por su lordosis, muestra la agenesia del arco posterior de la quinta vértebra lumbar. Un nuevo examen de líquido céfalorraquídeo no presentó particularidad.

Actualmente: La niña tiene 5 años y 10 meses; su estado somático es normal y el examen neurológico permite destacar únicamente que para la flexión y extensión del tronco sobre la pelvis se lo observa realizándose como hace un año. Llama la atención que estando conservada la fuerza de extensión y flexión del tronco sobre la pelvis, para realizarlo voluntaria y deliberadamente, la niña tenga que ayudarse con sus miembros superiores. Lo interpretamos como un hábito adquirido, ya que por la persuasión se consiguió que lo hiciera casi normalmente con la sola ayuda de un dedo apoyado en su nuca.

Hemos creído de interés presentar a esta Sociedad la evolución que siguiera nuestra pequeña asistida, porque creemos que la misma certifica la patogenia invocada en nuestra primera publicación. Pensamos que se trata de una elongación de las raíces correspondientes del 7º al 12º dorsal (que inervan los intercostales y dan algunos filetes al diafragma y recto anterior del abdomen) y del primer par lumbar, que da origen a los nervios abdominogenitales. Ello explicaría no sólo la parálisis del hemiabdomen izquierdo casi restaurada clínicamente en la actualidad, sino también la rápida mejoría de su tórax en “reloj de arena” del lado derecho que se observara en los dos primeros meses de la vida. Interpretamos su lordosis, ligera escoliosis y “tórax en embudo” dinámico por el desigual desarrollo de los músculos de uno y otro lado. Sólo nos queda por decir ante la favorable evolución que sigue este caso, que no puede ser imputado a una agenesia o disgenesia medular ni a un cuadro neurológico propio de la primera infancia.

Que el tratamiento ha sido orientado hacia una fortificación de su musculatura abdominal por medio de una gimnasia metódica.

Y para terminar, que la rareza del tipo de parálisis obstétrica descripto justificó el calificativo de insólita que oportunamente le diéramos

UN CASO DE MALCONFORMACION CONGENITA DE INTESTINO

POR LOS DOCTORES

PROF. E. HALAC Y J. J. HALAC

Las malconformaciones congénitas constituyen un interesante capítulo de las afecciones del recién nacido. Algunos casos diagnosticados precozmente, pueden ser factibles de tratamiento, que en ciertas ocasiones resultan interesantes y hasta indispensables para la vida del niño. Otros casos, si bien son incompatibles con la vida, nos dejan enseñanzas de importancia sobre nociones embriológicas como ser, detenciones del desarrollo fetal en ciertos momentos de la vida intrauterina, etc. En ambos casos, es importante buscar los antecedentes y hacer investigaciones detenidas en los familiares.

Nos encontraremos en muchos de ellos con antecedentes de orden infeccioso o constitucional causantes de alteraciones de diferente índole en los padres o en los hijos.

Teniendo en cuenta estas breves consideraciones, nos ha guiado el propósito de estudiar todos los casos de malconformaciones del recién nacido que se presenten en el Instituto de Maternidad de Córdoba. Publicar aquellas de más interés, acompañadas de éxito o fracaso terapéutico en los casos que se hubiese hecho, y el resultado de las investigaciones que hagamos en los familiares.

El caso que motiva esta publicación, está encuadrado en uno de estos grupos, que a pesar de su incompatibilidad con la vida, nos indujo a hacer una encuesta familiar detenida, comprobando una malconformación en una hermanita de 6 años, consistente en una atresia del músculo pectoral mayor derecho.

Las reacciones séricas de los padres son positivas:

Madre: Kahn, D +. P ++; Wassermann —; Kline, D + E +.

Padre: Kline: D +, E +.

HISTORIA CLINICA

Antecedentes hereditarios: Abuelos, nada de particular. Madre: edad 30 años; antecedentes fisiológicos, normales. Antecedentes patológicos, nada de importancia. Padre: edad 32 años.

Hermanos: Una de 6 años, nacida de forceps, desarrollo normal, salvo la atresia del haz costal del músculo pectoral derecho.

Antecedentes del parto: Período de dilatación, 3 horas 40 minutos; circular de cuello, entra con bolsa de agua rota. (Un facultativo de este Instituto, que había examinado a la enferma, nos dice que era un embarazo con hidramnios marcado).

El feto respira bien al nacer. Peso: 2.650 gr. Talla: 45 cm. Diámetros: C. M. 13,4; O. F. 11,2; S. O. B. 9,4; S. O. F. 10,8; B. P., 9; B. T., 8,2; B. Acr., 10,7; B. T. R., 8,7.

Perímetro a nivel de los diámetros: S. O. F., 31; O. F., 32; B. A. cr., 31. Las tetillas 29; abdomen, 29.

Anexos ovulares: Placenta de forma irregular, relación fetoplacentaria 1/6. El niño nació el 23 de abril de 1942, a las 20 horas 40 minutos y como su estado físico era normal, pasa con la madre a sección púerperas; el día 24 constata ella con asombro que mientras los otros niños de la sala habían eliminado meconio, su hijo no ha tenido ninguna excreción; en la noche del mismo día nota gran desasosiego y un vómito que le llamó la atención, avisando al médico interno de sección niños, quien ordena trasladarlo a la sala correspondiente.

Estado actual (día 25): Peso, 2.300 gr. Piel: Coloración icterica, disminución de la elasticidad. Sistema muscular: Nada de particular.

Cabeza: Cráneo, fontanela deprimida. Cara: Cianosis peribucal. Ojos: Conjuntivas ictericas. Cuello: Nada de anormal. Tórax: Bien conformado. Abdomen: Inspección, deprimido en la parte infraumbilical. Palpación: En región derecha y supraumbilical, una masa de consistencia semidura que rebasa 2 traveses de dedo del reborde costal, correspondiendo por su característica del hígado; en el lado izquierdo, una tumoración blanda fácilmente depresible y timpánica a la percusión, dando la sensación de un estómago dilatado y aumentado de tamaño.

En la región infraumbilical: paredes flácidas que permiten una palpación profunda, dando la impresión de una masa compacta.

Aparato circulatorio: Tonos cardíacos, frecuencia e intensidad normal.

Aparato respiratorio: A la auscultación de ambos campos pulmonares, nada de anormal.

Aparato digestivo: Tiene vómitos achocolatados que se repitieron tres veces; no ha despedido meconio desde su nacimiento.

Se indica inmediatamente un enema, constatándose gran dificultad en la colocación de la sonda de Nelatón, que se consigue introducir en una extensión de 5 cm.; como no se obtiene ningún resultado, se

ordena otra después de 2 horas, eliminándose tapones mucosos de 3 a 4 cm. ligeramente verdosos y acompañados con algunas estrías de sangre.

Día 26: Ictericia marcada, vomita todo lo que toma, postración, hipotermia, gran timpatismo en la región supraumbilical. Se hace un enema opaco, no consiguiendo introducir dicha substancia, no permitiendo hacer el examen radiográfico.

Después del enema eliminó dos tapones mucosos.

Se indica alimentarlo con leche de mujer por cucharaditas y colocar suero glucosado y fisiológico dos veces por día (50 gr. cada vez).

Día 27: Estado general malo, siguen los vómitos. Piel: ligero esclerema e ictericia marcada. Se intenta un nuevo examen radiológico que resulta imposible por no poder introducir la sonda ni la substancia opaca. Se pensó en una laparatomía, pero el estado del niño no lo permitía.

Alimentación: Leche de pecho por cucharaditas, suero, tónicos cardíacos.

Día 28: Esclerema en ambos miembros superiores e inferiores.

Estado general: Grave. Se siguen las mismas indicaciones.

Día 29: No se consigue alimentarlo.

Día 30: Fallece.

INFORME ANÁTOMOPATOLÓGICO

Debemos, en primer lugar, agradecer al Prof. Dr. Julio González Warcalde, quien nos hizo el examen anatómopatológico y nos proporcionó las microfotografías que acompañan este trabajo.

No transcribimos el informe con respecto al cráneo y al tórax; no se encontró nada de anormal.

Abdomen: Paredes flácidas, pérdida del tejido celular subcutáneo.

Abierta la pared del abdomen (Fig. 1), nos encontramos con un hígado aumentado de tamaño y de consistencia; bazo, normal.

A la derecha una masa confusa de asas intestinales muy disminuidas de diámetro y a la izquierda y parte superior, un segmento triangular distendido que corresponde al estómago (5), y otro inferior alargado simulando un colon descendente dilatado, que corresponde al yeyuno (6).

Estómago: Cavidad enormemente dilatada, que se continúa sin límites netos con el duodeno, las paredes son lisas tanto en la cara externa como interna y disminuidas de espesor.

En la región pilórica, la cavidad se continúa sin ningún límite con el duodeno, la pared es más gruesa que la del estómago y duodeno y deja ver en su cara externa un anillo circular que disminuye su diámetro.

Duodeno (Fig. 2): Longitud normal, cavidad dilatada que se continúa con el yeyuno ileon. Paredes disminuidas de espesor.

Yeyuno-ileon (Figs. 1, 2 y 3): El segmento que se continúa con

el duodeno presenta una dilatación muy marcada en una longitud de 15 cm., siendo el espesor de la pared muy delgada (Fig. 6).

La porción dilatada del yeyuno se continúa con una porción filiforme de 5 cm. de longitud (Fig. 3, 6). A la palpación, da una sensación de un cordón compacto, lo que se comprueba al corte.

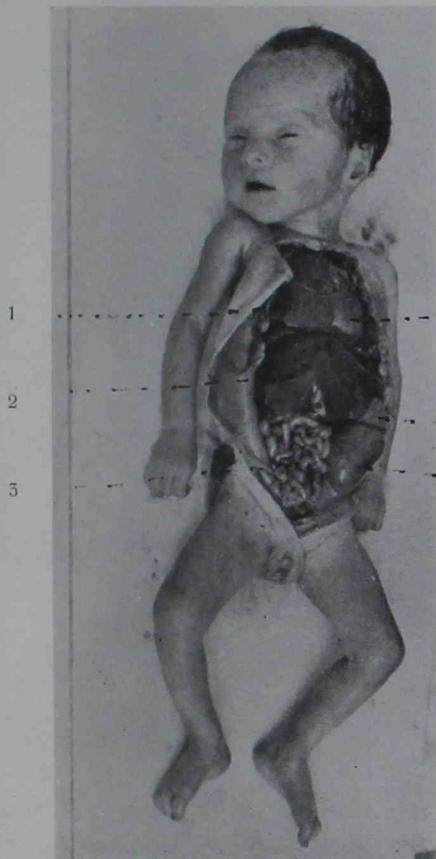


Figura 1

1. Pulmón.
2. Hígado.
3. Asas intestinales.
4. Corazón.
5. Estómago.
6. Yeyuno (dilatado).

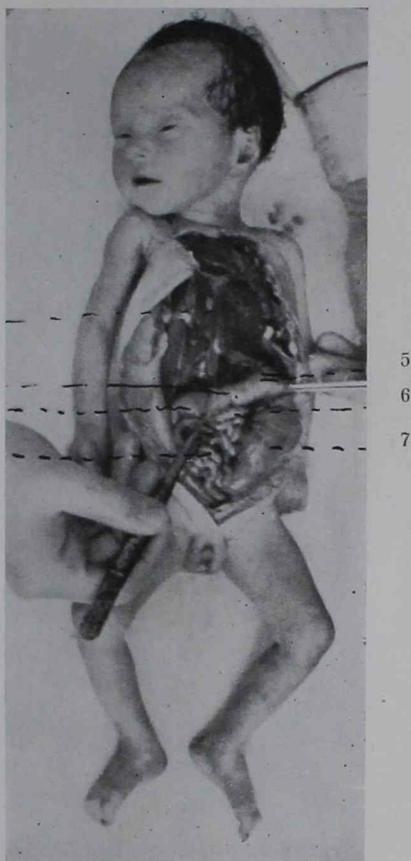


Figura 2

1. Hígado llevado hacia arriba.
2. Píloro.
3. Duodeno.
4. Asas intestinales.
5. Estómago.
6. Colon transverso.
7. Yeyuno.

Las asas del resto del yeyuno ileon (Figs. 1 y 3), están replegadas unas sobre las otras, disminuídas de diámetro. Al corte, la luz es muy pequeña, mientras que las paredes son gruesas.

Apéndice: Filiforme de 4 cm. Nada de importancia. (Fig. 4, 2).

Colon (Fig. 4, 3): Longitud normal. Diámetro, muy disminuído confundíendose con el intestino delgado. Cara externa: Algunos surcos poco marcados, la luz ocupada por una substancia de consistencia blanda, paredes gruesas. El asa sigmoidea (Fig. 5, 1), presenta el mismo aspecto del colon

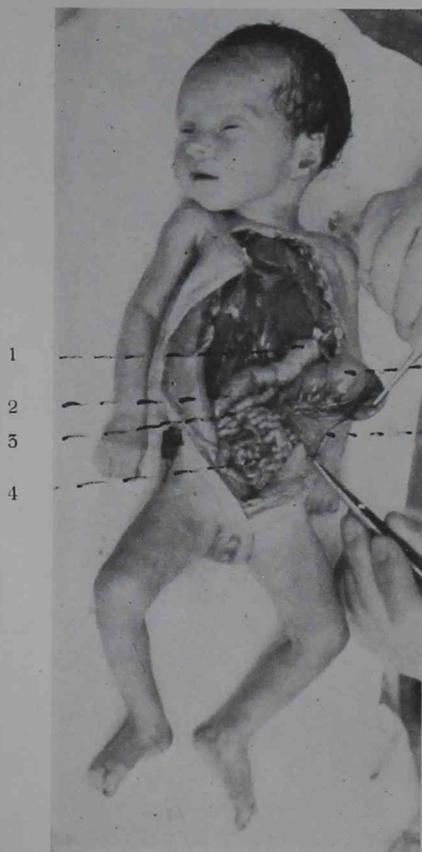


Figura 3

1. Estómago.
2. Duodeno.
3. Colon.
4. Intestino delgado.
5. Yeyuno dilatado.
6. Segmento cordonal de yeyuno.

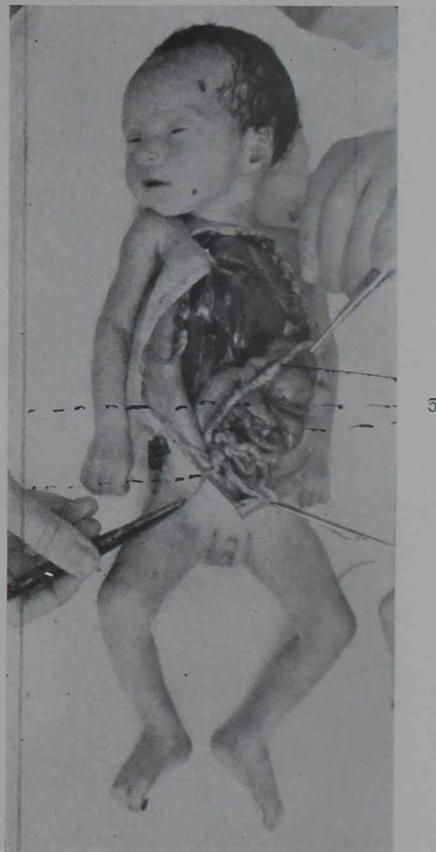


Figura 4

1. Yeyuno dilatado.
2. Apéndice.
3. Colon.

Examen microscópico:

Zona dilatada del yeyuno (Fig. 7): La mucosa ligeramente atrófica conserva en la mayor parte de su extensión las vellosidades, en la

submucosa no se observa tejido linfático; los vasos sanguíneos presentan marcada dilatación y toman en algunos sitios aspecto cavernoso. Las capas musculares no presentan un espesor uniforme, observándose zonas con hipertrofia acentuada de ambas capas musculares. En la serosa, no hay alteraciones.

Segmento cordonal de yeyuno (Fig. 8): Todas las capas están

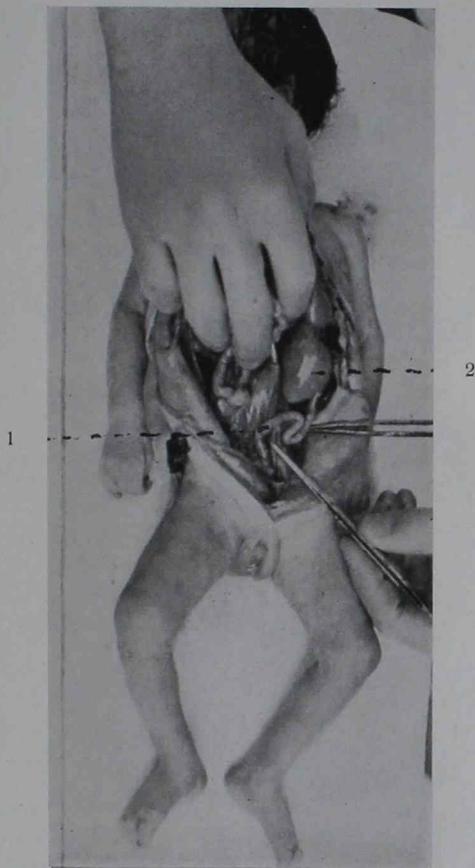


Figura 5

1. Asa sigmoidea.
2. Yeyuno dilatado.

conservadas, pero de modo muy desigual en distintos sitios del mismo corte, en unos sitios las capas musculares están aumentadas de espesor y la submucosa no se presenta disminuída, en otros cortes, en cambio, ambas están disminuídas de espesor, en especial la submucosa, que casi desaparece completamente; en ésta no se observa en ningún sitio

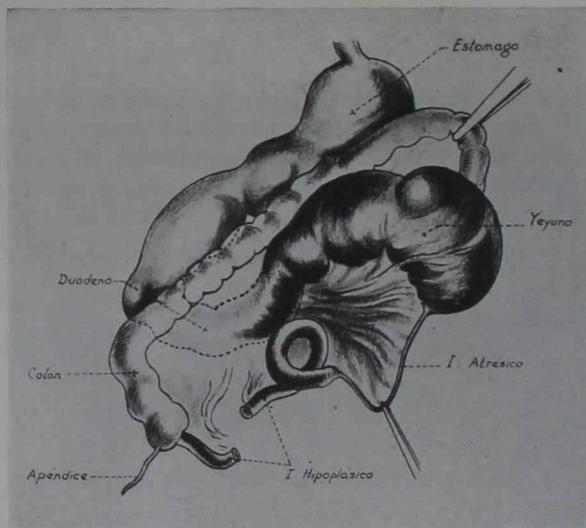


Figura 6

Esquema hecho por gentileza del Dr. E. M. Osacar, que demuestra claramente los distintos segmentos

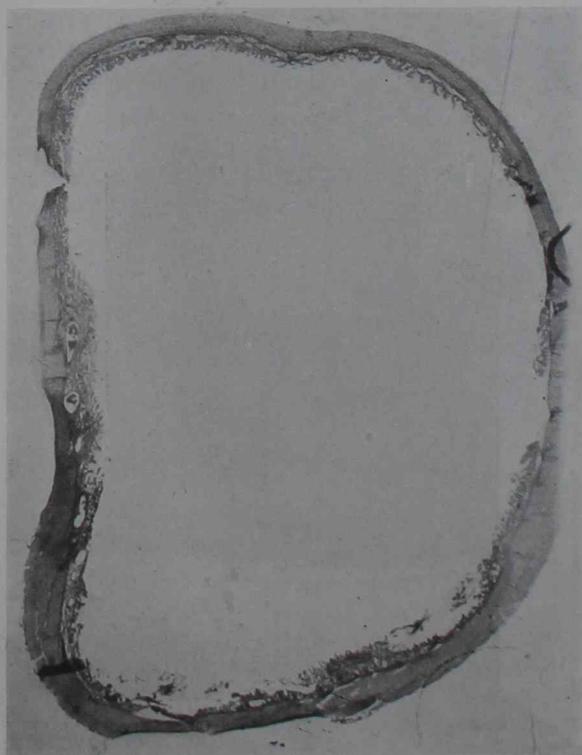


Figura 7

Segmento dilatado del yeyuno. (Objetivo Summar: 6,5 mm.)



Figura 8
Segmento cordonal del yeyuno
(Objetivo 16 mm. ocular 4 X)



Figura 9
Intestino delgado hipoplásico
(Objetivo 16 mm. Ocular 4 X)

tejido linfático. La mucosa llena casi completamente la luz intestinal, disponiéndose las vellosidades en forma de trabéculas que alcanzan las vellosidades del lado opuesto desprovistas de revestimiento epitelial, en la base de ellas se ve escasas cavidades glandulares.

Intestino delgado hipoplásico (Fig. 9): Capas musculares atróficas, mucosa hiperplásica llena parcialmente la luz intestinal. Nódulos de tejido linfático se observan en algunos sitios; en la serosa intensa dilatación de vasos sanguíneos.

Colon ascendente (Fig. 10): Intenso espesamiento de las capas musculares, en algunos sitios completa desaparición de la mucosa y submucosa; la luz está llena por un tejido conjuntivo fibroso que toma



Figura 10

Intestino grueso (aumento de lupa, objetivo milar 20 mm.)

intensamente el Van Gieson. En otros cortes, en este tejido conjuntivo fibroso se ven restos de mucosa representado por cavidades glandulares. En la serosa frecuentes nódulos de tejido linfático, vasos sanguíneos y linfáticos muy dilatados.

Como vemos, se trata de una malconformación de intestino consistente en la atresia total de un segmento del yeyuno, que está reducido a un cordón, como lo muestran las figuras 3 y 6. La parte del yeyuno que se encuentra por encima de la atresia, se caracteriza

por su gran dilatación, como si formara una cavidad única con el estómago y duodeno. La porción del intestino que sigue a la atresia es como si no hubiera entrado en función, teniendo todos los caracteres de un microileon y microcolon.

La frecuencia de las malconformaciones intestinales, son rarísimas; Nobecourt y L. Babonneix han encontrado en las estadísticas de diferentes maternidades y asilos infantiles las siguientes cifras: 9 casos en 150.000 autopsias (en Petrogrado); 2 en 111.000 (en Viena, Thereman); 2 casos en 41.000 (Copenhague, Ernst).

Haciendo un estudio de la frecuencia de la mala conformación de los distintos segmentos del intestino, vemos que la que ocupa el primer lugar es la anorrectal; la segunda, el intestino delgado (yeyuno ileon); la tercera, el duodeno y por último, el colon.

La etiopatogenia de esta mala conformación es discutida; unos autores la atribuyen a anomalías del desarrollo embriológico, otros a enfermedades del conducto vitelino; o bien, se sabe que entre los 30 días de la vida fetal existe en el intestino una proliferación epitelial que crea transitoriamente una obliteración completa de la luz intestinal; esto se reabsorbe antes de los 60 días. Para Tandler, Kreunner, Forssner, no sería la atresia congénita más que la persistencia patológica de este estado embriológico.

En cuanto a la enfermedad fetal, se incrimina a peritonitis (Sipson, Fiedler), mesenteritis retráctil (Mauclaire), o bien obstáculos mecánicos (tumores, vasos, etc.).

Todos los autores están de acuerdo en no atribuir importancia a la prematuridad, no así a la sífilis y tuberculosis, que predisponen de una manera general a las malconformaciones congénitas.

CONCLUSIONES

Nuestro caso lo encuadramos dentro de una atresia parcial de intestino delgado, con hipoplasia del mismo en su parte inferior e hipoplasia del colon. Su estudio hizo que investigáramos los antecedentes familiares, donde nos encontramos con una hermanita con agenesia del haz esternal del pectoral mayor derecho y reacciones serológicas positivas en los padres.

En nuestro caso queremos llamar la atención sobre la importancia de la lúes como posible factor etiológico.

BIBLIOGRAFIA

- Marcel Fevre.*—Malformation du tube digestif. (Encyclopedie Medico Chirurgicale, pág. 4017).
- Abdala S. R., Itoiz O. A., Pellerano S. C. y Schere Samuel.*—Microcolon congénito. "Archivos Argentinos de Pediatría", 1938, pág. 33.
- Nobecourt P. y Babonneix L.*—Traité de Medicine des enfants. T. III, pág. 995.
- Hutinel V.*—Le maladies des enfants. T. III, pág. 323.
- Sloboziano H. y Craciun C. C.*—Contribution a l'étude du microcolon et de la maladie de Hirschsprung.
- Yedesco C.*—Contribución al estudio de las malformaciones congénitas del intestino delgado. "Arch. Arg. de Pediatría", 1939, pág. 481.
- Muñozerro S. A. A. y Aligue A.*—Un caso de atresia congénita de duodeno. "Archives de Medicine des Enfants", 1937, pág. 49.

EVOLUCION FAVORABLE DE UN NIÑO QUE TIENE
ACTUALMENTE 10 AÑOS DE EDAD Y QUE PRESENTO UN
LINFOGRANULOMA MALIGNO EN LA EPOCA DE LA
LACTANCIA (*)

POR LOS

DRES. P. R. CERVINI, A. DI BARTOLO Y H. WEBER

La presente observación se refiere a un niño que nos fué enviado desde Rufino (Provincia de Santa Fe), en octubre de 1933, cuando tenía 2 años de edad.

Dada la índole de la afección, la evolución favorable del proceso y el tiempo transcurrido, creemos de interés su comentario.

Casa de Expósitos. Consultorio N° III. Historia clínica N° 31.280. Ismael H., 2 años de edad. Fecha de ingreso: 10 de octubre de 1933.

Antecedentes hereditarios: Padre 32 años de edad, es moderado fumador y acusa las siguientes anomalías: acidez gástrica, cefaleas vespertinas.

Madre 27 años, manifiesta haber tenido tifoidea en su adolescencia y que en un examen radioscópico realizado últimamente le diagnosticaron dilatación aórtica. Tuvo tres embarazos a término: los niños viven e hicieron un crecimiento y desarrollo normales, a excepción del historiado, que es el producto del segundo embarazo.

Antecedentes personales: Nacimiento a término. Hasta el presente, fuera de las tumoraciones que ligamos a su enfermedad actual, sólo nos cuenta la mamá resfríos frecuentes de corta duración.

Enfermedad actual: Se inicia al año de edad, con una tumoración del tamaño de una avellana en la región retroauricular izquierda. Es consultado un facultativo, quien le hace una inyección de propidón y le indica aplicaciones de hielo. Cura en pocos días. Veinte días más tarde, mientras se halla en pleno acmé el proceso mencionado, apa-

(*) Comunicación presentada a la Sociedad Argentina de Pediatría, en la sesión del 27 de mayo de 1941.

rece, en la región carotídea opuesta y en lugar simétrico, una nueva tumoración del tamaño de una almendra. En esa ocasión, el médico receta Vitamina D que el niño incorpora lentamente, en cantidad de 200.000 unidades internacionales. Luego, las dos tumoraciones disminuyen de tamaño hasta reducirse al de un grano de maíz.

Como a los tres meses del episodio citado, inicia una nueva tumoración del tamaño de una avellana en la región axilar derecha; coincidiendo con la misma, se reagudizan las tumoraciones de las regiones carotídeas que se habían reducido al tamaño de granos de maíz. El volumen que adquirieron entonces, fué igual al que tuvieron anteriormente, salvo el de algunas que fué mayor. En esa época se notan en las regiones inguinales, tumoraciones como avellanas. La tumoración de la región axilar derecha, en particular, aumentó de tamaño hasta alcanzar las dimensiones de un huevo de paloma.

Nuevamente se asiste al regreso de esta crisis tumoral que fué esa vez más generalizada y sostenida que antes.

Continuó bien durante tres meses. Al cabo de ese tiempo, reinicia de improviso una tumoración que abarca toda la región submaxilar y carotídea izquierdas.

Consultado nuevamente, el facultativo le indica tópicos para la garganta, baños revulsivos y le aplica cinco inyecciones de vacuna antiptiógena polivalente. A los ocho días la mencionada tumoración se transforma en absceso, que abre y cura cinco días después.

Recibe más tarde veinte inyecciones de ostelin calcio coloidal. Sigue bien hasta un mes y medio antes de ser traído a nuestro Servicio fecha en que se reinician las tumoraciones. Empiezan éstas por la región axilar derecha y siguen por las demás, según las características anteriormente descritas.

MOMENTO INICIAL DE NUESTRA OBSERVACION Y EVOLUCION ULTERIOR

Octubre 10 de 1933: Edad dos años, buen desarrollo físico y psíquico. Facies adenoide. Hiperplasia de las amígdalas palatinas y faríngea. Polo inferior de bazo. Tumoraciones en diferentes regiones, como lo demuestran las fotografías I, II y III, cuyo detalle es el siguiente: En la región carotídea izquierda una tumoración del tamaño de un huevo de paloma, de superficie lisa en casi toda su extensión, menos en la parte inferior en donde se palpa un subsalto de forma ovoide y del tamaño de un poroto. La consistencia de dicha tumoración es dura. La piel a su nivel no se adhiere y presenta los caracteres normales.

En la región carotídea derecha, una tumoración de forma y tamaño poco mayor que un huevo de paloma, de consistencia dura y de superficie lisa; no se adhiere a la piel, la que presenta caracteres normales y desliza escasamente sobre los planos profundos.

En la región axilar derecha, a nivel de su límite anterior, tumoración del tamaño y forma de una mandarina, de superficie lisa, con-



Figura 1



Figura 2

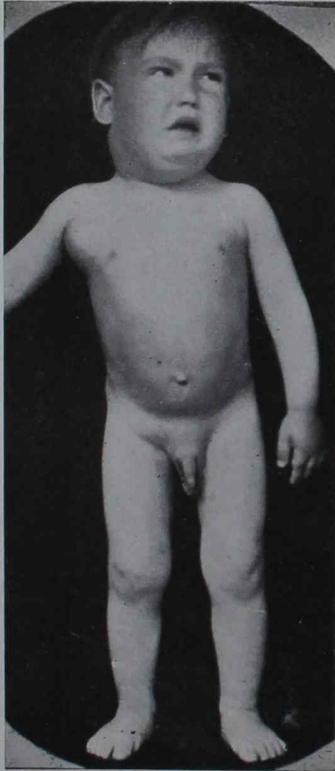
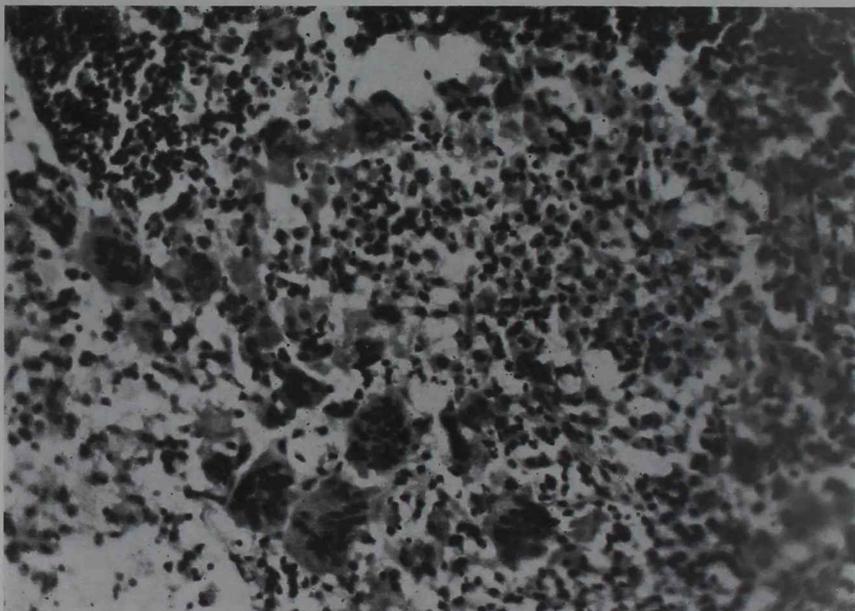
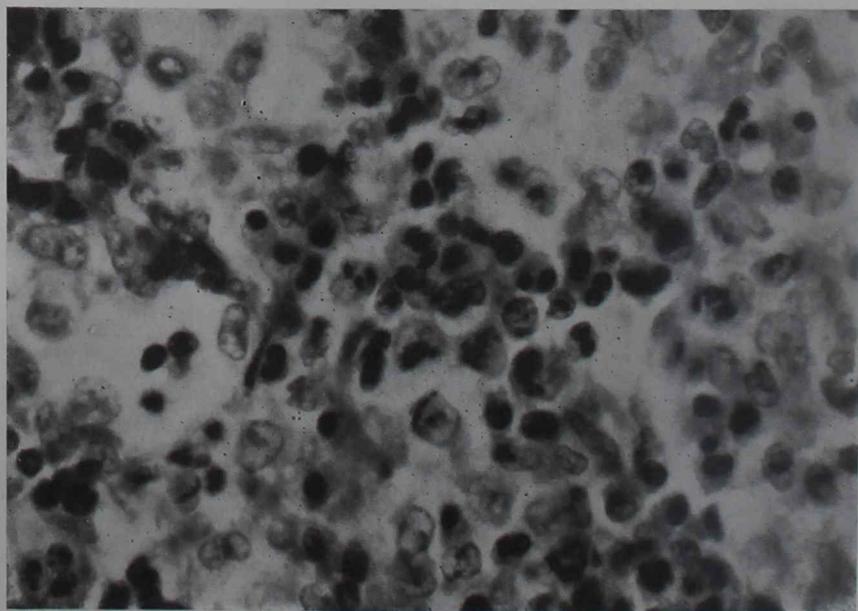


Figura 3



Microfotografia 1



Microfotografia 2



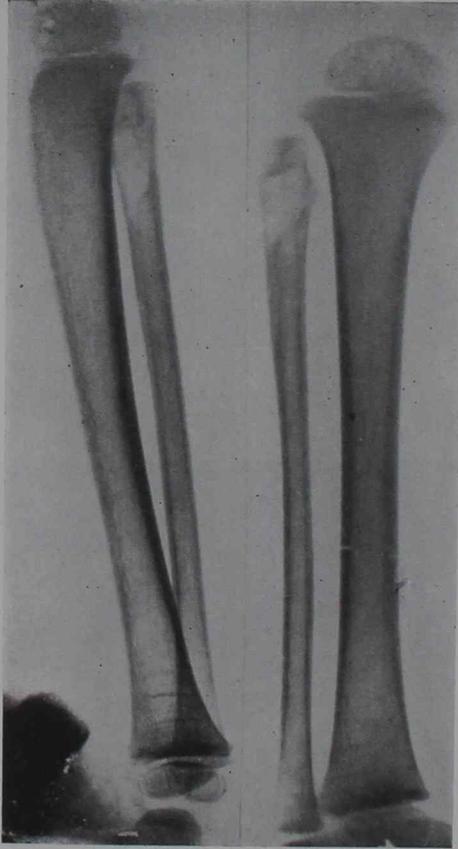
Radiografia 1



Radiografia 2

tornos lobulados, consistencia dura en la perifería y fluctuante en la zona más convexa y central; la piel, que la cubre, se desliza perfectamente y presenta una red venosa bien visible. Esta tumoración puede ser deslizada sobre los planos profundos mejor que las del cuello.

En las regiones inguinales y sobre todo en la derecha, se notan tumoraciones del tamaño de porotos y algunas más pequeñas, duras y que no adhiere a la piel.



Radiografía 3

Practicada la punción de la tumoración de la región axilar derecha y repetida dos veces en el transcurso de su evolución, no proporcionó líquido alguno.

Se hace entonces un examen de sangre con el siguiente resultado: protocolo N° 152 del 2 de octubre de 1933; glóbulos rojos, 4.720.000 por mm^3 ; glóbulos blancos, 21.100 por mm^3 ; riqueza globular, 2.700.000; relación globular, 1 por 223; valor globular, 0,63; hemoglobina, 60 %.

Fórmula leucocitaria: metamielocitos neutrófilos, 2 %; neutrófilos, 64 %; basófilos, 0; eosinófilos, 2 %; monocitos, 6 %; linfocitos, 26 %.

La reacción de Wassermann en sangre resultó negativa (Protocolo 555, del 17 de octubre de 1933).

Las intradermorreacciones con 1/10 de c.c. de tuberculina bruta al 1/100, 1 % y 1/10, resultaron negativas.

La biopsia de un ganglio inguinal derecha efectuada el 16 de oc-



Radiografía 4

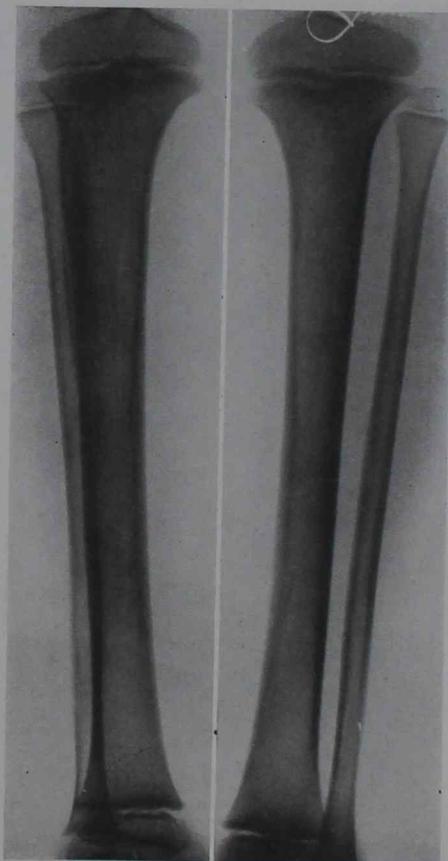
tubre de 1933 revela, en la trama conjuntiva perifolicular, numerosas células gigantes multinucleadas del tipo Sternberg, células macrofágicas y polinucleares eosinófilos, elementos característicos del tejido linfogranulomatoso en período de estado. (Ver microfotografías Nos. 1 y 2).

Las radiografías de tórax obtenidas el 2 y 23 de octubre de 1933, muestran una opacidad bilateral yuxta cardiovascular, no muy mar-

cada, fruto de la superposición de imágenes nodulares pequeñas que van tomando el aspecto ramiforme a medida de que se alejan de la zona que correspondería, normalmente, a los hilios pulmonares. (Ver radiografía 1).

Análisis de orina, nada de particular.

En esa época se hacen tres aplicaciones de rayos en las tumora-
ciones carotídeas y axilar derecha y éstas retrogradan inmediatamente.



Radiografía 5

A continuación se inicia una cura arsenical trivalente y simultáneamente se la inyecta, en forma progresiva, 30 c.c. de calcio coloidal con vitamina D.

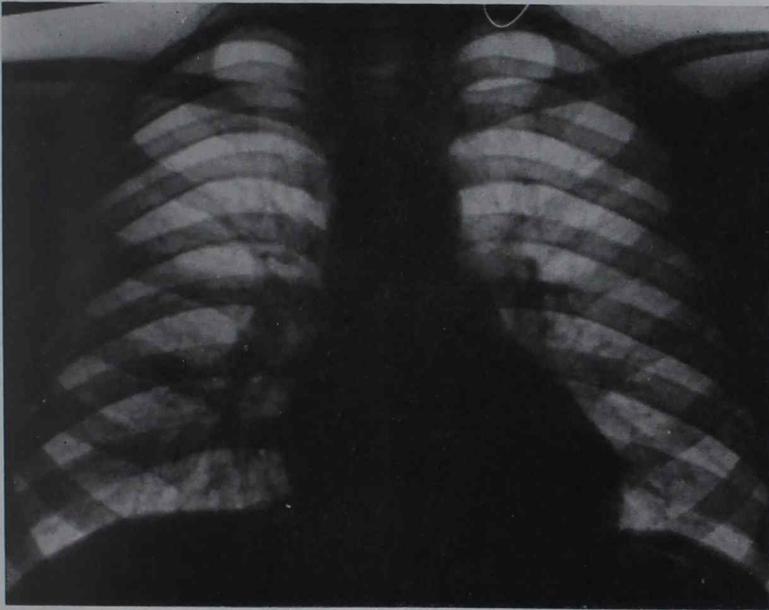
Siguió bien durante tres meses. A raíz de un proceso rinofaríngeo, reaparecen las tumora-
ciones de las regiones carotídeas, con las características aproximadas del primer examen y ceden a los pocos días con el tratamiento habitual de las rinofaringitis.

A partir de entonces (primeros meses del año 1934) y hasta la fecha (22 de mayo 1941), no se observan más estos procesos.

A continuación del último episodio tumoral, cuando contaba dos años y medio de edad, recibe el niño 15 aplicaciones de rayos ultravioletas.

Regresa al lugar de su residencia y uno de nosotros reinicia tratamiento arsenical trivalente, que logra efectuar hasta dosis total de 1 gr. 20 ctg. de medicamento.

En el transcurso de este tratamiento se nota durante la marcha del niño una claudicación a expensas del miembro inferior derecho. Con tal motivo es remitido nuevamente a nuestro Servicio, donde la



Radiografía 6

investigación radiográfica de todo el esqueleto nos permitió puntualizar las siguientes alteraciones: Osteocondrosis generalizada, como puede verse en las radiografías obtenidas. Se trasunta ésta por la imagen festoneada de las superficies interdiáfisoepifisarias y por las líneas transversas metafisarias que la siguen hacia la diáfisis.

Lagunas óseas múltiples y de tamaño variable: en el hueso coxal, extremos proximales del fémur y peroné derecho. (Ver radiografías 2 y 3).

Se intensifica entonces el tratamiento recalcificante y antilúético. La claudicación fué mejorando paulatinamente. Las radiografías obtenidas en el año 1935, ponen de manifiesto la tendencia al borra-

miento de las lagunas óseas antes mencionadas, pero las alteraciones osteocondrales continúan con el mismo carácter. (Ver radiografía 4).

En esa época es explorado el sistema linfático: la biopsia de un ganglio inguinal, zona que no se irradió, demostró una esclerosis muy manifiesta.

Visto nuevamente el niño en el año 1936, lo encontramos con buena salud y la exploración del esqueleto demuestra la desaparición casi total de las lagunas óseas y la perduración de las alteraciones osteocondrales.



Figura 4

En este momento de la observación y por consejo recibido dos años antes, desde que se creía ver una relación entre las tumefacciones y los padecimientos rinofaríngeos, la madre le hace practicar la amigdalectomía.

Nuevas investigaciones radiográficas del esqueleto en el año 1939, muestran la persistencia de las alteraciones osteocondrales y la desaparición total de las lagunas óseas. (Ver radiografía 5). En esa época la radiografía del tórax señala en el lugar que corresponde a los hilios

pulmonares, sombras densas que se extienden lateralmente haciendo imágenes arboriformes; igualmente se observa una línea horizontal capilar que atraviesa la porción media del hemitórax derecho (ver radiografía 6).

En la fecha de estas consideraciones, el niño tiene un estado general normal, como lo prueba la figura 4, después de haber realizado un crecimiento* y desarrollo sin otros tropiezos.

COMENTARIO

El caso que presentamos es un linfogranuloma en un niño con hábito linfático, que ha tomado el sistema ganglionar en forma ostensible en la parte periférica, especialmente en las regiones carotídeas y axilar derecha.

A estas tumoraciones ganglionares, se le agregaron una discreta esplenomegalia y posteriormente alteraciones esqueléticas, circunscritas a los huesos del miembro inferior derecho.

La alteración hemática ha consistido en una eosinofilia transitoria puesta en evidencia en el período de declinación.

Sobre dos puntos queremos llamar la atención. El primero se refiere a la posible curación, por lo menos clínica, del proceso. En efecto, desde hace ocho años, los ganglios periféricos no han vuelto a aumentar de tamaño como era habitual en la primera infancia, época en la cual se produjeron varios empujes tumorales.

Por otra parte, la investigación histológica de un ganglio de la ingle izquierda no irradiado, realizada cuando las tumoraciones ganglionares hacía más de un año que habían desaparecido, mostró una hiperplasia de la trama conjuntiva.

Este conjunto de hechos, nos hace pensar en la curación anatómica o por lo menos clínica del proceso, acontecimiento pocas veces observado en la evolución de un linfogranuloma con las características histológicas de la mayor malignidad (Naegheli, Mayer, Viola, Piaggio y Pedro Paseyro).

El segundo punto que queremos hacer resaltar se refiere a la posibilidad que en estos casos exista una constitución linfática anormal como Trousseau primero y Sternberg y Paultauf después han pensado: constitución anormal que solicitada por estímulos no habituales (infecciones agudas y crónicas, por ejemplo), despiertan las reacciones que caracterizan al linfogranuloma.

En nuestro caso hay un factor que podría explicar una constitución viciosa y es el lúe: sólo puntualizable en la madre por la aor-

titis que padece y en el padre por las cefaleas. En tal terreno la infección rinofaríngea a repetición, que figura en los antecedentes de este niño en su primera infancia, sería el factor desencadenante de los procesos tumorales.

Aceptando así esta diátesis linfática resulta vinculable el linfogranuloma del adulto con el de la primera infancia: ora es la simple diátesis linfática que existió desde la infancia y que se exteriorizó en una época tardía, ora es el linfogranuloma padecido en la edad temprana, como en nuestra observación, silenciado luego y vuelto a padecer en la edad adulta como una recidiva. Claro está que para aceptar esto y relacionarlo a la malignidad que se le reconoce al linfogranuloma del niño de la segunda infancia y del adulto, hay que reconocer una condición especial de restauración espontánea o terapéutica del sistema linfático que, únicamente la primera infancia es capaz de poseer.

Corroboraría esta última manera de pensar, no sólo el caso aquí comentado sino otro que actualmente tenemos en estudio, confirmado por la biopsia ganglionar y que sigue un curso favorable.

FILACTOTRANSFUSION

CONCEPTO, SUS APLICACIONES EN PEDIATRIA

POR EL

DR. VICENTE ANELLO

Toda vez que se ha de usar un término infrecuente o nuevo, es obligatorio dar una explicación del mismo.

Si este trabajo lo hubiéramos intitulado inmunotransfusión, la siguiente explicación aclaratoria no habría parecido necesaria, por cuanto con esa designación se entiende generalmente una transfusión sanguínea con sangre obtenida de un dador al cual se le exaltaron sus propiedades inmunitarias. Por qué le damos una designación y no otra, es cosa que pasamos a explicar.

Séanos permitido en primer lugar exponer cierta terminología sugerida por Wright. Este autor llama poder filáctico a la capacidad que tiene el organismo de defenderse de la infección por medio de leucocitos y substancias bacteriolíticas disueltas, catafilaxia al poder movilizar estos medios antiinfecciosos hasta el lugar de la infección y todo impedimento de la misma o su limitación anticatafilaxia.

Si la filaxia se aumenta, natural o artificialmente, su resultante se llama epifilaxia y queda todavía reservado el nombre de efilaxia a toda forma de disminución de la capacidad antiinfecciosa regional.

Ahora bien: cuando un germen cualquiera, tomemos como ejemplo el neumococo, invade el organismo, este se defiende del mismo mediante lo que con Wright hemos designado, poder filáctico, pero, posteriormente se organiza una reacción protectora con aumento y movilización de leucocitos, producción y acción de aglutininas, opsoninas, bacteriolocinas, etc., que elevan el poder filáctico a magnitudes en relación con la virulencia del germen y el estado orgánico del paciente. Este estado final, epifiláctico, resultado de la

lucha gérmen-terreno puede obtenerse artificialmente y la transfusión de sangre con un dador en estas condiciones es lo que con Jaen-neney llamamos *filactotransfusión*.

Veámos ahora, qué pasa cuando el germen invasor es otra naturaleza como podría ocurrir con el bacilo de Eberth. La defensa antiebertina no está a cargo de los elementos blancos de la sangre, pues, como es sabido, en esta enfermedad hay leucopenia, pero en los casos en que el paciente mejora se ve cómo en la tercera o cuarta semana comienza la atenuación de los síntomas, seguida del restablecimiento, quedando el individuo en condiciones de no receptividad ante el mismo agente bacteriano es decir, mejora mediante la creación de un estado de inmunidad.

Confrontando los dos mecanismos curativos, dentro de lo que nos es posible veremos; que para el primero hubo un proceso filác-tico constituido por el aumento de la actividad celular y la formación de sustancias antimicrobianas (opsoninas, bacteriolocinas), que han creado el neumococo, que hemos tomado como ejemplo, un estado refractario transitorio y no exclusivo y para el segundo proceso del que tomamos como tipo el que se produce ante el bacilo de Eberth se ha creado un mecanismo cuya íntima naturaleza no conocemos y que termina ocasionando un estado de no receptividad, definitivo, exclusivo y excluyente que conocemos con el nombre de inmunidad.

Una idea más clara podemos tener de ambos procesos comparando las cualidades de tipificación a cada uno de ellos.

Inmunidad		1º Es específica.
		2º La provoca el agente causal.
		3º Constituye un proceso curativo y preventivo.
		4º Podemos contar con ella por adelantado en los procesos inmunizantes.
Epifilaxia		1º No es específica.
		2º Puede ser provocada por distintos gérmenes, o por sustancias que nada tienen que ver con estos (autohemoterapia, proteínoterapia, inyecciones de tapioca).
		3º Es fugaz y no puede contarse con ella por adelantado. No tiene efecto preventivo.

Recordemos ahora que hemos tomado como ejemplo de reacción epifiláctica, la que se produce ante el neumococo, pero este no es el único en provocarla, de igual modo se comportan muchas cepas de estafilococos, estreptococos, neumococos y en general todos los piógenos y recordemos finalmente que para caracterizar el proceso de inmunidad hemos tomado como ejemplo el que se produce ante el bacilo de Eberth para terminar manifestando que lo mismo ocurre ante el Löeffler, los virus que producen la viruela, varicela y todas las eruptivas en general.

Solamente utilizando sangre de dadores que hayan padecido enfermedad inmunizante se hará inmunotransfusión.

INDICACIONES.—De lo dicho hasta aquí es posible bosquejar un sinnúmero de circunstancias en que la filactotransfusión puede ser de utilidad; en primer lugar en las complicaciones graves de la gripe y en todas las localizaciones de los gérmenes piógenos actuales en un terreno desfalleciente o como en el caso especial del niño mal organizador de su defensa antiinfecciosa.

La transfusión de sangre simple en los procesos agudos infantiles es bien conocida para insistir en su recomendación. M. Acuña con su aplicación sistemática ha conseguido reducir la mortalidad infantil por neumopatías agudas. Numerosos casos de osteomielitis y septicemias cambian su pronóstico sombrío por otro más alentador con sangre simple.

Pero lo que nos ha movido ha realizar este trabajo ha sido la existencia de fracasos de la terapéutica transfusional no imputable a gravedad del caso, extemporaneidad o a defectos de técnica sino simplemente a escaso poder bactericida de la sangre empleada como Jeanneney ha podido demostrar mediante el estudio del poder bactericida.

Referiremos un caso muy demostrativo que debemos a la gentileza del Dr. Ramón Arana y en el que la transfusión simple no había dado ningún resultado.

Hospital de Niños. Sala de Pensionistas. Jorge C. C., 10 años, argentino. Enfermo N° 1334. Ingresa el 6 de agosto de 1940.

Diagnóstico: Osteomielitis, septicemia.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Enfermedad actual: Empezó hace 12 días, con dolores en la cadera izquierda, fiebre, tos y decaimiento general. Viene agravándose día por día. Temperatura 40° Cadera inmóvil en posición antálgica. Estado actual: mal estado general, febril, quejoso, psiquismo obnubilado,

facies desencajada con expresión dolorosa. Mirada inexpresiva y fija. Aleteo nasal. Cuadro de "shock" con colapso periférico. Pulmones nada anormal. Corazón: tonos apagados. Pulso débil, irregular. Abdomen globuloso de paredes tensas. Hígado a un dedo de la arcada costal. Bazo no se palpa. Muslo en abducción, dolor y tumefacción en la cadera izquierda. Se inicia el tratamiento con cardiazol, coramina, venoclisís con Ringer, soluseptazine y alcohol endovenoso. Al día siguiente, está algo mejor. Se practica una transfusión de sangre previo propidón al dador. El 15 de agosto de 1940 se anota; mejor estado general, concretándose los signos de una colección purulenta en la cadera izquierda que al abrirse da salida a gran cantidad de pus. Nueva transfusión de 150 c.c.

El 24 de agosto, es decir a los 18 días de su ingreso se encuentra un soplo sistólico con apagamiento del primer tono, esto junto a la persistencia de la fiebre despierta la idea de una generalización microbiana. El mismo día se practica una transfusión de 150 c.c. El 30 de agosto de 1940 el hemograma revela, glóbulos rojos 4.620.000, glóbulos blancos 14.000, hemoglobina, 85 %. Valor globular, 0.95. Orina normal. Hemocultivo, protocolo 1563 a las 24 horas desarrolla estafilococos. Un segundo hemocultivo unos días después vuelve a dar positivo. Un mes después el 7 de septiembre de 1940 sigue febril, irritado, a veces incoherente y en mal estado general.

Septiembre 24 de 1940: Tres meses y diez y ocho días lleva internado. Ingreso por un proceso de cadera izquierda, el cual se ha reparado bien, pero un soplo endocárdico pone sobre la pista de una septicemia que el hemocultivo confirma y que prolonga la enfermedad. En este momento se realiza la primera filactotransfusión, 150 c.c. al día siguiente la temperatura baja visiblemente. A las 48 horas se repite la hemoinyección y la curva térmica se mantiene entonces dos días en la normal para ascender luego a 38° durante tres días. Tres nuevas transfusiones hechas los días 4, 6 y 10 de diciembre bajan definitivamente la temperatura a la normal. Sale de alta curado el 14 de diciembre de 1940.

El caso de este enfermo es muy convincente y mayores consideraciones sobre el mismo sería incurrir en redundancia.

OBJETIVACION DEL PODER HEMOBACTERICIDA

Las variaciones de la capacidad bactericida de la sangre pueden ser objetivadas, lo cual da una prueba innegable de su existencia. Como sería demasiado extenso el relato circunstanciado de la técnica de esta determinación remitimos al lector al tratado de Jeaneney y Ringembach (¹), donde encontrará todos los detalles.

La técnica consiste en mezclar una suspensión de gérmenes de concentración conocida, con la sangre cuyo poder bactericida se quiere determinar. De esta mezcla se toma al cabo de cierto tiem-

po una cantidad determinada y se siembra en una pequeña cápsula de Petri, en la que se ha depositado una capa de 2 mm. de gelatina. A las 24 horas se procede a contar las colonias que aparecen en las cápsulas; la cantidad de éstas atestiguan la capacidad bactericida de la sangre, pues si aceptamos que cada germen origina una colonia, tendremos en las siembras tantas como gérmenes cultivados, pero si la sangre tiene poder bactericida positivo matará algunos de estos y por lo tanto, habrá menos colonias que bacterias sembradas y si no tiene el tal poder bactericida positivo, los gérmenes no solamente no serán muertos sino que proliferarán, lo cual se traducirá por una mayor cantidad de colonias que gérmenes sembrados. Estas ideas manejadas con excesivo rigorismo matemático llevó a los autores Jeanneney, Castanet y Cator a establecer mediciones tan precisas que no conciben con la extrema variabilidad de lo viviente y la imperfección de nuestros medios de trabajo. Esa



Figura 1 (2)

Primera cápsula: Sangre de individuo en quien se ha provocado intensa reacción epifiláctica. Mató casi todos los gérmenes, pues solo muestra una colonia.
Segunda cápsula: Hay seis colonias. Testimonio de otros tantos gérmenes que sobrevivieron.
Tercera cápsula: Las veinticuatro colonias presentes, testimonian el relativamente bajo poder bactericida de esta muestra sanguínea

fué la razón por la cual hemos tomado otro camino en nuestras investigaciones.

Para dar una idea acabada de que la expresión “variaciones del poder bactericida” encierra una verdad innegable, hemos objetivado tres situaciones distintas: la de un dador en el cual se ha provocado la reacción epifiláctica, la de un sujeto sano y la de un paciente afectado de septicemia. Modo de proceder: en tres pequeñas cápsulas de dos centímetros de diámetro, que contienen una delgada capa de gelatina al 20 %, hemos depositado una gota de una mezcla hecha con sangre de cada una de los sujetos en estudio adicionadas las tres con iguales cantidad de una suspensión microbiana de modo que cada sangre estuviese antes de ser depositadas en el medio de cultivo, en presencia de una cantidad de gérmenes teóri-

camente igual para las tres. Si cada una de ellas, según su poder filáctico mata una distinta proporción de microorganismos, es obvio que esa situación se documentará en las cápsulas y es lo que se muestra en la fotografía N^o 1.

La experiencia puede hacerse de la siguiente manera: Se toma

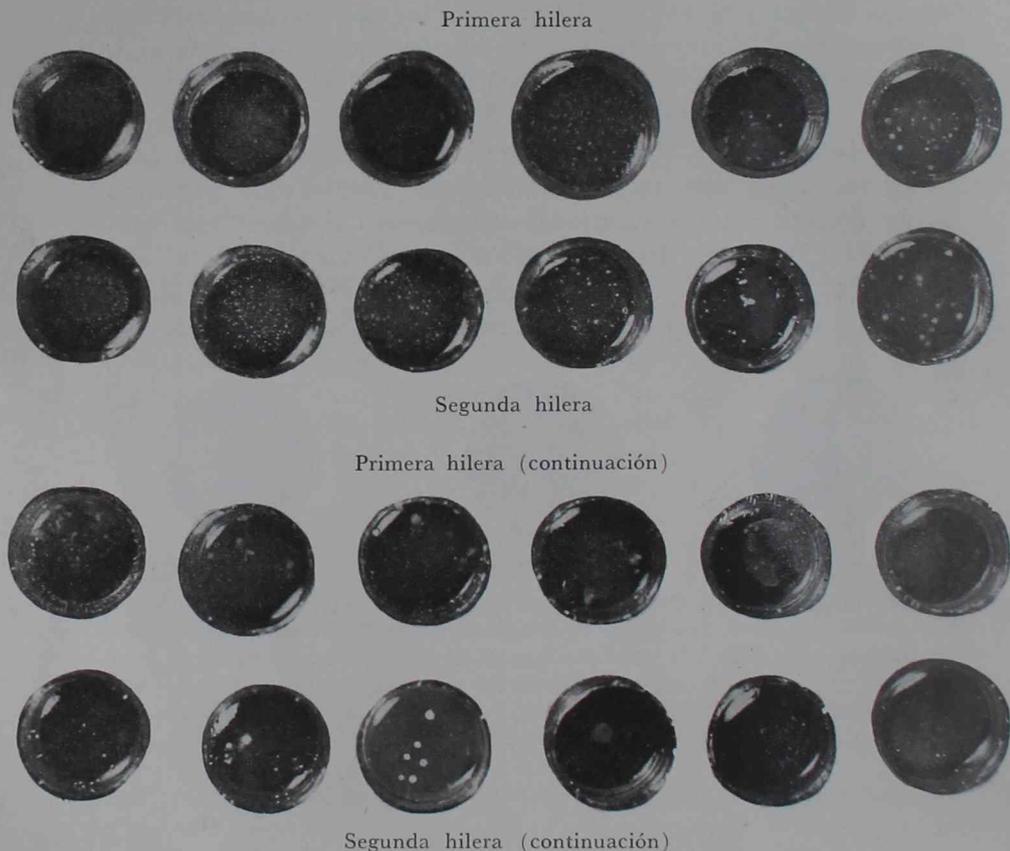


Figura 2

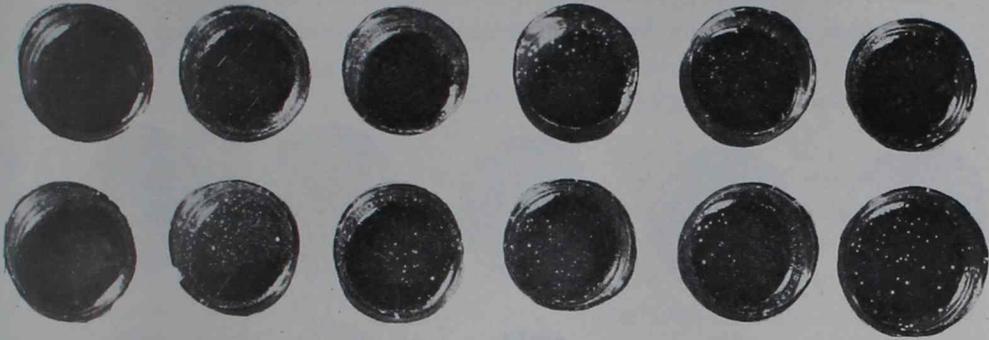
La sangre de la primera hilera corresponde a un sujeto en estudio, la segunda al testigo. Es bien aparente que las últimas cápsulas de la primera hilera muestra mayor cantidad de colonias

Puede hacerse otra experiencia. Se toma sangre de dos sujetos sanos, cuyo poder bactericida de intensidad semejante se visualiza con el procedimiento de las siembras como se ve en la figura 3, a uno de ellos se lo somete a intensa estimulación filáctica, como si fuera a dar sangre para una filactotransfusión, luego se repite la prueba de las siembras. Los resultados están expuestos en la figura 4

sangre de sujeto sano, conocido, poco propenso a las infecciones y que servirá de testigo y sangre de un enfermo de cuyo poder bacte-

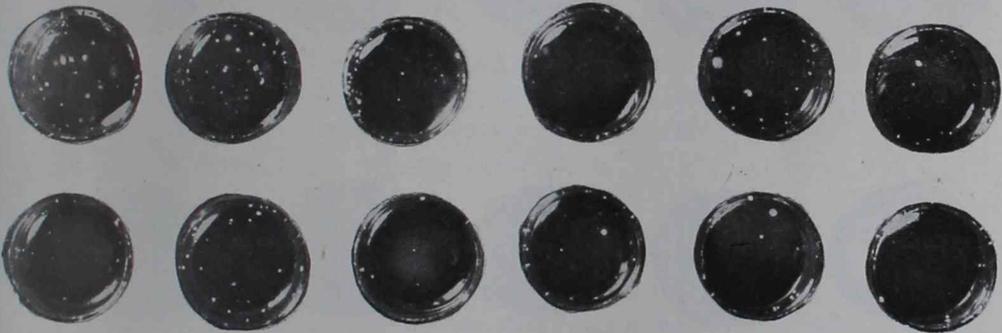
ricida se quiere tener un documento probatorio. En dos series de diez tubos de hemolisis una serie para cada sujeto, se deposita un cuarto centímetro cúbico de sangre en cada tubo, de modo que tendremos diez tubos con sangre de un individuo y diez con sangre del otro, en cada uno de los 10 tubos se vierte igual cantidad de una suspensión microbiana a concentración decreciente. Se deja en la estufa durante media hora, luego en dos series de cápsulas de

Primera hilera



Segunda hilera

Primera hilera (continuación)



Segunda hilera (continuación)

Figura 3

Corresponde a dos personas sanas. El número de colonias es sensiblemente igual

Petri se realizan las siembras siguiendo el mismo orden de hilera; una gota para cada cápsula; al día siguiente se realiza la lectura.

Resumiendo, tenemos que cada capsulita de cada serie ha sido sembrada de izquierda a derecha, con una suspensión de gérmenes cada vez menor.

La sangre que ha dado muerte al mayor número de bacterias es la que expondrá el menor número de colonias. Ver fotografía N° 2.

PREPARACION DE LOS DADORES

Para no dar mayor extensión a este trabajo, expondremos sucintamente la conducta a seguir en el caso de tener que realizar una filactotransfusión. Si es posible, tal como ocurre en los grandes servicios de transfusión se tiene preparados dadores, voluntarios o retribuídos, haciéndoles bimensualmente una ampolla de vacuna de



Figura 4

Corresponde a las mismas personas de la figura 3. Las de la hilera inferior corresponden a la que fué sometida a estimulación filáctica. Las cápsulas muestran menor número de colonias. Se ve muy bien en las de la extrema derecha

las que habitualmente se usan en nuestro medio y que están constituidas por diversas cepas de los gérmenes de la supuración, pero casi siempre las filactotransfusiones deben hacerse con sangre de los familiares del enfermo y la indicación suele ser urgente, de modo que hay que proceder con poco tiempo. Cualquiera sea el caso, un día antes de ser posible dos, el dador tomará 1.50 gr. diarios de rubiazol, e igual cantidad de sulfanilamida o un derivado sulfatiazolado en agua azucarada y jugo de limón.

De 8 a 12 horas antes de la extracción; a los efectos de evitar la fase negativa, se la inyecta una ampolla de anatoxina diftérica, o tetánica y otra de vacuna antibronconeumónica o antipiógena. Con frecuencia se observa temperatura, escalofríos, dolor y tumefacción local.

De 3 a 5 horas antes se dará un gramo de sulfamidas o sulfatiazol. Treinta minutos antes de la extracción el dador beberá un vaso de agua con 50 gramos de azúcar, el jugo de un limón o un preparado de vitamina C y simultáneamente se le inyectan 10 unidades de insulina para acelerar la degradación de los hidratos de carbono.

Este proceder que pareciera exagerado, es generalmente aceptado sin resistencias. Después de los treinta minutos expresados se hace la extracción.

En cuanto al receptor no se le ahorrará ninguno de los tratamientos a que hubiere lugar desde que la filactotransfusión no los suple; los apuntala y los refuerza, elevando las fuerzas del paciente a la espera de su reacción favorable.

BIBLIOGRAFIA

1. *Jeanneney y Ringembach*.—Traité de la transfusion sanguine. 1940.
2. *Anello Vicente*.—La filactotransfusión en pediatría. Tesis, 1941.
3. *Acuña Mamerto*.—"Arch. Arg. de Pediatría", junio 1938, t. 9, pág. 585.
4. *Milos Netousek*.—Les effects de la transfusion simple et de la immunotransfusión dans les etats septicemiques. II Cong. Intern. de la Transf. Sang., 1937.
5. *Rohmer y Tassovatz*.—Immunotransfusión dans les bronconeumonies du nurrisson. "Bull. Soc. Pediat. de Paris".

CORIZAS CRONICAS Y VITAMINAS (*)

POR EL

DR. ALFREDO VIDAL FREYRE

La observación frecuente de niños que "viven resfriados" a pesar de los numerosos cuidados que se les prodiga por esta causa, y el fracaso de la medicación local con toda la gama de gotas y pomadas, nos llevó en 1940 a utilizar como un tratamiento más, digno de ser estudiado, la instilación nasal de aceites vitaminados. Usamos en nuestra experiencia un preparado de vitamina A, del cual prescribimos 5 gotas tres veces por día, en cada fosa nasal. Los resultados fueron muy favorables, pues sobre un total de 17 casos, tuvimos: 8 éxitos francos, 4 mejorías marcadas; 2 resultados mediocres y 3 fracasos.

La explicación de este efecto favorable, la encontramos en la acción protectora de los epitelios que se le atribuye a dicha vitamina.

Mouriquand, en un trabajo muy interesante en que estudia el papel del terreno en las infecciones, cita las experiencias hechas con la colaboración de Rollet, en ratas a las cuales sometían a un régimen carente de vitamina A. Sabido es que la carencia de esta vitamina, produce como síntoma más llamativo la xeroftalmía, la cual cura rápidamente con la administración de aceite de bacalao o carotene. Estudiando la cantidad de gérmenes en el ojo sano, encontraron que su número era escaso, pero que aumentaba a medida que transcurrían los días de dieta carenciada, llegando en grado extremo a producir una panoftalmía supurada. Sin usar antisépticos, ni sueros, ni medicación antiinfecciosa alguna, ellos llegan a la curación de la panoftalmía, suprimiendo la carencia, vale decir, modificando el terreno.

Claro que antes de tratar una rinitis crónica, inveterada, es necesario hacer un diagnóstico causal, para evitar así fracasos lógicos, pues sería ridículo pretender curar una coriza diftérica con instilaciones de vitamina A.

(*) Comunicación presentada a la Sociedad Argentina de Pediatría en la sesión del 5 de mayo de 1942.

Debe, por lo tanto, pesquisarse la lúes y la tuberculosis, ya sean éstas francas, frustras o larvadas, pues es sabido que estas enfermedades crónicas distrofiantes, pueden ser incriminadas como sostenedoras de la infección focal. La difteria nasal puede observarse con la sintomatología clásica (unilateral, sanguinolenta), o con aspecto banal (doble, obstructivo, seco o con secreción mucosa). La rinitis espasmódica o asma nasal, es otro tipo de coriza crónico. La hipertrofia de amígdalas y vegetaciones, al producir obstrucción marcada, favorecen y mantienen toda clase de catarros de las vías respiratorias superiores, debiendo procederse a su extirpación en forma precoz, si la salud del niño lo requiere, como hemos tenido ocasión de indicarlo en múltiples oportunidades, con beneficio indudable para el enfermo.

Ahora bien; descartados estos casos, como asimismo las corizas sifilíticas, queda un gran número de niños con catarros crónicos de la nariz, rebeldes a los tratamientos comunes. Para éstos es que recomendamos esta terapéutica: instilaciones nasales tres veces diarias, de 5 gotas en cada fosa nasal de aceites con vitamina A, sola, o asociada a la D, estando esta última en débiles proporciones.

A los 17 casos de nuestro trabajo anterior, vamos a agregar los siguientes:

Nº 1.—A. T. Historia clínica 16282. Rinitis, anginas, otitis y bronquitis frecuentes y repetidas. El 17 de septiembre de 1940, como sigue con obstrucción nasal, se prescribe Vaconex. El 23 sigue mejor, y el 10 de octubre, está bien.

Nº 2.—R. C. Historia clínica 16389. A los dos meses, resfrío que dura a pesar de los tratamientos instituídos hasta los cuatro meses, curando en pocos días con Vaconex por vía nasal. Visto dos meses después, el 14 de noviembre de 1940, seguía bien.

Nº 3.—C. A. R. Historia clínica 16241. Ocho meses y pesa 8.410 gr. El 5 de septiembre de 1940 está con rinorrea desde hace diez días. Mejora con Vaconex y se vuelve a resfriar el 17. Se aconseja el mismo tratamiento y cura.

Nº 4.—A. E. R. Historia clínica 16905. Visto a los 18 meses, presenta caries múltiples y coriza. A pesar de las gotas nasales y de diez inyecciones de calcio y vitamina C, sigue lo mismo. Hipertrofia de amígdalas y vegetaciones de las cuales se opera el 14 de abril de 1940, teniendo 21 meses de edad. Como siguiera con rinitis, el 15 de mayo se prescribe Oladol por vía nasal, con buen resultado.

Nº 5.—E. L. S. Historia clínica 16804. 24 días, 3.270 gr. Vómitos, coriza. El 20 de noviembre de 1940, el cultivo de exudado nasal es positivo para Löffler a las tres horas, por lo cual se le inyectan 3.000 unidades de

antitoxina diftérica. Se receta además gotas nasales de Sulfarsenol. Cinco días después seguía mejor. Desde los 4 meses, continuamente resfriado, por lo cual el 19 de mayo se le indica Oladol por vía nasal. Sigue bien.

Nº 6.—R. G. Historia clínica 17867. 50 días, 5.320 gr. Rinitis desde el nacimiento. Por fracaso de las gotas comunes se prescribe Haliverol por la nariz el 2. de diciembre de 1941. El 19 seguía mucho mejor.

Nº 7.—C. K. Historia clínica 16467. El 26 de octubre de 1940 se indica Vaconex en las fosas nasales por coriza crónica. El 2 de noviembre, sigue mejor. El 13 de diciembre con rinitis, por lo cual repite la medicación. El 1º de febrero seguía bien. Tiene varios episodios de estrófulo y urticaria que ceden con Alerhistol infantil. El 1º de abril de 1941, concurre por estar con rinitis intensa desde varios días atrás, que no cede al Vaconex, por lo cual se cambia el medicamento y cura.

Nº 8.—M. S. Historia clínica 16659. Es llevado el 28 de septiembre de 1940 al Dispensario por coriza desde los dos días de edad. Se hace frotis nasal, desarrollando *C. diphtheriae* a las tres horas. Se le hacen 5.000 unidades de suero. Como continúa con obstrucción nasal, se prescribe instilaciones de sulfarsenol el 7 de octubre. El 5 de noviembre, como sigue igual, se indica Vaconex. El 12 sigue lo mismo. Como hay discreto rosario costal, se indica además vitaminas A y D Biol, después de lo cual sigue bien.

Nº 9.—C. H. C. Historia clínica 14778. Lúes innata. Ha hecho tratamiento mixto (stovarsol y arsénico "per os") y bismuto inyectable, como preconizamos desde hace años. El 5 de noviembre de 1940, teniendo 25 meses, se indica operar la hipertrofia de amígdalas y vegetaciones, recomendándose además, Vaconex por vía nasal. Mejora, sin operación. El 30 de mayo vuelve por estar resfriado desde abril, curando con Oladol como gotas nasales.

Nº 10.—A. M. A. Historia clínica 16691. El 13 de noviembre de 1940. Coriza crónica. Vaconex. El 22 seguía bien.

Nº 11.—E. A. M. Historia clínica 16231. Niño cloroanémico que mejora con hierro. El 12 de diciembre se presenta con anginas, amígdalas rojas e hipertrofiadas y fiebre. Además, con rinitis crónica, por lo cual se receta Vaconex por vía nasal. El 14 sigue mejor; tiene 15 meses y pesa 8.250 gr. Se recomienda alimentación variada y abundante, continuar con el Vaconex y repetir el hierro. Visto unos días después, seguía bien.

Nº 12.—H. A. P. Historia clínica 18115. El 3 de marzo de 1942, teniendo dos meses y 15 días, es traído al Dispensario por estar resfriado desde hace más de un mes. Ante el fracaso de los otros tratamientos, se prescribe *Oleum de percomorphum*, 5 gotas tres veces al día en cada lado de la nariz. El 17 de marzo estaba bien.

Nº 13.—J. C. Historia clínica 15923. Corizas, otitis y bronquitis repetidas. El 19 de septiembre de 1940, después de haber investigado Löffler de fosas nasales con resultado negativo, se indica Vaconex. Como no se obtiene mejoría, se cambia pocos días después la medicación.

Nº 14.—A. J. R. 11 meses, 9.450 gr. En septiembre 19 de 1940. Vaconex por coriza crónico. El 24 seguía igual, por lo cual se aconseja insistir y no vuelve.

Nº 15.—B. M. V. Historia clínica 16968. El 28 de febrero de 1941, teniendo dos meses y 5 días se le receta Vaconex por vía nasal para curar una rinitis de más de dos semanas. Cura rápidamente, siguiendo bien. Se lo observa periódicamente hasta el 3 de mayo de 1941.

Nº 16.—I. E. P. Historia clínica 16700. El 17 de noviembre de 1940, teniendo dos meses y 17 días, se indica Vaconex. La investigación de Löffler de fosas nasales resultó negativa. A la semana se cambia el tratamiento por haber fracasado.

Nº 17.—B. N. F. Historia clínica 16611. Ha tenido tos espasmódica y sarampión. El 15 de octubre de 1940, a los once meses de edad, estando de nuevo con tos espasmódica; se le hace sulfato de magnesio, obteniendo mejoría franca después de la cuarta inyección. El 19 de octubre Oleum de percomorphum y el 22 Vaconex. El 25 de junio seguía resfriado. El 29, angina con falsa membrana del lado derecho, rinitis intensa, conjuntivitis y temperatura elevada. Sulfanilamida. El 30 sigue igual y el 31 desaparece la pseudomembrana, persistiendo garganta roja a la cual se agrega una otitis doble. Continúa en tratamiento con Sulfamida.

Nº 18.—J. M. Ficha 5711. Es llevado el 4 de mayo de 1941, al consultorio de San Benito, teniendo mes y medio de edad, por estar resfriado desde un mes atrás. Se indica Oleum de percomorphum y sigue bien.

Nº 19.—A. M. Historia clínica particular. Ocho meses. El 7 de mayo de 1941 gripe con angina; coriza y otitis. Al mes y medio, como continúa resfriado, se le prescribe Vaconex por vía nasal, con buen resultado.

Nº 20.—L. C. M. Clientela particular. Desde el mes, rinitis agudas frecuentes, que se suceden casi sin interrupción, acompañándose de adenoiditis y en cuatro oportunidades de otitis. Estas últimas ceden con gotas y sulfatiazol tres veces, teniendo que recurrirse a la paracentesis de un tímpano (Dr. Mercandino), en el restante episodio. Con el Oleum de percomorphum por vía nasal, yugula rápidamente la rinitis, al principio, pero como la obstrucción nasal va en aumento, se decide extirpar las adenoides a los 5 meses de edad.

Nº 21.—E. R. Clínica particular. Niño eutrófico a pecho. El 15 de julio de 1941 es visto por estar resfriado desde hace un mes. Pesa 5 ks. y tiene 3 meses. Con Vaconex por vía nasal cura en 5 días.

Nº 22.—H. V. Clínica particular. Un año. Coriza crónico, que mejora notablemente por la vitaminoterapia local (Vaconex).

Nº 23.—C. E. B. Clínica particular. Inmaduro. Peso al nacer, 2.500 gr. Pecho y completa con leche de mujer ordeñada. Visto a los 3 meses y medio, pesando 5.500 gr. Coriza crónico, otalgia derecha. Percomorphum por vía

nasal y Sanotit en el oído. 17 de septiembre de 1941. Ocho días después pesaba 5.900 gr. y seguía bien. Curó su coriza, siguiendo bien hasta hace poco, en que lo he visto por última vez.

Nº 24.—M. H. M. Historia clínica 15329. El 25 de noviembre de 1939, por coriza desde hace un mes. Cura en pocos días con vaconex.

RESUMEN

En total, sumados estos casos a los que figuran en el trabajo anterior, he podido seguir más o menos prolijamente 41 niños afectados de rinitis crónica. Los resultados obtenidos se pueden clasificar en la siguiente forma: 18 éxitos francos; 8 resultados favorables; 8 mediocres y 7 fracasos.

Los Dres. Damianovich, Mercandino y Ravizzoli, han obtenido también éxitos con esta medicación.

CONCLUSIONES

1º Descartadas las corizas luéticas y diftéricas y las consecutivas a adenoides hipertróficas en grado sumo, como asimismo las rinitis espasmódicas o asma nasal, queda un gran número de niños con catarros crónicos de la nariz, rebeldes a los tratamientos comunes.

2º La lúes innata, y la tuberculosis en su carácter de infecciones crónicas distrofiantes, pueden ser incriminadas como sostenedores de estos estados en múltiples ocasiones.

3º El tratamiento específico y el higiénico-dietético y reconstituyente, con curas climáticas, está indicado en estos casos.

4º La vitamina A, por vía nasal, por su acción local y general como protectora de los epitelios, presta marcados servicios en el tratamiento del coriza crónico. Se la puede emplear pura o asociada a la vitamina D, esta última en dosis débiles.

BIBLIOGRAFIA

Garrahan J. P.—Medicina Infantil, pág. 53.

Damianovich J.—“Semana Médica”, 1940, Nº 21.

Mouriquand.—“Lyon Médical”, 1939.

Vidal Freyre A.—Algunas consideraciones sobre corizas crónicas. “Semana Médica”, 1941, I. “El Día Médico”, año XIII, Nº 9.

H o m e n a j e

de

"Archivos Argentinos de Pediatría"

al

Prof. Dr. Gregorio Aráoz Alfaro



Gregorio Aráoz Alfaro

Jubileo doctoral

La clase médica argentina acaba de celebrar con emoción y orgullo una fecha que jalona la marcha de su progreso. En mayo último Aráoz Alfaro cumplió 50 años de médico. Medio siglo de vida dedicada siempre al estudio, a la asistencia médica, a la docencia, a la prédica constante en favor de la cultura médica y a la ininterrumpida labor en pro de la salud de los argentinos.

La acción continuada de Aráoz Alfaro en el ambiente médico porteño abarca el período de gestación de nuestra ciencia en el país, y de consolidación de la obra universitaria vinculada a ella. Comenzó a actuar cuando la era pasteriana se iniciaba, y con la misma, una profunda renovación de los conceptos médicos y de la práctica profesional, enriquecida entonces con la asepsia y la antisepsia y con los nuevos remedios biológicos. Y cuando la profilaxis y la medicina preventiva llegaban como vanguardia de civilización para sanear y dar salud, y de tal suerte, perspectivas de mayor bienestar a los pueblos.

Asistió al florecimiento de la clínica médica de final del siglo pasado y al empleo inicial de los rayos X, de la punción lumbar, de las pruebas de laboratorio, etc., llegando a actuar más tarde en la era de las enfermedades por carencia, de la quimioterapia, de la endocrinología, y de la medicina social articulada por científicos, estadistas y filántropos. Transcurrieron cincuenta años, el panorama médico cambió totalmente, y el espíritu de los galenos llegó a forjarse de distinto modo, pero Aráoz Alfaro, mantuvo intacta su lozanía intelectual, y hoy, comprende, penetra y asimila lo nuevo, armonizando en forma admirable ese fondo tradicional del médico del siglo pasado, con la información y los conceptos del de estos días. Característica del espíritu de nuestro gran maestro, que enaltece su

personalidad, y que simboliza por así decirlo, media centuria de la historia médica argentina.

Pocos médicos habrán logrado como él, actuar en forma tan múltiple y eficaz: profesional, clínico, profesor, universitario, pediatra, higienista y puericultor, divulgador, publicista, funcionario, representante científico en el extranjero, etc.

Aráoz Alfaro, es el verdadero médico, que sabe actuar con los recursos de su ciencia nutrida en larga observación y con sutil y amplia comprensión humana. Lo hemos visto ejercer siempre con acierto técnico, con buen sentido, y con sensibilidad de bondadoso inteligente.

Es clínico auténtico, que domina la semiología, tiene visión panorámica, no pretende sino aproximarse a la verdad—que ésta no es siempre alcanzable para el médico—y tiene ingenio y serenidad para la actitud terapéutica.

Ha sido profesor eximio. Sus clases de semiología fueron modelo en su aspecto didáctico, en la galanura de expresión; y trasuntaban ese don del docente que aclara los problemas, patentiza los hechos, estimula el pensamiento, y trasmite las nociones en su medida exacta. Aráoz Alfaro será siempre recordado como profesor eminente de nuestra Escuela.

Universitarios se llaman quienes han realizado estudios superiores, o ejercen actividades didácticas o directivas, en los altos institutos de educación pública. Pero al llamarlo gran universitario a Aráoz Alfaro, se pretende destacar no sólo su acción de estudioso y de profesor, sino también su labor en el gobierno de la escuela, sus iniciativas, sus proyectos, etc. Toda una intensa actividad, en materia de docencia libre, planes de estudio, organización, etc. Siempre se adelantó él en la iniciativa, siempre propició el progreso racional y promisorio; nunca, desmayó por el fracaso inmediato de los intentos de renovación. Mucho le adeuda nuestra Facultad en ese sentido.

Su cátedra era de clínica de adultos. Pero, en épocas en que ello fué posible sin desmedro de la eficiencia, Aráoz Alfaro formóse también médico de niños, y contribuyó a crear una escuela pediátrica. Fué jefe de un importante Servicio de Niños desde fines del siglo pasado, servicio prestigioso, en el que actuaron destacados pediatras; todo ello trascendió de modo tal, que Aráoz Alfaro, ocupó siempre un puesto de primera fila, entre nosotros y en el extranjero, como médico de niños, llegando a tener sólida fama en la

práctica profesional. Numerosas son sus contribuciones clínicas y de laboratorio en materia de medicina de la niñez.

La higiene pública fué objeto de su predilección, como lo puso en evidencia en libros, publicaciones en la prensa política y médica, conferencias, etc. Bregó sobre todo en lo relativo a luchar contra la mortalidad y morbilidad infantil, abandono del niño, desnatalidad, profilaxis de la tuberculosis, del paludismo, etc. Ello motivó su designación reiterada de presidente de nuestro Departamento Nacional de Higiene, su actuación en la Liga de las Naciones y en conferencias sanitarias. Puede considerársele como uno de los más eficientes líderes de la medicina preventiva y de la puericultura en nuestro país.

Cabe destacar en especial su dedicación a la tisiología: el conocimiento de esta materia y sus pesquisas y observaciones, todo ello documentado en múltiples escritos, lo colocaron en primer plano como clínico y epidemiólogo en dicha especialidad. Fué fundador y presidente de la Liga Argentina contra la tuberculosis.

Su empeño, mantenido aún hoy con vigor, en divulgar conocimientos de higiene y de profilaxis, y en difundir ideas y propósitos de cultura y de educación, debe ser elogiado con calor. Difícil es medir la influencia que su palabra y su pluma ha tenido en la conciencia sanitaria del país, al practicar noble prédica, brillante y persuasiva, tesonera e indetenible, durante lo que va de este siglo y parte del pasado. Mas, debe creerse que muy grande y beneficiosa debió ser dicha influencia.

Aráoz Alfaro no ha sido solo un publicista científico, sino también un escritor que ha abordado temas de orden político, universitario, histórico y literario, todos ellos vinculados casi siempre a la medicina. Son numerosos sus libros sobre demografía, bocetos históricos de grandes médicos argentinos y extranjeros, etc. Entre ellos se destacan "Estampas y recuerdos del pasado", "Biografía de Rawson", "Semblanzas y apologías de grandes médicos".

Sus comunicaciones sobre casuística clínica, sus memorias y relatos sobre temas de medicina interna, tisiología y pediatría, etc. llenan muchas páginas de revistas argentinas y extranjeras. Es coautor de un gran tratado de Semiología Clínica, y se debe también a él un libro sobre "meningitis cerebroespinal epidémica", de gran valor científico, clínico y documental en la época de su aparición. No es posible extenderse en este artículo sobre lo relativo a Aráoz Alfaro publicista. Pero no puede quedar sin citar su pequeño libro—de múltiples ediciones—"Para las madres", que ha orienta-

do e iluminado a tantas de ellas, libro lleno de sentido humano y muy eficiente entonces.

La actuación de Aráoz Alfaro en el extranjero tiene particular significado. Ha cumplido él, con brillo y competencia, numerosas misiones oficiales del gobierno. Ha prestado así, señalados servicios al país. Pero además, ha contribuído poderosamente en la obra de acercamiento con otros países americanos, particularmente con el Uruguay y el Brazil. Los vínculos espirituales y de afecto que él supiera crear, fructificaron en sus discípulos, colegas y amigos. ¡Cuántos argentinos, fueron beneficiosamente introducidos en el extranjero, mediante la presentación de Aráoz Alfaro! A su obra de orden internacional, la Argentina debe más de una distinción honrosa. Entre otras la que recibiera recientemente del gran país del Norte, al ofrecerle la presidencia y el discurso inaugural del Congreso Americano del Niño (Nueva York, mayo 1942), a nuestro querido maestro, a quien también se le designara doctor honorario de la Universidad de Chicago.

Toda la acción pública de Aráoz Alfaro, toda su obra de universitario y de médico está impregnada de un alto sentido patriótico. Como tantos hombres de tierra adentro, más en contacto con la tradición nacional, habrá sido él particularmente estimulado por hondo cariño al país, conmovido quizás por el recuerdo del terruño: "Agolpánse a mi espíritu las visiones lejanas de nuestros días juveniles, el severo y nevado Aconquija, la pequeña ciudad provinciana tranquila y soñolienta bajo el sol tropical, las grandes quintas de naranjo y las viejas casas solariegas, de vastos patios, con jardines odorantes y árboles umbrosos...". Estas son sus expresiones, llenas de exquisita sensibilidad, tomadas de una de las páginas de sus libros.

La pediatría argentina le debe especial y alto homenaje al profesor Aráoz Alfaro. Siendo aún muy joven fundó un centro de estudio y de investigación en el viejo Hospital de San Roque, donde tantos de nuestros destacados médicos de niños hicieron su aprendizaje de tales. Fué uno de los fundadores de la Sociedad de Pediatría, y participó en congresos y conferencias de la especialidad. Su intervención como relator, comunicante o consejero fué fecunda; y siempre utilísima la acción estimulante de su laboriosidad y su optimismo. Contribuyó a vincular además la pediatría y todo el movimiento médicosocial a favor del niño que se iniciara en la América latina hace un tercio de siglo, llegando a ser él, represen-

tante obligado de nuestros pediatras en los certámenes científicos continentales.

Con Morquio, figura descollante de la pediatría americana, fundó en 1911, los "Archivos Argentinos de Pediatría", cuyas páginas hasta 1930, encerraron gran parte de la producción científica de los médicos de niños de ambas márgenes del Plata, y también de brasileños y chilenos. Después de esa fecha aquella revista se desdobló en los actuales Archivos uruguayos y argentinos, siempre hermanados por fuertes y antiguos vínculos de comprensión y afecto, y bajo la tutela espiritual de Morquio y Aráoz Alfaro.

Es también Aráoz Alfaro, presidente honorario de la Sociedad Argentina de Pediatría, distinción que da idea de la jerarquía máxima que unánimemente se le ha conferido.

"Archivos Argentinos de Pediatría", órgano periodístico, cumple con el deber de exaltar hoy la personalidad de Gregorio Aráoz Alfaro y lo hace expresando con propósito justiciero su respeto y su admiración, y a la vez los arraigados sentimientos de afecto de los pediatras argentinos hacia el gran maestro.

Esta sanción del jubileo pudiera parecer únicamente acto emotivo, recordatorio, sanción académica, como si se cerrara la página última de un largo y valioso libro. Mas no es así, por suerte, porque la plenitud física e intelectual de Aráoz Alfaro, y el vigor que aún pone él en la acción, permite vaticinar sin riesgo de errar, que mucho ha de hacer aún para el bien de sus semejantes.

J. P. G.

El 30 de julio en el gran anfiteatro de la Facultad, se realizó el acto de homenaje, que la Universidad le tributara oficialmente al profesor Aráoz Alfaro, pero que fué también una efusiva manifestación del cuerpo médico, de la sociedad porteña, de muchos hombres representativos del país, de amigos, discípulos y estudiantes. Un público numerosísimo colmó las gradas y el estrado, dando imponencia al acto, al que concurrieron además de las autoridades universitarias, embajadores de los vecinos países de América y algunas delegaciones especiales.

Abrió el acto el decano Prof. Dr. Nicanor Palacios Costa. Hicieron luego uso de la palabra el presidente de la Academia Prof. Eliseo V. Segura y el académico Prof. Dr. Rafael Bullrich; a continuación pronunció el discurso oficial el consejero y profesor Dr. Osvaldo Loudet. Hablaron también, el Dr. Roberto Berro que presidía la delegación uruguaya, y nuestro embajador en Río de Ja-

neiro Dr. Ricardo de Labougle, portador de un saludo y un mensaje—que fué leído por él—de los colegas brasileños.

La ceremonia tuvo profundas notas de emoción, cuando el Dr. Loudet recordó a su padre, desaparecido a poco de recibido, que fuera dilecto compañero de Aráoz Alfaro y cuando este, visiblemente conmovido, expuso de un modo vívido los detalles de su graduación y del juramento—más ceremonioso entonces—prestado conjuntamente con el Dr. Loudet, padre.

Transcribimos a continuación el texto de los discursos.

DISCURSO DEL DOCTOR PALACIOS COSTA

El Consejo Directivo de nuestra Facultad, que me honro en presidir, sancionó, con fecha 25 de marzo y por unanimidad de sus miembros, un homenaje al Prof. Aráoz Alfaro, y este acto inicia esa resolución. Acto académico con motivo del jubileo doctoral del Prof. Aráoz Alfaro.

Muchas veces, en su larga vida de hombre de ciencia, ha recibido el maestro el testimonio de admiración y de respeto de sus discípulos, de sus colegas y de sus amigos, pero ninguno, a mi juicio, tiene el valor del presente. ¿Por qué?, diréis vosotros. Porque este acto se realiza después de un largo período de ausencia en la cátedra oficial, y es el reconocimiento de la autoridad máxima de esta casa de estudios, deseosa de dejar bien manifiesta la apreciación de la obra realizada por este apóstol que, consagrado por entero a un ideal, ha sacrificado todo por su realización.

Son sus discípulos, que ejerciendo funciones directivas hacen un alto en el camino, y olvidando por un momento tareas diarias complicadas y difíciles a veces, quieren testimoniar con el pretexto de una fecha, su admiración por la energía, el talento y la consagración con que ha seguido luchando para imponer ese apostolado de amor y ese sacerdocio del bien (son vuestras frases), que ha sido y es el desiderátum de nuestra profesión.

Ya Hipócrates lo preveía al enunciar en su juramento la fórmula que dice: “Exijo para mi maestro el mismo respeto que para los autores de mis días”.

Nosotros, cumpliendo con el sabio de Cos, consideramos y honramos en Aráoz Alfaro al maestro que nos inició en la primera materia que nos puso en contacto con el enfermo; vale decir, que con él aprendimos a ser médicos.

Maestro: Hay un juramento por vos enunciado al ingresar en la Academia de Medicina, que dice así:

“Juro una vez más entregar a la Humanidad, a la Ciencia y a la Patria todas las energías de mi espíritu”. Vos lo habéis cumplido en todas sus partes; la Humanidad, la Ciencia y la Patria os agradecen

vuestra consagración, y quiera Dios que esta frase, que debiera ser esculpida en bronce, para conocimiento de las generaciones venideras, sirva de lección y haya otros que cumplan sus postulados.

Mañana cuando vuestro nombre designe esa sala del viejo hospital en el que tanto habéis actuado, será la consagración definitiva; y nosotros, vuestros discípulos, complacidos en ese acto de justicia, enseñaremos con vuestro ejemplo y tendremos la satisfacción que deja en el espíritu el haber honrado a un hombre que nos ha dado todo y que nos ha enseñado con su vida tanto como con su ciencia.

DISCURSO DEL DOCTOR SEGURA

El señor presidente de la Academia Nacional de Medicina de Río de Janeiro, Prof. Dr. Moreira Fonseca, en telegrama recibido en el día de hoy, me pide represente a esa ilustre corporación, en este acto solemne en que se tributa tan merecido homenaje al Prof. Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, al festejar el cincuentenario de su brillante y ejemplar carrera médica.

En con verdadera satisfacción que doy cumplimiento al honor que se me dispensa, temiendo tan sólo, que mis palabras no alcancen a expresar en su justo valor la tradicional cultura y la exquisita cortesía que esa ilustre corporación, y cada uno de sus miembros, han dispensado siempre al cuerpo médico argentino, y muy especialmente al Prof. Aráoz Alfaro.

Por mi parte, y conociendo perfectamente los sentimientos de profunda simpatía que nuestro compatriota profesa al cuerpo médico y al pueblo brasileño, puedo afirmar que será grande e íntima la satisfacción que él experimenta en este momento, al recibir por mi intermedio el voto de aplauso de la Honorable Academia de Medicina del país hermano.

Con estos mensajes de cordialidad, se han de estrechar aún más, si es posible, los vínculos de sincera amistad que nos unen con los eminentes hombres de ciencia de aquel gran país, para que marchando así juntos y de perfecto acuerdo en los difíciles momentos porque hoy atraviesa el mundo, podamos contribuir, también nosotros, a mantener la paz y tranquilidad de que hasta ahora gozamos y que constituye el supremo bien que el Todopoderoso nos dispensa.

DISCURSO DEL DOCTOR BULLRICH

La Academia Nacional de Medicina me ha confiado su representación en el acto que celebra el jubileo doctoral del Prof. Aráoz Alfaro, al encomendarme expresarle los plácemes de la docta corporación de la que él es uno de los miembros más ilustres. He aceptado este honor, porque, a través de una larga vida profesional, mi contacto con el Maestro, si no íntimo, ha sido constante y he podido seguir de cerca la magnífica trayectoria de su vida, desde la época ya lejana en que

fué su alumno, allá por el año de 1900. Aráoz Alfaro era entonces profesor suplente de su maestro Roberto Wernicke. Era, ya, el joven y brillante profesor de Patología General y Semiología, un pediatra al que sonreía la fama y un semiólogo que, educado en la disciplina de una cátedra ilustre, había de prestigiarla él mismo al suceder a su maestro en la docencia. Su mentalidad latina marcó, sin embargo una orientación espiritual distinta a la enseñanza de la materia. La Escuela Francesa de Medicina tuvo en él un discípulo ferviente y un portavoz eficaz, lleno de admiración por la personalidad de aquellos grandes clínicos que se llamaron Dieulafoy, Comby, Bouchard, Widál, Achard. Su método de exposición, sintético, claro, flúido y elegante, dióle parentesco espiritual con aquellos maestros, en cuya escuela su nombre era familiar y admirado como el de pocos internistas argentinos y de los que fué colaborador en tratados importantes. Su ansiedad de saber le había llevado, por otra parte, repetidas veces a la Ciudad Luz, en aquella "rive gauche" preñada de historia, de gloria y de tradición, que fué y seguirá siendo, Dios mediante, uno de los polos espirituales del mundo.

Clínico y pediatra, Aráoz Alfaro no se limitó a estas disciplinas; la medicina social halló en él a uno de sus precursores en nuestro ambiente; tarea difícil, ya que en la metodología médica de fines del siglo pasado, el aforismo de que "no hay enfermedades, sino enfermos" daba preeminencia a la casuística que llenaba la literatura revisteril y libraica, a expensas del estudio de las enfermedades de la colectividad y de los procesos generales. Tuvieron que pasar muchos años antes de que se llegara a la convicción de que un tuberculoso es menos interesante que la tuberculosis como enfermedad social, y de que las colectividades padecen enfermedades sociales cuyo estudio y prevención constituyen problemas de una importancia y gravedad excepcionales.

Aráoz Alfaro ha sido el mayor luchador en la campaña antituberculosa, en la presidencia de la Liga Argentina contra la Tuberculosis, y puede afirmarse que él fué el numen y el núcleo de la vasta obra social actual. Con su tesón habitual y su fe de apóstol, condujo la campaña social desde su fundación hasta estos recientes años, sin desmayar en su afán de librar a la patria de un flagelo que su alma de argentino y de filántropo contemplaba con dolor. Estas preocupaciones le inclinaron a nuevas disciplinas científicas y el médico sociólogo se duplicó en un fisiólogo eminente, cuya obra científica y de difusión ha hecho de él, en un momento dado, la primera autoridad de la materia en nuestro país. La lucha antituberculosa está definitivamente ligada al nombre de Aráoz Alfaro y este solo título bastaría de por sí para que el hombre que la concibió y la realizó merezca bien de la patria.

Estos sus merecimientos en demofilaxia le hicieron acreedor a que las autoridades nacionales le llevaran a cargos directivos de nuestra medicina social, y así llegó varias veces a la presidencia del Departamento Nacional de Higiene, lo que le incitó a encarar la lucha contra el paludismo en su Norte Argentino, al que hubiera deseado librar de una endemia que ha mantenido a la población de las provincias norteñas en

una situación de inferioridad biológica que constituye una injusticia social. Desgraciadamente, su prédica no fué escuchada; los fondos que pidió a los poderes públicos no le fueron concedidos y prefirió dignamente, declinar el cargo antes que desempeñarlo dentro de la mediocridad de una estéril rutina burocrática.

Hombre de vasta erudición humanística, su obra cultural es tan importante como su obra científica. Aráoz Alfaro es un conocedor en materia de arte, un escritor de estilo pristino, flúido y armonioso; díganlo si no sus artículos, sus discursos y sus libros, tales como “Las semblanzas y apologías de grandes médicos”, su actuación en el Instituto Popular de Conferencias y en la Institución Mitre, y las representaciones que ejerció de nuestras instituciones científicas y culturales en numerosos congresos en el extranjero. En todas las circunstancias, su vigorosa personalidad ha hecho honor al país, a la ciencia médica argentina y a los ideales de solidaridad humana que sustentó siempre con profética insistencia.

Y así, este hombre incansable ha llegado a sus bodas de oro doctorales sin haber claudicado en su propósito de no detenerse. Cargado de honores y de títulos académicos, pudo pensar en un reposo bien merecido a la sombra de la consideración y de la gratitud de todos. Lejos de ello, su juvenil actividad no decae ni claudica. Bien está que en este momento de su vida nos congreguemos alrededor de él para agasajarle y expresarle nuestra gratitud y nuestra admiración. El marcará sencillamente, con una piedra blanca este recodo del camino y seguirá su marcha, asombrosamente ascendente, hasta la cumbre que él no ha vislumbrado aún. Algo hay en él de la mentalidad de Degas, a quien un joven adulador díjole un día su ambición de llegar como él a la gloria, y a quien el maestro contestó “En mis tiempos, joven no se llegaba nunca”.

Maestro: no sé si habré conseguido interpretar el profundo sentimiento con que la Academia Nacional de Medicina, orgullosa de vos, os rodea en esta hora consagratoria de vuestra personalidad ilustre. Trazar en pocas horas vuestro perfil complejo es poco menos que imposible. Estáis muy cerca de nosotros para poder abarcar en toda su integridad vuestra personalidad y vuestra vida entera. La posteridad será más ecuánime y más justa, y entonces, vuestra figura aparecerá aún más grande y tanto más grande cuanto más lejana, en la historia de la medicina americana, para orgullo de vuestros compatriotas cuando sean, no nosotros, sino quienes nos sucedan, los llamados a emitir el juicio sin apelación de la posteridad.

DISCURSO DEL DOCTOR OSVALDO LOUDET

Señores Académicos; Señor Decano; Señores Profesores; Señoras; Señores:

La Facultad de Ciencias Médicas me ha confiado la honrosa tarea de hacer el elogio del Prof. Aráoz Alfaro, cuyas bodas de oro con

la Medicina se cumplen en el año que transcurre. He aceptado esta áurea misión, superior a mis aptitudes, no sólo como un deber del cargo que desempeño en el gobierno de esta casa, sino como un imperativo de conciencia del que ha sido un discípulo ferviente y leal. Pero debo agregar una razón más íntima y profunda: el destino ha querido que venga a pronunciar la apología del maestro, el hijo del que fué su compañero de estudios y el amigo dilecto de su espíritu. Escucharéis, entonces, no sólo la voz de las generaciones que educó en el amor a la ciencia y a la humanidad, sino la voz resucitada del amigo de sus años juveniles, del hermano en los triunfos iniciales, que dice por la voz del hijo, que si él no pudo ser maestro mío, su condiscípulo lo ha sido, para mi bien, para mi esperanza y para mi orgullo.

Permitidme que, al iniciar este elogio, glose los conceptos con que fundamos este homenaje en el seno del Consejo Directivo. Estas bodas de oro—dijimos—no cuentan únicamente por los años transcurridos. La extensión del tiempo es poca cosa ante la profundidad de ciertas vidas. Estas bodas son de oro con el tiempo y con la vida, porque pertenecen a una existencia consagrada a la ciencia, al bien y al país. Bodas de oro con la ciencia, porque sus obras de clínico, de pediatra y de higienista—que trascendieron los límites de la patria—son las de un sabio eminente, de un médico sesudo, de un vigoroso y clarividente espíritu. Bodas de oro con la enseñanza, porque no se limitó a ser maestro desde la cátedra oficial, sino que fué cúspide de luz fuera de ella, en los escritos, en las conferencias, en los libros, en la plática diaria. Bodas de oro con la profesión, porque durante medio siglo de asistencia al prójimo, en infatigable lucha con la enfermedad, el dolor y la muerte, fué el arquetipo del médico que soñó Hipócrates: “Olvidado de sí mismo en holocausto a la humanidad”.

Los que conocen el itinerario de esta alta y luminosa vida pueden decir que adoptó como lema de su conducta el del moralista Bersot: “Hay que ir a la vida, como se va a línea de fuego: valerosamente, sin preguntar cómo se volverá”. Y ha ido hacia ella con un gran ideal, con un gran amor, con una gran virtud. El gran ideal fué ser un médico ilustre; el gran amor fué la humanidad doliente; la gran virtud fué la generosidad sin límites. Y ha vuelto cargado de años y de laureles, y gracias a Dios, con vigor suficiente para llevar con agilidad los primeros y elevar bien alto los segundos. Ha vuelto después de rudos combates con inmerecidas heridas—profundas heridas del corazón—pero ha vuelto cargado de gloria.

Señoras y señores: Recordemos las sucesivas etapas de su vida ejemplar, en cada una de las cuales realiza un nuevo esfuerzo de superación, cumple con un nuevo deber, ilumina un nuevo problema de interés médico social, se eleva por una nueva conquista y crece su corazón en un nuevo amor. Recordemos lo que trabajó, lo que pensó, lo que amó y lo que venció, para llegar a esta altura magnífica de la vida, donde no hay más ambiciones, ni tempestades, donde sólo existe la luz serena del astro que ha cumplido el destino de iluminar la tierra.

La personalidad de Aráoz Alfaro es multiforme y fecunda. Al in-

tentar hacer su biografía, nos sorprende que ella sea la de un sólo hombre. Es tan densa, varia, fértil y abundante en obras y en ideas, que nos impresiona como las biografías de varios hombres que se hubiesen sucedido en el tiempo y en el espacio. Para conocerlo totalmente, es necesario estudiar al clínico, al pediatra, al higienista, al educador, al publicista y al maestro, y la obra lograda en cualquiera de estos aspectos es suficiente para despertar la admiración, el respeto y la gratitud de sus colegas y conciudadanos.

En la cátedra de Semiología fué el prototipo del gran profesor. Todos los que han sido sus discípulos evocan con emoción las lecciones magistrales. Cada conferencia era un modelo de arte pedagógico, por el planteamiento del problema, el desarrollo y crítica de sus elementos y las conclusiones precisas, transparentes y lógicas. Después de las clases teóricas, se realizaban las clases prácticas en la sala IX del Hospital de Clínicas. Aquella sala era el albergue del mago de la exploración médica. Cada enfermo era un pequeño o grande libro de semiología, y decimos que era un pequeño o grande libro de semiología, porque todo lo que habíamos escuchado antes de sus propios labios o lo que habíamos leído en clásicos tratados, era descubierto por él, con perspicacia; paciencia, seguridad y método. La búsqueda de signos clínicos, visibles o escondidos, claros u oscuros, era su arte y su ciencia: un arte en que revelaba la agudeza y la educación de sus sentidos; una ciencia en que traducía conocimientos vastos y profundos. Nos hacía *ver* en el enfermo lo que nuestros ojos nunca habían visto; nos hacía *oir* lo que jamás habíamos escuchado; nos hacía *palpar* con nuestras manos titubeantes lo que nunca habiéramos percibido.

En el juicio clínico existen dos elementos que los grandes médicos poseen alto grado: la observación y la interpretación. Si la primera depende de la agudeza y educación sensorial y conduce al descubrimiento de los signos clínicos, la segunda exige sólidos conocimientos, larga experiencia, visión de relaciones, síntesis constructivas. El gran clínico tiene el don de los espíritus analíticos, y por eso descubre síntomas, pero también el de los espíritus sintéticos, y por eso construye diagnósticos, correlacionando los signos esenciales y significativos y eliminando los accesorios, difusos y carentes de valor nosológico. Los espíritus exclusivamente analíticos son semiólogos coleccionistas de inúmeros síntomas, incapaces de las síntesis útiles, de las construcciones nosológicas sólidas y auténticas. Los espíritus exclusivamente sintéticos, impacientes y rápidos, son propensos a las generalizaciones prematuras y, despreocupados de los análisis minuciosos, edifican sus diagnósticos con elementos insuficientes, siendo víctimas del "impresionsismo clínico".

En Aráoz Alfaro existen reunidos, en proporciones armoniosas, las virtudes del espíritu analítico—semiólogo prolijo, agudo y perspicaz— y del espíritu sintético—clínico de alto vuelo, que no pierde la visión panorámica del cuadro sintomatológico y sabe valorar los signos clínicos y coordinarlos lógicamente para edificar el diagnóstico exacto de las entidades nosológicas. Este equilibrio entre el fino análisis y la sín-

tesis lógica caracteriza los espíritus superiores. Observan con exactitud, comprenden con facilidad, interpretan con agudeza, crean con lucidez. Su cátedra de Semiología fué una escuela de clínicos, que, como su maestro, fueron instruídos, sagaces, prudentes y probos. El practicó en su cátedra lo que predicó a los discípulos que siguieron la carrera del profesorado: "El profesor actual ha de ser erudito, conocedor de la enorme literatura médica de nuestra época; ha de ser observador y experimentador por sí mismo, formado en métodos modernos y disciplinas severas; ha de tener, en fin, las condiciones de exposición necesarias para transmitir lo que sabe a sus discípulos, atrayendo su atención. Ha de saber, sobre todo, despertar su curiosidad y darles las fórmulas y métodos de trabajo que les permitan ser ellos mismos los descubridores de la verdad".

Aráoz Alfaro fué el iniciador o el propugnador, en nuestro país, de nuevos métodos o procedimientos de diagnóstico, entre los que merecen recordarse, las pruebas tuberculínicas, el citodiagnóstico, la punción lumbar—por la cual tuvo que luchar muchos años para que fuera aceptada entre nosotros—y contribuyó en primera línea a estudiar o descubrir en nuestro medio enfermedades poco o nada conocidas, como la enfermedad de Barlow, la meningitis cerebroespinal, ciertas formas de la enfermedad de Heine-Medin y algunas tuberculosis larvadas.

Al lado del clínico general, es necesario que analicemos al médico de niños; su inclinación hacia esa especialidad está explicada por su psicología. El médico de niños no puede ser un hombre frío, áspero, impaciente; el médico de niños debe ser un hombre impregnado de dulzura, de bondad inagotable, de paciencia benedictina. Por eso decía el viejo Blancas que: "cualquier médico no puede ser médico de niños". "La manera de presentarse ante el paciente, el acento dulcificado de la voz, la aparente indiferencia hasta tanto que el niño se haya habituado a su presencia, el modo de tomar el pulso, de apreciar el calor, de examinar el vientre, la manera de auscultar y percudir el pecho, en una palabra, el empleo de todos aquellos procedimientos que son necesarios, imponen al médico de niños cierta manera de ser que de ningún modo es requerida por el adulto".

Si en el examen del adulto, en su clases de semiología, Aráoz Alfaro desarrollaba un arte maravilloso en el interrogatorio y en la búsqueda de los signos, en el examen del niño—donde no hay interrogatorio posible—su atención adivinatoria, después de un delicado examen, parecía fuera del orden natural. Recordábamos entonces, aquella frase evangélica de San Pablo: "Sus ojos han sido hechos para ver lo invisible". Así era, en efecto; ningunos ojos veían lo que sus inmensos ojos, porque no eran ellos los que veían, sino el espíritu y el corazón, iluminados por la ciencia y por el amor.

En 1893 fué designado, por concurso, Jefe de la Sala de Niños del Hospital San Roque. El concursante era digno del jurado, que estaba constituido por una constelación médica de primera magnitud. Lo integraban José Ayerza—Director de la Asistencia Pública—, Ri-

cardo Gutiérrez, Antonio Arraga, Desiderio Davel, Angel Centeno y Alejandro Castro. Desde el momento que asumió la jefatura de esta Sala la transformó en un "instituto de investigación y de estudio", dictando numerosos cursos libres a los cuales concurrían médicos y estudiantes. Aquel Servicio fué una de las Escuelas más prestigiosas de la Pediatría Argentina y de allí salieron profusión de trabajos sobre trastornos gastrointestinales, alimentación artificial, afecciones broncopulmonares, sífilis hereditarias tardías, meningitis cerebrospinal, tuberculosis difusas, etc.

El autor de "El Libro de las Madres", frente al niño enfermo, fué algo más que un eficaz médico tratante. Toda su ciencia médica, ante la tierna criatura y ante la madre angustiada—binomio del dolor y de la esperanza—estaba guiada por los sentimientos de la piedad y de la ternura. El ha escrito estas conmovedoras palabras delante del párvulo sufriente y abandonado: "Es siempre penoso ver sufrir a un hombre. Pero el dolor del niño, el hambre y la sed y el sufrimiento de la criatura inocente y frágil, que no pecó nunca ni conoce el mal y el grito plañidero de ese pequeño ser de encanto y de ternura, desamparado y débil, al que un poco de frío deseca y mata, como la helada al blanco lirio de los campos ¡ah!, ese dolor y ese sufrimiento tan injustas, tan crueles, remueven hasta el fondo todo lo que hay de bueno y de noble en nuestras almas y sube hasta el cielo, en plegaria de amor y de redención, en protesta contra los hombres malos que no saben, que no quieren evitarlos".

Autoridad prestigiosa la del Prof. Pedro de Elizalde para juzgar la obra del Maestro. El dijo, en su conferencia inaugural de la cátedra de Puericultura: "El Dr. Aráoz Alfaro es el apóstol de la puericultura en la Argentina. Su acción en los elevados cargos que ha desempeñado y su prédica ininterrumpida durante cuarenta años, notablemente consagrados a la protección y a la asistencia infantil, son el basamento de casi todo lo que el país ha realizado en esta materia".

Si amplia y profunda es su obra de clínico y pediatra, su labor en el campo de la Higiene y la Medicina Social ha sido inteligente, abnegada, continua y fecunda. En la Cátedra y en el libro predica: "Que la medicina es hoy una ciencia eminentemente social, que para cumplir su deber en las sociedades modernas, el médico tiene que poseer a más del arte técnico, una vasta cultura general que le permita entrar hondo en las causas de los males e influir benéficamente para removerlas. No hay rama más noble de la Medicina—agrega—que la que se dedica a prevenir las enfermedades y los dolores humanos y que todos los médicos, cualquiera que sea su especialidad tienen el deber de conocerlas". Y cumple esta misión altruista, llena de sacrificios y sinsabores, desde la Presidencia de la Liga Argentina contra la Tuberculosis y desde la Presidencia del Departamento Nacional de Higiene, para el cual fué elegido en tres períodos diversos. Sería imposible relatar aquí sus múltiples trabajos de fisiólogo y sus clarividentes campañas de higienista; sólo voy a referirme a uno de los problemas que estudió con visión de estadista y de sociólogo.

En su discurso de recepción en la Academia de Ciencias Morales y Políticas ha tratado un tema que le pertenecía por su índole y que le ha permitido expresar sus ideas sobre problemas fundamentales para el progreso del país. En efecto, en su notable conferencia sobre "Política Demográfica" ha trazado un programa de acción médicosocial que merece nuestro comentario. Después de sostener que el problema demográfico es el problema de los problemas, no solamente en los países europeos sino especialmente en nuestro país; después de recordar la conocida sentencia de Alberdi "gobernar es poblar", Aráoz Alfaro advierte y subraya que Alberdi quería una inmigración seleccionada, y agrega: "La inmigración no puede ser sino un elemento de secundaria importancia en la política demográfica argentina de la época actual; el problema capital reside en asegurar el crecimiento vegetativo y el mejoramiento de la población nativa". Rechaza, con razón, la fórmula de Pietro Verri, según la cual "la única medida del poder de un estado está en el número de sus habitantes". Para él es un error asignar un valor excesivo a la cifra de población. Tanto como ella, más aún que ella, interesa "la clase de población, la calidad, sus condiciones de salud, de trabajo, de inteligencia, de perseverancia". A la fórmula de Tilliet "un pueblo no se compone de bienes ni de provincias sino de hombres", Aráoz Alfaro agrega: "de hombres sanos, vigorosos, inteligentes, capaces, voluntariosos; no de enfermos, inválidos, deficientes mentales, incapaces de trabajo útil, parásitos, que desgraciadamente aumentan con la mala inmigración o con la miseria y la denutrición en el interior del país".

Estudia, Aráoz Alfaro, la estructura de nuestra población nativa, la natalidad y mortalidad infantiles, los factores económicos y morales que explican nuestra desnatalidad y propugna la protección integral a la infancia, una inteligente organización sanitaria y una mejor asistencia social. Penetrando profundamente en el gran problema de la denatalización considera los factores económicos como secundarios y coloca en primera línea a los morales, adhiriéndose en esta forma a la tesis de Siderey. "Las causas primeras son, no lo dudemos—dice—de origen psicológico y moral: relajamiento del sentimiento del deber, ausencia de imperativos de conciencia, exaltación creciente del deseo de gozar de la vida, de los placeres y las frivolidades que ofrecen las ciudades". Sostiene el Maestro que para levantar la natalidad es necesario crear una mística patriótica o mística religiosa y termina afirmando, una vez más, "que la natalidad no cesará de declinar, no aumentará sensiblemente, sino por imperio del espíritu, de las fuerzas morales, que en esto, como en todo, como siempre, ejercen y ejercerán el supremo dominio de las almas".

Las más fundamentales cuestiones medicolegales han sido su preocupación constante durante medio siglo de vida activa y sin descanso, y en libros, revistas, diarios y folletos ha estudiado la asistencia y protección de la infancia "comprendida, naturalmente, la de la madre" que, según su feliz expresión, "es el mejor seguro de vida para el hijo", el alojamiento salubre y la alimentación de las clases trabajadoras, el

seguro contra la enfermedad y la vejez, la profilaxis del alcoholismo y de las enfermedades contagiosas y, entre ellas, particularmente, de las más terrible y mortífera de todas: la tuberculosis, sin dejar de reconocer que “el alcoholismo está en el fondo de todas las degeneraciones y miserias”.

La obra realizada por el Prof. Aráoz Alfaro en el estudio de los problemas univertarios es de difícil parangón con la de otros eminentes maestros de la Escuela. Cuestiones tan importantes como el gobierno de las Facultades, el régimen del profesorado, la docencia libre, los trabajos prácticos, la enseñanza de las materias clínicas, la preparación previa para el ingreso, la creación de cátedras útiles y otras Ordenanzas inspiradas en el alto propósito de mejorar la moral universitaria fueron objeto de su profunda atención y meritorios afanes.

Fué un reformista en el honesto sentido de la palabra, pensando que la reforma debía venir de adentro hacia afuera, es decir, del mejoramiento de la enseñanza, de la cultura de los profesores, de la disciplina de los alumnos y no del tumulto de la calle, de los intereses de los partidos y de la presión de los gobiernos. Si nuestras Universidades han sido, en general, “casas de exámenes” en lugar de “casas de estudios” gravísimo sería que terminasen en “casas de elecciones”. Esto lo hemos repetido nosotros en muchas oportunidades, porque la fundamental y única actividad en la enseñanza superior es el estudio y la investigación. El electoralismo es la enfermedad moral que la corrompe. Nada más distante de la serena majestad de la cátedra que el frío cinismo de las tribunas proselitistas. Nada más lejos de los métodos científicos que la inmoralidad de ciertos procedimientos políticos. Debemos aplicar esta fórmula: Más clases y menos exámenes, más estudio y menos elecciones.

Aráoz Alfaro propugnó reformas que parecieron en aquel entonces atrevidas y hasta revolucionarias, cuando en realidad, aplicadas oportuna y paulatinamente, hubieran evitado a la Universidad dolorosos acontecimientos.

El fué el primero que propicio la docencia libre en 1906. En su proyecto armonizaba la mayor liberalidad con las legítimas exigencias de preparación y de aptitud docente, pero exigía, sobre todas las cosas, la moralidad del candidato, la información de “vita et moribus”, es decir, vida y costumbres, que las consideraba indispensables hoy entre nosotros, ya que “por desgracia, exigencias de la vida, en parte, el descenso general de la moralidad, quizá, han ocasionado en los últimos tiempos en nuestro país explosiones lamentables de charlatanismo y de incorrección que todos debemos tratar de corregir”.

Todos los proyectos de Aráoz Alfaro se inspiraron en el lema: “Libertad de aprender, libertad de enseñar”. Pero él entendió este lema como todos los hombres inteligentes, honestos y de responsabilidad. La libertad de aprender tiene sus límites trazados por la capacidad para aprender. Libertad de aprender para los capaces, para los inteligentes, para los perseverantes y para los honestos, porque el conocimiento de las técnicas científicas por parte de insuficientes y de inmo-

rales es un arma peligrosísima contra la vida física y moral de la sociedad. Libertad de aprender, sí, para aquellos de todas las capas sociales con aptitudes probadas para determinadas disciplinas, con vocaciones auténticas para cultivarlas, con sensibilidad moral para embelesarlas, con un gran amor por el país para servir las. Libertad de enseñar, sí, pero también para los más capaces, para los que sientan la enseñanza como una misión superior, como la tarea más noble, y piensan, con Renán, que cambiarían todas las profesiones del mundo por la más humilde de maestro.

Es muy difícil que existiera en la Facultad un Profesor que lo haya superado en capacidad docente y en cultura universitaria. *No llegó nunca a ser el Decano de la Ley; pero fué, en cambio, el Decano Moral de muchas generaciones.* Es el maestro por antonomasia, el que nació con el don extraordinario de sembrar las ideas con magnanimidad y con paciencia; de comunicar el entusiasmo por la verdad, porque la verdad, era su culto; de guiar a los discípulos por las altas y abruptas cumbres de la ciencia para avizorar nuevos horizontes; de transmitir, con unción casi mística, la luz que había encendido en su propio espíritu después de afanosas búsquedas y doloroso esfuerzo. Enseñar fué el verbo luminoso que conjugó toda la vida. Enseñar con honrada, con generosidad, con sacrificio, sin egoísmo, sin mezquindad, sin reticencias. Por eso sus lecciones tenían la diafanidad de los días claros. Eran mañanas luminosas y serenas para nuestras inteligencias juveniles, ávidas de ciencia, de fe y de esperanza.

En su discurso de recepción en la Academia Francesa, Renán pronunciaba estas palabras al hacer el elogio de Claudio Bernard: "La inteligencia humana es un conjunto tan bien unido en todas sus partes, que un gran espíritu es siempre un gran escritor. El verdadero método de investigación supone un juicio firme y claro, que implica sólidas cualidades de estilo. Existe una lógica en una tragedia de cinco actos como en una memoria de fisiología". Exacto y agudo juicio del gran pensador francés. Los altos espíritus científicos transmiten las ideas en forma sobria, nítida y precisa, y le dan a las verdades un ropaje de belleza que es consustancial con la verdad misma. No es osado decir que ciertos cuadros diagnósticos trazados por los grandes clínicos —Trousseau, Charcot, Régis, Widal— tienen la belleza de ciertos cuadros pictóricos, en que el exacto dibujo, el detalle sorprendente, el claroscuro de la realidad palpitante, integran la armonía de la obra total. Un cuadro de psiquiatría clínica de Dupré, vale un cuadro pictórico de Rembrand.

Las obras científicas e históricoliterarias de Aráoz Alfaro, por su estilo sobrio, preciso, transparente y fácil, son las de un auténtico hombre de ciencia y pertenecen también a un hombre de letras. Ha dicho en más de una ocasión que "no escribía por prurito literario, sino solamente para difundir conocimientos útiles, para defender ideas o para combatir errores o faltas colectivas". Sus libros "Educación y Política", "Estampas y Recuerdos del Pasado", "Semblanzas y Apologías

de Grandes Médicos”, “Biografía de Rawson”, confirman sus nobles propósitos.

Los panegíricos de Pasteur, Laënc, Koch, Murri, Couto, Osvaldo Cruz, Morchio, son esculturas biográficas, dignas de una gran pluma.

Su libro sobre Rawson constituye, indudablemente, la culminación de sus panegíricos y creemos que tan grande hombre no pudo haber encontrado un biógrafo más comprensivo de su obra de estadista y de médico. Descubrimos muchas veces entre el biografiado y el biógrafo una cierta afinidad espiritual, la misma profunda vocación, un mismo ideal en la conducta, una misma simpatía por determinados problemas del hombre. Cuando todo esto existe, la afinidad, la vocación, el ideal, la simpatía, el autor del retrato, tiene con seguridad un éxito pleno, porque al pintar al modelo elegido encuentra en él algo de sí mismo y lo siente como un hermano mayor. Es el caso de Aráoz Alfaro frente a Guillermo Rawson.

Como Laënc, el inmortal inventor de la auscultación, cuya admirable biografía ha trazado Aráoz Alfaro, él ha tenido como libros de cabecera, los “Aforismos” de Hipócrates, los “Ensayos” de Montaigne y las “Vidas Paralelas” de Plutarco. En el primero ha encontrado la sabiduría médica del genio griego; en el segundo la sutil exploración de las recónditeces del espíritu humano; en el tercero los ejemplos de las vidas que merecían ser imitadas por sus altas virtudes.

Amado Maestro:

Tenía razón aquel sabio medicolegista que se llamaba Lasegue, cuando distinguía en los períodos de la lúcida vejez, una primavera, un otoño y un invierno y cuando afirmaba que la primera empieza a los sesenta y cinco años y termina diez años después. Los que conocen vuestra figura todavía enhiesta, vuestro vigor mental indeclinable, los productos intelectuales de vuestro espíritu y vuestro sano optimismo sobre el triunfo de la ciencia, de la justicia y del bien, pueden decir que el maestro francés tenía razón, y que estáis en la primavera de la vejez.

Gloriosa primavera de vuestra vejez porque todavía nacen flores del espíritu para encanto y regalo de vuestros discípulos. Gloriosa primavera la de vuestra vejez, porque en el corazón se escucha todavía el canto de la esperanza, del ensueño y de la ternura. Gloriosa primavera, porque vuestros ojos, gracias a Dios, pueden ver con claridad y dulzura infinitas, todo el bien que habéis hecho y toda la luz que habéis vertido sobre la tierra bien amada!

DISCURSO DEL DOCTOR ARAOZ ALFARO

Señor Rector de la Universidad; Señor Presidente de la Universidad de La Plata; Señor Decano; Señores Embajadores y Ministros; Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina; Señores Consejeros y Profesores; colegas y amigos; jóvenes estudiantes; señoras; señores:

Para vosotros, es éste el día de la generosidad.

Para mí el del reconocimiento. Reconocimiento íntimo y hondo, al Consejo de la Facultad, desde luego, a su digno Decano y al Consejero Loudet, autores de la generosa iniciativa; a todos vosotros, que habéis querido ser nobles y afectuosos ejecutores de las resoluciones tomadas por aquél.

La expresión de mi hondo reconocimiento también para las instituciones y los colegas que desde los países amigos me han enviado su calurosa adhesión o se han hecho representar en este acto. En particular para los eminentes y queridos amigos, Roberto Berro, Presidente del Consejo del Niño del Uruguay; José Bonaba, Profesor y Director del Instituto de Pediatría de Montevideo; Leone Bloise, Presidente de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, y Víctor Escardó y Maya, Secretario del Instituto Internacional de Protección a la Infancia, que me han traído el abrazo cordial de los amigos de ese país que tanto quiero; al ilustre Presidente hasta ayer de la Academia Nacional de Medicina de Río de Janeiro, mi dilecto amigo Aloysio de Castro y al Presidente actual, el eminente Prof. Moreira da Fonseca que han preparado y encabezado el magnífico pergamino de la clase médica brasileña, tan ilustrada como culta, que tan amablemente acaba de entregarme el embajador Labougle y cuya generosa dedicatoria lleva el timbre de la tradicional hidalguía de ese gran pueblo; a la Academia de Medicina de Lima, cuyo mensaje, digno de la nobleza señorial del pueblo del Perú trae la firma de otro amigo dilecto, Carlos E. Paz Soldán, uno de los higienistas más prestigiosos de Hispano América; a la Facultad de Medicina y la Sociedad de Pediatría de Asunción del Paraguay, dignamente representadas aquí por el Prof. Finis y la Dra. Frutos; a los colegas de Chile, Cuba, Bolivia y otros países cuyos telegramas me traen una palpitación simpática de esa solidaridad de ideas y sentimientos que, por suerte, afirma cada día más en nuestra América.

¡Día de recuerdos también! Habéis de permitirme que los evoque, ya que me hacéis el honor de festejar mis cincuenta años de médico. Recuerdos remotos del día en que el tímido bachiller de poco más de 15 años, recién llegado de su Tucumán nativo, presentábase a la Secretaría de la Facultad—ubicada entonces en una casa baja de la calle Tacuarí entre México y Chile—con sus certificados del Colegio Nacional para matricularse en primer año. Recuerdos de ese primer año, difícil como todos los comienzos, de las elegantes clases de histología del Dr. Tamini, de las de anatomía de un anciano venerable, el Dr. Gonzá-

lez Catán, y de las largas horas de disección anatómica, bajo la dirección del sabio italiano, César Milóne, en la barraca de madera que había de edificarse la Facultad, y a la que llegábamos en los días fríos y lluviosos de invierno, enlodados hasta media pierna con el barro de las calles circundantes, no pavimentadas todavía. Recuerdos de los años posteriores en que la fisiología, la patología general y la terapéutica iban acrecentando nuestro gusto por los estudios médicos, y de los últimos, en que las hermosas conquistas del laboratorio y la frecuentación de las clínicas dábannos cierta orgullosa sensación de semimédicos, agrandando y embelleciendo el panorama de la ciencia y el arte, abrazados con fervor y entusiasmo.

Y, en fin, postrera etapa, la laboriosa preparación del examen general en tres términos y la presentación de la tesis, elaborada con conciencia y con amor.

El 4 de mayo de 1892—hace medio siglo—ascendíamos tres jóvenes alumnos las gradas del local de la Facultad (hoy Maternidad Pedro A. Pardo), para rendir el último examen que nos consagrara doctores en medicina y cirugía.

He referido, en varias ocasiones, la solemnidad con que realizábase ese acto final. La tesis manuscrita era examinada por un académico, un profesor titular y otro suplente cuyo dictamen favorable esperaba el Decano para aprobarla y autorizar su impresión. Teníamos, no obstante, que sufrir un examen público. A él nos presentábamos en severo traje de etiqueta, afectuosamente rodeados por miembros de la familia, compañeros y amigos. El tribunal, presidido siempre por un académico (la Academia era entonces el cuerpo dirigente de la Facultad), estaba constituido, además, de los profesores titulares y dos suplentes, por lo menos, incluso los que habían ya estudiado la tesis.

Llegádole el turno, el candidato ascendía a una pequeña tribuna, en cuyo frente leíase, en letras de oro, esta inscripción: "Dios te instituye sacerdote del sagrado fuego de la vida". A una indicación del Presidente, comenzábamos la lectura de la tesis impresa hasta que era interrumpida para que los profesores, por turno, le interrogaran sobre la tesis misma o sobre las "proposiciones accesorias", especie de tesis menores referentes a las diversas materias del plan de estudios.

Aquel día, dos de los examinados, tuvimos la suerte de que, después de leída la introducción de nuestro trabajo, los dos profesores designados para interrogarnos, en vez de hacerlo, nos dirigieron una breve alocución encomiástica referente a la tesis y al concepto que habíamos merecido por nuestros estudios médicos, terminando con votos cordiales por el éxito de nuestra carrera profesional. Eran maestros diletos que, a su vez, nos querían porque nos habían visto trabajar asiduamente a su lado, y pusieron en su pequeña arenga casi tanta afectuosa emoción como la que experimentábamos nosotros mismos.

Y fué en este estado de ánimo que prestamos el solemne juramento y recibimos el colegial abrazo de nuestros examinadores y amigos,

una vez que el Secretario leyó personalmente las clasificaciones que nos agraciaban con la más alta nota y la felicitación de la mesa.

No es por pueril vanidad, señores, que he recordado estos detalles. Es porque el compañero a quien, como a mí, cupo tan alta distinción, el más sobresaliente de nuestro curso, el primero de todos y a quien correspondió la medalla de oro, merecida no sólo por las más altas clasificaciones, sino porque su saber, su talento, su agudeza espiritual destacábanlo, sin duda, sobre todos nosotros, llamábase Osvaldo Loudet. Y porque es hijo primogénito de ese compañero tan sobresaliente, cuya carrera, brillantemente iniciada, fué casi inmediatamente tronchada por el destino, quien me ha honrado hoy dirigiéndome la palabra en nombre de la Facultad.

¡Digno hijo de ese gran padre, adornado como él, de las más altas dotes de la inteligencia, de una madurez de pensamiento manifiesta desde la primera juventud, y cuya acción está rindiendo los mejores frutos a esta Escuela, a la Universidad y a la cultura argentina!

¡Cuán grande es mi pena, Dr. Loudet, al pensar que aquel compañero eximio y querido no haya podido llegar hasta este día en que la Facultad, donde nos formamos él y yo festeja los 50 años de nuestro doctorado! El habría sido, sin duda, alguna, la primera figura médica de nuestra generación, como lo fué cuando estudiante. Con honda emoción, quiero asociar a este acto la grata memoria de quien, si hubiera vivido, sería ciertamente el centro de esta fiesta. Y evoco también el dulce recuerdo de la gran mayoría de los compañeros que fueron cayendo en el camino de la vida, unos muy al principio, pero señalándose ya por su talento y la rara eficiencia de su acción, como Tiburcio Padilla, otros más tarde, habiendo logrado sobresalir como personalidades destacadas en el ejercicio y en la cátedra, como Horacio Piñero, José F. Molinari, Máximo Castro.

Estoy evocando a los muertos queridos, señores. Y no pueden faltar, al lado de los compañeros desaparecidos, las figuras de nuestros maestros, de aquellos a quienes debimos nuestra formación profesional, científica y moral. Ya he hecho en otra parte el elogio de los profesores de ese tiempo, ciertamente menos sabios y menos eficientes que los de ahora, pero que, juzgados en su época y en su ambiente, fueron todos dignos de respeto y gratitud, unos por su saber y capacidad técnica, otros por su buen sentido clínico, todos por sus virtudes, por su rectitud y su honestidad y porque fueron los iniciadores o, por lo menos, los artífices complacientes de los progresos y las reformas benéficas en la enseñanza que iniciáronse precisamente entonces.

Empero, hay, entre los profesores de ese tiempo, dos cuya personalidad tengo hoy el deber y el placer de destacar especialmente porque a ellos les debo mis mejores entusiasmos, esos que hacen florecer en el ánimo del discípulo las aptitudes que orientan la vida e inspiran el ansia de la propia superación. Esos dos grandes maestros fueron, para mí, un hombre de laboratorio—Telémaco Susini—y un clínico—Gregorio Chaves.

Susini, hízome el favor de elegirme para ayudante suyo en el La-

boratorio de la Asistencia Pública. A su lado aprendí micrografía y química clínicas y me inicié en el estudio práctico de la bacteriología y la anatomía patológica. Llevóme luego, en el mismo carácter, a su cátedra en la Facultad, donde serví varios años en la Sección de Bacteriología a cargo de un gran estudioso, Carlos Malbrán, antes de que se le creara cátedra propia. Allí adquirí un bagaje de conocimientos que me fué de considerable valor en mis estudios y, ulteriormente, en la docencia. Más en el contacto diario con el alto y bello espíritu de Susini, recogí, además, enseñanzas morales de orden superior que habían de animar y embellecer mi vida entera: su entusiasta fe en el mejoramiento sanitario, intelectual y económico del pueblo.

Por todo eso, he escrito de él que “fué para muchos, pero especialmente para mí, el primer maestro en la verdadera acepción de la palabra, el maestro que al propio tiempo que enseña, despierta en los discípulos el entusiasmo, suscita o afirma la vocación, ennoblece el espíritu con generosas aspiraciones y altos ideales”.

Quiero hoy proclamarlo a voces para que los jóvenes que me escuchan sepan que Susini—cuyo nombre lleva, merecidamente, el Instituto de Anatomía Patológica—fué “no sólo el técnico acabado, que se había familiarizado en Alemania y Austria con los métodos a los cuales debíanse los notables descubrimientos recientes, sino también el propagandista entusiasta de las nuevas doctrinas en el campo de la medicina y de la higiene, en consejero obligado de los poderes públicos y de las autoridades sanitarias. Y ese entusiasmo suyo contagiábase rápidamente a cuantos nos aproximábamos y le veíamos trabajar a diario con un ardor y una convicción que no habíamos hasta entonces conocido. Todos sentíamos el poderoso ascendiente de su espíritu nutrido de ciencia positiva y de su verbo elegante, colorido y flúido, que traducía el constante movimiento de su clara y ágil inteligencia”.

“Retirado de la cátedra, vivió aún largos años sin que su espíritu quedara ocioso jamás. Los grandes problemas sociales le preocuparon hasta sus últimos días. Porque su alma era grande, porque había visto muchos dolores y muchas iniquidades, porque ansiaba el reinado del amor, de la bondad y de la equidad entre los hombres, trabajó empeñosamente hasta el fin de su vida, con el pensamiento, la palabra y la pluma, por corregir las injusticias sociales, por la elevación de los humildes, por la verdadera grandeza y la felicidad de la patria” (1).

El otro maestro modelo fué Gregorio Chaves. Estudié clínica médica también con Ubaldes y Ayerza, cuyo elogio he hecho públicamente, pues guárdoles cariño y gratitud. Mucho debo a ellos por cierto. Pero a ninguno como a Chaves, en cuya proximidad inmediata viví muchos años.

Fisonómicamente, está bien representado en el busto de Benlliure que se alza en el Hospital de Clínicas frente a la Sala de trabajo. “Tenía exteriormente—he dicho—la sequedad aparente de su tierra natal, la lejana Rioja, pero así como aquella tierra árida, cuando bien

(1) *Aráoz Alfaro*.—Crónicas y estampas del pasado. 1938. (Telémaco Susini, pág. 257.

regada, da abundante cosecha de excelentes frutos, así también Chaves tornábase, en la intimidad, acogedor, cordial y generoso y cultivado su espíritu, pudo dar a la medicina y a la cátedra frutos bien sazonados.

Tanto como Susini de quien acabo de hablar, era fogoso, efusivo y movedido, era Chaves parco, serio, prudente. Médico y profesor, continuó siendo como el estudiante a quien admiraban sus compañeros: laborioso, regular y metódico, sin prisa, al paso lento, pero firme y sostenido con que el arriero andino conduce su mula, seguro de llegar al fin del largo viaje, sin entusiasmos excesivos ni ímpetus peligrosos, sereno y reflexivo.

Era, como dijo Sicardi—otro gran clínico—observador y tranquilo. “Era un poderoso analista. Usaba todos los medios científicos para interpretar al enfermo, esa esfinge tan llena de enigmas y de misterios. Y cuando su mente estaba satisfecha, reunía los fragmentos y arquitecturaba la síntesis”.

He trabajado mucho a su lado. “Le he visto de cerca en los años más importantes de su vida y puedo dar fe de su amor por la ciencia, de su amor por la verdad, de su interés afectuoso para los enfermos, de su austeridad y, sobre todo, de su empeño por inculcar a los jóvenes el método y la prolijidad en el examen del paciente, la desconfianza de las primeras impresiones, y la necesidad de ratificarlas o rectificarlas por la observación repetida y desprevenida”.

“Enseñó con la palabra y con el ejemplo; inició a los jóvenes en el difícil arte de la clínica y fué para ellos un modelo de honestidad sin sombras, de elevación moral jamás discutida, de vida noble y digna, de estudio, de trabajo y de amor ⁽²⁾”.

He pagado señores mi justo tributo de gratitud a los maestros de quienes recibí más beneficios. No excluyo a todos los profesores. Todos me dieron algo de sí, y, desde luego, ejemplo de conducta honrada y recta.

Alargaría demasiado esta oración, que debe ser breve, si me detuviera a mencionar todos aquellos a quienes debí bondades o favores particulares, pero no quiero dejar de recordar con especial reconocimiento, a José M. Astigueta, erudito y sabio profesor de Fisiología, espíritu progresista y de iniciativa, a quien mucho debió la Escuela; a Enrique del Arca, excelente clínico, terapeuta ilustrado, decano reformista, de ideas avanzadas, espíritu noble y bondadoso, henchido de generosidad; a Facundo Larguía pediatra experimentado y perspicaz a quien en su cargo de jefe de clínica del Prof. Blancas, debí mis buenas nociones en medicina infantil y el entusiasta interés por esa difícil especialidad.

Más tarde, en los comienzos de la docencia, cuando hube logrado, por concurso, el cargo de profesor suplente de Patología general y ejercicios clínicos, tuve la buena fortuna de encontrarme al lado de otro maestro superior. Fué el titular de la cátedra, Don Roberto Wernicke, un digno modelo de profesor, sabio, laborioso, metódico, severo

(2) *Aráoz Alfaro*.—Crónicas y estampas del pasado. 1938. Gregorio N. Chaves, pág. 201.

de aspecto pero cordial en el fondo, animado de ferviente celo por la seriedad y el adelanto de los estudios médicos.

Había sido el fundador de la parasitología argentina, el primer micrógrafo y bacteriólogo entre nosotros, que trabajó durante muchos años independientemente, a su propio costo. “Un tanto intransigente e intolerante, como todo el que tiene convicciones profundas; un tanto autoritario, como que se educó en Alemania, en la escuela de la disciplina y de la subordinación, fué tachado por muchos de exageradamente severo y numerosos estudiantes creyeron ver en él un contradictor permanente, casi un enemigo”.

Pero yo que le ví por mucho tiempo muy de cerca, pude decir en verdad cuando creada la nueva cátedra de Semiología, que me fué confiada, se retiró de la Escuela, que “esa severidad aparentemente excesiva no era sino el sentimiento intenso de la responsabilidad del maestro, la conciencia íntima de la dignidad profesional, el convencimiento de la necesidad absoluta del trabajo constante y obstinado, del esfuerzo dolorosamente fecundo, preciso fundamento de toda ciencia y de todo progreso” (3).

Para mí, Wernicke fué el universitario completo, el profesor tipo a quien procuré imitar en lo posible.

Ya veis, señores, si algo he merecido de los elogios que acabáis de oír, el mérito corresponde principalmente a esta querida escuela y a los hombres que en ella me enseñaron ciencia y conducta.

En otro sitio y en otra ocasión, he de pagar también el tributo de mi gratitud a los grandes maestros que en Francia, en Alemania, en Italia, concluyeron de darme con sus enseñanzas lo que, en nuestro país, hace medio siglo, era imposible aprender.

De mí quisiera no decir nada y limitarme a daros de nuevo las gracias por tantas bondades como las que la Facultad ha tenido para mí, por vuestras palabras, señor Decano, señor Académico, señor Consejero, y por vuestra presencia, colegas y amigos.

Empero, creo que algo debo decir, especialmente para los jóvenes estudiantes. Ellos han constituído siempre la preocupación predilecta de mi espíritu.

Quiero afirmar ante ellos que conservo todo el fervor, todo el entusiasmo, toda la fe que expresaba hace medio siglo en mi tesis inaugural, no sólo intactos sino acrecentados aún, después de haber tenido la fortuna de asistir a todos los cambios, a todos los progresos que en estos cincuenta años han llevado a la medicina a un grado tan admirable de eficiencia y de poder en el tratamiento y en la prevención de las enfermedades.

Hoy pienso como entonces, más que entonces, que la medicina es la más noble y la más grande de todas las artes y de todas las ciencias porque tiene por propósito y objetivo el bien de todos y, en particular, el bien de los que sufren y penan, de los que tienen necesidad y sed de alivio y de consuelo.

(3) *Aráoz Alfaro*.—Crónicas y estampas del pasado. 1938. Roberto Wernicke, pág. 187.

Muy poco vale haber cumplido durante este medio siglo de vida médica, el juramento que pronuncié solemnemente en 1892. He sido, ciertamente, respetuoso de la justicia y de la ley, no he hecho servir ni mi profesión para corromper las costumbres ni para favorecer el vicio, he guardado los secretos que me fueron confiados... Más si me hubiera limitado a cumplir esas promesas, en cierto modo negativas, no habría merecido que este cincuentenario fuera festejado, sino por mis íntimos o algunos agradecidos..

He procurado hacer más. Desde luego, en la enseñanza, en esta casa a la que tanto debo y a la que tanto amo. Alcanzar la docencia fué mi gran ambición. La logré temprano y tuve que dejarla hace muchos años por imperio de las disposiciones que regían entonces. Me retiré con pena, naturalmente, pero con la satisfacción de que la cátedra pasaría a hombres jóvenes y capaces, discípulos predilectos míos. Así sucedió. La cátedra ha crecido en importancia, en el saber de los titulares y de los adjuntos. Es la ley del progreso. Los discípulos deben superar a los maestros; si no lo hicieran, los defraudarían. Sólo desearía que mis sucesores no hayan sido superiores a mí en la laboriosidad, en el entusiasmo, en el afán de transmitir a los jóvenes no solamente lo que uno sabe sino lo mejor de sí: el anhelo de saber más, de superarse cada día. Y en el empeño de darles los instrumentos para alcanzar esos anhelos: la buena técnica, el espíritu científico en la observación y la experimentación, el hábito del razonamiento, la independencia de juicio, la sabia duda...

Al descender la cuesta de la vida estoy satisfecho de haber entregado a las tareas del médico y del profesor todas las fuerzas de mi inteligencia y todo el fervor de mi entusiasmo. Y la profusión de excelentes discípulos—maestros hoy—que se formaron a mi lado, me llenan de orgullo. Yo procuré suscitar sus cualidades, los estimulé en el trabajo, los ayudé con mis consejos, los aplaudí con simpatía afectuosa en cada nuevo triunfo. Más nunca olvidé, por favorecerlos, la equidad y la justicia. Así como personalmente, jamás atropellé a nadie ni hollé los legítimos derechos de los otros, ni desconocí sus méritos, tampoco ayudé a mis discípulos a asaltar posiciones que otros merecieran más que ellos. Les enseñé a ser respetuosos de la jerarquía legítimamente adquirida, a esperar su turno. El turno llega siempre cuando se trabaja con perseverancia y con fe.

Procuré prevenirlos contra la ascensión demasiado rápida, contra los triunfos logrados por la audacia, por la influencia de las camarillas. Los falsos prestigios, díjeles, se disipan pronto como nubes que arrastra el pampero veloz. A la larga, son siempre los mejores los que triunfan. Y esos son los únicos triunfos ciertos, duraderos, definitivos.

Jamás les pinté nuestra profesión como una gran fuente de ganancias materiales, ni de honores y posiciones oficiales, ni siquiera de gratitud. El ejercicio de la medicina, díjeles, no vale sino por las satisfacciones morales, no es superior al de las otras profesiones sino por el espíritu de sacrificio que la anima. Para ganar dinero, consideraciones y honores, ¡hay tantas otras maneras mucho más fáciles!

Pero eso sí, les dije también, como os digo a vosotros, jóvenes estudiantes que me escucháis: “si tenéis la vocación de médico, que requiere corazón bien puesto y alma generosa, experimentaréis satisfacciones espirituales tan nobles, tan hondas, que os compensarán con creces de los sinsabores, de las tribulaciones, de las ingratitudes que sufriréis a menudo”.

“Nada iguala, en efecto, a la propia voluptuosidad de hacer el bien, de prodigarse en favor de los otros; nada equivale a la satisfacción del dolor calmado, del sufrimiento dominado, de la ansiedad tranquilizada, de la salud que vuelve poco a poco, con ayuda nuestra, al cuerpo exhausto, de la sangre que sube otra vez lentamente a las mejillas descoloridas, de las fuerzas que retornan gradualmente, de la alegría que renace en torno nuestro, de las energías espirituales que de nuevo se despiertan, de la vida, en fin, que arrebatamos al sepulcro y frente a la cual, sin frases ni expresiones externas, sentimos alzarse en nuestro espíritu un inmenso himno de gratitud, de elevación y de profunda solidaridad humana” (4).

Empero, lo que veo quizás con mayor satisfacción, hoy en que voy llegando al ocaso de la vida, es cuanto hice por inculcar a los jóvenes la necesidad y el deber de la acción social, por exaltar el carácter preventivo de la medicina moderna, mucho más importante, desde la era pasteuriana para la humanidad, que la medicina curativa.

Prediqué una y cien veces que quien tiene alma de médico no puede limitarse a aliviar o curar los males individuales; que tiene forzosamente que elevarse a las causas de tales males y que entre éstas, las de orden social son de importancia predominante. Procuré mostrarles con el ejemplo que para luchar contra ellas, es menester darse a los demás, ocuparse de la cosa pública no como lo entienden muchos políticos profesionales, para ocupar las posiciones oficiales, desalojando a los otros, sino para trabajar por el bien público, para acrecentar el bienestar, el poder y la riqueza colectiva, para asegurar el reinado de la justicia y del derecho, para elevar, educar y dignificar las masas populares, para proteger al débil y al desheredado contra la opresión y la desgracia, para crear, en fin, entre todas las clases sociales y entre todos los hombres, desde el alto gobernante hasta el humilde trabajador que vive del rudo esfuerzo de sus brazos, esa compenetración de intereses, esa solidaridad de sentimientos y aspiraciones, capaces más que el origen y la raza, de constituir la nacionalidad homogénea, fuerte y duradera.

Hace 40 años, hace 20 aún, éramos muy pocos los que trabajábamos empeñosamente en la lucha contra la tuberculosis, en la protección de la infancia, en la organización de la asistencia social, en la unificación y coordinación sanitarios. Hoy, estos asuntos son primordial preocupación de muchos gobernantes y hombres cultos.

En 1911, presenté un proyecto de creación de un Instituto de Higiene y Medicina pública, que cayó en el vacío. Hoy tenemos un Ins-

(4) *Aróz Alfaro*.—El médico y sus deberes sociales. Discurso de colación de grados de 1919. “Rev. de la Univ. de Bs. Aires”, T. XLIII, pág. 3200.

tituto de Higiene y Medicina social, otro de Medicina legal, y son legión los médicos jóvenes que se dedican especialmente a la sanidad pública y la asistencia social.

Llego al término de este medio siglo de vida médica satisfecho de haber hecho todo el bien posible. Si no he hecho más es porque no podía más, no porque me faltaran la voluntad, la decisión y el celo.

Podría retirarme tranquilo. No lo haré, sin embargo. Aún tengo sed de aprender, de saber más para poder más en beneficio de todos. Aún espero ver progresos maravillosos en nuestra ciencia magnífica y pródiga como ninguna otra.

Adelantamos admirablemente, en conocimiento año por año. Pero aún es mucho más lo que nos falta por saber. "Delante de nosotros está siempre el infinito", como dijo Geoffroy Saint Hilaire.

Mientras tenga fuerzas aún, mientras la luz de mi inteligencia no se apague, procuraré seguir sirviendo. Siempre se puede hacer algo útil, aunque no sea más que mostrando los resultados de la propia experiencia, pensando o reflexionando en voz alta, o siquiera dando a los que nos siguen el ejemplo del trabajo constante, por poco productivo que sea, de la honestidad, de la serenidad con que va uno bajando, una a una, las últimas gradas de la vida.

Señores:

Al daros de nuevo las gracias por tanta bondad, permitidme que termine aplicando a esta nuestra casa el voto clásico de los viejos universitarios alemanes:

¡Vivat, crescat, floreat, alma mater Universitatis bonaerensis!

¡Que viva, crezca y florezca sin término, nuestra querida escuela!

¡Que viva, crezca y florezca la Universidad argentina! ¡Y que la grandeza de una y otra sea el digno exponente de la felicidad, la grandeza y el poder nuestra patria bien amada!

Libros y Tesis

INFECCION TUBERCULOSA Y ERITEMA NUDOSO, por el Dr. Raúl Cibils Aguirre. Un volumen de 375 páginas. Editorial "El Ateneo". Buenos Aires, 1942.

Desde 1919, época en la cual, tras una de las conferencias públicas finales de mayor enjundia y brillo que hayamos escuchado, el Dr. Cibils Aguirre se incorporó al cuerpo docente de la Facultad, comenzó su dedicación al tema que condensa en su libro reciente.

Reiteradamente, con un tesón que le honra tanto más cuanto que no constituye un hábito entre nosotros—tal como lo destaca su ilustre prologuista, el maestro Aráoz Alfaro—Cibils Aguirre, en publicaciones, congresos y asociaciones científicas nacionales y extranjeras, ha ahondado en el tema desde el punto de vista clínico, radiológico, experimental y anatómopatológico.

La armónica y constante labor culmina en la comprobación—hecha con Arena—del bacilo de Koch en el mismo nódulo del eritema nudoso por el método de las reinoculaciones. En el V Congreso Nacional de Medicina (Rosario, 1934) se dejó constancia, por aclamación, "de la prioridad del trabajo presentado por el Dr. Cibils Aguirre sobre comprobación experimental de la etiología tuberculosa del eritema nudoso, comunicada al IV Congreso reunido en Córdoba tres años antes".

La obra que comentamos, a través de once nutridos capítulos, después del primero que se refiere a una reseña histórica y a fijar claramente los conceptos acerca de las tuberculosis larvadas y del eritema nudoso, describe las investigaciones etiológicas, las clínicas, el problema de las formas familiares, las tuberculosis con localización primaria cutáneomucosa seguidas o no de eritema nudoso, los estudios sobre las pruebas tuberculínicas, los radiológicos, anatómopatológicos, bacteriológicos, las deducciones pronósticas y el concepto etiopatogénicas de la enfermedad. Una nutrida bibliografía da término al libro.

Obra escrita en forma clara y elegante, con numerosos y nítidos grabados, en sus 339 páginas de texto se advierte el decidido propósito de demostrar—como lo demuestra— que, en los diversos factores etiológicos señalados en la enfermedad, "la tuberculosis es el más fre-

cuenta y quizás el único real” y que, “si, además, pudieran existir, excepcionalmente, otras causas etiológicas de los eritemas nudosos, —infecciones como sífilis, paludismo, lepra, reumatismo, o algunas intoxicaciones— hasta que ellos hagan su prueba en el caso dado, clínicamente todo eritema nudoso puede y debe ser encarado como de origen tuberculoso”.

Aún cuando sin contar nosotros con la larga experiencia y consagración del autor al respecto, compartimos de lleno su opinión y así lo enseñamos en la cátedra.

Modo tal de encarar el problema tiene como resultado práctico inmediato de orden diagnóstico, de asistencia y de profilaxis, el de obligar, en el caso, a profundizar el estudio del enfermo, para encontrar, de existir, la fuente de contagio, poner a cubierto al paciente de una eventual generalización del mal y descubrir en el seno familiar al bacilífero contagiante hasta entonces ignorado. Estaría demás volver a subrayar las ventajas de todo orden que comporta semejante conducta médica. Y Cibils Aguirre, fiel a este concepto, nos demuestra con el prolijo estudio de 18 casos pertenecientes a 9 familias, que, justamente, uno de los argumentos básicos esgrimidos por los impugnadores de la etiología tuberculosa del eritema nudoso— el de la contagiosidad y epidemicidad del mal observado en ocasiones—se desvanece cuando, llevada a fondo la investigación, se comprueba que la primera—la contagiosidad—obedece a las leyes generales de la propagación de la tuberculosis y la segunda—la pretendida epidemicidad— deriva simplemente de un sembrador de la nefasta semilla.

Cerramos este comentario obligados por la necesidad de no alargarnos en demasía y lo hacemos sintetizando así nuestro juicio sobre el libro reciente: conceptos precisos, redacción clara, investigación acabada, trabajo personal largo y fructífero.

A. Casaubón.

BORN THAT WAY, por el *Dr. Earl R. Carlson*. 13 × 19.⁵, Un tomo de 174 páginas, encuadernado. Edit. John Day Comp. Nueva York, 1941.

Correspondería comenzar este comentario, de acuerdo a la impronta clásica, enunciando que el autor de este libro, especializado en enfermedades nerviosas, exdirector de la sección Neurología de la Clínica de Vanderbilt, director de la clínica especial del Hospital de la Universidad de Minneapolis y doctor de la Universidad de Yale, ha dedicado toda su vida al estudio de las enfermedades del sistema nervioso que se traducen por fenómenos espásticos y coreoatetóticos; pero hacerlo así, implicaría traicionar el espíritu con que el libro ha sido escrito, puesto que el Prof. Carlson, sufriente el mismo desde el nacimiento de un proceso vecino al síndrome de Cecile Vogt, describe su propia existencia de inválido y como encontró en ella el acicate para sobreponerse a su atroz inferioridad, hasta llegar por fin a obtener los co-

nocimientos necesarios y los grados académicos condignos que le permitieron el planteo y ejecución de un tratamiento particular para los enfermos de esa índole, sistema que nacido primero en la intimidad de su modesta clínica alcanzó la consagración de la práctica y la difusión merecida por su eficacia.

De tal planteo surge un libro por demás curioso; mitad biografía y mitad tratado de psiconeurología, sin adquirir en ningún momento el carácter neto que permita clasificarlo en determinado género literario; así, mientras el capítulo sexto "Estudio del cerebro", es un texto de neurología exacto, ingenioso y sagaz, el cuarto "Labor en Princeton" es una confidencia de superación y esfuerzo y el último "Cada vida tiene su propio propósito", es un canto a la energía y a la vida ascendente, de tono un tanto emersoniano y con ese timbre de homilía a que tan aficionados son los americanos del norte.

Para los fines del comentario en esta sección, lo interesante de la doctrina terapéutica del autor, radica en que basado en una larga y profunda autoobservación sostiene que, contra la práctica corriente la educación del espástico lejos de apoyarse y centralizarse en lo motor debe comenzar por lo psíquico e intelectual, ya que siendo en lo esencial un trastorno del paleocerebro lo que necesita el enfermo es la actuación de freno y moderador del neocerebro que está indemne pero no entrenado para actuar sobre el desorden. El doctor Carlson lo expresa con una imagen gráfica y sugerente: "Un individuo normal no encuentra dificultad alguna en caminar sobre una tabla que repose sobre el suelo, pero si la tabla se levanta a siete metros de altura los movimientos antes correctos se harán temerosos y dubitativos, si es que llegan a ser posibles. En ese momento experimenta lo mismo que el espástico en todo tiempo". Con este concepto, el método se inicia por el entrenamiento voluntario de la relajación muscular en un ambiente tranquilo, seguido consecuentemente por el de conseguir los movimientos voluntarios útiles mediante el mínimo esfuerzo muscular, es decir la supresión del movimiento inútil característico del desorden subcortical; mas luego se busca el dominio por relajación de los grupos que merced a su mayor estado de espasticidad más se oponen a la sinergia ago-antagonista. Se suprime todo masaje directo sobre las masas musculares así como el ejercicio por el movimiento mismo, vale decir se busca la ejecución de actos útiles y teléticamente ordenados; lo que viene a ser en definitiva la terapia por el trabajo. Teniendo en cuenta la influencia que las emociones producen en el desencadenamiento de los movimientos desordenados, inútiles o espásticos (el autor llama con exactitud a la atetosis "rigidez plástica más que espástica"), se trata de disponer anímicamente al sujeto para adaptarse a las nuevas situaciones emotivas. El entrenamiento mental ocupa gran parte del sistema; lo comienzan sus formas elementales: la reeducación respiratoria y la ortofonía que son la regulación conciente de funciones automáticas y termina con el concepto de la sumersión del espástico en la lucha por la vida, rectificando la idea de que se trata de inválidos irremisibles, ya que merced a una decisión de la voluntad pueden

incorporarse útilmente a la sociedad. Al escribir su biografía el doctor Carlson solo quiere documentar la realidad de tales posibilidades. El libro, interesante en su esencia, se resiente de los inconvenientes de su enfoque ambiguo, siendo una semilección de vida y una semiexposición de doctrinas neurológicas, con lo que escapa por igual al lector corriente y al especializado. Se trata, empero, de una bella relación rica en episodios aleccionadores que pintan no solo a un tipo sino a un medio, pero ese objeto está servido por una prosa monocorde y de un sentido expositivo elemental. Esperamos la obra neurológica que traduzca la concepción y la experiencia del Prof. Carlson. Un biógrafo al uso del día o un gran director de películas tienen ya la tela para dar a la emoción del público "la vida extraordinaria de Earl Carlson, el lisiado genial".

F. E.

Sociedad Uruguaya de Pediatría

SESION DEL 23 DE DICIEMBRE DE 1941

Preside el Dr. C. Pelfort y el Dr. Florencio Escardó

ENTREGA AL DR. ESCARDO DEL DIPLOMA DE MIEMBRO CORRESPONDIENTE DE LA SOCIEDAD

El Presidente de la Sociedad pronuncia breves palabras elogiando la personalidad del Dr. Florencio Escardó, de Buenos Aires, y le hace entrega del Diploma de Miembro Correspondiente, título que le fué discernido por la Asamblea, el 17 de noviembre último. Le invita, luego a asumir la Presidencia.

El *Dr. Escardó* agradece las frases del señor Presidente y la designación que se ha otorgado, exponiendo sus vinculaciones con la Pediatría uruguaya.

FORMAS CLINICAS DE LA MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

Dr. J. J. Leunda.—Comienza señalando las diversas etapas de esta enfermedad, analizando en primer término la memoria original de Pfeiffer (1889), sobre la fiebre ganglionar, en la que quedó consignada la gran clínica de la enfermedad, su agresión ganglionar generalizada, su topografía electivamente cervical, así como el carácter epidémico de la misma y su predilección por la infancia. Considera, luego, los múltiples trabajos que aparecieron después, sobre todo alemanes y franceses, considerando la existencia real de la enfermedad y destacando la importancia de la angina que suele acompañarla. Señala los trabajos de Deussing (1918), de Schlutz (1922) y de Konigsberg (1927), demostrando la importancia de la angina que suele acompañar a la enfermedad de Pfeiffer y con el estudio de la sangre, demostrando la diferencia que separa a la forma anginosa de esta enfermedad, en el hemograma, de las otras anginas agudas que no pertenecen a dicha enfermedad. Menciona, también, los trabajos hematológicos de Sprung y Evans (1920), de Estados Unidos, describiendo con el nombre de

“mononucleosis infecciosa”, las alteraciones hematológicas que caracterizan esta enfermedad en sus formas ganglionares y anginosas, pero sin hacer referencia para nada, a la fiebre ganglionar descripta por Pfeiffer. Expresa que la especificidad de la enfermedad fué establecida cuando las investigaciones de Davidson (1929) permitieron a Paul y Bunnell (1932), con la prueba de las héteroaglutininas, establecer la unidad serológica de ese mal.

Se sabe hoy, que la enfermedad de Pfeiffer es muy polimorfa y que gracias a los controles serológicos y hematológicos que específicamente le pertenecen, puede establecerse la unidad clínica etiológica de dicho mal, en sus múltiples manifestaciones clínicas. Consigna el hecho, hoy aceptado universalmente, de que las denominaciones de fiebre ganglionar (Pfeiffer), angina monocítica (Schultz), angina linfomonocítica (Sabrazéz), fiebre ganglionar linfoide (Glazman), adenolinfoiditis aguda benigna (Chevalier) y mononucleosis infecciosa (Sprunt y Evans), son expresiones sinónimas.

Del estudio realizado en más de 25 casos estudiados personalmente, con los controles hematológicos y serológicos respectivos, así como de las diferentes monografías consultadas, llega a la conclusión de que si bien es cierto que la mononucleosis infecciosa puede presentar en clínica, una sintomatología muy polimorfa, predominantemente ganglionar, anginosa, infecciosa o polivisceral de topografía múltiple (sistema nervioso, pulmón, hígado bazo, etc.), no es menos cierto que en clínica, aparece dominada por dos formas frecuentes: la ganglionar y la anginosa, siendo los demás tipos clínicos, poco frecuentes.

Refiere casos muy interesantes de la forma infecciosa febril, tífica, de Tidy, así como de formas nerviosas con síndromes bulbares y de formas pulmonares adenopáticas, simulando procesos tuberculosos. Hace, después, un extenso estudio sobre las formas características de la enfermedad en su modalidad ganglionar, demostrando las dificultades que suele presentar el diagnóstico de las mismas, frente a otros síndromes adenopáticos e histiocitarios. Estudia también, en extenso, la forma anginosa, demostrando las dificultades diagnósticas que suelen presentarse, con todos los otros síndromes anginosos agudos y, en particular, con la difteria. Finalmente, señala el hecho de que no siempre la mononucleosis infecciosa es una enfermedad benigna, pues, ha tenido la desgracia de perder una enferma de 22 años, con la más auténtica de las mononucleosis infecciosas.

OBSERVACIONES SOBRE EL REFLEJO PATELAR EN EL LACTANTE

Dr. F. Escardó (de Buenos Aires).—Luego de señalar la importancia y las dificultades prácticas del estudio de la reflectividad en el lactante, consigna que, sobre un total de 200 lactantes normales, estudiados, en el 50.2 % el reflejo patelar no presentaba diferencias con el normal del adulto; en el 46.5 % se mostraba una sirreflexia patelar contralateral, aún no descripta y en el 8 % la sirreflexia concausal.

Estas sinreflexias, resultado del automatismo medular, no se encuentran normalmente después del sexto mes de edad.

LOS NUEVOS DERIVADOS SULFAMIDICOS EN EL TRATAMIENTO EFICAZ DE LA DISENTERIA BACILAR

Dres. F. Abente Haedo y A. Rodríguez Devincenzi.—Confirman plenamente la eficacia de la sulfamidoterapia en la disentería bacilar, tratamiento este, iniciado por ellos en octubre de 1939. Presentan 16 nuevas observaciones comprobadas bacteriológicamente, correspondiendo todas al grupo Flexner. Doce tratadas con "sulfatiazol" y cuatro con "sulfguanidina". Insisten sobre los siguientes puntos: diagnóstico precoz y tratamiento igualmente precoz; dosis inicial alta; dosis sucesivas, útiles y fraccionadas cada 4 horas, día y noche; utilidad de la ingestión abundante de líquidos; necesidad de una estricta vigilancia clínica y para mayor seguridad, hematológica y química; no insistir en la mencionada terapéutica, por más de 2 semanas; beneficios de la vitaminoterapia, especialmente del ácido ascórbico, cloruro de tiamina, ácido nicotínico y de la nueva vitamina denominada N; el extracto hepático puede estar igualmente indicado; no olvidar el tratamiento sistemático, prematuro y correcto de la insuficiencia suprarrenal, en los casos graves de disentería bacilar. No han podido disponer aún de "sulfadiazina" y por consiguiente, no tiene ninguna experiencia de su comportamiento en la disentería bacteriana.

ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA: 23 DE DICIEMBRE DE 1941

Preside el Dr. C. Pelfort

Se lee en primer término, el informe de la C. D. sobre las tareas realizadas en 1941, el que es aprobado, tributándose un aplauso a la mismo. Se aprueba, también, el Balance de Tesorería. Se vota la cuota a pagar en 1942, que será de doce pesos anuales y se establece una cuota extraordinaria de un peso.

A propuesta de la C. D. son designados, por aclamación, Miembros de Honor de la Sociedad, los Profs.: Martagao Gesteira y José M. da Rocha, de Río de Janeiro; Arturo R. Aballí, de Habana; Arturo Scroggie, de Santiago de Chile; J. A. Falconi Villagómez, de Guayaquil; F. Scott Smith, de San Francisco; Ricardo Odriozola, de Asunción del Paraguay y Enrique León García, de Lima.

Se pasa luego a realizar el escrutinio de votos depositados para

la elección de tres miembros titulares y un suplente, para integrar la Comisión Directiva, en el período 1942-1943, el que es realizado por la Comisión de Escrutinio, constituida por los Dres. Lorenzo y Deal, Pieroni y Giampietro. Resultan electos los Dres. Julio R. Marcos, Rito Etcheler y Euclides Peluffo (este último, después del sorteo realizado con el Dr. Héctor Mourigan, que obtuvo igual número de votos).

Finalmente, se elige a los Dres. Víctor Escardó y Amaya, Juan C. Munyo y Euclides Peluffo, para firmar, conjuntamente con el Presidente y el Secretario de la Asamblea, las actas de la misma.

ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA: 8 DE ENERO 1942

Preside el Dr. C. Pelfort

El *Presidente* manifiesta que la Asamblea ha sido convocada para considerar una nota de la Comisión de Escrutinio que actuó en la elección realizada el 23 de diciembre último, en la que se expresa haberse producido un error en el cómputo de votos obtenidos por los Dres. Mourigan y Peluffo, habiéndose acreditado un empate, que se resolvió por sorteo, en favor de este último, cuando en realidad el Dr. Mourigan obtuvo un voto más que el Dr. Peluffo, por lo que corresponde rectificar el escrutinio y proclamar electo al Dr. Mourigan.

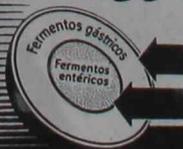
Comprobados los hechos tal como se enuncian, la Asamblea presta su conformidad a lo propuesto por la Comisión de Escrutinio, debiendo realizarse las comunicaciones del caso.

Se vota a los Dres. A. Carrau, J. Giampietro y J. R. Marcos, para firmar el acta de esta Asamblea, conjuntamente con el Presidente y el Secretario de la misma.

PANFERMIN

KASDORF

el digestivo más moderno



con capas protectoras gástricas y entéricas de acción sucesiva y eficaz



Una a tres gageas después de las comidas

Frascos de 30 gageas

Análisis de Revistas

ENFERMEDADES AGUDAS INFECTOCONTAGIOSAS

R. B. BOURDILLÓN, O. M. LIDWELL y J. C. THOMAS. *Un toma-muestras especial para la recogida y recuento de bacterias traídas por el aire.* "Journal of Hygiene", 1941:41:197.

Este trabajo describe la construcción, ensayo y empleo de un nuevo instrumento para tomar muestras de aire en busca de bacterias, y discute asimismo la teoría de instrumentos de prueba para tomar muestras de aerosoles bacterianos. El método tiene su origen en el "aparato de recuento de polvo en chorro" descrito por Owens en 1922. La muestra de aire es absorbida a una velocidad de 28.5 litros por minuto a través de una ranura (0.25 mm. de ancho, 28 mm. de largo y 3 mm. de profundidad), hasta el interior de una caja metálica hermética, que constituye el cuerpo del aparato y al que van acoplados un manómetro y bomba. El chorro de aire va a parar a la superficie del agar en una placa de Petri colocada en una plancha rotatoria en la caja de modo que la distancia de la ranura al agar es de 2 mm. Durante la succión se hace girar lentamente la placa de Petri a mano por medio de un motorcito eléctrico. El manómetro indica el descenso de presión a través de la ranura, y por consiguiente muestra la velocidad del chorro de aire, que va controlado por una válvula auxiliar en el tubo que conduce a la bomba. La bomba debe ser capaz de absorber por lo menos 30 litros por minuto de aire a una reducción de presión de 3 ó 4 c.c. de mercurio. El instrumento ha sido probado en diversas bacterias pulverizadas como aerosoles en el laboratorio, y en organismos hallados naturalmente en el aire de hospitales y cantinas. Se dan gráficas mostrando la eficacia en la recogida de bacterias en condiciones varias. La eficacia de una distancia entre ranura y agar de 2 mm. es de alrededor de 95 %, incluso para cocos sencillos de un diámetro aproximado de una micra, por pulverización desde agua destilada, y es más elevado para las partículas mayores que la mayor parte de los investigadores han empleado para ensayos de este tipo.

Se ha establecido comparación con ciertos otros instrumentos toma-muestras con resultados favorables al toma-muestras de ranura en muchos aspectos, especialmente cuando se toman muestras de partículas más pequeñas.

GÓMES DE MATTOS y P. REFINETTI. *Sobre encefalitis del sarampión*.
"Pediatria Práctica", 1941:12:43.

Después de señalar que la encefalitis no es de rara observación en el curso del sarampión, presentan las historias clínicas de dos casos en los que, dicha complicación, se exteriorizó con manifestaciones clínicas poco comunes dentro del cuadro variado de las encefalitis.

El primer niño de 4 años de edad presentó, diez días después de haber tenido sarampión (y en el curso del cual tuvo una convulsión), fenómenos encefalomielíticos difusos y neuritis óptica que llegó al grado de atrofia postneurítica de ambas papilas en su totalidad, y cuya amaurosis persistía después de un año de observación.

En la segunda observación, niña de 18 meses de edad, cinco días después de un sarampión, por el examen neurológico se comprobó un ligero estado soporoso, rigidez de la marcha que se hacía a pequeños pasos, brazos pegados al cuerpo, diplopia, catatonismo, etc., cuadro clínico completo del parkinsoniano.

La niña mejoró y 9 años después ofrecía un estado normal.

Se ocupan por fin, del diagnóstico diferencial y de las dificultades que se plantean en lo que a fisiopatología y etiopatogenia se refiere.

E. Muzio.

ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

E. APERT. *Estados pulmonares crónicos no tuberculosos en los niños*.
"Le Monde Medical", 1942:960:156.

Tales estados pulmonares crónicos no tuberculosos, que por lo general se tiene tendencia a considerarlos especialmente en los ancianos, viejos tosedores, no son excepcionales en la juventud y son bastante frecuentes en la infancia.

Esos niños tosedores y aún espectoradores son rotulados como tuberculosos pulmonares crónicos, desgraciadamente con bastante frecuencia, lo que motiva errores de higiene, de terapéutica y de pronóstico que son posible evitar. Para ello es necesario un completo estudio de los diversos cuadros pulmonares crónicos no tuberculosos de los niños, lo que es muy factible gracias a los medios de investigación que actualmente poseemos: investigación de bacilos, pruebas tuberculínicas, exámenes radiológicos simples o luego de la inyección de lipiodol en las vías respiratorias.

Hace notar las grandes diferencias que desde el punto de vista de la sensibilidad de sus vías respiratorias existen entre los niños. Algunos muy resistentes se encuentran perfectamente bien, aún en las épocas de frío, con el cuerpo escasamente cubierto. Pero existen otros en los que se producen catarros de las vías respiratorias al menor contacto con el aire y a pesar de los cuidados prodigados por la madre.

Esta sensibilidad al frío se observa sobre todo en sujetos con des-

equilibrio vagosimpático, acompañado muchas veces con tendencias asmáticas, desempeñando entonces el frío el papel de agente asmatígeno.

Los estados pulmonares crónicos susceptibles de simular la tuberculosis, que el autor se propone estudiar en este trabajo, no abarcan solamente a los niños de esa última categoría, sino que a veces se instalan en sujetos anteriormente acostumbrados, robustos y sin antecedentes respiratorios y donde precisamente resulta de mayor interés estudiar su etiología.

En general, estos estados de catarros se instalan progresivamente, pero muy a menudo, en los casos bien observados, se descubre que esos niños han presentado una enfermedad aguda más o menos manifiesta clínicamente, o han tenido tos convulsiva o sarampión con complicaciones respiratorias de bronquitis o bronconeumonía. En otros, una corta fiebre de gripe estacional con ligeras manifestaciones bronquiales o pulmonares muy transitorias, es todo lo que el interrogatorio puede descubrir.

Llama la atención, dice el autor, que no existe relación entre la intensidad de las manifestaciones de las primeras localizaciones respiratorias y la importancia de las consecuencias ulteriores que nos ocupan.

Cree poder explicar el hecho por la diferencia de la localización histológica del proceso broncopulmonar primitivo. Las bronconeumonías que localizan sus lesiones en la pared de los bronquiolos y de los alveolos pulmonares, no dejan alteraciones permanentes cuando los exudados intrabronquiales e intraalveolares son reabsorbidos.

No ocurre lo mismo cuando el proceso inflamatorio, aún siendo más discreto y más temporario, ha tomado al tejido intersticial y es susceptible de ocasionar una modificación definitiva como la retractilidad del mismo por bandas esclerosas producto de la organización del proceso infiltrativo (esclerosis pulmonar y sus consecuencias: dilataciones bronquiales).

Es en todos estos casos, hace notar el autor, que es necesario eliminar la tuberculosis, pues esos enfermos en su gran mayoría son rotulados como tuberculosos.

Estudia a continuación el examen radiológico con o sin previa inyección de lipiodol en los bronquios y el diagnóstico diferencial con las imágenes más o menos semejantes de otros procesos.

Señala que la esclerosis pulmonar con o sin dilatación bronquial puede sobrevenir en niños heredosifilíticos. En la sífilis pulmonar las lesiones son más difusas, más diseminadas, menos localizadas hacia abajo, hacia atrás y adentro; aparecen bandas sombrías sobre las radiografías hasta en los lóbulos superiores. En estos casos se impone un tratamiento antisifilítico enérgico. Pero es necesario agregar el tratamiento habitual de la dilatación bronquial que el autor aconseja con gran entusiasmo.

Si bien es cierto que no es posible esperar la restitutio ad integrum de tales lesiones anatómicas, es posible esperar sensibles mejoras por el tiocol y la terpina administrados en dosis diarias de 0.50 cgr.

Y agrega un procedimiento usado por él desde hace algunos años. Se trata de la inyección de lipiodol por vía subcutánea o intramuscular. Se inyectan cada 15 días alternativamente en una u otra región glútea 2 a 10 c.c. de lipiodol, según la edad. La tolerancia de los tejidos es notable. El procedimiento se basa en la gran cantidad de yodo que en esta forma se proporciona al enfermo.

Los resultados han sido evidentes en manos del autor: agota la espectoración, disminuye la tos, hace desaparecer la fiebre y mejora notablemente el estado general.

E. Muzio.

PIRES DE CAMPOS A. y A. DELMATO. *Contribución radiológica al diagnóstico de las neumopatías agudas de la infancia y sus complicaciones*. "Pediatria Prática", 1941:12:5.

En primer término se destaca la mayor importancia que tiene en el niño el examen radiológico del aparato respiratorio, teniendo en cuenta la dificultad que en esa edad de la vida presenta el examen clínico y funcional del pequeño paciente.

Sabido es que los procesos infecciosos pleuropulmonares de la infancia no deben ser considerados como una afección localizada sino general.

Comprometen una serie de órganos y funciones, dan lugar a fenómenos y cuadros clínicos diversos y constituyen por lo tanto, un proceso en el cual, y especialmente cuando se inicia, los signos físicos y funcionales pulmonares son tan poco característicos que el trastorno debe ser sospechado sin datos semiológicos evidentes.

En la *neumonía*, dada su iniciación y evolución tan difícil, el examen radiológico adquiere gran importancia como recurso de diagnóstico precoz y para iniciar por lo tanto, aún antes de sus primeras manifestaciones clínico funcionales una terapéutica apropiada y eficaz.

En lo que respecta a la *bronconeumonía*, el recurso radiológico suele ser menos efectivo y aún en algunas ocasiones negativo. El examen radiológico es de escaso o nulo valor en las localizaciones bajas o izquierdas, de focos pequeños, diminutos y diseminados o aún confluentes o superpuestos, cubiertos por la imagen cardíaca.

En algunas ocasiones, el examen físico por medio de la percusión y auscultación resulta más eficiente. Pero en general en las bronconeumonías, las pequeñas infiltraciones no son de fácil comprobación, ya sea radiológica como semiológicamente.

La forma miliar es fácilmente diagnosticable radiológicamente desde su iniciación. De igual modo traducen buena imagen radiológica las atelectasias que se presentan como complicación de ciertos procesos bronconeumónicos.

En las formas paravertebrales distelectáticas, peculiares de los lactantes distróficos y con trastornos digestivos y de difícil diagnóstico clínico, el examen radiológico puede aclarar el diagnóstico, siempre que la localización particular del foco no se halle enmascarada por la

sombra cardíaca. Cuando las infiltraciones se extienden más ampliamente de arriba abajo y con irradiaciones hacia el campo pulmonar, se exteriorizan como "reforzamiento de la sombra hilar".

En la neumonía asténica de los prematuros débiles, la radiología pone en evidencia focos de tamaño mayor que lo que la clínica haría sospechar.

En las formas crupales, lobares, los signos radiológicos adquieren más importancia, pues en la mayoría de los casos, y cuando aún los signos objetivos resultan negativos, podemos apreciar, en la pantalla radiológica, la fase congestiva del proceso entre las 24 ó 48 horas de su iniciación.

Y en las gripes de comienzo general y gastrointestinal, un proceso neumónico podría ser descubierto radiológica y clínicamente después de varios días de iniciada la molestia, debiendo ser considerado como localización secundaria de la infección en el aparato respiratorio.

Con el examen radiográfico, Mouriquand y otros pusieron en evidencia la variabilidad de los aspectos de las bronconeumonías infantiles y la dificultad de su clasificación. En las mismas bronconeumonías se verifican las imágenes triangulares, tan características de las formas lobares, las que, pueden ser diferenciadas por su opacidad menos homogénea y su menor regularidad.

Hacen notar los autores que, como en los adultos, han observado en niños algunos casos de "sombras radiológicas fugaces" con cuadro clínico relativamente benigno. Trataríase de imágenes causadas por infiltraciones gripales, banales o de atelectasias simples y limitadas por broncoestenosis. Algunos de los enfermos observados, controlados radioscópicamente, mejoraron tan rápidamente de dichas opacidades, localizadas por lo general en la base o parahiliares, que hicieron pensar en una apoplejía visceral serosa o hemorrágica, estudiada y descrita por primera vez, en el aparato digestivo, por Gregorie, quien no la considera como una hemorragia intersticial localizada en el pulmón sino "más bien como un foco inflamatorio agudo exudativo y sobre todo hemorrágico por perturbación local brusca del equilibrio neurovegetativo y vasoconstrictor del pulmón". Destacan el éxito terapéutico, en esos casos, de las inyecciones de adrenalina.

Concordantes con las conclusiones de otros autores, señalan que el cuadro radiológico de los procesos pulmonares agudos se modifica mucho más lentamente que el cuadro clínico; que la disminución de la opacidad se produce mucho tiempo después de la desaparición de los fenómenos físicos, palpatorios, percutorios o auscultatorios y que el reforzamiento de la densidad pulmonar y de las sombras hiliares permanecen mucho tiempo verificándose sin embargo, en la mayoría de los casos, una completa "restitutio ad integrum". Hacen excepción las neumonías crónicas y las adherencias residuales de ciertos procesos.

Hacen notar como de gran importancia para el diagnóstico diferencial respectivo las imágenes radiológicas, consecutivas a un *derrame metaneumónico* curado clínicamente, y caracterizadas por la retracción de los espacios intercostales y la desviación de la tráquea hacia el lado

enfermo contrariamente a lo que se observa al comienzo de la afección. El cuadro radiológico caracterizado por zonas claras y opacas bien delimitadas, demostrando la resolución del proceso no deberá ser olvidado en exámenes practicados semanas o meses después de la cura clínica de una neumopatía aguda.

A veces durante los controles radioscópicos, en el curso de las neumopatías infantiles, son visibles pseudoimágenes *de cavernas*, que pueden ser erróneamente interpretadas como cavidades o abscesos, no siendo sino zonas circunscriptas de enfisema agudo o simples neumotórax parciales.

Con la disminución de la opacidad, suele presentarse una imagen reticular característica de la reabsorción en el período de resolución de la neumonía lobular, así como la sombra opaca es peculiar de la hepatización.

Pueden presentarse otras situaciones, dicen los autores, que pueden hacer dudar un diagnóstico diferencial o hacer pensar en un proceso infeccioso pulmonar, cuando en realidad la localización de la afección es otra.

Se refieren por ejemplo al caso de una lobitis cardíaca, (el lóbulo cardíaco, especie de lóbulo accesorio, se presenta según algunos, en 25 % de los casos y su inflamación determina una opacidad triangular paramediastinal, con bordes nítidos), cuya imagen radiológica es muy semejante a la de una pleuritis mediastinal ánteroinferior.

Una tuberculosis pulmonar de tipo esplenoneumónico localizada en la parte inferior del hilio no suele presentar la sombra homogénea y de bordes irregulares de una lobitis crupal.

En los portadores de *tos convulsiva* o como secuela de la misma, Debré estudió un alargamiento de las sombras hiliares prolongándose hacia la base y obscureciendo el campo pulmonar en la región paravertebral. Esto debe ser tomado muy en cuenta cuando efectuamos un examen radiológico en el curso o después de la afección, para no rotularla precipitada o erróneamente como imagen perteneciente a un proceso neumónico que complica el proceso.

Las bronquiectasias, bien frecuentes, son de difícil diagnóstico clínico. Su aspecto radiológico es análogo al de las secuelas de la tos convulsiva. Aparecen como una sombra paramediastinal inferior, con opacidad triangular e hipotenusa externa, ángulo frenohiliar disminuido. Su sombra no es homogénea como la de la lobitis y la pleuritis mediastinal "pero ella conserva siempre la misma característica esencial de no ser homogénea y de tomar una disposición particular con ramificaciones difusas divergiendo del hilio hacia el diafragma como verdaderas pinceladas de opacidades ramificadas". (Broca y Marie).

Se refieren luego a algunas nuevas adquisiciones de la clínica y la radiología que juntamente con la tuberculosis deben ser valoradas en su justo valor, ante la presunción de una neumopatía aguda. Son las denominadas *neumonías lipóidicas o lopoideas* y *las neumopatías por Tiño Favosa*.

Las primeras, también llamadas *neumopatías crónicas del lactante*

son procesos pulmonares producidos por la ingestión forzada o penetración accidental, en lactantes distróficos con perturbación de la deglución, de aceite de hígado de bacalao o de parafina. O también provocados por instilaciones nasales de ciertos preparados con anestésicos que abolirían transitoriamente los reflejos.

Se han llegado a observar 27 casos, de los cuales 20 fueron autopsiados, que presentaron imágenes radiológicas que simulaban perfectamente una tuberculosis pulmonar. Parece ser que el lóbulo más frecuentemente comprometido ha sido el superior y que los signos físicos faltaban casi siempre o bien, cuando existían, persistían hasta la muerte del paciente.

Las neumopatías por tiña Favosa se presentan según algunos autores en el 80 % de los portadores de Tiña. Se producen lesiones que toman el aspecto de infiltraciones hiliares o parahiliares debidas a la aspiración nocturna del polvo atmosférico rico en esporos y micelio, durante el sueño y por frotar el paciente la cabeza sobre el lecho. Las micosis pulmonares son rarísimas en la infancia.

No basta, como se hace muchas veces, examinar al enfermo una sola vez. Es necesario y de más valor el examen seriado, particularmente en *los casos de derrame*.

Se debe volver a examinar al pequeño enfermo cuando clínicamente no se notara mejoría o se temen complicaciones. Es posible así localizar un foco parenquimatoso surgido súbitamente en un pulmón sano y en el intervalo de las punciones. Después de la evacuación del derrame, la persistencia de la temperatura y el mal estado general nos inducen a pensar y a descubrir mediante el estudio radiológico un derrame alto, enquistado, invisible en un primer examen hecho antes de la evacuación.

Del mismo modo, por el control radiográfico se pone en evidencia un derrame plurilocular de diagnóstico difícil y embarazoso para el clínico.

Lo mismo ocurre con el neumotórax espontáneo de válvula, complicando el cuadro general y determinando una hernia del mediastino. Una pericarditis concomitante, no diagnosticada en un primer examen, aparece después de la evacuación de un derrame total.

Si una matidez se mantiene inalterada a pesar de las punciones evacuadoras y de la disminución progresiva del líquido del derrame, el examen radiológico revelará un espesamiento pleural o la persistencia de un foco parenquimatoso de la base. Otras veces puede haber reciprocidad: la matidez es completa, la opacidad radiológica homogénea y total, pero las tentativas de repetidas punciones resultan negativas. Nuevamente la pantalla radioscópica confirma el diagnóstico de derrame, en el cual la abundante y espesa fibrina coagulada totalmente, en la parte media e inferior de la cavidad, provoca la constante negatividad de las punciones, a pesar del gran calibre de la luz de la aguja utilizada.

En estos casos si el examen radiológico confirma clara e indiscutiblemente la presencia de un derrame, se debe efectuar punción baja

de prueba. Si resultara negativa debe procederse inmediatamente a una punción alta. Esta última confirmará en la mayoría de los casos el diagnóstico radiológico, cuando en una zona del derrame en que el pus más fino, sale fácilmente al través de la aguja exploradora. Ilustran todas las circunstancias arriba analizadas con magníficos positivos.

De todos estos hechos se destaca, insisten los autores, el valor inestimable de la radiología para el diagnóstico de ciertas neumopatías infantiles, así como también para contralorar, por medio de exámenes seriados, la evolución de los procesos, sus complicaciones a veces inesperadas, permitiendo por lo tanto mayor certeza en la aplicación de la medicación terapéutica.

Se refieren a continuación a las distintas formas que desde el punto de vista radiológico pueden presentar las infiltraciones epituberculosas: perifocal limitada, parahiliar, cisural o masiva, presentando algunas observaciones y citas de casos muy ilustrativos.

E. Muzio.

TERAPEUTICA

S. STOKES, W. THALHIMER, A. MC GUINNES y otros. *Hemoterapia con sustitutos sanguíneos en pediatría. Discusión en el II Congreso de la American Academy of Pediatrics*. "Journal of Pediatrics", 1942:20:507.

Definición.—El término "sustitutos sanguíneos", se aplica a plasma y suero humanos, líquidos o desecados, excluyendo las soluciones fisiológicas de cristaloides y las de albúmina humana, productos proteicos y otros coloides. El tema de la discusión comprende principalmente su aplicación en el tratamiento de los estados circulatorios, de deshidratación y similares, considerándose en segundo lugar el empleo inmunoterápico.

Medicina de guerra y de urgencia.—Se debe distinguir el tipo de shock o de trastorno circulatorio a tratar, pues la indicación es específica para cada uno de ellos. Prácticamente conviene separar tres tipos: a) shock con hemoconcentración globular, sin hemorragia; b) shock con gran extravasación de sangre o plasma a los tejidos; c) hemorragia profusa. En el primer caso se trata de restituir el volumen sanguíneo y de invertir la emigración líquida, dándose primero plasma, preferentemente concentrado, y luego plasma normal o sangre. En el segundo tipo se administra plasma concentrado en mayor cantidad y más tarde sangre; en el tercero, plasma o suero normales y sangre. En el tratamiento de las quemaduras puede ser necesario dar enormes cantidades de plasma o suero, a fin de reponer el líquido y las proteínas perdidas, llegándose a administrar 8 a 12 litros en el curso de 4 ó 5 días.

Propiedades de suero y plasma.—Prácticamente se puede homo-

logar ambos sustitutos, pero hay algunas diferencias en los métodos de preparación y de conservación que podrían llevar a una preferencia por el suero. Ante todo, la concentración protéica es mayor en el suero, pues el plasma está diluido por el agregado de una solución citrada en la proporción de nueve volúmenes de sangre por uno de solución. El segundo inconveniente reside en la inevitable formación de coágulos de fibrina en el curso de 1 a 24 horas, y aún posteriormente. Además, es difícil pasar el plasma a través de un filtro que retenga las bacterias, requisito conveniente a pesar de todas las precauciones que se adopte para asegurar la esterilidad en la obtención y conservación.

Procedimientos de conservación.—Recientemente se ha generalizado el método de desecar el suero o el plasma, por medio del vacío, a partir de los productos congelados. Indudablemente, este procedimiento es ideal, pues permite almacenar cantidades ilimitadas durante largos períodos de tiempo, sin detrimento de las propiedades fisiológicas de los productos. Un método para impedir la formación de fibrina en plasma que acaba de ser filtrado, consiste en depositarlo inmediatamente en los recipientes definitivos, y congelarlo. El material congelado puede ser almacenado en este estado, o bien desecado posteriormente. Thalhimer, obtiene suero líquido, concentrado a un tercio del volumen original, mediante la evaporación en bolsas estériles de celofán. Hartmann, llega a desecar plasma o suero en estas bolsas, a presión atmosférica. Una de las principales ventajas de los sustitutos desecados consiste en que, cuando está indicado el uso de material concentrado, se puede obtener en un instante cualquier concentración deseada.

Se ha observado que al preparar grandes cantidades de suero o plasma destinados a un banco de sangre y obtenidos de treinta o más donantes que pertenecen a distintos grupos sanguíneos, hay una gran reducción en los títulos de las aglutininas anti-A y anti-B, lo que permite administrar grandes dosis, cualquiera que sea el tipo del receptor. Es posible eliminar por completo las aglutininas agregando a la mezcla de sangre las soluciones de Witebsky, de sustancias A y B.

Un sujeto preparado de acuerdo a cualquiera de las técnicas indicadas puede ser inyectado endovenosamente sin intercalar un filtro, requisito que no es posible desdeñar al usar plasma, aún cuando este haya sido obtenido de productos reconstituídos, desecados o congelados. La única ventaja del uso de plasma reside en que puede ser obtenido económicamente de bancos de sangre, cuando ha expirado el tiempo de conservación de la sangre.

Difieren las opiniones respecto a la frecuencia de las reacciones febriles; mientras unos afirman no haberlas observado jamás o pocas veces, otros señalan una frecuencia de 5 a 10 %. En todo caso, debe ser menor que la de reacciones provocadas por la inyección de sangre conservada o por transfusiones.

El principal campo de aplicación de los sustitutos sanguíneos se encuentra en el tratamiento del shock traumático o postoperatorio, y en

el de urgencia, de las grandes pérdidas de sangre. También se aplican en las hipoproteinemias de la más diversa etiología, en el tratamiento de la diarrea y de la intoxicación intestinal del lactante, en las quemaduras o shock por quemaduras y en las fases iniciales de la nefrosis lipoidea.

Moon, hace una distinción entre el shock y el estado que sigue a una hemorragia profusa. Ha demostrado que uno de los primeros síntomas del shock incipiente es la hemoconcentración, es decir, el aumento en el número de hematíes, pero no la concentración proteica, precediendo en cierto tiempo a la hipotensión. La causa de la hemoconcentración reside en la permeabilidad capilar aumentada por una lesión a ese nivel. El corazón mantiene dificultosamente la circulación a causa de la viscosidad aumentada y de la volemia disminuída; esto lleva a la anoxemia, aumentando la lesión capilar y la insuficiencia cardíaca y es este círculo vicioso el que constituye la principal fuente de peligro en los estados de shock. No se trata de introducir líquido en el árbol circulatorio, sino de impedir que el inyectado escape de los vasos y, al mismo tiempo, de no aumentar el número total de glóbulos rojos. Por consiguiente, son inútiles las soluciones fisiológicas y es nociva la transfusión o administración de sangre total. El suero y plasma, soluciones coloidales de origen humano tienen la máxima tendencia a permanecer en los vasos y, cuando son administrados en forma concentrada tres o cuatro veces, producen un aumento de la presión osmótica que invierte la corriente líquida. Cuando el enfermo ha perdido agua por cualquier vía, debe administrarse preparados isotónicos. En Inglaterra se ha obtenido resultados espléndidos en el transcurso del shock, que señalan la necesidad de abandonar el criterio posológico tradicional: se ha llegado a dar 3 y 4 litros en 24 horas, y 8 a 10 litros en 4 a 5 días. También se observó que es necesario hacer inyecciones múltiples de 500 a 1.000 c.c., cada 4 a 8 horas. Las dosis para niños deben ser proporcionales a éstas, de acuerdo al peso corporal. Los resultados más espectaculares han sido obtenidos en casos con gravísimas quemaduras. Naturalmente, la principal ventaja respecto a la transfusión es la adaptabilidad de los sustitutos a condiciones de extrema urgencia, pues queda eliminada una técnica engorrosa y la necesidad de establecer el tipo sanguíneo.

Algunos otros estados en que es particularmente útil la provisión de proteínas humanas que traen estos sustitutos, son: la colitis grave, peritonitis, empiema agudo o crónico, niños desnutridos que rehusan alimentarse adecuadamente, hiperpresión endocraneana, etc.

En pediatría se trata ante todo de decidir si se ha de usar material hiper o hipotónico. Cuando hay pérdida de sangre, hay que reponer líquido; cuando hay shock con lesión capilar y filtración gerosa, debe preferirse las soluciones hipertónicas. El suero o plasma puede ser usado en estenosis pilórica, herida de cicatrización lenta y en desnutrición. Las quemaduras representan un gran campo de aplicación. En los estados de deshidratación con hemoconcentración no se osaría hacer una transfusión, pero el suero o plasma es utilísimo. En nefrosis se ha ob-

tenido sorprendentes resultados con plasma concentrado cuatro veces. El edema desaparece en forma dramática, pero no responden los casos con hematuria microscópica, hipertensión o aumento de la concentración celular en la orina. No es posible explicarse esta acción.

Métodos de preparación de productos desecados.—Esta idea, surgida por Shakell, fué elaborada por Mudd y Flosdorf, quienes crearon el proceso líofilo de desecar suero congelado a 78° bajo cero, procedimiento sumamente costoso y sustituido por el proceso crioquímico de Flosdorf, basado en un desecante químico. En el proceso “adtevac” de Hill, se emplea un gel silícico y en el “dessivac” de Flosdorf una especie de desnatador invertido. Sin embargo, todos estos procedimientos son extremadamente costosos.

Procedimiento para calcular el déficit proteico.—Una vez determinada la concentración de proteínas en el plasma, la diferencia respecto al nivel normal de 7,1 gr. %, representa un déficit por 100 c.c. La volemia del niño puede ser establecida en la décima parte del peso corporal y el volumen total del plasma es la mitad de aquella. Multiplicando el déficit porcentual por este volumen y dividiendo por 100 se obtiene la cantidad de proteínas a reponer.

C. Ruíz.

Crónica

XI Jornada Pediátrica Rioplatense.—Durante los días 28, 29 y 30 de setiembre tendrá lugar, en Buenos Aires, la XI Jornada Pediátrica Rioplatense.

La sesión inaugural, a realizarse el día lunes 28, a las 18 horas, en el local de la Asociación Médica Argentina, estará dedicada al Prof. Mamerto Acuña con motivo de otorgarle la Sociedad Argentina de Pediatría el título de Presidente honorario de la misma.

La segunda sesión, que tendrá lugar en el Hospital de Clínicas, el día martes 29, a las 9 horas, estará dedicada a la ponencia del tema uruguayo: Utilidad de las sulfamidas en las enteritis y trastornos digestivos del lactante; relator: Dr. Víctor Zerbino.

La tercera sesión se realizará el miércoles 30, a las 9 horas, en el Hospital de Niños, exponiéndose el tema argentino: Deshidratación en el lactante; relator: Dr. Mario J. del Carril.

Las Jornadas a realizarse este año han de cobrar particular interés, no solo por el homenaje que en ellas se realizará al Prof. Acuña, sino también porque han de ser motivo —aprovechando la asistencia de los delegados brasileños y chilenos, especialmente invitados— para que se fijen las bases de la Confederación de Sociedades de Pediatría de Sudamérica, idea grata y feliz, y ampliamente deseada en el ambiente sudamericano.