

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA

PUBLICACIÓN MENSUAL

Organo de la Sociedad Argentina de Pediatría

PUBERTAD PRECOZ EN UNA NIÑA DE DOS AÑOS *

POR LOS

DRES. PROF. JUAN P. GARRAHAN, PERLINA WINOCUR y
EUGENIA ROSEMBERG

El caso presente de pubertad precoz, se refiere a una niñita María del Carmen C., cuyos antecedentes familiares en el orden endocrinológico y específicamente en lo correspondiente a la maduración sexual no arroja ningún dato de interés dentro de lo que puede revelar un interrogatorio. La madre menstruó a los 15 años. Un hermanito de 10 años, examinado por nosotros, revela un desarrollo correspondiente a su edad.

Antecedentes personales: Nacida a término con 4 kg de peso, presentó en seguida una hemorragia vaginal discreta y tumefacción mamaria. Esta última persistió definitivamente.

Dentición, marcha y palabra —según la madre— a los 8 meses. Fué sana y más bien gordita.

Al año y medio de edad y a partir de una tos convulsiva, observa un crecimiento rápido; pasan 2 ó 3 meses y los vestidos le quedan chicos y cortos. No recuerda los pesos ni las tallas registradas.

Declara que siempre tuvo las "durezas" en los pechos, refiriéndose a las glándulas mamarias y que aumentaron cuando se produjo el crecimiento rápido en altura, al mismo tiempo fueron apareciendo pelos pubianos y luego axilares. Menstruó a los 2 años y un mes, perdiendo una apreciable cantidad de sangre durante cuatro días, fué precedida por dolores abdominales.

Carácter de la niña: Es nerviosa (lo es también la madre), existe una extrema dependencia de la madre, la cual la mima y concede todos los caprichos por la situación anormal agravada por la asistencia frecuente a distintos consultorios y exámenes molestos.

Hábitos y actividad: Juega con otras niñas mayores que ella, con las cuales pelea bastante, pues desea dominarlas.

Tiene mucha habilidad manual, maneja bien la aguja, cose, viste a sus muñecas, realizando una serie de actividades domésticas, todas ellas correspondientes a una edad mayor.

* Comunicación presentada en la Sociedad Argentina de Pediatría en la sesión del 14 de septiembre de 1948.

Es inteligente, aprende fácilmente canciones que oye directamente o transmitidas por radio; baila, es alegre y activa.

Examen somático: Practicado a los 3 años y 4 meses.

Antropometría: Peso, 20 kg. Talla, 114 cm. Talla suprapúbica, 64 cm. Talla infrapúbica, 50 cm. Gran envergadura 101 cm. Corresponde por su edad: Peso, 15 kg. Talla, 96 cm aproximadamente.

Aun cuando la relación P-T es normal para 6 años, acorde a las tablas de promedios, existe una desproporción en lo que se refiere a extremidades que son algo cortas y más aún si las comparamos con el tipo puber correspondiente a su estado hormonal. Parece una mujercita adolescente en miniatura, bien formada con un seno correspondiente a este período por su tamaño; areola pigmentada y algo saliente el pezón.



Piel fina, elástica, pelos axilares y pubianos en regular cantidad y de grosor mediano. El panículo adiposo se halla bien distribuido.

Fondo de ojo, normal (Dr. J. M. Roveda).

En el resto del examen no presenta anomalías. La presión arterial es 100/60, la presión máxima palpatoria, 90.

Examen ginecológico (Dr. Schlossberg): Vulva correspondiente a una niña de 10 a 11 años. La vagina tiene 8 cm de largo. El tacto rectal permite apreciar un útero globuloso como de 4 cm. No se percibe tumor en ambos fornices.

Edad ósea: Radiografía de muñeca y manos, demuestra la existencia de todos los núcleos del carpo, inclusive el pisiforme, las epífisis de radio, cúbito, primer metacarpiano, falanges.

La *maduración ósea* corresponde a una niña de 10 años (2).

Relación T, corresponde a 6 años (1).

Edad mental: Se halla a la par de la cronológica. Socialmente corresponde a una niña de 6 a 7 años (Dr. Reca).



ELEMENTOS DE JUICIO SOBRE EL ESTADO HORMONAL

Estudio citológico del sedimento urinario: El extendido muestra abundantes células aisladas o en grupos de pocos elementos; obsérvase en casi la misma proporción células grandes poligonales y otras elongadas de protoplasma arrugado; el núcleo es grande oval o redondo. Hay mucus, gérmenes y escasos leucocitos y frecuentemente hematíes.

El recuento de 300 elementos da el porcentaje siguiente:

Escamas, 0 %. Cornificadas, 12 %. Cariopignóticas, 3 %. Espinosas superficiales, 85 %. Espinosas profundas, 0 %.

Interpretación: Por las características morfológicas, tintoriales de agrupación y porcentaje de distribución de las células, el examen del extendido urinario revela una marcada acción estrogénica (Dr. S. F. de Majo).

El dosaje de 17 *ceto esteroides* arroja 3,67 mg en 24 horas (Dr. Raíces).

Las *gonadotropinas hipofisarias* en orinas de 24 horas son positivas, 6 unidades ratona (Dr. de la Balza).

Los demás *exámenes de rutina*, Wassermann, Kline, colesterolemia, sangre, orinas no aportan datos de interés.

El *electroencefalograma* practicado por el Dr. Mosovich, indica una maduración cortical, en términos bioeléctricos, superior a la edad de la examinada.

Informe: Se observa una actividad de mediano a gran voltaje, predominando la de mediano voltaje, ligeramente irregular, de 8 a 10 ciclos por

segundo, asincrónica, igualmente distribuída en todas las áreas corticales exploradas.

No hay asimetrías ni signos focales a la exploración simultánea de áreas homólogas.

La configuración de los ritmos indican una organización cortical, con tendencia a una maduración que no corresponde a la edad de la examinada, sino más bien a una preadolescente.

Radiografía de cráneo: Silla turca normal.

CONSIDERACIONES GENERALES

Trátase de una pubertad precoz isosexual a la cual acompañan otros fenómenos de maduración, pero en grado menos avanzado, talla, edad ósea, conducta, sociabilidad; el nivel mental no ofrece adelanto.

Veamos cómo es curable el proceso puberal en condiciones normales y las causas que pueden desencadenarlo prematuramente.

Ciclo menstrual.—Expondremos a grandes rasgos la fisiología del ciclo menstrual (^{4,5}).

La hormona ánterohipofisaria (H. A. H.) llamada foliculo estimulante, hace que el foliculo ovárico, foliculo de Graaf, se desarrolle y segregue en su evolución la hormona folicular, sustancias estrógenas capaces de producir estro y responsable de la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Esta producción es creciente y con ella se inician los cambios en la mucosa uterina. A los 14 días —mitad del ciclo— el foliculo llega a su plena madurez, se produce la rotura del mismo con expulsión del óvulo, fenómeno que se repetirá periódicamente. A esta altura, la hormona luteinizante de la A. H. actúa sobre los restos que han quedado del foliculo formándose el cuerpo lúteo o cuerpo amarillo que segregará cantidades progresivas de progesterona y también estrógenos. A la progesterona se deben los cambios que se operan en el endometrio; la mucosa toma un aspecto marcadamente glandular, más complicado, se acentúa la vascularización, el estroma acumula material nutritivo, tal como el glucógeno y las grasas; se prepara para anidar el óvulo fecundado.

Si no hay fecundación, la mucosa comenzará a desintegrarse y terminará por ser expulsada, todo lo cual constituye la menstruación a los 28 días, habitualmente, objetivada groseramente por la pérdida sanguínea. Se completa así el ciclo difásico característico de la mujer normal. Unos días antes se inicia ya un nuevo ciclo que ha de repetirse hasta la menopausia, salvo en los períodos de embarazo.

Cuando el óvulo ha sido fecundado, se produce la implantación del huevo suprimiéndose la menorragia y tienen lugar los cambios propios del tercer ciclo, que es el embarazo. Cada ciclo tiene sus características hormonales y cambios tisulares aprovechables para un diagnóstico. La presencia de progesterona segregada por el cuerpo lúteo puede ser identificado en las orinas, en la segunda mitad del ciclo, por su derivado el prognanediol, certificando que hubo ovulación con formación de cuerpo lúteo, en cuyo caso se ha tratado de una menarca fisiológica. Del mismo modo nos informan los cambios de la mucosa uterina cuya muestra puede ser extraída por curetaje y examinada histológicamente.

Debe practicarse estudios seriados del endometrio, para apreciar la evolución propia del período que nos interesa.

La menorragia puede ser inducida por el alto nivel estrógeno, por la mucosa uterina hiperplásica, constituyendo un ciclo monofásico, tal acontece en los tumores funcionantes de ovario, especialmente el tumor de la granulosa o de la teca o cuando se trata con estrógenos a una menopausa natural o quirúrgica.

Resumen: La función genital femenina depende de un sincronismo entre la secreción pituitaria y progesterona. A cada faz de las mismas corresponden ciclos hemáticos y curvas excretorias características del proceso normal telético, para alojar el óvulo fecundado. Al no realizarse, la mucosa preparada se desintegra evidenciándose por la pérdida de sangre (menarca).

Causas de pubertad precoz.—Conviene distinguir el desarrollo sexual precoz de la menarca; ambas cosas son generalmente involucradas en el término pubertad, un tanto vago, pues esta última designación se refiere más a los caracteres sexuales secundarios, alude en especial a los pelos.

La menarca no es sinónimo de nubilidad, que se alcanza más tarde con el perfeccionamiento genital en el decurso de la adolescencia. Se considera como normal la iniciación menstrual entre los 11 y 14 años en nuestro medio y precoz cuando acontece antes de los 9 años, límite que difiere según los autores y países donde actúan.

Una ojeada sobre las principales causas que pueden anticipar un desarrollo sexual prematuro nos permitirá ubicar mejor a nuestra pequeña paciente.

Las causas de orden nervioso comprenden las lesiones del hipotálamo del tercer ventrículo, las encefalitis que también pueden ser secundarias a enfermedades infecciosas; los tumores cerebrales y otras causas de hipertensión endocraneana que actúan sobre el hipotálamo o sus conexiones que regulan la actividad hipofisaria. Trátase de una precocidad sexual hiperpituitaria del lóbulo anterior, que se evidencia por la excreción de centenas de U. R. de gonadotrofina; con pequeñas cantidades de orinas puede obtenerse una reacción de Aschheim Zondek. El mecanismo normal ha sido puesto en marcha antes de tiempo. El L. A. H. ha estimulado la función ovárica ⁶.

Los tumores pineales actúan indirectamente, independientemente de este cuerpo que no es glandular. El síndrome de Pellizi obedece a la presión sobre el acueducto de Sylvio, la hidrocefalia interna que deriva desencadena la sintomatología nerviosa. Este grupo ha sido calificado por Novak como pubertad precoz de tipo cerebral.

También puede presentarse después de una encefalitis como en los pacientes publicados por Guild y Ford ⁷.

Debe pensarse en la intervención de la corteza suprarrenal cuando aparecen características heterosexuales, siendo en la mujer el virilismo anterior o simultáneo con la menarca, hirsutismo, aumento de tamaño del clítoris, cambio de voz y la conformación o el modelado del cuerpo ⁹.

Aquí el aumento de la excreción de los 17 cetoesteroides en la orina, constituye un elemento de valor para el diagnóstico.

Puede llegar a niveles entre 20 y 300 mg. Normalmente no existen hasta los 8 años, o ser escasa (2 mg). Ha de tomarse en cuenta el método empleado para su determinación.

Un tumor de ovario que asienta en la teca o en la granulosa, suele presentarse más bien en mujeres en el período de actividad sexual reproductiva, son llamados feminizantes traen rejuvenecimiento en las adultas; en niñas de tierna edad pubertad precoz por su elevada producción estrogénica. Este exceso hormonal induce menstruación que se diferencia de la normal por ser monofásica, anovulatoria.

Se debe a hiperplasia de la mucosa uterina que es luego expulsada con pérdida de sangre que a veces es abundante, irregular sugiriendo —dice Gross¹⁰— la falta de control de la secreción lútea; sin embargo, puede ser normal en su duración y periodicidad.

El mismo autor cita un caso de tumor de granulosa con una eliminación estrogénica que alcanzó a 15.500 U. R. y la caída a 50 U. R. a las 24 horas de su extirpación.

Aconseja el control de esta producción hormonal de tanto en tanto a fin de reconocer una recidiva.

En el caso relatado por Kimmel¹¹ caracterizado por crecimiento somático acelerado y pubertad precoz en una niña de 25 meses con todas las características que hacían suponer un tumor de la granulosa del ovario —inclusive una gran cantidad de estrógenos— cuya pieza operatoria demostró la existencia de un quiste folicular. La paciente fué observada después durante cuatro años, los estrógenos descendieron a un nivel normal, se borraron los caracteres sexuales secundarios y no volvió a menstruar durante este lapso.

En los quistes lúteos se comprueba gran eliminación de pregnanediol.

Novak¹² distingue claramente la *pubertad precoz constitucional* por la presencia de una menarca completa, con ovulación que en nada difiere del ciclo normal difásico ya descrito al comienzo de nuestra exposición, salvo su aparición temprana. Parece, dice el mismo, que la niña hubiera saltado de la temprana infancia a la pubertad, sin pasar por las etapas intermedias. La menopausa puede ocurrir en ellas en la época habitual.

Existe poca información, pues injustificadamente fueron atribuidos al hiperpituitarismo y siempre se ha publicado más aquellos casos que tenían una causa demostrable, como un tumor por ejemplo, pero la pubertad constitucional es la más frecuente de todas, según Novak.

La luteinización se evidencia por el hallazgo del cuerpo lúteo en la pieza operatoria o de autopsia, por los embarazos comprobados en niñas¹³ y por el dosaje de pregnanodiol en orinas, que deriva de la progesterona y certifica la segunda parte del ciclo menárquico también por el examen de mucosa uterina extraída por raspado en los distintos períodos que muestra los cambios histológicos correspondientes al proceso hormonal.

En realidad el calificativo *constitucional* no goza de mayor simpatía,

sólo informa que no responde a ninguna de las causas conocidas hasta el presente. Queda la posibilidad de su aclaración con otros métodos o bien una etiopatogenia nueva.

Albright^{13,14} establece la existencia de un síndrome caracterizado por la presencia de pubertad precoz, quistes óseos y pigmentaciones de la piel sin hiperparatiroidismo. Al referirse a un cuadro de maduración sexual temprana hace notar que puede ser explicado por la perturbación metabólica del colesterol, sustancia que no difiere mucho de los estrógenos.

Mac Cune¹⁴ ha presentado un caso de síndrome de Albright con hipertiroidismo.

CONSIDERACIONES Y RESUMEN DEL CASO ESTUDIADO

Trátase de una mujercita que inicia su crecimiento acelerado al año y medio de edad con aparición de caracteres isosexuales secundarios y luego una menorragia a los 2 años y un mes.

La madre refiere una tos convulsiva anterior a esta iniciación, pero también señala claramente la persistencia del agrandamiento de los senos después de la crisis hormonal en el período de recién nacida.

Se plantea el problema, si se trata de un ciclo difásico correspondiente a una pubertad precoz de tipo constitucional o una pérdida sanguínea inducida por un nivel estrogénico alto. Es difícil expedirse no contando con el examen histológico de la mucosa uterina, ni con la investigación de pregnanediol.

El examen ginecológico no ha revelado en la niña hasta el presente tumor o agrandamiento ovárico que urja una intervención, que aún podría practicarse con fines de exploración. Por otra parte, la opinión autorizada de Novak asegura que en la inmensa mayoría de los casos se trata de pubertades precoces de origen llamado constitucional.

Nuestro propósito por ahora es examinar periódicamente a la niña, capacitar mejor a la madre y dirigirla en la parte educativa y cuidado de la misma.

Nota.—Agradecemos a los colegas, cuyos nombres especificamos al citar su contribución para el estudio del presente caso.

BIBLIOGRAFIA

1. *Winocur, P.*—Peso y talla de los escolares pertenecientes a la ciudad de Buenos Aires. "Rev. de Hig. y Med. Escolares", 1942, t. 1 y 1943, t. 2 y "Arch. Arg. de Ped.", agosto 1944.
2. *Todd, W. F.*—Atlas of Skeletal Maturation. Ed. Mosby Co., St. Louis, 1937.
3. *Raíces, E. A.*—Los 17 cetoesteroides y la significación de sus valores. "Medicina", 1944; 4, 241.
4. *Talbot, B.*—Et al. Excretion of 17-ketosteroids by normal and by abnormal children. "Am. Jour. Dis. of Child.", 1943; 65, 364.
5. *Werner, A. A.*—Endocrinology. Ed. Lea & Febinger, Philadelphia, 1942.
6. *Calatroni, C. I.; Ruiz, V. y Di Paola, G.*—Endocrinología sexual femenina. Ed. "El Ateneo", Bs. Aires, 1947.

7. *Hain, A. M.*—The constitutional type of precocious puberty. "Jour. of Endoc.", 1947; 7, 171.
8. *Ford, F. R. and Guild, H.*—Precocious puberty. "Bull. of Johns Hopkins Hosp.", 1937; 60, 192.
9. *Bergman, B.*—Sex precocity and the adrenal genital syndrome. "Jour. of Ped.", 1947; 31, 142.
10. *Kimmel, G. C.*—Sexual precocity and accelerated growth in a child with follicular cyst of the ovary. "Jour. of Ped.", 1947; 30, 686.
11. *Gross, R. E.*—Neoplasme producing endocrine disturbance in childhood. "Am. Jour. Dis. of Child.", 1940; 59, 579.
12. *Tachela Costa, A.; Brachetto Brian, D. y Marroni, J. J.*—Pubertad precoz por tumor de células de la granulosa. "Rev. A. M. A.", 1947; 62, 401.
13. *Albright, F.; Butler, A. M.; Hamton, A. O. y Smith, P.*—"New England Jour. Med.", 1937; 612, 726.
14. *Mac Cune, D. J.*—Osteitis fibrosa cystica. "Am. Jour. Dis. of Child.", 1936; 52, 743. (Society for Pediatric Research, annual meeting, may 5, 1936).

TAQUICARDIA PAROXISTICA AURICULAR TIPO BOUVERET EN UN NIÑO DE PRIMERA INFANCIA *

POR LOS

DRES. DELIO AGUILAR GIRALDES y MARIO R. BAILA

La taquicardia paroxística, trastorno del ritmo cardíaco de rara observación^{51, 52, 15, 46, 59} en el curso de la primera infancia, es de conocimiento importante, pues permite efectuar la terapéutica apropiada al caso y poner término —a veces en forma espectacular— a un cuadro alarmante para la familia del enfermo y para el médico inexperimentado en casos similares.

Sólo por excepción figura en los tratados pediátricos clásicos con anterioridad a D'Espine y Picot⁵⁴ quienes, en 1894, reconocen como único caso positivo el de Hemingham en una niña de 6 años. Agregan la observación de Fitz, de un adulto, en el que el comienzo de la afección se remontaba a los 6 años y la de Durosiez referente a una adulta histérica, con palpitaciones desde los 10 años de edad. Tal iniciación en la infancia es mencionada por Bouveret, al decir de Comby⁵⁵ y como rareza se mencionan⁶³ las observaciones de Hutchinson en un niño de 8 años y 8 meses y la de Hoffmann en otro de 3 años.

Por su rareza, porque no se piense en ella, porque transcurra desapercibida a causa de su escasa sintomatología cuando sobreviene en individuos jóvenes, como dice Johnson²⁴ o bien por quedar incógnita dentro de la evolución de otra afección muchos casos de comienzo real en la niñez han sido y son clasificados como de iniciación en edad adulta. La incorporación del estudio electrocardiográfico rutinario en el examen clínico de la cardiopatología infantil y el mayor interés despertado por las enfermedades cardiovasculares de la infancia (Nebauer¹⁶), ha hecho que paulatinamente vayan aumentando las referencias bibliográficas de los casos observados. Así, hasta 1926, según Seham y Loss³⁴, sólo existían en la literatura 17 casos de taquicardia paroxística en menores de 14 años, habiendo sido de 3 meses el más joven. Posteriormente, como resultado de ese mejor estudio aumenta la casuística, pero aún así son raras las aportaciones que citan más de 3 observaciones personales y para dar idea respecto a la totalidad de la misma baste decir que en conjunto no alcanza a 200 citas la bibliografía mundial. Pero cabe

* Comunicación presentada a la Sociedad Argentina de Pediatría, en la sesión del 15 de julio de 1947. Actualizada en 1949.

pensar, con Hubbard y Starbruck⁴⁹ que la frecuencia real no concuerda con las referencias publicadas.

Entre nosotros Acuña y Puglisi⁸, compilan 29 observaciones en el año 1935. Comprenden casos entre los 4 y los 15 años de edad, de los cuales 14 niños están por debajo de los 22 años y medio, pero en varios no es posible determinar la forma y tipo de taquicardia paroxismal que padecían.

Ese mismo hecho es anotado por Alsever⁴ quien al recorrer los 70 casos registrados por la literatura inglesa y americana —que en su mayoría corresponde a niños más que a lactantes— tropieza con idéntica dificultad que no permite un estudio detallado. Ocurre otro tanto con la taquicardia paroxística de tipo ventricular —muy rara en la infancia— de la que en 1930 Strauss³⁶, reúne 95 casos de todas las edades, hallando 65 que pueden atribuirse a ese origen y 30 que sólo son probables pues carecen de documentación demostrativa. Todas las observaciones estaban por encima de la edad puberal y según Howard¹³, este tipo no ha sido observado en niños recién nacidos.

A través de la compulsa bibliográfica se destacan dos hechos que nos mueven a comentar nuestra observación. Uno es que dentro de la primera infancia la taquicardia paroxística es rara en el segundo año de vida. Otro, que revistiendo la forma típica de Bouveret no hemos hallado sino excepcionales menciones clínicas en las que se ha destacado el carácter paroxismal e interativo y falta de substratum patogénico al que pudiera incriminarse el desencadenamiento de la crisis.

Hubbard²⁰, sobre 18 casos, halla 9 por debajo de los 8 meses de edad, el resto disperso en otras edades. El comienzo en las dos primeras semanas ha sido anotado 9 veces por Howard¹³, de los cuales uno se presumió ya antes del nacimiento. Sherman y Schless⁴², otro al nacimiento Tarnower y Lattin³¹, dos a los 14 días, Wesley³² y Howard¹³, dos a los 7 días, Doxiades³³, uno a los 8 días, Tarnower y Latin³¹, uno a los 10 días, Hubbard²⁰ y otro a los 12 días del mismo autor.

Sintetizamos algunos trabajos en los que se citan tres o más observaciones en el Cuadro N° 1.

CUADRO N° 1

Autor	Núm. de casos	Edad	Tipo de taquicardia
Neubauer ¹⁶	11	3 años	Supraventricular, origen supradonal.
		4 „	Supraventricular.
		6 „	Ventricular.
		5 „	Nodal.
		4 „	Ventricular.
		5 „	Auricular con bloqueo 2:1.
		6 meses	Auricular con posible bloqueo 2:1.
		3 años	Ventricular.
		4 „	Auricular. Bloqueo 2:1.
		4 meses	Auricular paroxística o flutter con bloqueo 2:1.
		5 „	Auricular. Bloqueo 2:1.

Autor	Núm. de casos	Edad	Tipo de taquicardia
Campbell ¹⁰	3	1 mes 20 meses 3 años	
Koplik ¹⁷	3	22 meses 3 años 10 „	Auricular. Nodal Flutter auricular.
Shookhoff ¹⁸	4	8 años 3 „ 10 „ 3 „	
Hubbard ²⁰	9	1 mes 4 meses 21 días 14 „ 1 mes 21 días 7 meses 10 días 13 „	Supraventricular o posible ventricular. Auricular. Aurículoventricular, nodal o posible auricular. Supraventricular. Supraventricular. Supraventricular. Respuestas ventriculares aberrantes. Posible taquicardia ventricular. Auricular. Supraventricular. Aurículoventricular, nodal.

Con respecto a las observaciones publicadas en nuestro medio, que comprenden 17 casos, diremos que 13 pueden incluirse dentro del límite máximo de la primera infancia, quedando enunciadas en el Cuadro N^o 2.

CUADRO N^o 2

Autor	Núm. de casos	Edad	Tipo de taquicardia
Schweizer, de Filippi y Battro ³⁵	1	9 años	Nodal. Un acceso paroxismal.
Acuña y Puglisi ⁸ ...	1	12 años	Nodal.
Navarro y Huergo ⁷ ..	1	12 años	Ventricular.
Puglisi ³	1	10 días	Nodal.
Garrahan y Traversaro ¹	1	3 años	Posibles accesos de taquicardia paroxística.
Piaggio Garzón ⁹	1	2 años	A repetición. Flutter auricular.
Kreutzer, Pellerano y Schere ¹⁰	1	12 años	Nodal.
Arana y Kreutzer ⁵ ..	1	15 días	Supraventricular. Auricular.
Del Carril, Kreutzer y Díaz Bobillo ⁶	1	25 días	Supraventricular. Auricular.
Castilla y Aguirre ¹² ..	1	2½ años	Taquicardia ventricular paroxística.
Bonaba y Marcos ⁴⁸ ..	2	23 meses 8 días	Sinusal.
Luque y Segura ⁸⁷ ..	2	1 mes 1 „	Auricular. Probable cardiopatía congénita. Auricular comunicación interventricular.
Bazán y Sujoy ⁹⁴ ...	3	15 meses 17 „ 15 „	Supraventriculares. Supraventriculares. Supraventriculares.

Nuestra observación se refiere a C. A. V., edad 19 meses y 15 días. Sexo masculino, argentino. Desde su nacimiento bajo el cuidado de uno de nosotros (D. A. G.), a cuya clínica privada pertenece.

Antecedentes hereditarios: Nada de importancia, salvo que el padre presenta extrasistolia sin afección cardiovascular ostensible.

Antecedentes personales: A la edad de 8 meses y durante un episodio bronquítico, posible y leve acceso de taquicardia paroxística que cede espontáneamente. (No fué observada y se supone por similar al de su enfermedad actual). Refiere la madre que en esa y otras oportunidades anteriores se le notó gran desasosiego, palidez cianótica y latidos cardíacos precipitados. Dermatitis seborreica en el primer trimestre.

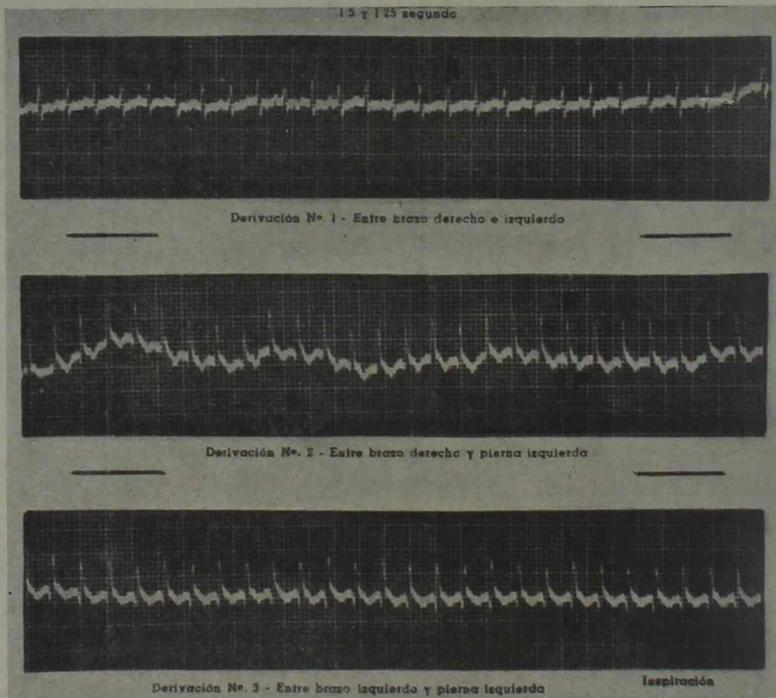


Figura 1

Enfermedad actual: El 6-IV-1945 es traído por la madre, que expresa que desde la noche anterior el niño presenta gran excitación, palidez, inapetencia y se le notan palpitaciones en la región precordial, intestino con evacuación normal, orina poco.

El *examen clínico* revela: Peso, 15,000 g. Panículo, 10 mm; temperatura rectal, 37°2; pulso, 197 por minuto; respiración, 65 por minuto. No se nota nada particular en el examen somático general, excepto leve coriza.

Corazón: Se auscultan dos ruidos limpios de intensidad disminuída con ritmo fetal. Por momentos la taquicardia aumenta y es imposible contar la frecuencia cardíaca; en esos lapsos el niño palidece y guarda quietud. Estasis venosa del cuello. Nada anormal en pulmones. Hígado se palpa a dos traveses de dedo por debajo del reborde costal.

Con el diagnóstico presuntivo de taquicardia paroxística se practica la

compresión del seno carotideo, que resulta negativa, y al día siguiente, con el mismo cuadro, se efectúa un electrocardiograma (Fig. 1) que registra una taquicárdica cesa. En el trazado registrado 48 horas más tarde se nota A pesar de que por la intranquilidad del niño no se obtuvieron derivaciones torácicas electivas para la aurícula puede descartarse el aleteo auricular considerado por Evans⁷⁷, como base de estos ritmos ectópicos. Si de tal se tratase, en ritmo de aleteo 2 a 1, la frecuencia auricular 544 sería demasiado grande y a ello se agrega que no es posible intercalar otra P en el trazado. En cuanto al aleteo auricular 1 a 1 también se descarta pues no corresponde al tipo del trazado.

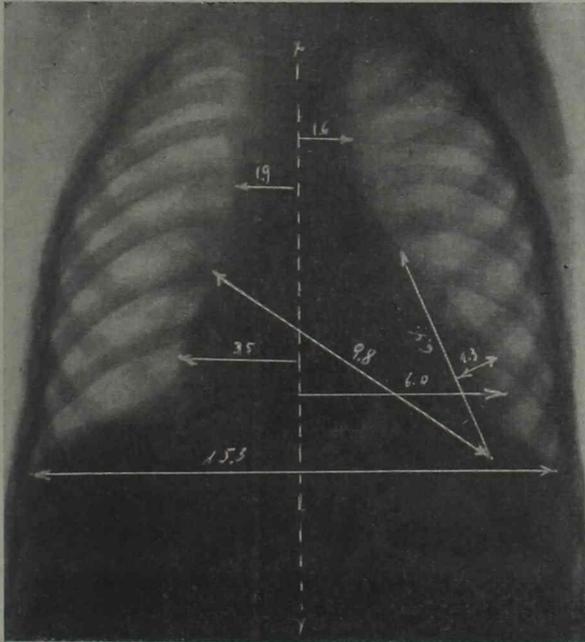


Figura 2

Según la telerradiografía (Fig. 2), los diámetros cardíacos son:

Diámetro transversal: torácico	153 mm
" " cardíaco derecho	35 "
" " cardíaco izquierdo	60 "
" transverso cardíaco	95 "
Relación cardiotorácica	62 "

O sea un corazón aumentado en todos sus diámetros en relación a su edad. Díaz Nielsen⁶⁶, la valora en 0,42, por lo que con Bakwin y Bakwin⁸⁶ puede considerárselo agrandado.

Examen hematológico: Hematíes, 3.880.000; leucocitos, 15.450; hemoglobina, 89; valor globular, 114; neutrófilos, 46 %; eosinófilos, 2 %; linfocitos, 46 %; linfocitos grandes, 2 %; linfocitos leucocitoides, 3 %; linfoblastos, 1 %. Mantoux 1/1000, negativa.

Tratamiento: Se suministra "Carbachol" 1/3 de comprimido. A la media hora de su ingestión y sin recurrir a ninguna maniobra el acceso

taquicárdico cesa. En el trazado registrado 48 horas más tarde se nota taquicardia sinusal de 150 normotropa, niño muy excitado, el trazado se ajusta a los normales de los lactantes (Segura⁴¹, Baila y Aguilar Giraldes⁶⁸).

Evolución: Los accesos no se reproducen durante los diez meses siguientes, momento en que fuera de control médico y durante la evolución de una intensa rino-faringitis sobrevienen nuevos accesos, que ceden espontáneamente a las pocas horas. Ocho meses después (3 años y 2 meses de edad), concurre al examen clínico en pleno acceso de taquicardia paroxística que no cede a la presión ocular y del seno carotídeo y sí al Carbachol (2 veces diarias 1/2 tableta de Carbachol).

COMENTARIOS

La taquicardia paroxística que como lo sostienen Laubry y Routier, Monterde y López Brenes⁵⁰, Battro⁷², Cossio⁶¹, etc., etc., aunque puede integrar el síndrome funcional de afecciones cardíacas sobreviene por lo común en sujetos indemnes de toda lesión cardiovascular y en los que a menudo no puede demostrar su causa originaria. Para ellos se reserva el calificativo de "esencial" con que la definiera Bouveret.

No nos extenderemos sobre su etiopatogenia pero diremos que Kreutzer, Pellerano y Schere¹⁰ concluyen en que las crisis son debidas fundamentalmente a la existencia de un factor predisponente situado en el miocardio y a otro desencadenante o determinante original en el sistema neurovegetativo.

En la edad infantil se destacan como factores desencadenantes las infecciones, enfermedades infectocontagiosas, los trastornos digestivos y las emociones súbitas. Seham y Moss³⁴, hallaron que aunque la mayoría de las observaciones estaban indemnes de lesiones cardíacas valvulares, algunos habían sufrido miocarditis reumática o diftérica. Neubauer¹⁶, la considera ligada a infecciones actuales o recientemente pasadas, diciendo que los hallazgos dejan pocas dudas de que la taquicardia paroxística en la niñez ocurre más frecuentemente en presencia de infecciones que en ausencia de ellas lo que es evidente en sus once observaciones, en tres de las de Shookoff y colaboradores¹⁸, en dos de Koplik¹⁷ y en una de Hauser²¹ en que la vincula a la coqueluche.

Nosotros pensamos con Hubbard que en la taquicardia paroxística deben estar asociadas sea otras enfermedades, sea una condición predisponente o favorecedora a la desencadenante activa ya que en la infancia son frecuentes tanto las infecciones como las enfermedades infecciosas sin que la entidad patológica que nos ocupa sea observada con asiduidad. Como adendum diremos que el Prof. Dr. J. M. Macera, que se ha ocupado con detenida atención de las cardiopatías en nuestro medio escolar y en la Lucha Antirreumática, nos ha informado⁶⁷, que no figura en cualquiera de los dos registros de esos estudios ninguna observación de taquicardia paroxística y que Bernuth y Steinen⁸⁸, la encuentran en casos de encefalitis y Leys⁸⁵, la vincula a una encefalo-

patía tóxica así como Bernuth⁸⁹ la anota con posterioridad a la exéresis de frénico.

Desde el *punto de vista anátomopatológico* la taquicardia paroxística, perturbación esencialmente funcional, no tiene "per se" un substratum anatómico definido y¹⁶ la autopsia no es suficiente para determinar la causa de la defunción cuando ésta ocurre. Sólo se encuentran lesiones imputables a la afección originaria o concomitante (reumatismo, difteria, etc., o vicios anatómicos congénitos).

En la sintomatología resalta que los accesos sobrevienen por lo general durante la evolución de la afección que entrañó la lesión cardíaca o con posterioridad a ella y suelen despertarse por una emoción, contrariedad, digestión laboriosa, aerofagia, después de lactadas o bien sin causa ostensible alguna.

En el paciente pediátrico la signología es mucho menos frondosa que en el adulto, resaltando la quietud o bien el llanto, la ansiedad y desasosiego. Es llamativa la ausencia de disnea si bien puede presentarse (caso de Arana y Kreutzer) siendo más bien taquipneicos con respiración superficial y sin tiraje, cianóticos o pálidos, a veces con "verdaderos accesos de palidez" como describe Lemaire⁵⁷, cubiertos de sudor frío, suelen mostrar rápidos y tumultuosos latidos precordiales, ingurgitación venosa del cuello y aun ondulaciones epigástricas como observó Piaggio Garzón⁹. No es raro hallarlos febriles y la leucocitosis es frecuente.

La frecuencia cardíaca oscila según los accesos entre 180 y 300 (en el caso de Powers y Le Compte⁴⁵, 200 p. m. y el de Puglisi³, 345 por ejemplo) y, deberá contarse por la auscultación o bien mediante el registro eléctrico. El ritmo es embriocárdico y si el ataque se prolonga puede percibirse un soplo funcional mitral por dilatación cardíaca. En estos últimos casos se produce congestión hepática, pulmonar, edemas, oliguria y demás signos de insuficiencia cardíaca congestiva.

La terminación, como el comienzo, es por lo general brusca y el paciente reanuda sus juegos de inmediato aunque a veces quedan deprimidos por más tiempo, especialmente si el acceso ha sido largo. Debe tenerse, sin embargo en cuenta con Howard¹³, *que lo desusado en la taquicardia paroxística del recién nacido es la evolución hacia la espontánea mejoría*, difiriendo así de la de los niños mayores, por su tendencia a persistir hasta el desfallecimiento cardíaco.

En el lactante, aún sin una prolongación acentuada del acceso, el paroxismo se subsigue de síntomas de desfallecimiento miocárdico presentes ya en los siguientes días de iniciado. En el caso de Bonaba y Marcos⁴⁸ hubo dilatación al tercer día de iniciado el acceso y en el nuestro ya a las 24 horas.

El *diagnóstico* se efectúa clínicamente en la mayoría de los casos aunque su precisión y particularidades sólo pueden establecerse mediante el estudio eléctrico. El carácter de "taquicardia constante" frente al de

taquicardia en accesos, permite, por sí solo, hacer la diferenciación pero la discusión se plantea cuando el acceso se prolonga. El diagnóstico diferencial se establecerá especialmente, en el niño pequeño, con los cuadros clínicos cuyos signos cardinales enunciamos.

a) *Accesos de cianosis del recién nacido*: Relacionados la más de las veces al traumatismo obstétrico o a la existencia de cardiopatías congénitas. La sintomatología asociada y la taquicardia menor orientan el diagnóstico.

Accesos de palidez del recién nacido: También integran ocasionalmente al cuadro del trauma obstétrico, de las ictericias graves (palidez + ictericia) y de las:

b) *Hemorragias del recién nacido*: Conmemorativos, fórmula hemática, volumen globular, taquicardia menor, colapso. Hemos tenido ocasión de observar un caso con 210 pulsaciones por minuto, restableciéndose el ritmo a 145 tras la transfusión sanguínea. Radiológicamente no existía anomalía en la sombra cardíaca.

Hemorragia suprarrenal del recién nacido ^{81 a 84}: Por el tumor palpable, peritonismo, conmemorativo. Taquicardia y polipnea, palidez intensa o cianosis, hipertemia o colapso. A veces convulsiones o contracturas, suele hallarse en las pruebas de laboratorio hipoglicemia e hipoprotrombinemia. El cuadro clínico se intensifica progresivamente con los caracteres típicos y graves de la hemorragia interna.

c) *Hipoglicemia del recién nacido*: Generalmente hijo de diabética. Miller y Ross ⁴³, en un caso encontraron taquicardia, ensanchamiento de la silueta cardíaca, 100 respiraciones por minuto, cianosis, hepatomegalia, pocos rales en bases pulmonares, hipoglicemia, de 0,026 por mil: evidencia de severa falla cardíaca congestiva. Nosotros en una observación similar, con 190 pulsaciones, 85 respiraciones, sudoración intensa, tonos cardíacos muy apagados, convulsiones y glicemia de 0,52 por mil. Curó con 15 cm³ de suero glucosado hipertónico endovenoso.

d) *Hipertrofia cardíaca idiopática*: Que puede complicar grandemente el diagnóstico por la similitud de síntomas concurrentes (cianosis, disnea, apirexia, hipertrofia cardíaca "balloon". La taquicardia es menor a la paroxismal (Broca y Marie ⁶⁹), De Filippi ⁷⁰, Elizalde, ⁷¹, Garrahan y Traversaro ⁷², Caselli ⁷³, etc.). En la observación de Powers y Le Compte ⁴⁵, sus autores interpretaron el ritmo cardíaco de 200 por minuto como taquicardia paroxística de probable origen nodal aurículo-ventricular, en un caso de hipertrofia cardíaca congénita que terminó en el óbito. Similar coincidencia se anotó en el caso de Bonaba y Marcos ⁴⁶.

e) *Deshidratación aguda*: Suele haber shock, cianosis, taquipnea, pero existe taquicardia menor, achicamiento de la sombra cardíaca, y conmemorativos.

f) *Neumopatías*: Bronquitis capilar, bronconeumonía, especialmente por la cianosis, disnea. Pero suele haber tiraje, quejido, signos locales. En el caso de Del Carril, Kreutzer y Díaz Bobillo⁶, coincidieron la neumopatía y la taquicardia paroxística.

g) *Con la endo-mio y pericarditis*: Destacándose en las dos primeras la intensa palidez con tendencia a la cianosis y la respiración acelerada y profunda. En los dos primeros casos domina el cuadro séptico o infeccioso y como existe dilatación cardíaca el diagnóstico suele ser muy dificultoso, si bien la taquicardia es continua y de ritmo menos frecuente. En la pericarditis pueden pasar desapercibidos los frotos iniciales. Debe ponderarse la importancia que tiene como síntoma la conservación de un pulso relativamente vigoroso y la debilidad de los tonos cardíacos, cada vez más alejados de la auscultación (Finkelstein⁷⁵) al principio de la pericarditis, como así la taquicardia menor en su frecuencia. Los exámenes electrocardiográficos y radiológicos son de importancia.

Con los síndromes miocárdicos: Casaubon y Cossoy³⁷, Vallino y Bettinotti³⁸, Elizalde P. y E.³⁹, Del Carril Giustinian y Monserrat⁴⁰, etc. En ellos la taquicardia es constante y de frecuencia menor al admitido para la paroxismal.

Cabría un lugar especial para la "*miocarditis subaguda esencial*" de Fiedler (Garrahan, Kreutzer y Ruiz⁷⁶), en la que existe taquirritmia constante y también de frecuencia menor a la paroxismal.

h) *Con la asistolia primitiva aguda del lactante*; (Bonaba y Saldún de Rodríguez²). Pueden englobarse dentro de los síndromes miocárdicos. El pronóstico está íntimamente ligado a la edad del niño y a la etiología en las taquicardias sintomáticas. En el recién nacido es frecuente su persistencia hasta el desfallecimiento cardíaco, ocurriendo otro tanto en el lactante. La tolerancia en cambio es mayor en los niños de más edad y siempre que la taquicardia no sea sintomática de una miocarditis diftérica o infecciosa, etc., pues en estos casos el pronóstico se ensombrece y agrava sobremanera⁶⁵.

El *tratamiento*, fuera de los accesos consistirá en investigar y medicar el posible terreno o agente etiológico determinante de la misma. Durante las crisis, se aliviaría al niño de ropas, se le evitaría toda opresión, se le colocará en posición semisentada facilitando en lo posible la respiración y se evitará la aerofagia durante la alimentación como en los actos que realiza el niño buscando alivio. Nos parece útil el siguiente plan terapéutico en el que ordenamos los distintos pasos que convienen al tratamiento de la taquicardia paroxística:

a) *Tentativas de estimulación vagal*: Útiles en oportunidades, empleadas en niños mayores, suelen fracasar en otras y son de práctica imposible algunas de ellas en el lactante.

1) *Presión ocular*: Dolorosa, a la que los niños se prestan mal y de resultados inciertos.

2) *Presión del seno carotídeo*: Que debe ser correctamente realizada. Actúa por liberación de "substancia vagal".

3) *Compresión del tórax*: A veces eficaz, pero susceptible de intensificar la descompensación cardíaca, cuando existe.

4) *Cambios posturales*: Posición con la cabeza en declive, acostado sobre el abdomen, o suspensión con la cabeza hacia abajo, sosteniendo al niño por los tobillos.

5) *Provocación del vómito*: Sea intensificando el reflejo nauseoso faríngeo mediante la introducción de un dedo o baja-lenguas en la faringe, sea administrando un emético, como la ipecacuana. Lemaire⁵⁷, en un niño de 2 meses yuguló la crisis administrando jarabe de ipecacuana y tintura de digital.

6) *Retención voluntaria de la respiración o deglución de bolos alimenticios o medicamentosos voluminosos*: Ocasionalmente pueden detener una crisis. No son aplicables en los niños pequeños.

b) *Tratamiento medicamentoso*: Destinado a actuar sobre el terreno o a siderar el ataque.

1) *Tratamiento del terreno*: Combatiendo la existencia de focos sépticos, parasitosis, enfermedades infecciosas, vigilando el estado orgánico cardíaco, regulando la distonía del sistema nervioso neurovegetativo, controlando los estados disendocrínicos, tratando la aerofagia (carbón, absorbente), etc.

2) *Sedantes nervinos*: Cuando ha habido conmoción emocional (miedo, cólera) conviene separarlos del ambiente perturbador. Se administrarán sedantes nervinos —cuidando la dosis— como ser, luminal, cloral, bromuros, etc., y teniendo en cuenta que muchos de ellos suelen ser cardiodespresores o hipotensores. La morfina puede emplearse prudencialmente.

3) *Sulfato de quinidina*: El sulfato de quinidina con excepción del cloruro de mecolil, es la droga más efectiva usada en los adultos pues ofrece, según Alsever⁴, menos peligro y es casi tan efectiva como ésta, pero ha sido poco empleada en lactantes, siendo los pocos casos de intoxicación registrados y debidos al empleo de este fármaco imputables a la dosis individual más que a su volumen total en la unidad de tiempo. Gold²⁶, propone que se la emplee con antelación a la digital, ya que siendo a menudo más efectiva que ésta si se administra conjuntamente, o la quinidina en seguida de la digital, pueden provocarse arritmias tóxicas evitables, quinidizando primero, digitalizando después, desde las 24 horas de la última dosis suministrada, por la más rápida eliminación del sulfato de quinidina. En cambio, si se digitaliza primero, deben dejarse transcurrir 3 ó 4 días antes de quinidinizar para permitir la exoneración de aquélla.

La dosis terapéutica de quinidina para niños del final del segundo año es de 0,05 a 0,2 g dos o tres veces diarias, que deben disminuirse paulatinamente al cabo de 4 a 5 días. Conviene asegurarse de la tolerancia o sensibilidad del sujeto, comenzando con 1/10 de gramo para adultos y con esta finalidad el ensayo en el niño debe hacerse aplicando sobre aquélla la proporción que le corresponde según la edad del infante.

Tienen aquí aplicación las reglas de Gambius, Clark, Young, etc., recordándose que al año de edad la dosis corresponde desde 1/20 a 1/13 ó 1/10 de la del adulto. Una vez conocida, recién se intensifica la terapéutica, dándose las dosis cada 4 horas, día y noche. Se aumentará prudencialmente y desde cada toma, pudiéndose sobrepasar ligeramente las dosis calculadas teniendo en cuenta la edad, peso, etc., ya que ésta puede ser correcta, pero no efectiva. Para Neubauer¹⁶, esta droga no es considerada tan útil y dice que los resultados obtenidos con el sulfato de quinidina endovenoso no son siempre satisfactorios. Por su parte Howard¹³ en recién nacidos halló que puede agravar la situación.

Entre otras sales de quinidina, el sulfato y el bisulfato e hidrocloreto de urea fueron sin efecto según Howard¹³. En un caso de Taran y Jennings³⁴, la quinina suministrada por vía intramuscular fué inefectiva.

4) *Digital*: Ampliamente usada, según Alsever⁴, se cree que es menos efectiva que la quinidina y que el cloruro de mecolil utilizándose únicamente cuando fracasaron los medios físicos de estimulación vagal o los medicamentos antes mencionados. Algunos autores comparten esta manera de pensar, otros se muestran más optimistas respecto a los resultados de su empleo. Tempranamente administrada (Neubauer¹⁶) puede tener efecto en algunos casos, siendo esa la impresión de Koplík¹⁷, Hubbard, etc., que registraron satisfactorios resultados con ella. Para Howard¹³, la taquicardia paroxística del recién nacido de tipo auricular o nodal deben ser tratadas con digital, la que ofrece "un razonable margen de seguridad" según Tarnower y Latin³¹. Como dos ejemplos de sus resultados citemos las cifras de Hubbard²⁰ en 16 casos tratados con esta droga obteniendo 16 curaciones y una defunción y debiéndose ésta a un sarcoma del sistema de conducción y los de Howard¹³ sobre 9 casos en los que 6 son tratados con digital, mejorando todos y de los 3 restantes 2 curan sin tratamiento digitálico y 1 fallece.

Según Neubauer¹⁶ la digitalina falló en sus casos, ya que sólo obtuvo un éxito y en la observación 10 (meningitis) el flutter existente se transformó en una fibrilación que sí mejoró con digital.

Como se ha dicho la digital debe suceder en su empleo a la quinidina más que precederlo por las razones apuntadas. La dosis administrada varía según el criterio de los autores recordándose que hasta el año de edad es de 0,05 a 0,10 g por día y de 0,1 a 0,2 g desde el comienzo del segundo año hasta el quinto. Unos creen que el niño pequeño requiere dosis mayores que las edades superiores. En cambio

Hubbard²⁸ cree que la misma debe administrarse con cuidado en el lactante y su dosificación proporcional a la que se emplea en el adulto y utilizando la tabla de Eggleston suministra para todas las edades 0,10 g de digifolina intramuscular por cada 10 libras de peso, en dosis fraccionadas, con lo que resulta una dosis proporcionalmente semejante a la del adulto. Mediante el empleo de las reglas de Clark por ejemplo o de Young se llega a digitalizar al niño completamente y ello debe lograrse con métodos rápidos y prefiriéndose la introducción de la droga por vía intramuscular en los niños pequeños y lactantes.

5) *Cloruro de Mecolli*: Parasimpático-mimético activísimo derivado de la colina, en las últimas publicaciones ha retenido frecuentes consideraciones respecto a su empleo en niños.

Puede presentar peligros en su empleo por el exceso de estimulación parasimpática, la que es moderada o neutralizada mediante el empleo de atropina. Por esta causa se la introduce de preferencia por vía subcutánea, ya que incorporada por la endovenosa sus efectos son rápidos, intensos y menos fácilmente regulables. Su actividad es algo menor por vía oral si bien manifiestamente efectiva. Starr⁶⁰, que ha comprobado los efectos del cloruro de mecolil en una amplia serie de casos, lo considera útil control de los paroxismos en el 88 % de las indicaciones de su empleo.

Berconsky⁸⁰ ha utilizado el cloruro de carbaminoilcolina por vía bucal y como preventivo de las taquicardias paroxísticas supraventriculares, obteniendo buenos resultados en sus casos. Como dos ejemplos del resultado obtenido con su provisión, citamos las aplicaciones de Wrieth⁵³, en una niña de 6 años de edad, la de Segall y Goldbloom⁷⁴, en un recién nacido de un mes de edad, etc. Como acotación, en este caso se administró 0,005 g subcutáneos a la segunda hora del comienzo del ataque y a las 13 horas y media se le introdujo otra de 0,008 g que ocasionó una bradicardia de 20 a 53 latidos durando 5 minutos, en los que la niña entra en shock y que regulada por la atropina y adrenalina, cura el paciente y no se repite el acceso. Por esa causa —marcada acción en los sujetos jóvenes— Starr⁶⁰ es partidario de las pequeñas dosis y cree que la unidosis en pacientes menores de 20 años de edad no debe exceder de 0,010 g calculando la dosis a suministrar al niño mediante la aplicación de las reglas de Young sobre la dosis media de los adultos que es de 0,030 g. De no obtenerse efecto, se puede repetir o aumentarla ligeramente con intervalos de 30 minutos, siendo conveniente estimular el vago simultáneamente mediante la compresión del seno cavernoso y acrecentar el efecto de la droga mediante masaje en el sitio de la inyección. Otra manera de suministrarla según Gold²⁷, que se basa en la regla de Clark, es dar la mitad de la dosis que corresponde en una vez y la otra mitad 15 minutos después si no hubo respuesta terapéutica o no se observaron efectos tóxicos. Con el mismo criterio y teniendo en

cuenta un posible efecto acumulativo anotado en algunos pacientes, prevé otras dosis mayor en un 50 % dos horas más tarde. Y otras dos horas después vuelve a introducir la droga cuya dosis viene a ser ahora aproximadamente el doble de la primitiva, regulando así el tratamiento y evitando en lo posible la aparición de efectos tóxicos.

En nuestro caso fué utilizado en una sola dosis de $1/3$ de comprimido de 0,0019 g por vía bucal, obteniendo sin ningún trastorno la terminación de la crisis al cabo de media hora. Si bien la utilización en un solo caso no permite una conclusión definitiva, creemos aconsejable su utilización en el niño, ya que sin los riesgos y el dramatismo del Prostigmine se ha manifestado de acción indudablemente efectiva. Agregaremos que uno de nosotros (Baila) la ha utilizado en repetidas ocasiones en adultos, por vía bucal, obteniendo la extinción de las crisis al cabo de media hora, ya sea espontáneamente o bien recurriendo a las maniobras de excitación vagal, ineficaces antes de la provisión de Carbachol.

6) *El Prostigmine*: Substituto sintético de la eserina o fisostigmina, tiene una acción semejante parasimpaticomimética; ha sido empleado entre nosotros, en el adulto por Battro y Lanari⁹⁰, en el tratamiento de la taquicardia paroxística del recién nacido por Arana y Kreutzer⁵, y por Del Carril, Kreutzer y Día Bobillo⁶, por vía endovenosa. Sus resultados satisficieron si bien su efecto fué dramático y espectacular. En el primero de ellos trajo una bradicardia de 50 pulsaciones por minuto tras la inyección de una ampolla y que se reguló con atropina. En la segunda observación se produjo el mismo efecto cuando se inyectaron $6/10$ de la dosis anteriormente empleada, con una bradicardia de 30 por minuto. En esta oportunidad el paciente no se recobró de inmediato con la inyección de atropina, seguida de paro cardíaco, apnea y cianosis, recuperándose el pequeño asistido mediante la inyección de Coramina y la práctica de respiración artificial.

7) *El salicilato de fisostigmina o eserina*: A la dosis de 0,005 g por dosis, empleado por vía gástrica o hipodérmica debiéndose preferir esta última y siendo sus efectos similares a los del Prostigmine, refiriéndose en el comentario de Howard¹³, el caso de un recién nacido en el que la administración de $1/300$ g provocó cinco segundos después un paro cardíaco completo de diez segundos de duración. Este fármaco ha sido poco empleado y no hemos obtenido referencias respecto al empleo del genalcaloide de esta droga.

Debe recordarse aquí que la acción de la "substancia vagal" de Loewi es inhibida por la atropina, la que no impide su liberación y que una estearasa la destruye rápidamente, siendo ello impedido por la eserina. La acción medicamentosa buscada es la de impedir la destrucción de la "substancia vagal" por medio de la eserina o de sus semejantes sintéticos

o proveer substancia semejante a aquella como son los productos del tipo de la acetilcolina.

8) *El nitrato de pilocarpina*: De acción farmacológica semejante, tiene una dosis de empleo hipodérmico de 0,001 g hasta el año de edad y de 0,002 a 0,004 g hasta los 5 años. Ha sido también empleada en pocas ocasiones y en la observación citada por Howard¹³ en que se administró 1/60 g fué sin efectos.

c) *Paralización del simpático*: Mediante novocainización del ganglio estrellado a fin de interrumpir la acción de las fibras cardioaceleradoras. En la referencia de Cabot²⁵ se la practicó en un niño de cuatro y medio años, que desde los dos meses padecía accesos de taquicardia paroxística en ciclos regulares mensuales y en el cual el empleo del mecolil no había restaurado el ritmo normal.

La inyección de novocaína en el ganglio estrellado izquierdo no dió resultado, el que se obtuvo cuando se la llevó a cabo sobre el derecho, con retorno al ritmo sinusal. Reiterada en otras oportunidades, continuó siendo exitosa.

BIBLIOGRAFIA

1. Garrahan, J. P. y Traversaro, J. C.—"Arch. Arg. de Ped.", 137:1930.
2. Bonaba, J. y Saldún de Rodríguez, M. L.—"Anal. Fac. de Med. de Montevideo", 23:453:1938.
3. Puglisi, A.—"Arch. Arg. de Ped.", 3:1939.
4. Alsever, W.—"Jour. of Ped.", 459:1943.
5. Arana, M. R. y Kreutzer, R.—"Arch. Arg. de Ped.", XIX:405:1943.
6. Del Carril, M. J.; Kreutzer, R. y Díaz Bobillo, I.—"La Semana Méd.", 46:981:1944.
7. Navarro, J. C. y Huergo, C.—"La Prensa Méd. Arg.", 22:1179:1933.
8. Acuña, M. y Puglisi, A.—"Arch. Arg. de Ped.", 349:1935.
9. Piaggio Garzón, W.—"Arch. Arg. de Ped.", 790:1937.
10. Kreutzer, R.; Pellerano, J. y Schere, S.—"Arch. Arg. de Ped.", 282:1938.
11. Kreutzer, R. y Díaz Bobillo, I.—Comunicación al Inst. de Ped. del Hospital de Niños, 10-VIII-937.
12. Castilla, C. y Aguirre, R.—"Arch. Arg. de Ped.", 282:1942.
13. Howard, J. P.—"Jour. of Ped.", 26:273:1945.
14. Gibson, S.—In Brennemann. "Practice of Pediatrics", III.
15. Paraf, J.—In Traité de Medecine des Enfants, de Nobécourt, Babonneix, etc., III:95:1934.
16. Neubauer, C.—"Brit. Heart Jour.", VII: 3-107:1945.
17. Koplik, H.—"Am. Jour. Med. Sc.", 824:1917.
18. Shookhoff, C.; Litvak, A. M. y Matusoff, T.—"Am. Jour. Dis. of Child.", 43: 93:1932.
19. Campbell, M.—"Guy's Hospital", 87:205:1937. Citado por Neubauer (16).
20. Hubbard, J. P.—"Am. Jour. Dis. of Child.", 61:687:1941.
21. Hauser, O.—"Klin. Wochr.", 48:172:1921.
22. Lewis, T.—"Heart Jour.", 7:98:1915. Citado por Neubauer (16).
23. Carr, F. B.—"Am. Heart Jour.", 7:668:1932.
24. Johnson, C. D.—"Am. Jour. Dis. of Child.", 60:687:1941.
25. Cabot, R. D.—"New England J. Med.", 21:1177:1934. Citado por Alsever (4).
26. Gold, H.—"M. Clin. North Am.", 577:1940. Citado por Alsever (4).
27. Gold, H.—Comunicación personal, V-10-1941. Citado por Alsever (4).
28. Hubbard, J. P.—Comunicación personal, 29-XII-1941. Citado por Alsever (4).
29. Carr, J. G. y Ma Clure, W. B.—"Am. Heart Jour.", 6:824:1931.
30. Taran, L. M. y Jennings, R.—"Am. Jour. Dis. of Child.", 54:557:1937.
31. Tarnower, H. y Lattin, B.—"New York St. J. Med.", 52:805:1942. In "Arch. of Ped.", 59:557:1942.

32. *Werley, G.*—"Arch. of Ped.", 42:825:1925.
33. *Doxiades, L.*—"Klin Wochr.", 9:454:1930. Citado por Howard (13).
34. *Seham, M. y Moss, A. J.*—"Arch. of Ped.", 59:525:1942.
35. *Scheweizer, F.; Filippi, F. de y Battro, A.*—"Arch. Am. Ped.", 5:217:1931.
36. *Strauss, J.*—"Am. Jour. Med. Sc.", 179:337:1930.
37. *Casaubon, A. y Cossoy, S.*—"Arch. Arg. de Ped.", 4:753:1933.
38. *Vallino, M. T. y Bettinotti, S. I.*—"Arch. Arg. de Ped.", 4:789:1933.
39. *Elizalde, P. de y Elizalde, F. de.*—"Arch. Arg. de Ped.", 5:259:1934.
40. *Del Carril, M. J.; Giustinian, V. y Monserrat, L.*—"Arch. Arg. de Ped.", 7:527:1936.
41. *Segura, A. S.*—Registro e interpretación de la actividad cardiovascular del lactante normal. Tesis de doctorado. Córdoba, 1937.
42. *Sherman, J. y Schless, A.*—"Jour. of Ped.", 5:802:1934.
43. *Miller, H. C. y Ross, R. A.*—"Jour. of Ped.", 1:473:1940.
44. *Amberg, S. y Willius, F. A.*—"Am. Jour. Dis. of Child.", 99:10:1926.
45. *Powers, G. F. y Le Compte, P. M.*—"Jour. of Ped.", 13:760:19.
46. *Stolte, K.*—In *Trat. Enciclop. Enf. de la Inf. de Pfaundler y Schlossmann*, III:851:1933.
47. *Keith, J. y Brown, A.*—"Am. Jour. Dis. of Child.", 59:362:19...
48. *Bonaba, J. y Marcos, J.*—Presentado a Soc. Urug. de Ped. Sesión del 19-III-943. Resumen en "Arch. Arg. de Ped.", 30:495:1944.
49. *Hubbard, J. P. y Starbuck, C. W.*—"Am. Jour. Dis. of Child.", 65:582:1943.
50. *Monteverde, F. y López Brenes, J.*—Estudio electrocardiográfico de las enfermedades del corazón. Edit. Científico Méd., Barcelona, 169:1934.
51. *Garrahan, J. P.*—Medicina Infantil. Edit. "El Ateneo", Bs. Aires, 5ª edic., 868: 1942.
52. *Holt, L. M. y Howland, T.*—Tratado de Pediatría. Edit. Union Tipograf., edic. Hisp. Amer., I:622:1943.
53. *Wright, H. F.*—"Am. Jour. Dis. of Child.", 56:1334:1938.
54. *D'Espine, A. y Picot, C.*—Traité pratique des maladies de l'enfance. Edit. Baillièreet Fils, 764:1889.
55. *Comby, J.*—Traité des maladies de l'enfance. Edit. Ruefi, 661:1906.
56. *Muller, E.*—Alimentación y tratamiento del niño. Edit. M. Marín y G. Ocampo, Madrid, 340:1941.
57. *Lemaire, H.*—Précis d'hygiene et des maladies de la première enfance, de Marfan y Lemaire. Edit. Baillièret et Fils., 1930:937.
58. *Nobécourt, P.*—Tratado de Medicina Infantil. Edit. Pubul, Barcelona, 505:1932.
59. *Lewis, T.*—Enfermedades del corazón. Edit. Espasa-Calpe, Madrid, 92:1940.
60. *Starr, I.*—"Am. Jour. Med. Sc.", 191:210:1936.
61. *Cossio, P.*—Biblioteca de Semiología. Vol. Aparato Circulatorio. Edit. "El Ateneo", Bs. Aires, 362:1941.
62. *Battro, A.*—Arritmias. Edit. "El Ateneo", Bs. Aires, 138:1933.
63. *Laubry, C. y Routier, D.*—Arritmias. En "Tratado de Patología Interna" de Enriquez, Laffitte, Laubry, Vincent, etc. Edit. Salvat S. A., III:231:1931.
64. *Nobécourt, P.*—En *Tratado de Patología Médica y Terapéutica Aplicada*. Edit. Pubul, Barcelona, 334:1926.
65. *Neubauer, C.*—"Brit. Jour. Child. Dis.", 40:3:1943.
66. *Díaz Nielsen, J. R.*—"Arch. Arg. de Ped.", 20:182:1943.
67. *Macera, J. M.*—Información personal. 20-III-946.
68. *Baila, M. R. y Aguilar Giraldes, D.*—"Jornal. de Ped.", año IV: fasc. B: 1937.
69. *Broca, R. y Marie, J.*—L'Année Médical Pratique, 27:1936.
70. *Filippi, F. de.*—"Arch. Arg. de Ped.", 3:773:1932.
71. *Elizalde, P. de.*—"Arch. Arg. de Ped.", 4:88:1933.
72. *Garrahan, J. P. y Traversaro, J. C.*—Soc. de Nipiología, 1932.
73. *Caselli, E. G.*—"Arch. Arg. de Ped.", 22:234:1944.
74. *Sagall, H. N. y Goldbloom, A.*—"Cand. M. A. J.", 46:233:1942.
75. *Finkelstein, H.*—Tratado de las enfermedades de los niños de pecho. Edit. Labor, Barcelona, 396:1932.
76. *Garrahan, J. P.; Kreutzer, R. y Ruiz, C.*—"Arch. Arg. de Ped.", 17:14:1942.
77. *Evans, W.*—"Brit. Heart Jour.", 6:221:1944.
78. *Young, J. H.*—"M. Jour. Australia", 1:538:1944. (in "Abt's Yearbook of Ped.", 188:1944).
79. *Neubauer, C.*—"Brit. Med. Jour.", 2:91:1942.
80. *Berconsky, I.*—"Rev. Arg. Card.", X:2:120:1944.
81. *Velasco Blanco, L. y Paperini, H.*—"Arch. Lat. Amer. de Ped.", 397:1923.
82. *Rivarola, J. E. y Visillac, V. O.*—"Arch. Arg. de Ped.", 21:324:1944.

83. Goldzieher, M. y Greenwald, H.—“Am. Jour. Dis. of Child.”, 36:324:1928.
84. Larguía, A. y Vidal, J. D.—Insuficiencia suprarrenal aguda en Pediatría. Edit. “El Ateneo”, Bs. Aires, 1946.
85. Leys, D.—“Arch. Dis. of Child.”, 20:44:1945.
86. Bakwin, H. y Bakwin, R.—“Am. Jour. Dis. of Child.”, 49:865:1936.
87. Luque, P. L. y Segura, A. S.—“Arch. Arg. de Ped.”, 26:350:1946.
88. Bernuth, F. V. y Steiner, R.—“Ztschr. f. Kinderh.”, 48:687:1929.
89. Bernuth, F.—“Ztschr. f. Kinderh.”, 47:94:1929.
90. Battro, A. y Lanari, A.—“Rev. Arg. de Cardiología”, 3:53:1939.
91. Bazán, F. y Sujoy, E.—“Arch. Arg. de Ped.”, 31:128:1949.
92. Sujoy, E.—“La Prensa Méd. Arg.”, 35:1482:1948.

OTOMASTOIDITIS EN UN LACTANTE DE TRES MESES
EN ESTADO DE AVANZADA DISTROFIA.
MASTOIDOTOMIA BILATERAL. CURACION

POR LOS

DRES. RAUL P. BERANGER, FRANCISCO BLOTTA y
MARIO M. ETCHEGOYEN

Son ya numerosas nuestras observaciones de lactantes con cuadros de desnutrición progresiva y otomastoiditis, en los cuales la mastoidotomía nos ha resultado un recurso al que bien podemos considerar heroico para la curación de esos estados de desnutrición progresiva en los que la más correcta dietética, junto con la debida aplicación de antibióticos y sulfadrogas, resultaban harto manifiesto inoperantes.

Lo que se acaba de expresar y las subsiguientes consideraciones —conviene dejarlo desde ya bien establecido— tiene por base la especial situación del lactante hospitalizado *que debe prolongar su internación más allá de lo indispensable* por razones ajenas al requerimiento asistencial médico; muchos lactantes de nuestra Casa Cuna están en esa situación por ser pupilos del Estado (llámase actualmente así a los niños “expósitos”). Otras veces el lactante ingresa ya muy distrofiado, lo que también determina, lógico es suponerlo, una mayor permanencia en el hospital. Con lo dicho queda recordado el daño de la prolongada internación o sea el “hospitalismo”, que todo pediatra con experiencia de hospitalización conoce, lo cual nos evita extendernos en apreciaciones en cuanto a su concepto y a su naturaleza se refiere.

A pesar de tratarse, la mastoidotomía de una intervención poco traumatizante, y que es bien soportada por los lactantes aún en inferioridad de condiciones físicofuncionales, su práctica no se ha difundido en la medida de las necesidades y de los resultados que se obtienen cuando oportuna y justificadamente se la realiza.

No está en el ánimo de esta publicación abordar cuanto debiera ser considerado en materia de relación, vinculación o, mejor dicho, de interdependencia entre alteración digestonutritiva e infección. Bastaría tan sólo para ello recordar el viejo concepto de “terreno” y el más moderno para los pediatras de la “disontia” de Bessau, para justificar la razón de ser del problema del binomia biológico otoantritis u otomastoiditis., dis-

* Comunicación presentada en la Sociedad Argentina de Pediatría en la sesión del 23 de noviembre de 1948.

trofia o desnutrición, que ningún pediatra puede desconocer por propia experiencia o por información de la profusa literatura que al respecto existe en todas las escuelas pediátricas.

Por la poca edad del lactante, por el extremado estado de desnutrición en que se practicaron las dos mastoidotomías y, sobre todo, por la indiscutible relación de la curación con el acto quirúrgico, es que nos hacemos un deber dar a conocer este caso, no por extraordinario ni de excepción, sino por lo elocuente y convincente para estimular y sugerir la práctica de la mastoidotomía, plenamente autorizada por la experiencia recogida a través de numerosas observaciones.

HISTORIA CLINICA

Niño prematuro que ingresó a la Casa Cuna el mismo día de su nacimiento en calidad de pupilo del Estado, por ser su madre una alienada. El peso era de 2.600 g y la talla de 46 cm.



Figura 1



Figura 2

Al tercer día de su ingreso se comprobó otitis catarral bilateral (informe del especialista); había también catarro respiratorio. A los veinte días aproximadamente, se le practicó paracentesis en ambos oídos. A pesar de todo eso el niño aumentaba de peso en forma normal, llegando a pesar 3.300 g a los cuarenta días de edad. Pero desde esta fecha el progreso en el peso se detuvo, sin haber vómitos y con deposiciones normales; el estado catarral se acentuó, y había manifestación evidente de otalgia bilateral (Vache).

El niño se alimentaba bien, con leche de mujer, 80 gramos por ración, completada con leche semidescremada y dextromalta. Se lo medicaba con penicilina, transfusiones de sangre y se incorporaban las vitaminas indispensables.

El niño tenía ya dos meses y medio de edad y a pesar de todo cuanto se hiciera para mejorarlo, el peso, fundamentalmente, descendía en forma progresiva (ver gráfico adjunto), sin vómitos ni diarrea. Algunos días tuvo un poco de fiebre; se comprobó por entonces infección urinaria, así como eritropenia ($2.800.000$ por mm^3), y cifras normales de protidemia ($6,9$ g %).

A los tres meses, el peso era solamente de 2.900 g. En tal situación de avanzada distrofia se resuelve practicar punción exploradora en ambos antros mastoideos, de los cuales se consigue extraer sólo mucosidad, pero con la particularidad de que en la secreción del lado derecho el examen reveló la presencia de neumococos. Se practica entonces, pocos días después, una *mastodotomía derecha*, y se comprueba antro con secreción mucosa y hueso

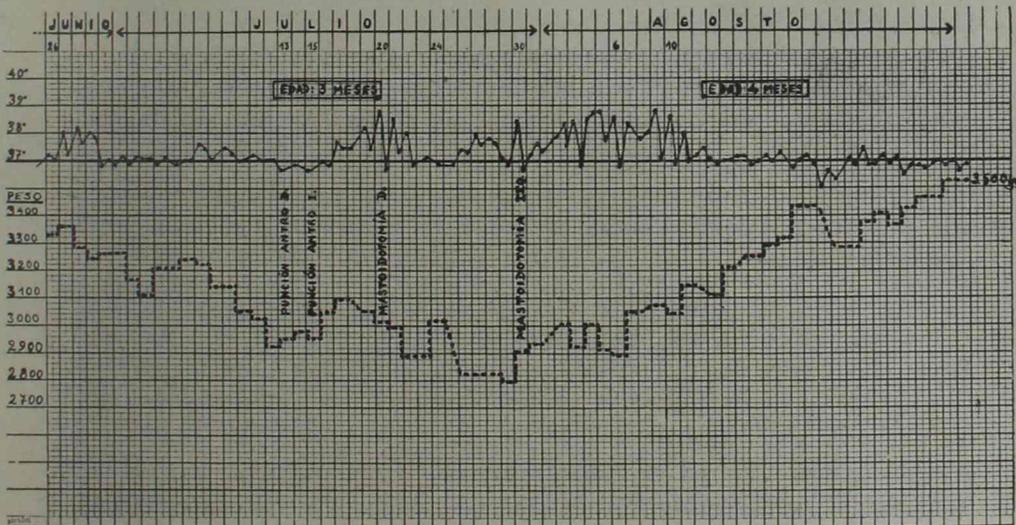


Gráfico N° 1

sano. El niño prosiguió empeorando visiblemente, perdió más peso, y su estado no hacía prever otra cosa que la muerte a corto plazo. Se continuó con las transfusiones y analépticos, consiguiendo mejorar un tanto el estado general. En tales condiciones se aprovecha la oportunidad, a riesgo de provocar el desenlace, para practicar la *mastoidotomía izquierda*, la que pone en evidencia pus en antro y franca osteítis; la búsqueda de gérmenes reveló la presencia de neumococos. (Fig. 1, estado del niño al ser intervenido).

Es a partir de entonces que asistimos con gran sorpresa a una espectacular mejoría del enfermito. La reacción es inmediata (ver gráfico adjunto): curva ponderal en ascenso e ingiere el niño el alimento con avidez. La mirada es brillante y el niño se muestra vivaz. Los estímulos afectivos le hacen sonreír (edad: tres meses y medio). No obstante hay fiebre, con francas remisiones. Considerando oportuno en esos instantes sumar a la acción antibiótica de la penicilina, medicamento éste que no se dejó de practicar

en ningún momento, la acción de la estreptomina se comenzó a inyectarla a la dosis diaria de 1 g. La fiebre continuaba; pero alentados entonces por la evidente mejoría de estado general, no vacilamos, a pesar de la fiebre, en retirar ambos antibióticos. Coincidiendo con la supresión de ellos, cayó la temperatura y el niño desde entonces se mantuvo apirético. Las curas de las heridas operatorias se practicaban sin inconvenientes, presentando éstas aspectos de normal cicatrización.

A los cuatro meses de edad, el niño fué dado de alta, pasando a colocación familiar con un peso de 3.500 g, en estado de franca mejoría. (Ver figura 2, obtenida a los cinco meses de edad).

CONSIDERACIONES

Ante todo debemos referirnos a la tolerancia del niño a las dos intervenciones, no obstante las condiciones muy precarias en que fueron practicadas. Esta consideración sirva para dejar en el ánimo de nuestros lectores, que tal tolerancia ha sido comprobada en todos los casos por nosotros observados. En efecto, la mastoidotomía, por supuesto que cuando es ejecutada por manos experimentadas, es de fácil realización, breve, y poco traumatizante. Por otra parte, siempre la hemos efectuado con anestesia local, lo que representa evitarle al enfermito la acción perjudicial de una narcosis (cualquiera fuera el anestésico empleado), en tales condiciones de disergia.

Y es en esta simplicidad del acto quirúrgico, y en tan manifiesta tolerancia, que fincamos nuestras decisiones para resolver una mastoidotomía, cualquiera sea el grado de desorganización que sufra un lactante, cuando en tal desorganización pensamos que el foco otomastoideo juega un rol, si no determinante, por lo menos coadyuvante, que como tal no puede discutirse. Y así es como reiteradas veces, algunas con sobrado fundamento por la existencia de otorrea crónica, y otras sin esta manifestación concomitante, hemos constatado lesiones de grados diversos y hemos asistido a gratas sorpresas que fueron grandes satisfacciones de ver surgir a la vida lactantes condenados a morir. Resultaría obvio tener que agregar que el fracaso de todo recurso en estos casos —rigurosa dietética, antibióticos y sulfadrogas y todo cuanto es posible realizar en un cuadro de distrofia progresiva— nos autoriza a vincular en tal forma la situación nutritiva a la infección otomastoidea y como lógica consecuencia relacionar la reparación a la ablación del foco infeccioso, foco éste que a diferencia de otros de la patología infantil —en el lactante distrófico— sólo puede ser tratado y curado por acto quirúrgico.

Debemos considerar también otro punto importante: nos referimos a la necesidad u oportunidad de las punciones exploradoras del antro. Sostienen algunos autores el criterio de que, antes de decidirse por la mastoidotomía, conviene efectuar la punción exploradora de los antros mastoideos, punción que nosotros realizamos con un trócar que hemos especialmente modificado, a través de la experiencia de nuestra sala, para

lactantes; el resultado de la punción orientaría entonces la conducta a adoptar. En nuestro caso los hechos demostraron el relativo valor que puede tener la punción; sólo pusieron en evidencia la existencia de mucosidad en ambos antros, si bien para el lado derecho se pudo comprobar la presencia de neumococos. Desde luego tal comprobación nos estableció el estado infeccioso local para ese lado, y sin duda que ello nos indujo a practicar primeramente la mastoidotomía derecha, que sólo nos mostró secreción mucosa, pero no pus en antro ni tampoco osteítis. En cambio, practicada la mastoidotomía izquierda, llevados a ella por la sospecha (en este lado no se había encontrado gérmenes por la punción), de que hubiera alteración antromastoidea, hallamos francas lesiones supuradas con presencia de neumococos. Nuestra experiencia, basada en numerosos casos, nos permite establecer que sólo una punción positiva tiene valor diagnóstico, no así la negativa; ésta no autoriza a descartar sin más ni más focos existentes. De aquí que nosotros hayamos prescindido de tal práctica últimamente y que realicemos directamente la antrotomía bilateral, que podrá transformarse en mastoidotomía frente a la infección antromastoidea. Y tal práctica, lo reiteramos, sólo la adoptamos con severo juicio clínico y con conocimiento profundo del problema que estamos considerando en base a una ya dilatada experiencia.

Observe el lector que el comentario de este caso y todo cuando se viene considerando, sólo es con referencia a la otomastoiditis en lactantes con desnutrición progresiva. Queda de lado por lo tanto cuanto se pudiera considerar en los casos de lactantes "eutróficos" con otomastoiditis y, todavía más, que no están hospitalizados o en todo caso que tienen la suerte de no tener que prolongar su internación, como ya fué dicho, por razones ajenas al requerimiento asistencial médico. Por otra parte, nuestra hospitalización de la Casa Cuna posee sello asistencial particular: el problema del niño abandonado o en potencia de serlo, que justifica en gran parte lo que se acaba de expresar.

Es gran mérito de Bessau el haber retomado para edificar su concepto de la "disontia" la realidad biológica de la "disergia", que después de todo o en última instancia indica pérdida de la "vitalidad" y "predisposición". Tal es la situación del organismo en "desnutrición", mayor aún para el lactante. Y es la infección la expresión más elocuente de tal realidad que nosotros podemos certificar, como lo pueden certificar todos los pediatras con experiencia de hospitalización en "Casas Cunas". Piodermitis, pielitis, enteritis, y estados catarrales diversos, son suma de expresiones "disérgicas", pasibles de tratamientos múltiples y, por lo tanto, accesibles a terapéuticas varias. La otomastoiditis, como expresión de "disergia", sólo es factible de tratamiento quirúrgico. En el problema pediátrico de tener que curar un distrófico, la localización otomastoidea debe tenerse tan presente como las otras infecciones, debiéndose tener el convencimiento de que puede coexistir con ellas y que por lo tanto debemos

encarar el hecho de su posible existencia. No basta librar al distrófico de las otras infecciones (pielitis, enteritis, piodermatitis, etc.). No basta alimentarlo convenientemente. No bastan otros cuidados, que constituyen la asistencia integral. El foco "otomastoideo", cuando ignorado, lleva a la muerte irremisiblemente al lactante.

Es, más que entusiasmo, un deber expresar que consideramos necesario practicar oportunamente la antrotomía, bilateral, en todo lactante en estado de desnutrición progresiva (con otitis comprobada o sin ella), que no pueda ser corregido por dietética conveniente y el consabido uso de los antibióticos y sulfadrogas. Pensamos que algunos fracasos nuestros en tal conducta han sido motivados, o bien por el grado de irreversibilidad del estado distrófico (suma de factores distrofiantes) o por haber efectuado la intervención tardíamente.

Si hemos intervenido tardíamente, no lo ha sido por desidia ni por temor al acto quirúrgico, sino por esperar la acción de los antibióticos (y de paso digamos que actualmente juzgamos ya de necesidad emplear asociadas la penicilina y la estreptomocina, por la frecuencia de floras mixtas en la determinación de tales infecciones), y la de una buena alimentación (libre de carencias). Pero este criterio ya lo hemos abandonado por lo equivocado: la penicilina, la estreptomocina, y lo mismo las sulfadrogas, no curan las *necrosis óseas*; éstas sólo son pasibles de cura quirúrgica.

El reiterado número de casos tratados y curados, nos permite considerar que el sistemático reparo u objeciones a nuestra forma de actuar en este problema de infección y desnutrición, es sólo fruto de su desconocimiento por falta de experiencia o por falta de documentación bibliográfica

ENFISEMA SUBCUTANEO Y NEUMOMEDIASTINO EN UN NIÑO ASMÁTICO DE 2 AÑOS *

POR LOS DOCTORES

FELIPE DE ELIZALDE

Jefe de Servicio

WALTER E. MONTI

Médico Asistente

La observación de enfisema subcutáneo localizado en el cuello, o extendido de ahí a la cara y al tórax, ha sido y continúa siendo un hecho de no muy rara incidencia y que puede ocurrir en cualquier edad, asociado o no al neumotórax simple o valvular hipertensivo.

La lista de procesos que pueden producirlo es muy vasta: asfixia por cuerpos extraños en las vías aéreas, laringopatías obstructivas, coqueluche, asma, bronconeumonías gripales o sarampionosas, contracciones musculares violentas, trabajo de parto, anestesia general, maniobras endoscópicas o colapsoterapia.

La interpretación patogénica dada a esos casos es la de que debido al esfuerzo muscular, la tensión alveolar aumenta a un punto tal que provoca el estallido o desgarraduras minúsculas de algunos alveolos pulmonares, y hace difundir el aire a lo largo del paquete broncovascular hasta el hilio y el interior del mediastino de donde pasa luego al tejido subcutáneo cervical y retroperitoneal.

La desigual cantidad de aire acumulada en el mediastino dependería de las diferencias tensionales. En los enfisemas obstructivo y el asma, la hiperpresión pulmonar aceleraría su salida hacia el tejido subcutáneo, aliviando así la compresión cardiovascular mientras que en otros neumomediastinos permanecería más tiempo dando lugar a un cuadro clínico más intenso y prolongado.

A partir de 1939 Macklin estudia experimentalmente la difusión del aire insuflado a hiperpresión en gatos, y establece sus consecuencias sucesivas: enfisema alveolar agudo, migración a través de los tabiques interlobulillares y vainas perivasculares, enfisema intersticial broncopulmonar con eventual formación de ampollas subpleurales, y por último enfisema mediastínico. De ahí el aire puede proseguir al tejido retroperitoneal, llegar a lo largo de las fascias hasta el cuello y pared torácica o irrumpir en la cavidad pleural por ruptura de la serosa distendida, excepcionalmente al interior del pericardio.

* Comunicación presentada en la Sociedad Argentina de Pediatría en la sesión del 22 de junio de 1948.

Estudios posteriores a la vez que ratifican las experiencias de Macklin investigan la cuantía de la presión necesaria para la producción de neumomediastino y neumotórax, muestran que existen diferencias apreciables entre la intensidad que se precisa para producir ampollas subpleurales, enfisema mediastínico y neumotórax, y que era más fácil obtener este último por ruptura de la pleura mediastínica que de la serosa que recubre las ampollas corticales. Ese sería también el mecanismo del neumotórax cuando el aire proviene de una herida cervical traumática u operatoria (traqueotomía).

En la clínica, la aceptación de esta etiopatogenia exigiría la demostración constante de neumomediastino procediendo o acompañando al enfisema subcutáneo o neumotórax. Y en efecto, es lo que ocurre sobre todo desde que el mejor conocimiento de los síntomas y signos físicos y radiológicos propios del proceso, permiten evidenciarlo en la mayoría de los casos.

Entre nosotros el cuadro semiológico del neumomediastino ha sido prolijamente estudiado por Fongi, Dassen, Rospide y Fustinoni, especialmente en el neumomediastino espontáneo o síndrome de Hamman.

Los síntomas subjetivos consisten en dolor agudo en el tórax o sensación de constricción precordial, disnea más o menos intensa, tos y odinofagia. Los trastornos circulatorios varían con la presión que alcance el aire. La distensión de los espacios perivasculares y del tejido pulmonar dificulta la respiración, comprime las venas pulmonares principalmente, y si bloquea la circulación de los grandes vasos, puede dar lugar a cianosis e insuficiencia cardíaca aguda, con ingurgitación de las venas del cuello y éstasis venoso periférico, que se alivia en cuanto el aire se labra un pasaje a los espacios subcutáneos o determina un neumotórax. Los movimientos respiratorios y la tos exacerbaban a menudo el dolor o malestar existente.

Los síntomas físicos, por fuera de la deformación causada por el enfisema subcutáneo y del hallazgo de crepitación aérea a la palpación a ese nivel, consisten en modificaciones de sonoridad poco características y sobre todo en un ruido precordial, al que cuando se ausculta se le asigna valor patognomónico. Este ruido o crujido sincrónico con los latidos cardíacos, descrito por Hamman se escucha sobre el área cardíaca, pero con más nitidez en la zona mesocárdica y foco mitral y es de timbre áspero, seco, bien distinguible de los tonos.

Fongi ha señalado en sus observaciones de síndrome de Hamman, broncofonía a nivel de la punta del omoplato en hemitórax izquierdo.

El examen radiológico del tórax proporciona elementos de mayor objetividad, mostrando zonas claras correspondientes al aire alojado en el mediastino y la eventual asociación de neumotórax.

En las placas obtenidas en incidencia ánteroposterior, el aire se puede visualizar en las partes blandas del cuello y tórax, y se puede provocar

su desplazamiento. Cuando se comprueba, el halo paracardiaco, más visible en posición supina, es característico, dando por contraste entre la pleura y el pericardio una banda clara alargada, en halterio, a veces bilateral. Otras veces, la claridad se extiende a lo largo de los hilios, dando límites borrosos a las sombras broncovasculares.

Pero es sobre todo en las radiografías oblicuas y de perfil, donde la presencia de aire en el mediastino anterior o posterior permite obtener imágenes de gran nitidez de los grandes vasos, variables con las posiciones que se adopten, y especialmente la formación de una cámara clara retroesternal, con rechazo hacia abajo y atrás del pericardio y corazón.

Las imágenes obtenidas con el neumomediastino artificial diagnóstico de Castellanos y Pereira, divulgado entre nosotros por Degoy y Di Rienzo, ratifican las observaciones recogidas en la clínica, y ponen en evidencia además el valor del método para certificar la hipertrofia o agrandamiento de timo.

El tratamiento del enfisema mediastínico y subcutáneo no requiere medidas especiales. En los primeros momentos, conviene calmar el dolor y la angustia, sostener el corazón, asegurar la hematosis. El aire se reabsorbe con rapidez y todo entra en orden en pocos días. Pero algunas veces la compresión ejercida sobre los grandes vasos y corazón bloquea la circulación venosa y determina graves fenómenos cardiorrespiratorios. En estos casos, hay que proceder con rapidez, pues el enfermo puede morir de no ocurrir la irrupción al tejido celular subcutáneo o a la cavidad pleural. Se puede aspirar el aire a hiperpresión con una aguja común o mejor incurvada como para el neumomediastino artificial. Otras veces se ha recurrido a la mediastinotomía con técnicas diversas.

El caso que pasamos a relatar constituye una observación típica de neumomediastino y enfisema subcutáneo en un niño, aparecido en plena crisis asmática y manifestado por fenómenos cardiorrespiratorios alarmantes que ceden al aumentar y extenderse el enfisema subcutáneo.

La radiografía de frente obtenida nos muestra la presencia de aire a los lados de la sombra cardíaca, y asimismo una banda opaca bilateral en media luna, que atribuimos posteriormente a un timo agrandado, tras cuidadoso diagnóstico diferencial con neumopericarditis, por la similitud con las imágenes que nos hiciera conocer A. Dégo y en la conferencia celebrada en nuestra Casa.

La evolución fué favorable, muy rápida, lo que nos impidió obtener radiografías laterales que seguramente hubieran sido más demostrativas que la ánteroposterior que sacamos el primer día, ya que 5 días más tarde no era posible ver aire en el tórax, y el enfisema subcutáneo se había reabsorbido.

HISTORIA CLINICA

El 1º de enero de 1947 por la noche es traído a la guardia del hospital un niño de 2 años y 2 meses, que enferma la víspera con un cuadro asma-

tiforme que se acentúa progresivamente. En vista de la intensidad de la disnea, cianosis peribucal, insuficiencia circulatoria y estado infeccioso, se decide internarlo para su tratamiento con penicilina, antiespasmódicos, adrenalina, analépticos y oxígeno.

Al día siguiente se levanta la siguiente historia:

Sala V. Segunda Infancia. N° de orden, VII-947.

Carlos O., argentino, nacido el 16 de octubre de 1944.

Padre, 38 años, sano. Madre fallecida de tuberculosis.

Nacido a término. Alimentación natural y destete gradual.

Cuando el niño tenía 10 meses, la madre tiene una hemóptisis, que recién se atribuye a su verdadero origen un mes más tarde. A raíz de esta

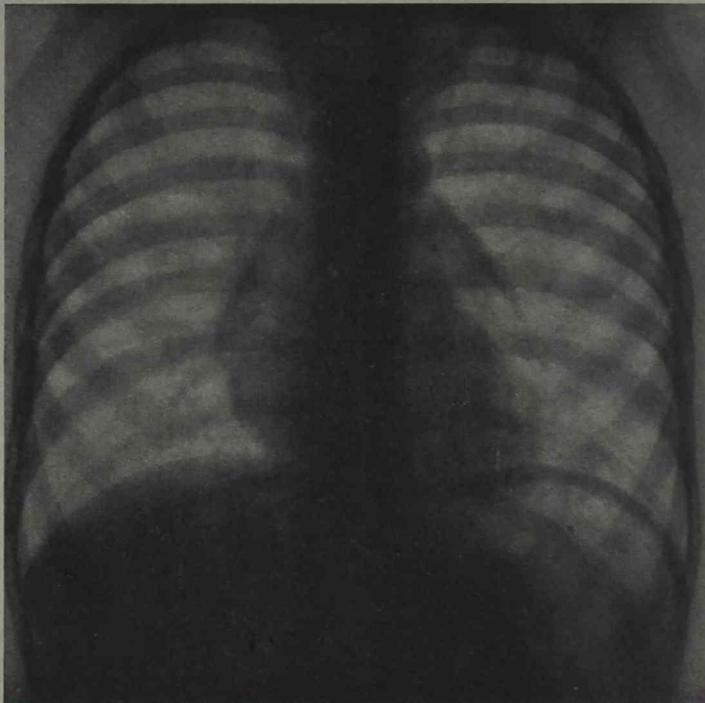


Figura 1

comprobación se estudia toda la familia y se puntualiza el contagio. Hace aproximadamente un año tuvo una crisis asmátiforme de unas 24 horas de duración, que se repite 3 meses más tarde con mayor intensidad. Desde entonces ha vuelto a tener en varias oportunidades episodios semejantes o caracterizados por tos espasmódica nocturna que a veces desaparecía por la mañana al levantarse.

Medicado con vitaminas, calcio y antiasmáticos, es vigilado y radiografiado periódicamente en el Hospital Santojanni.

Estado actual: Peso 10.200 g. Temperatura axilar, 39°. Niño disneico, despejado, inquieto. Cianosis peribucal. Tiraje intercostal. Liger abombamiento a nivel de fosas supraesternal y claviculares. Excursión disminuida.

A la palpación crepitación aérea a nivel del cuello y regiones pectorales. Aumento de la sonoridad torácica. Murmullo vesicular en ambos campos

pulmonares. Algunas sibilancias. Corazón: tonos normales. Taquicardia regular.

Se palpa hígado al través de dedo. No se palpa bazo. Coriza. Fauces roja, moderada hipertrofia de amígdala derecha.

Resto del examen sin particularidades. Se toma la primera radiografía. Al día siguiente han desaparecido la disnea, cianosis y tiraje. Está apirético. Persiste el abombamiento y sensación de colchón en fosa supraclavicular y supraesternal con franca crepitación.

En los días siguientes se mantiene la mejoría desapareciendo el enfisema subcutáneo. El día 7 se obtiene una nueva radiografía de tórax que muestra completa desaparición del aire en el mediastino (Fig. 2).

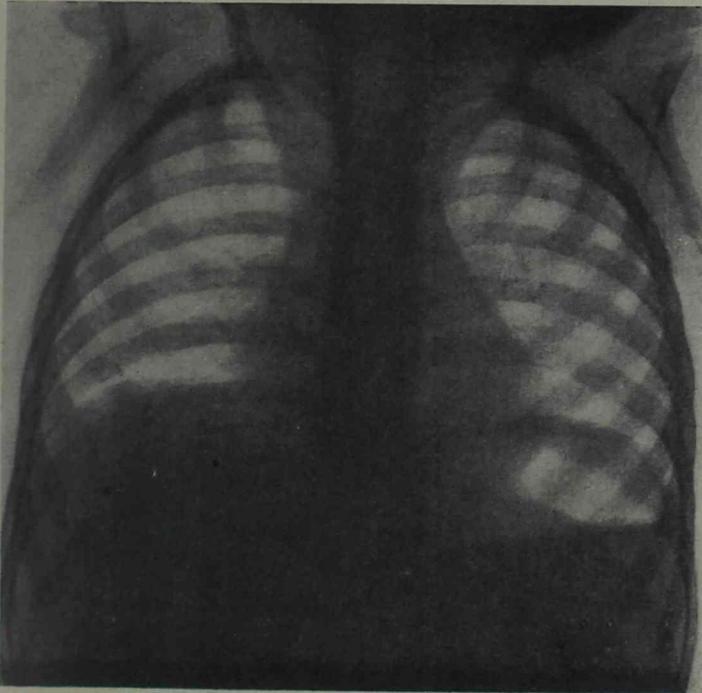


Figura 2

Los exámenes de sangre y orina no revelan mayores alteraciones. La Mantoux al 10/00 es francamente positiva y la eritrosedimentación es de 17 mm la primera hora, 49 mm la segunda hora. Índice de Katz, 20,7.

Se le hizo de entrada adrenalina, cafeína, sulfato de magnesio y oxígeno, prosiguiendo luego con gluconato de calcio y penicilina (10.000 cada 4 horas por 5 días), sometiéndola al reposo en cama y a la alimentación ordinaria de la sala. El peso subió a 10.900 g. Es dado de alta el 14 de enero.

BIBLIOGRAFIA

- Brenneman's, V.*—Practice of Pediatrics. Ed. W. Prior. Hagerstown, Maryland, 1948, t. II, cap. LII, p. 11.
Caffey, J.—Pediatric X Ray diagnosis. Year Book Publishers. Chicago, 1945.
Dassen.—Tratado de Patología Médica. Ed. López y Etchegoyen, Bs. Aires, 1948, t. III.

- Degoy, A. H. y Di Rienzo, S.*—El neumomediastino anterior artificial en el niño. (Síntesis de la conferencia pronunciada en la Casa Cuna en marzo de 1947). "An. Nestlé", edic. argentina, fasc. 22.
- Fongi, E. G. y Rospide, P. C.*—Enfisema subcutáneo espontáneo en el curso de ataques de asma. "La Semana Méd.", 1945; XXVIII, 46.
- Fongi, E. G. y Marguery, E.*—Enfisema espontáneo de mediastino. "Medicina", 1947; VII, 395.
- Forbes, G. B.; Salmon, G. and Herweg, J. C.*—Further observations on posttracheotomy mediastinal emphysema and pneumothorax. "J. Pediat.", 1947; XXXI, 172.
- Fustinoni, O.*—Enfisema pulmonar y su repercusión cardíaca. "Monografías Méd. Arg.", diciembre 1946, N° 12.
- Gumbiner, B. and Cutler, M. M.*—Spontaneous pneumomediastinum in the newborn. "J. A. M. A.", 1941; CXVII, 2050 y "Am. Jour. Dis. of Child.", 1941; LXI, 650.
- Hamman, L.*—Mediastinal emphysema. "J. A. M. A.", 1945; CXXVIII, 1.
- Karns, J. R. and Daue, E. O.*—Mediastinotomy in spontaneous mediastinal emphysema. "J. A. M. A.", 1948; CXXXVI, 622.
- Larguía, A. E. y Sojo, E. T.*—Enfisema mediastínico y subcutáneo en el curso de una crisis asmática. "Arch. Arg. de Ped.", 1946; XXV, 35.
- Lowman, R. H. y Culotta, O. S.*—Pneumomediastinum in the newborn. "Am. J. Ronet.", 1945; LIII, 7.
- Miller, J.*—Spontaneous mediastinal emphysema with pneumothorax simulating organic Heart Disease. "Am. J. Med. Sc.", 1945; CCIX, 211.
- Schwartz, B. M.; Mc Ilroy, G. H. and Warren, H. A.*—Acute mediastinal emphysema. "Ann. Int. Med.", 1946; XXXV, 663.
- Smith, A. B. y Bowser, J. F.*—Mediastinal emphysema with reports of two cases in infants. "Radiology", 1942; XXXVIII, 314.
- Visillac, V.*—Neumotórax espontáneo en un recién nacido. "Rev. Soc. de Pueric. de Bs. Aires", 1946; XII.

OBSERVACION PROLONGADA DE ENFERMEDAD DE WERLHOFF EN MADRE E HIJA *

POR EL

DR. JAIME DAMIANOVICH

Aunque la edad de las personas mencionadas en esta comunicación escapa de los límites de la pediatría, la circunstancia de ser esta enfermedad triste privilegio de la infancia, atacando los niños entre los 5 y 15 años, excepcionalmente la primera infancia, justifica en parte, que hoy distraiga la atención de los colegas con este breve relato.

En el año 1902, el Dr. Eleodoro Damianovich atendió una adolescente atacada de una púrpura hemorrágica a grandes manchas equimóticas en cuerpo y miembros, con perfecto estado general y sin acompañarse de otras manifestaciones, ni haber sido ocasionadas por ningún traumatismo. El reposo, una dieta cuidadosa y la institución como medicación antianémica en boga en esos tiempos heroicos, de las píldoras de Blancard, a base de ioduro de hierro, fueron las medidas que se instituyeron. La señorita pronto se restituyó y contrajo enlace tiempo después, teniendo 4 hijos, 2 varones y 2 mujeres, con partos normales. Nunca más se repitió el episodio hemorrágico.

En el año 1934, muerto ya mi padre, fui llamado para atender a una hija casada enferma de una típica púrpura de Werlhoff, en la superficie cutánea y mucosa bucal. El primer análisis de sangre reveló *ausencia absoluta* de plaquetas, irretractibilidad del coágulo, tiempo de sangría aumentado y coagulación normal. La búsqueda de otras alteraciones y los análisis practicados, fueron negativos. La enferma quedó en cama y fué restableciendo su fórmula hasta recuperar los elementos y aparecer poco a poco las plaquetas. Tres meses después se repitió el episodio y fué entonces cuando recurrí a la vitamina C en forma bucal e inyectable, quedando esta medicación como base de su tratamiento. Digo esto porque en honor a la verdad, cada vez que se insinuaban nuevas sufusiones sanguíneas, eran detenidas con una carga de vitamina C.

Ya restablecida del episodio agudo, de cuando en cuando, en períodos cada vez más alejados, han aparecido petequias en la bóveda palatina, encías y cuerpo, que retroceden inmediatamente con sólo pocos comprimidos de ácido ascórbico. Y va un complemento interesante:

* Comunicación presentada en la Sociedad Argentina de Pediatría en la sesión del 28 de junio de 1949.

cuatro años a contar del primer ataque, se produjo el primer embarazo, con parto normal y feto a término y sano.

En la actualidad, la madre a los 47 años y la hija a los 15 de transcurrido los episodios purpúricos caracterizando una enfermedad de Werlhoff, no han vuelto a tener nada importante de orden hematológico y llevan una vida normal.

De esta corta narración, creo que se pueden destacar los siguientes hechos resaltantes:

1º La aparición un poco tardía de una enfermedad que es de común observación en la segunda infancia, aunque pueda hallarse en cualquier edad de la vida.

2º La benignidad y fugacidad de evolución en la madre y la mayor seriedad y duración en la hija.

3º La tolerancia de ambas a los embarazos con partos normales de los que nacieron fetos sanos y a término.

4º La negatividad en la búsqueda de una etiología clínica y humoral.

5º La acción evidente y repetidamente demostrada de la vitamina C por vía oral y paraentérica en la hija, en cada iniciación de las sufusiones purpúricas.

FUNDAMENTO TEORICO DE LA EDUCACION PSICO- NEUROMUSCULAR DE LOS LLAMADOS ESPASMODICOS

POR LOS

DRES. AQUILES GAREISO y FLORENCIO ESCARDÓ

Comenzamos por aclarar que el tratamiento kinesiológico de los síndromes extrapiramidales constituye tan sólo una parte, si bien importante, del tratamiento total de estos casos. Lo primero que es preciso dejar sentado de una manera clara es que es prácticamente inoficioso comenzar un tratamiento de reeducación sin haber establecido las posibilidades psicopedagógicas del sujeto.

Un número de los atacados de encéfalopatías extrapiramidales padecen retardo mental de distinto grado; si el síndrome espasmódico coincide con oligofrenia, es la oligofrenia lo que debe presidir el enfoque terapéutico y no el cuadro espasmo-muscular y el niño considerado lisa y llanamente un retardado y tratado y considerado como tal.

El kinesiólogo o reeducador que inicie un tratamiento con un niño incapaz de aprender, perderá irremediablemente su tiempo y hará concebir a la familia esperanzas infundadas.

Con harta frecuencia los médicos que sostienen, basados en su experiencia, que la kinesiológica es inoperante en estos casos, es porque han procedido a una mala elección de los mismos, intentando reeducar muscularmente a frenasténicos.

Un segundo factor debe también ser tenido en cuenta en el mismo orden de ideas que acabamos de anotar: en razón de su inferioridad prematuramente señalada, la familia tiende —dentro de una lógica sentimental— a sobreproteger a estos niños, los atiende y asiste adivinando sus intenciones, adelantándose a sus deseos e insinuaciones y exagerando las muestras de afectividad y cariño. Este problema es por lo demás, común a todo niño que sufra cualquier enfermedad prolongada, y lo mismo sucede con los asmáticos, los cardiópatas y los convulsivos.

Sin la remoción de esta situación social es bien fácil que el kinesiólogo encuentre resistencias enormes ya para iniciar el tratamiento, ya para llevarlo a cabo con la eficacia cumplida. No debe darse por satisfecho porque el pequeño enfermo tolere su presencia y aún porque le muestre cariño o adhesión; tales manifestaciones suelen ser una manera de defensa y el niño añade al kinesiólogo al conjunto de personas que lo miman. Es preciso que el reeducador tenga la seguridad de ser obede-

cido. En la educación del llamado espástico tiene mucho más valor el factor conocimiento del propio organismo y de su cenestesia y posibilidades que lo que el operador pueda obtener por sus manos o por sus aparatos auxiliares. En último análisis se trata siempre y en última instancia de una educación de la voluntad, del dominio de sí mismo y no de tal o cual grupo muscular o segmento corporal. Tan importante para el kinesiólogo es obtener un progreso motor como conocer que al mismo tiempo el niño —si ha alcanzado la edad requerida— es capaz de controlar sus esfínteres, de dormir solo, de tomar contacto con otras personas sin reacciones emotivas exageradas, de no mostrar celos por sus hermanos y de no permanecer adherido a la madre o a otra persona de la familia. Tan primario resulta todo esto que si no se cumple bien no debe iniciarse tratamiento kinésico, de otra manera se irá al fracaso o se obtendrán resultados precarios e incompletos con gran desprestigio de una técnica que cuando se la conduce adecuadamente es óptima y respetable. En otras palabras, no hay propiamente hablando, tratamiento del espasmo o de la hiperquinesia sino del espasmódico en su total integridad; se debe partir en todos los casos de un planteo global que —como es lógico— corresponde al médico pediatra aunque éste deba con frecuencia recurrir al consejo del neurólogo y del psicopedagogo. Otro aspecto que no debe ser marginado es el que se refiere a la alimentación; como en un principio los espasmódicos tienen como síntoma integrante de su cuadro dificultades de la deglución, es muy frecuente que tales dificultades queden fijadas como hábito neuropático y el pequeño reciba al fin de cuentas un régimen incompleto si no carenciado, la situación es tanto más importante cuanto que en razón del exceso de movimientos musculares que caracterizan a estos enfermos su consumo de calorías es muy grande y así resulta que casi sin excepción todos son excesivamente flacos por “sobrentrenamiento”, si es lícito usar esta palabra. Como la reeducación va a determinar todavía una mayor actividad, es peligroso iniciarla sin una dieta adecuada, con el mínimo proteico satisfecho y una buena cantidad de alimentos energéticos de fácil utilización como suplemento. La glucosa y los azúcares en general cumplen este requerimiento, pero los aminoácidos tal cual han entrado en la terapéutica corriente y en particular la glicocola, pueden prestar servicios excelentes en un organismo minorado al que va a exigirse un esfuerzo adicional.

Ha de recordarse que siempre que haya un exceso hidrocarbonado en la alimentación, debe añadirse cualidad de vitamina B¹ y como ésta no se almacena en el organismo, su administración será prácticamente continua.

Cuanto queda anotado se refiere a las condiciones previas a la iniciación del tratamiento kinésico.

Veamos ahora algo más de suma importancia; en su conjunto el pequeño extrapiramidal aparece como un cuerpo difícilmente gober-

nable, su tono —ya exagerado, ya disminuído— se muestra inadecuado para responder a las sollicitaciones de la gravedad o de la movilización pasiva, cada movimiento voluntario o la simple tensión volitiva desata una tempestad de movimientos inútiles cuya naturaleza analizaremos más adelante. Antes de comenzar el tratamiento es de suma utilidad ensayar los medicamentos capaces de hacer menos brusca la sintomatología facilitando así la acción reeducatriz.

Estos medicamentos se reducen a dos: combinaciones de la atropina, la escopolamina y la hiosciamina y la reciente y novedosa adquisición, el clorhidrato de ester acetilamino etílico del ácido 1 fenilciclopentano carboxílico. Las primeras actúan directamente sobre los centros diencefálicos, la segunda parece actuar sobre la incitación primaria que se genera junto con el reflejo miostático, es decir, una es de acción central y la otra de acción periférica. De cualquier modo la dosificación y tolerancia es estrictamente individual y nada puede ser determinado de fijo salvo que las tomas deben ser administradas cada 3 ó 4 horas durante el día; lo demás depende de la observación y el tanteo. Comercialmente se pueden obtener con los nombres de rabellon y parpanit respectivamente. Su empleo será anterior o simultáneo al tratamiento muscular y es precisamente el kinesiólogo quien apreciará en forma más directa e inmediata el alcance de su auxilio y beneficios.

Determinadas estas condiciones previas, ¿qué casos son tributarios del tratamiento kinésico? Si el estado intelectual es bueno puede afirmarse que todos; ni las deformaciones más extremas (hiperflexiones, opistótonos persistentes, tortícolis prácticamente fijadas, etc.), deben desanimar al reeducador; con frecuencia casos que aparecen como invencibles porque el enfermo presenta el aspecto de un contraído o de un plegado responden al tratamiento metódico tan bien como otros que aparecen como mucho más leves. De cualquier manera es principio formal que cuanto antes se inicie el tratamiento mejor serán sus resultados y menos posibles las plicaturas y deformaciones, en ese sentido el tratamiento tiene también valor y significado profiláctico. Claro está que ello implica un diagnóstico precoz y un enfoque decisivo del problema sin frases vagas ni planteos dilatorios. Reconocido el trastorno y valorado el nivel mental del niño, debe ser puesto *de inmediato* en tratamiento, no debe nunca esperarse nada del tiempo ni de la presumida involución del proceso. Con el crecimiento y la maduración el enfermo extrapiramidal adquiere más posibilidades educativas, pero sino las ejercita y disciplina de nada le servirán puesto que no actúan por sí solas. Con una frase pintoresca puede decirse que el enfermo va adquiriendo una riqueza que ignora y que representa tan sólo un capital muerto.

¿En qué consiste la reeducación en sí? Para contestar a esta pregunta esencial para nuestro objeto se hace necesario analizar siquiera sea someramente la fisiopatología del trastorno hiperquinésico del llamado espas-

médico. Los síntomas como en toda la patología nerviosa, no representan valores en sí, sino transacciones entre las posibilidades del enfermo y las funciones que su cuerpo debe cumplir. Lo que está fundamentalmente alterado en el extrapiramidal es el tono o por mejor decir, los tonos. El tono en sus distintas variedades es una función global del sistema neuro-esquelético que tiene por fin dos objetivos: el primero permitir al sujeto la adopción de la *postura normal de la especie* (tono de postura o tono estático) y significa en definitiva la serie de recursos que el organismo pone en juego para luchar contra la gravedad, el segundo permitir el uso de las posibilidades fabriles del individuo (empleo de los brazos, manos, dedos, cintura, etc., en las diferentes actitudes que los trabajos requieren), o sea al *tono de actitud* también llamado tono dinámico. Se alcanza fácilmente que ambos tipos de tono están funcionalmente ligados, puesto que si el cuerpo no puede mantener una postura fija y cómoda no le será factible el uso de sus prolongaciones apendiculares.

Aun cuando no sea del todo exacto, puede esquematizarse así: el tono de postura es un tono axial que tiene por objeto convertir el cuerpo en una columna rígida; el tono de actitud es un tono apendicular que tiene por objeto que adquirida la columna rígida, puedan moverse con facilidad los brazos, una u otra pierna, y la cabeza o el tronco según las necesidades de la actitud. Surge de sí que la actitud modificará la postura y que ésta será condición previa a la actitud. Pero sucede que lo que llamamos *la postura normal de la especie* es distinta en cada edad y sigue un ciclo madurativo; así para un niño de dos meses será erguir la cabeza puesto de plano ventral y, puesto boca arriba, seguir un objeto con los ojos sin girar la cabeza y nada más que eso; a los tres meses mantenido artificialmente erecto, su postura normal será mantener erguida la cabeza; a los seis conservar erguido el tronco y sobre éste el cuello y la cabeza cuando es colocado pasivamente así, pero será aún incapaz de pasar sin ayuda de la posición acostada a la sentada, es decir, que lo normal a esa edad será *mantener* la posición normal de la especie, pero no *adquirirla espontáneamente*, etc., etc.

Esto obliga a un planteo directo: lo primero que tiene que establecer el reeducador es: cuál es la posición normal que corresponde a la edad del niño que tiene que tratar, de otro modo desperdiciará un tiempo precioso ocupándose por ejemplo de obtener un sostén miostático del tobillo en un niño de 8 meses. Por lo demás, el proceso de su trabajo debe seguir el mismo orden que sigue el proceso madurativo, primero el cuello como posición de orientación, después la relación espacial ojo-mano o sea el acto de asir objetos en distintos planos con referencia al plano cefálico, etc. Queda dicho que al kinesiólogo debe tener un esquema exacto de la maduración neuromuscular si quiere proceder científicamente, su objetivo debe ser seguir el camino por ella señalado, es decir, inducir al enfermo a cumplir las etapas en el orden que se cumplen en el sujeto normal.

Pero el tono de una u otra categoría no es sino *una función*, el resultado de todo el acuerdo y ajuste de las categorías nerviosas. Así el tono de postura resulta de un encadenamiento funcional que comprende desde el reflejo miotático del tobillo, hasta las relaciones córticocerebrales de última adquisición madurativa. En el llamado espasmódico está comprometido el eslabón extrapiramidal constituido por la función que tienen los núcleos de la base de "repartir" el tono en cuanto a mecanismo involuntario y automático. Los espasmos resultan no de un síntoma positivo, sino del trabajo que hace el resto del sistema por conseguir el tono necesario, así de un modo general puede afirmarse que las sacudidas son coreicas para las partes sobre las que ejerce el tono de postura y atetósicas para aquellas en que se ejerce el tono de actitud.

Los espasmos resultan pues de la crisis de una función; ello explica suficientemente que en los primeros meses de la vida no haya sintomatología extrapiramidal propiamente dicha. El niño no puede padecer crisis de una función que no posee, no tiene tono de postura porque no tiene postura. Es así que en el lactante la sintomatología extrapiramidal está reducida a los trastornos de la deglución y a las crisis de opistótonos. En estas crisis se puede ver en esquema la fisiopatología sintomática; el niño en esa edad es un ser horizontal, carece pues de actitud y del tono que la sirve; el requerimiento antigraavitario primero aparece en el cuello al intentar levantar la cabeza, la deficiencia impide que la lucha contra la gravedad sea efectiva y entran entonces en acción sistemas anexos; los músculos de las goteras vertebrales primero, los del abdomen después, los glúteos, los cuádriceps, etc., el resultado de esa tensión sistemática es el opistótono que representa en la posición acostada la "mise en marche" de los sistemas antigraavitarios que actuarán más tarde en la posición de pie, vale decir, que la falta de un efecto adecuado útil pone en juego una serie de efectos funcionalmente inadecuados e inútiles pero fisiológicamente conectados con el primero. Por eso ha dicho con exactitud Foerster que la descarga extrapiramidal es una sincinesia generalizada y monstruosa. Cada vez que el sujeto intenta un movimiento antigraavitario (tono de postura), o volitivo (para el que el tono de actitud es necesario), se desatan otros "de lujo" que creando una mueca enorme ponen en grotesca evidencia el fenómeno de fondo. En última instancia lo que está comprometido es el tono como función global y de adquisición progresiva.

Pero afortunadamente el tono siendo en esencial una función refleja, es susceptible de ser perfeccionado por la automatización y por la voluntad como lo demuestran fisiológicamente los ejercicios acrobáticos y las posiciones de tono forzado como la actitud militar o de hipotonía voluntaria de ciertas gimnasias rítmicas y de atonía disciplinada (la llamada relajación).

La corteza cerebral a medida que madura va dotando al organismo de posibilidades volicionales capaces en gran parte de moderar y aún

dominar las hiperquinesias que —repetimos— sólo son la manifestación externa de la distonía. Dos problemas se plantean pues, al reeducador: hacer la educación antigravitaria del sujeto y enseñarle a limitar las tempestades hiperquinésicas.

Esto representa un trabajo casi totalmente psicológico; el niño *no sabe* que puede levantar la cabeza y tenerla erguida, pues cada vez que lo ha intentado un espasmo inadecuado ha perturbado el movimiento desde su intento mismo. Todo movimiento voluntario o voluntarizado se ejerce previa una puesta en tensión del mecanismo psiconervioso, esta puesta en tensión tiene que ser justa y suficiente, si es excesiva cae dentro de las reacciones hiperemotivas y perturban la esencia misma del acto, impidiendo que el sujeto tome conciencia de cada una de las etapas que lo constituyen. El primer paso estará constituido por una larga preparación merced a la cual el niño pueda permanecer quieto y tranquilo, pero no en una forma pasiva, sino teniendo conciencia de que lo está; esta fase es, tal vez, la más larga y difícil, suma paciencia y largo trabajo de persuasión se requerirán para que el niño permanezca acostado en una posición fisiológica de reposo, ya sea el decúbito ventral o el dorsal; en los niños pequeños debe comenzarse por el primero, por indicarlo así el proceso de la maduración postural. Cuando la reeducación se comienza en edad temprana, cuando las hiperquinesias son todavía pocas, este trabajo es mucho menos difícil, pero cuando se comienza tarde en niños ya afectados de muchos espasmos el trabajo es largo y lento, a menudo descorazonante, pero a fuerza de paciencia se alcanza, siempre que se cuente con la comprensión del paciente. Debe llegar un momento en que sea posible hablar con el enfermo e introducir personas extrañas a su presencia sin que se desaten las hiperquinesias, obtenido eso se le hace ejecutar pasivamente con extrema suavidad el primer movimiento antigravitario, para el caso elegido como ejemplo, la extensión de la cabeza estando en plano ventral, tantas veces cuantas sean necesarias para que el niño tolere la maniobra sin mayores sacudidas o “escapadas”; después se le ordena hacerlo por sí mismo estimulándolo mientras ejecuta la orden, al principio podrá mantener la postura muy corto tiempo y sólo poco a poco su duración irá siendo mayor. Se presenta pues al niño un doble sistema de educación, conciente y progresiva; primero su dominio (siempre relativo) de las hiperquinesias que desata la tensión volitiva, segundo el esfuerzo antigravitario *activo e intelectualizado*, luego se seguirá muy progresivamente y en estricto paralelo con la edad del niño el entrenamiento de las demás posibilidades antigravitarias; siempre en decúbito ventral o dorsal flexionar uno u otro miembro, separarlo del plano de sustentación, separarlo del eje corporal arrastrándolo sobre la camilla, etc., más adelante se ejercitará la posición sentada, etc., etc., como la fatigabilidad de estos enfermos es muy grande, habrá que recurrir a sillas, apoyos o descansadores especiales que están descritos en los libros

de la especialidad y que no nos detendremos a detallar aquí. Lo esencial desde nuestro punto de vista es que no se trata tanto de que el sujeto realice tal o cual movimiento, sino de que entienda que puede *voluntarizar* el ciclo tónico, dominando por el sólo y bien entrenado esfuerzo consciente las distonías e hiperquinesias que dificultan e interfieren el proceso antigravitario. El paciente debe comprender que él puede, merced a una tensión volitiva y a un ejercicio conciente, sobrepasar la imperfección motora a la que, sin la reeducación está abandonado y sometido. Las cosas suceden como si a medida que el chico va adquiriendo coreteza ésta tomara el comando de una situación desordenada.

Claro está que el esfuerzo educativo será mucho más positivo en aquellos casos en los que como en la ictericia nuclear la acción patógena ha cesado y las nuevas adquisiciones madurativas no están afectadas por un proceso que es anterior a ella y ya no actúa; no sucede lo mismo cuando la lesión ha sido difusa y la deficiencia abiotrófica afecta también el desarrollo ulterior del encéfalo. Cuando se ha obtenido algún progreso serio en el tono de postura —nunca antes— se comienza a entrenar progresivamente el tono de actitud de acuerdo a las mismas normas generales; vale decir, que después de enseñar posiciones se busca enseñar movimientos.

Insistimos en que esta enseñanza es consecutiva a la anterior por indicarlo así el curso estricto de la fisiopatología y aún cuando reconocemos que a veces la clínica o la necesidad asistencial obligue a no guardar las etapas de un modo extremo, conviene no distraer la atención del niño hacia funciones complejas y variadas antes de haber obtenido el máximo de funciones simples y primarias. Tampoco nos detendremos en la descripción de cubiertos, escudillas, tazas, parapetos, etc., que facilitan esta tarea y que se encuentran en los textos correspondientes así como tampoco en las máquinas para aprender a escribir, con el teclado modificado adecuadamente para sus fines, pero es de notar que el kinesiólogo puede poner mucho de su ingenio utilizando objetos comunes: lápices, bolitas, papeles, cepillos, corchos, etc, en las distintas etapas de la educación del movimiento voluntario. Cada una de las etapas educativas, tiene un enorme interés psicopatológico y debe ser calculada sobre la que se cumple normalmente en las etapas de la maduración.

Digamos todavía que la educación fonética y la escolar ajustada a la capacidad intelectual del niño y por encima de sus dificultades mecánicas tiene que ser realizada con todo rigor y simultáneamente con el ejercicio psico-neuro-muscular. Sería de gran beneficio que los reeducadores y kinesiólogos sistematizaran mediante esquemas, dibujos, fotografías y películas cinematográficas las distintas etapas, fases y episodios de esta reeducación cuya duración es de años, prácticamente tantos cuantos tiene la vida del sujeto, pero no hay duda que tales documentos objetivos sólo pueden servir de guía, ya que cada caso es distinto y lleno

de matices y que sólo la sagacidad y aplicación del kinesiólogo pueden dar la medida precisa.

En resumen: La reeducación psico-neuro-muscular del llamado espástico está condicionada estrictamente por su capacidad de aprendizaje que a su vez depende: a) del nivel mental; b) del nivel de adaptación pedagógica y social.

La regulación higiénico-dietética y general del sujeto es siempre necesaria.

Las modernas drogas (rabellon, parpanit), pueden constituir en un buen número de casos, un auxiliar poderoso y deben ser utilizados al máximo.

La reeducación es tanto más efectiva cuanto más temprano se comienza.

La reeducación propiamente dicha consiste en introducir en el ciclo fisiológico del tono la máxima influencia cortical voluntaria y conciente; debe seguir las mismas etapas de la maduración: 1º del tono antigravitario; 2º del tono de actitud y tomar como modelo de su desarrollo educativo el mismo plan que cumple en cada edad el proceso madurativo.

Pediatría del Pasado

ANTECEDENTES PEDIÁTRICOS EN LA COLECCIÓN DE TESIS NACIONALES EXISTENTE EN LA BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

(TESIS ANTERIORES AL AÑO MIL NOVECIENTOS)

POR EL

DR. RAFAEL R. L. SAMPAYO

Hemos creído de cierta utilidad el ofrecer un breve resumen de los antecedentes pediátricos que figuran en la colección de tesis nacionales que se encuentra en la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas¹. Esta reseña no puede ser completa, puesto que no lo es la mencionada colección. De habérselo permitido el tiempo, hubiera sido nuestro deseo buscar y tratar de reconstruir todos los antecedentes relacionados con la pediatría. No hemos considerado las tesis posteriores a 1899 por falta de tiempo y por no creer que ello sea de gran utilidad, ya que se acercan demasiado a nuestros días y es fácil encontrarlas en distintas bibliotecas.

Se citarán las tesis y de algunas de ellas se acompañará un sumario y una breve acotación. Al final encontrará el lector una clasificación por autores y temas.

Antes de llegar a los tomos encuadernados de la colección de tesis nacionales, existentes en la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas se encuentran en la misma las siguientes tesis sin encuadernar, que directamente o por extensión, tienen importancia pediátrica:

1.—CUENCA, José María. Año 1836. Manuscrito de 25 páginas.

“Disertación sobre las viruelas”. Comienza con una dedicatoria al Dr. Juan J. Montes de Oca. . . “Usted, señor, dirigió los primeros pasos de mi inculto entendimiento, cuando al empezar el estudio de la medicina tube la dixa de encontrarlo colocado al frente de los primeros estudios médicos. . .”.

Introducción. Carácter de la viruela. Historia de la viruela. Viruela discreta.

La tesis es pediátrica sólo por extensión; al final cita a “Genner” (Sic) y sus estudios sobre vacuna. Cita además a Bartholin, Van Swieten, Lister, etc.

2.—IRIGROYEN, Manuel de. Año 1842. 25 páginas. “Meningitis”.

Introducción. Meningitis. Sinonimia. Etiología. Sintomatología. Prodromas. Anatomía patológica (lesión de la aracnoides, lesión de la piamadre). Tratamiento.

(1) Agradecemos al Prof. Dr. Aníbal Ruiz Moreno la sugerencia del presente trabajo.

Tesis pediátrica por extensión, figuran algunas referencias bibliográficas al pie de página. Cita a Foville, Guersent, Anchar, Roche, Coindet, Constant, Boyer, Abercrombie, etc.

3.—GONZÁLEZ, CATÁN, Mauricio. Año 1848. Manuscrito de 36 carillas. "Disertación sobre la Coqueluche".

Medicina. Coqueluche. Reconoce causas generales, o tiene una especial? Anatomía patológica. Causas predisponentes. Sintomatología (primer, segundo y tercer períodos). Terminaciones. Complicaciones. Tratamiento (método profiláctico. Método curativo del primer período. Tratamiento del segundo período. Tratamiento del tercer período).

Trabajo interesante con referencias bibliográficas en el texto.

4.—PATRÓN, Fernando M. Año 1851. "Disertación sobre la Escarlatina, en que se demuestra ser una alteración de la sangre". 24 páginas.

Introducción. La escarlatina. Definición. Historia en general. Síntomas. Complicaciones. Anatomía patológica. Etiología. Método curativo.

Tesis pediátrica sólo por extensión. Trabajo cuidadoso e ilustrado con numerosas citas de autores, entre otros Ingraciás, Hoffman, Sydenham, etc. Al pie de página se refiere al tratado de Capuron, a un trabajo de 1836 y 1837 de Francisco J. Muñiz; al diccionario de Fabre y al de Guersant; al tratado de patología de Grissolle y al de Hardy y Behier; a la obra de Roche, Sanson y Lenoir; al tratado de higiene de Pedro F. Moulan, etc. Las citas en el texto son numerosas.

TRABAJOS ENCUADERNADOS

TOMO 1854 - 55

5.—CABALLERO, Tomás. "Disertación sobre el Tétanos". (43 páginas).

Hace algunas referencias al diagnóstico del tétanos del recién nacido. Lo divide en *espontáneo* y *traumático*.

Recomienda los cuidados en las curaciones del ombligo evitando... "los tirones y roces del muñón umbilical, acomodando el vendaje de un modo que le impida sus movimientos...".

6.—MONTES DE OCA, Manuel Augusto. "Ensayo sobre las enfermedades de Buenos Aires" (85 páginas).

Tiene un capítulo que titula "La educación física y moral de los niños desde el crecimiento hasta la pubertad", en el que hace una serie de consideraciones de puericultura. Se ocupa de la profilaxis del "mal de los siete días", mediante la aplicación de bálsamo de copaiba al cordón umbilical. Para él el *Trismus mascetium* no es más que un *tétano traumático*. No cree en la pretendida acción del bálsamo de copaiba. Recuerda el método preconizado por su padre: curación plana con aceite de almendras dulces ligeramente templado y mantenida hasta la completa desecación del cordón.

Se ocupa de los baños, sueño, descanso, vida al aire libre y sol para los niños pequeños; de la dentición, de la vacuna, que preconiza con entusiasmo. Luego se refiere a la educación física y moral del niño y al proceso de la pubertad.

En otro capítulo llamado "La lactancia", fustiga la *lactancia mercenaria*... "que se ha generalizado a tal punto, que juzgamos de nuestro deber procurar destruir una creencia tan perniciosa para las criaturas, para las

madres y para la sociedad entera". Señala la importancia de la edad de la leche y del calostro. Hace hincapié en las diferencias de las leches de distintas mujeres. Considera también los casos en los que no debe efectuarse la lactancia natural: enfermedades agudas generales o localizadas en los pechos, afecciones crónicas de las madres que amenacen la vida o sean contagiosas, la debilidad materna. Termina el capítulo enumerando las condiciones que debe reunir el ama cuando sea imprescindible recurrir a ella.

Más adelante, en el capítulo de las enfermedades epidémicas se ocupa, entre otras, de la escarlatina, del sarampión y la coqueluche.

TOMO 1856 - 59

- 7.—MARÍN, Luis. "Disertación sobre el sarampión". 1859 (24 páginas).

TOMO 1860

- 8.—BERDIER, Manuel. "La Escrófula". (105 páginas).

Considera a la escrófula y a la "diátesis tuberculosa" como a dos enfermedades completamente distintas que es necesario no confundir. El tubérculo es una manifestación común en las dos enfermedades, pero no necesaria en la escrófula. Analiza las diferencias entre el raquitismo y la escrófula y concluye siguiendo a Guerin "... que la *escrófula* y el *raquitismo* son dos enfermedades esencialmente distintas, pero que frecuentemente se complican".

Luego efectúa el diagnóstico diferencial de las principales afecciones escrofulosas, establece un pronóstico generalmente grave y desarrolla el tratamiento.

TOMO 1864 - 66

- 9.—LE MOS, Abraham. "Profilaxis de la Viruela". 1864 (40 páginas).

Llega a las siguientes conclusiones:

1º La viruela es el agente morbífico que preside la manifestación de las afecciones conocidas con el nombre de *cow-pox*, *arestín* y *morriña* y probablemente del *moquillo* y *swin-pox*.

2º Puesto que el principio que determina la aparición de estas afecciones es idéntico, podrán permutarse, y se permutan algunas de ellas indefinidamente y trasplantarse, sustituyéndose unas a otras hasta el infinito.

3º Puesto que unas producen vacuna, todas deben producirla.

4º La vacuna es idéntica a la viruela.

5º El germen no ha degenerado.

6º La razón humana tampoco.

- 10.—LOUREYRO, Lino. "Flegmasia catarral de los intestinos en la infancia". Año 1866 (43 páginas).

Historia. Definición, división y sinonimia.

"La diarrea no es una entidad mórbida... es síntoma de muchas enfermedades del tubo intestinal... lo que entendemos por *flegmasia catarral de los intestinos*, se comprende por la significación genuina de las palabras: sólo diremos que la llamamos catarral a imitación de *Barthez et Rilliet*, en razón a su manifestación más habitual, que es la hipersecreción mucosa; por la analogía que existe entre las afecciones traqueobrónquicas y las gastrointestinales las podemos comparar..."

Causas: edad, miseria, hacinamiento; defectos en el régimen, el exceso de alimentación natural o la insuficiencia de ésta. La impropia alimentación

artificial; la dentición; el destete —época del mismo, al terminar la dentición— los vermes intestinales, los medicamentos muy activos. Señala la importancia de recurrir al médico a los primeros síntomas que presenten los niños. (Sigue en general y cita a Trousseau).

Síntomas.

Diagnóstico y pronóstico.

Complicaciones.

Anatomía patológica y naturaleza de la enfermedad.

La diarrea que se presenta en un principio, cuando no hay todavía síntomas inflamatorios, no es una entidad distinta de aquella que se acompaña de inflamación de los folículos.

Tratamiento.

TOMO 1871 - 72

11.—ORTIZ HERRERA, José A. Año 1871. "De la Lactancia Materna". Tesis incompleta en la colección de la Facultad; figura hasta la página 32 y hay una nota que informa que falta hasta la página 40. Dedicada a las madres a las que recuerda sus deberes maternos. En una introducción literaria pinta a grandes trazos el desarrollo sexual de la mujer.

Señala la importancia de la lactancia materna. "La leche es el tipo del alimento perfecto". La lactancia materna es un complemento de la gestación. Considera los otros factores de la alimentación, como causas de enfermedad y de mortalidad, al menos en los primeros meses.

Critica a las madres que se niegan a amamantar a sus hijos. Señala las ventajas que tiene para la mujer el amamantarlos, entre otras, el evitarle embarazos demasiado seguidos. Comenta la falta de ternura de las nodrizas mercenarias.

Analiza los casos en los que está contraindicada la lactancia materna, después de estudiar la composición química de la leche, señala las distintas proporciones de los elementos constitutivos en diversos individuos y aún en la misma mujer.

Cita los datos de Vernois y Becquerel, Regnault y Doyere y muestra la divergencia de resultados, lo que evidencia la dificultad para apreciar los datos de un análisis de leche.

12.—ROBERTS, Pedro Florencio. Año 1872. "Memoria sobre la oftalmía del asilo de Huérfanas" (149 páginas).

Tesis muy interesante, pero sólo pediátrica por extensión.

TOMO 1875 - 1

13.—CANAVERIS, Angel. "Consideraciones sobre la Lactancia" (33 páginas).

Introducción. Recalca la necesidad de la lactancia materna. Hace una somera descripción de los fenómenos que se producen al instalarse la secreción láctea. Subraya la conveniencia de la lactancia materna y los inconvenientes de la mercenaria; los casos en que esta dificultad sea por causas maternas o dependientes del niño. Analiza la composición de la leche y del calostro y reproduce un análisis comparado de leche de mujer y de vaca de Marchand. Estudia la hipogalactia y la lactancia mixta y cita a Trousseau, Morillo y Julin. Afirma los inconvenientes que resultan del uso de las amas y se manifiesta partidario de la lactancia mixta.

"Lejos estamos de querer hacer de la lactancia mixta un principio general, ciertamente el seno de la madre es preferible, cosa que nadie pone

en duda, pero la elección de una buena nodriza presenta tan grandes dificultades y peligros por ser éstas tan escasas, que en muchos casos es un recurso muy ventajoso tanto para la madre como para el niño”.

Utiliza leche de vaca diluída al cuarto (3 partes de leche de vaca y 1 de agua). “La lactena es: fácil reemplazarla por medio del azúcar de leche o por azúcar blanca de buena calidad”.

Recomienda la preparación en el momento y va concentrando hasta la leche pura al año. Señala los buenos resultados que ha obtenido con la lactancia mixta.

Luego analiza la técnica de la lactancia materna: colocación del niño al pecho, después del parto. Aconseja lactadas cada 2 a 3 horas y reposo nocturno de 6 horas.

La lactancia materna exclusiva dura los primeros cuatro meses por lo menos.

TOMO 1875 - 2

14.—GOLLAN, José E. “El Crup” (43 páginas).

Historia. Sinonimia. Definición. Anatomía patológica. División y causas. Síntomas. Complicaciones. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento.

TOMO 1876 - 1

15.—AMARILLA, José R. “La criminalidad de los niños considerada bajo el punto de vista médico-legal” (31 páginas).

Legislación. Introducción. Edad y discernimiento.

Concluye que no hay época marcada por la naturaleza en la primera infancia para decir que tal día, a tal hora, un niño habrá adquirido el pleno convencimiento de la moralidad de sus actos para que le sean imputables. Sostiene que cuando se trata de crímenes o delitos cometidos por niños en su menor edad, deben ser consultados los médicos peritos que son los únicos competentes en un material tan delicado y que en los actos periciales debe de investigarse del modo más completo posible, el grado de desarrollo intelectual, moralidad habitual, desarrollo físico, aproximación de la pubertad, o condiciones patológicas hereditarias o adquiridas, y la naturaleza del hecho de que es acusado, los móviles que lo han impulsado, etc.

Concluye con una estadística criminal y un pequeño capítulo sobre “Medios de Moralización”.

16.—DÍAZ, Juan José. “Profilaxia de la Viruela” (57 páginas).

Inoculación variolosa. Descubrimiento, origen y naturaleza de enfermedad vaccinógena. Caracteres clínicos de la vacuna. Caracteres anatómicos. Caracteres físico-químicos e histológicos. Principio activo del virus vacuno. Su acción sobre el organismo. Estudio comparativo del virus vacuno humanizado y animal. Sífilis vaccinal. Influencia profiláctica. Revacunación. Epidemias de viruela.

Termina reclamando la necesidad de una ley que haga obligatoria la vacunación.

TOMO 1877

17.—AYERZA, José A. “Difteria y Crup”.

Historia. Sinonimia y definición. *Etiología* (causas predisponentes: sexo, constitución y temperamento, estaciones, climas, localidades, viciación del aire y hacinamiento; causas ocasionales: origen gástrico del crup, origen zimótico de la difteria, contagio). *Sintomatología*: forma benigna, forma

maligna, fiebre. Albuminuria. Perturbaciones del aparato circulatorio: hemorragias, edemas, endocarditis. Trombus. Erupciones. Perturbaciones gastro-intestinales. Gangrena. Convulsiones. Parálisis diftérica. Causas. Forma benigna. Angina diftérica benigna. Forma infecciosa. Forma maligna. Laringitis pseudomembranosa. Crup: síntomas, voz, tos, disnea, auscultación, expectoración, accesos de sofocación. Parálisis. *Marcha, duración y terminación. Diagnóstico.* Difteria faríngea. Laringitis diftérica. Crup. *Pronóstico. Recidivas. Complicaciones. Tratamiento.* Tratamiento de la localización de la difteria. *Traqueotomía*, indicaciones de la traqueotomía. Contraindicaciones, operación, operación practicada en un solo tiempo, operación practicada en dos tiempos. Traqueotomía por el termocauterio. Accidentes de la traqueotomía. Cuidados consecutivos de la traqueotomía. Ablación definitiva de la cánula. Complicaciones. Resultados de la traqueotomía entre nosotros.

Como se deduce del sumario que antecede, se trata de un trabajo completo y de desarrollo armónico, magnífico para la época en que fué escrito. El mismo concluye citando los resultados de las traqueotomías practicadas en nuestro medio por los Dres. Ayerza, Manuel A. Montes de Oca, Herrera Vegas, Iturriós, Tamini, Novaro, Ledesma y Ardenghi; de 83 operaciones se obtienen 33 curaciones. El autor en vista de estos resultados se muestra partidario de una mayor difusión de la traqueotomía.

La tesis concluye con el comentario de diez observaciones.

18.—BERUTI, Nicolás T. "Lactancia" (60 páginas).

Consideraciones generales sobre la leche. Alteraciones de la leche. Influencia de las enfermedades en la composición de la leche. Lactancia natural (lactancia materna). Reglas para la lactancia. Higiene de la mujer que cría. Lactancia por nodrizas mercenarias. Lactancia animal. Lactancia mixta. Lactancia artificial. Destete. Influencia de la insuficiencia de la lactancia en la salud del niño.

TOMO 1878

19.—CHENAUT, Ricardo Y. "Raquitismo" (26 páginas).

Historia. Edad en que se manifiesta más comúnmente la raquitis. Etiología. Sintomatología. Anatomía patológica. Pronóstico. Marcha. Tratamiento.

Ya cita al hígado de bacalao como medio terapéutico, mencionando que en Holanda es remedio doméstico. Menciona la opinión de Fehr sobre el aceite de hígado de bacalao. También recuerda el fosfato de cal.

20.—COSTA, Alberto. "Algunas observaciones sobre la Mortalidad de la Primera Infancia en Buenos Aires" (91 páginas).

Menciona que para la época casi nadie se ha ocupado del tema en nuestro medio habiendo sido mencionado sólo al pasar, por Rawson en su Curso de Higiene y por Coni en un folleto titulado "*Apuntes sobre la estadística mortuoria de la ciudad de Buenos Aires*".

En una primera tabla se analiza la mortalidad de la ciudad entre 0 y 1 año durante el período 1868 y 1877.

En la segunda se resumen los resultados de la Provincia (ciudad y campaña); en la tercera distribuye de acuerdo a parroquias, congregaciones y establecimientos públicos, entre los años 1873 y 1877. Se comparan los datos con los de otros países, se tabulan los bautizos en la ciudad y provincia en el período de 1868 a 1877.

En otra tabla se distribuye la mortalidad de 0 a 1 año, según sexos,

edades y enfermedades; para el quinquenio 1873 a 1877. En otra se hace lo mismo respecto a la provincia.

En general el trabajo es minucioso y lo más completo en el género hasta la fecha.

TOMO 1878 - 2

21.—GONZÁLEZ, Cándido. "Etiología y Profilaxia del Tétanos Infantil" (37 páginas).

En lo que respecta a la etiología, cita opinión de varios autores y resume que "la mayor parte están contestes en creer que los cambios bruscos de temperatura y la falta de método en la curación del ombligo, son las causas más frecuentes del tétanos infantil".

Efectúa un estudio meteorológico. Cree que en la producción de la enfermedad no interviene una causa especial determinada, sino que influyen causas múltiples que dependen no sólo del clima de la localidad, sino también y muy especialmente de las condiciones particulares que rodean a cada individuo.

Opina que el tétanos es favorecido en la ciudad:

1º Por el mefitismo urbano.

2º Por los cambios bruscos que se observan en el día.

3º Por la cantidad de humedad que contiene el aire.

4º Por la falta de buena higiene doméstica en las casas de inquilinato.

5º Por la falta de método en el tratamiento de la herida umbilical.

Termina con un capítulo en el que hace algunas consideraciones profilácticas.

22.—LLAVALLOL, Martín. "La Coqueluche" (47 páginas).

Dedicatoria. Causas. Coqueluche. Síntomas (período catarral, espasmódico y de declinación). Curso, duración y terminación. Naturaleza. Anatomía patológica. Diagnóstico. Complicaciones. Pronóstico. Tratamiento.

Opina con Trousseau que la tos convulsiva es un catarro con neurosis. El primer período se trata como catarro simple; en el segundo recuerda la Belladona, el cloroformo y el hidrato de cloral —los que asocia en una poción para administrar a los niños pequeños— y el bromuro de potasio. Recomienda una bebida con los dos últimos, que administra aún a los niños de pecho.

23.—TRONGE, Faustino, C. "Higiene de la Primera Infancia" (71 páginas).

Introducción. Higiene de la madre durante el embarazo. Cuidados del niño al nacer (cordón umbilical). Lactancia (salida de los dientes; destete). Condiciones de la madre que debe criar. Leche. Lactancia artificial (Sífilis, oftalmía de los recién nacidos). Destete. Dentición (Medicamentos caseros). Conclusión.

Trabajo bastante completo, en el que abundan las referencias a Budin, Tarnier, Bouchut, Parrot, Fournier, etc.

TOMO 1879 - 1

24.—CRESPO, Carmelo F. "Observaciones sobre el tétanos infantil" (53 páginas).

Introducción. Historia. Denifinición. Patogenia y etiología. Anatomía patológica. Síntomas. Diagnóstico. Marcha. Pronóstico. Tratamiento. Observaciones.

Cita a Bouchut y Parrot. Cree en el origen meteorológico de la afección y no da importancia a la ligadura del cordón. Hace una buena reseña anatómopatológica y describe la sintomatología. Agrega 8 observaciones y como tratamiento usa el cloral a altas dosis.

TOMO 1879 - 2

25.—FRÍAS, Pedro J. "Estudio de algunas cuestiones sobre la herencia de la tisis" (47 páginas).

Introducción. Herencia fisiológica en general. De algunas cuestiones sobre la herencia de la tisis.

Admite la herencia de la tisis. "...El espermatozooario o el óvulo serían los agentes vectores del principio específico imponderable quizá, pero que lleva en sí todas las aptitudes para desarrollar en el nuevo ser la misma enfermedad de los progenitores...".

TOMO 1879 - 3

26.—RIVAS MÍGUEZ, Laureano. "Nutrición de la primera edad" (63 páginas).

Introducción. Consideraciones sobre la leche. Procedimientos para el examen de la leche. Lactancia materna. Lactancia mercenaria. Lactancia artificial. Lactancia mixta. Lactancia animal. Destete. Consideraciones generales.

Hace un estudio comparativo de las distintas leches y de su utilidad como sustituto de la leche de mujer. Manifiesta que sólo en caso de excepción se recurrirá a la leche de otros mamíferos, "ya que ninguno se halla en condiciones para la nutrición del niño". Analiza los distintos procedimientos para efectuar exámenes de leche y se inclina por el examen microscópico por su "rapidez, facilidad y exactitud...". Comenta la lactancia animal, mostrándose partidario de la misma utilizando cabras, cuando no puede recurrirse a la nodriza.

27.—SUSINI, Telémaco. "Contribución al estudio de El Empacho" (136 páginas).

Introducción. Anatomía y fisiología del aparato digestivo. De la alimentación en la primera infancia. Historia de las enfermedades gastrointestinales de la infancia. Patogenia del Empacho. Historia. Etiología i división del empacho. Síntomas i complicaciones del empacho. Descripción, diagnóstico i pronóstico del empacho. Anatomía patológica del empacho. Del tratamiento del empacho.

Obra importante bien planeada y desarrollada con abundantes referencias bibliográficas (Trousseau, Husson, Bouchut, Fournier, Dujardin, Van-Helmon, Rilliet y Barthés, Barrier, Parrot, Beau Hufeland, etc.).

"El empacho debe ser considerado como la más frecuente de las enfermedades del aparato digestivo". Se tendría tres períodos en el desarrollo de la enfermedad: uno primero gastrointestinal, constituido por el detenimiento de las materias alimenticias y perturbaciones consecutivas que dan lugar a la falta de la absorción; un segundo de inanición, de autofagia, en el que el individuo se consume a sí mismo y un último y tercero, estacionario en que parece que el movimiento nutritivo se ha detenido ya por completo.

El empacho ha sido confundido con distintas afecciones gastrointestinales. Diversos autores han demostrado que los alimentos pueden estancarse en el estómago y producir la dilatación del mismo. En la etiología intervienen

causas que alteran la relación funcional entre el “estímulo y su soporte”. El primero puede actuar por calidad o cantidad: leches demasiado ricas, pobres, alteradas. El soporte puede modificarse por causas de fuera del organismo: estacionales, etc., o de éste mismo, pero alejados del tubo digestivo: dentición, enfermedades diversas. En el tubo mismo pueden encontrarse disminuciones del poder funcional por diversas alteraciones del desarrollo.

El empacho puede dividirse en:

Empacho	{	sobreado	intestinal	{	coleriforme
		agudo	intestinal		atáxico
		crónico	{	gástrico	{
	intestinal				

Síntomas suministrados por los diversos aparatos:

Estómago: vómitos, causas, valor diagnóstico, sensibilidad, distensión del estómago, dispepsia. *Intestino*: diarrea, naturaleza, examen de las materias que contiene, marcha, valor diagnóstico; constipación, cólicos, flatulencia; caída del recto. *Boca*: estomatitis ulcerosa, placas terigoideas, Muguet. *Lengua*: valor diagnóstico de su coloración, grietas. *Riñones*: alteración de la orina, supresión, albuminuria. *Aparato respiratorio*: disnea (neumonía secundaria, grito. *Aparato respiratorio*: anemia, hidropesías, congestiones, caracteres del pulso. *Aparato locomotor*: dificultad en la marcha, cabalgamiento de los huesos del cráneo, deformación del tórax; raquitismo, degeneración muscular. *Aparato sensitivo*: visión, oído; piel, alteraciones diversas, esclerema, eritemas, ulceraciones. Convulsiones, sus formas; del tétanos; mecanismo de su producción. Nutrición en general.

Hemos transcripto este sumario del capítulo de síntomas y complicaciones del empacho, para poder dar una idea del método seguido por el autor, y poner en evidencia lo detallado y cuidadoso del desarrollo.

28.—VERON, José. “Estudio químico, fisiológico y clínico de la leche” (63 páginas).

Sólo es pediátrica esta tesis en la medida que analiza y comenta la constitución química de las distintas leches: humana y de animales.

Composición química de la leche. Influencias que pueden modificar la composición química de la leche. Digestibilidad de la leche. La leche es un alimento completo. La leche como medicamento. Observaciones del autor. Modo de administrar la leche.

TOMO 1880 - 1

29.—AVELEYRA, Benigno T. “Eczema e impétigo del Tegumento cabelludo y de la cara en los niños” (63 páginas).

Introducción. Impétigo y eczema. Etiología. Impétigo. Pronóstico. Etiología (impétigo). Tratamiento. Casos clínicos.

“El objeto principal de este trabajo, es demostrar con observaciones prácticas, que el tratamiento del eczema e impétigo está muy lejos de producir los graves accidentes que les suponen los opositoristas. Que muy al contrario, su curación no da al organismo otro resultado que librarlo de una afección molesta y repugnante muchas veces. Sin embargo, y para mejor fijar ideas, creo necesario estudiar antes la sintomatología de estas afecciones, así como su diagnóstico, pronóstico, marcha, etiología”.

Cita opiniones de Willam, Habra, Bazin, Cazenave, Durand-Fardel, Hardy, Behier, Doyon, etc.

Se muestra partidario del tratamiento con la reserva de los casos de dermatitis crónicas en los que "obra la erupción como un exudatorio cualquiera y su sustracción traería probablemente graves trastornos en la economía del enfermo".

Cita la conducta terapéutica seguida en el Hospital San Luis, servicio del Dr. Gutiérrez.

Lavado de la superficie con un líquido mucilaginoso cualquiera, y aplicación de cataplasmas de harina de lino. Sacadas las costras se cubre con una pomada de partes iguales de jabón de potasa, brea y alcohol.

Acompaña siete historias clínicas.

30.—CABRERA, Federico M. "La Coqueluche (tos convulsa)" (59 páginas).

Introducción. Coqueluche. Tratamiento curativo. Cita a Bouchut, Jaccoud, Rilliet y Barthez, Picot, Guenau de Mussy, Despine, West, etc.

Como profilaxis aconseja el aislamiento y la Belladona; tratamiento curativo: en el primer período tratamiento del catarro bronquial. En el Hospital de Niños se usa poción con ioduro de potasio y Jarabe de Belladona.

En el período de los accesos recuerda el éxito obtenido a veces con la simple expectación (Blancas).

Entre los calmantes recuerda el azufre, el subcarbonato de hierro, el óxido de zinc, el café, la cochinilla, el asa fétida, el almizcle, y el bromuro de potasio.

Cree en el éxito de la asociación bromuros y cloral. Cita la fórmula de ácido cianhídrico de West, etc.

31.—CASTRO Y SUNBLAD, Carlos. "La Corea en la Infancia" (57 páginas).

Consta de 7 capítulos numerados y sin títulos. El primero lo dedica a Historia, el segundo a Patogenia y concluye con Jaccoud: "La corea es una hiperquinesia del aparato de transmisión y de coordinación motrices". El tercero desarrolla los conceptos etiológicos. Entre las últimas causas cita al reumatismo con la opinión de Seé y Botrel, pero cree que sólo se trata de coincidencia. En el cuarto describe la sintomatología. En el quinto se ocupa de la marcha, duración y pronóstico, etc. En el sexto desarrolla el diagnóstico y en el séptimo y último pasa revista a los tratamientos.

Describe la técnica usada por Gutiérrez en el Hospital de Niños, con la que vió curar 11 enfermos: asociación de hidrato de cloral y bromuro de potasio.

32.—FERNÁNDEZ, Paulino. "Higiene Escolar" (40 páginas).

Introducción. Edificios destinados para escuela. Cómo son y debieran ser. Útiles de las escuelas, bancos, etc. Recepción del niño en la escuela. Educación del niño (reglas para su higiene personal).

Sólo es pediátrica por extensión.

33.—JORGE, José M. "Observaciones médicas y quirúrgicas del Hospital de Niños (San Luis Gonzaga) durante el año 1878" (203 páginas).

(A pesar de figurar en este tomo, el pie de imprenta es del año 1879).

Introducción. Indicaciones respecto del régimen que debe seguirse en el cuidado del niño (nociones de puericultura). Observaciones médicas (servicio del Dr. Don Ricardo Gutiérrez). Afecciones de las vías digestivas: Muguét, estomatitis aftosa, dispepsia, entero colitis, difteria, corea, fiebre tifoidea, observaciones quirúrgicas: (servicio del Dr. Don Ignacio Pirovano). Linfadenoma del cuello; Ablación del cúbito; Lipoma de la planta del pie.

Como se comprende, después de la lectura del sumario que precede, se trata de una recopilación de observaciones clínicas precedida de una serie de nociones de puericultura.

La tesis es bastante extensa, pero carece de unidad, ya que cambia continuamente de un tema a otro.

TOMO 1880 - 3

34.—DE LA SERNA, Arturo. "Difteria" (40 páginas).

Introducción. Causas de difteria. Evolución natural de la difteria. Evolución modificada de los remedios. Tratamiento de la difteria:

Pediátrica por extensión. Comenta el tratamiento de Bell. Acompaña cuatro observaciones de las cuales tres son de niños.

TOMO 1881 - 1

35.—ARCE PEÑALVA, Angel. "La Gangrena en los niños espósitos de Buenos Aires" (61 páginas).

Introducción. Causas que han favorecido el desarrollo de esta epidemia. Carácter. Sintomatología. Terminaciones. Tratamiento. (Cáusticos potenciales, cáustico actual). Estadística. Observaciones.

"La epidemia de que tratamos, que bien pudiera llamarse *Gangrena Infantil*, se ha presentado en todas sus formas y con caracteres bien marcados. En las mujeres, *gangrena de la vulva*, con o sin *estomatitis gangrenosa*; en los varones *noma* y *estomatitis gangrenosa*".

Cita a Jacoud, Bouchut, Tourdes, Rilliet y Barthes, etc. Comenta 16 casos de varones salvados y 3 muertos y 10 de mujeres salvadas y 15 muertas.

TOMO 1881 - 2

36.—HUIDOBRO, Pedro R. "La Mortalidad de los espósitos" (61 páginas).

Introducción. Entradas en los espósitos. Mortalidad por edad y sexo. Mortalidad según enfermedades (consideraciones generales), aparato de la inervación: Afecciones del encéfalo y sus cubiertas; Aparato respiratorio; Edema de la glotis, Bronquitis, Neumonía, Congestión pulmonar y Pleuresía, Tisis pulmonal, Tabes mesentérica, coqueluche. Aparato digestivo: Disentería, Hepatitis, Peritonitis e Invaginación intestinal. Aparato circulatorio. Aparato génitourinario. Difteria. Fiebres eruptivas. Viruela, Sarampión, Escarlatina, Fiebre tifoidea, Escrófulas, Gangrena, Sífilis. Falta de desarrollo. Esclerema.

Se efectúa un análisis estadístico bastante detallado de las causas de muerte según el plan reproducido en el Sumario.

(Continuará).

Libros y Tesis

TOS FERINA, por *Jerónimo Pou Díaz*. Un tomo de 294 páginas, rústica. Edit. "Revista Española de Pediatría". Zaragoza. Año 1949.

Entre las enfermedades infecciosas corrientes que el médico pediatra encuentra en su práctica diaria, la coqueluche ocupa sin duda un lugar muy especial. Es que la coqueluche une a su condición de afección ampliamente difundida y aparentemente bien conocida, la de presentar problemas aun no resueltos de índole no sólo puramente científico y doctrinarios, sino también de aplicación práctica. Esta contradicción se pone inmediatamente de manifiesto apenas se profundiza su estudio y se analizan los libros de texto y trabajos publicados. Se descubre entonces el profundo desacuerdo existente acerca de su patogenia, la dificultad para establecer la naturaleza de las complicaciones neurológicas, el fracaso de los tratamientos actuales incapaces de aliviar al niño o detener el curso de los casos graves, el problema sin solución satisfactoria de la profilaxis.

La importancia de estos temas se comprende mejor cuando se recuerda que la coqueluche encabeza las estadísticas de mortalidad por enfermedades infectocontagiosas en la primera infancia, y es causa de secuelas como la bronquiectasia, capaces de afectar el futuro del niño. Ante esta situación surge de inmediato la natural aspiración de mejorar su pronóstico y disminuir las causas de morbimortalidad, aspiración que sólo podrá cumplirse conociendo el mecanismo por el cual se establece la inmunidad, perfeccionando los medios de diagnóstico precoz en la primera etapa de la enfermedad y descubriendo el tratamiento específico.

Sobre estas diversas cuestiones se ha ocupado preferentemente el distinguido pediatra español Dr. Jerónimo Pou Díaz en la monografía que comentamos, y en donde resume el resultado de sus estudios clínicoterapéuticos y analiza la gran bibliografía sobre el tema. Se justifica así la aparición de un trabajo de conjunto sobre una enfermedad tan conocida como la coqueluche, porque como bien dice en el prólogo el profesor de Pediatría de la Universidad de Santiago de Compostela Dr. Manuel Suárez, su autor tenía algo nuevo que decir y algo útil que proponer para mejorar su pronóstico y profilaxis.

Los capítulos más interesantes de la monografía son aquellos que se refieren a la bacteriología y mecanismo inmunológico, al estudio de la patogenia y de los medios de diagnóstico, al tratamiento y a la profilaxis. Entre los numerosos asuntos estudiados detenidamente en estos capítulos y con gran acopio de moderna bibliografía, algunos de ellos merecen ser comentados por cuanto ponen de relieve cómo se modifican conceptos clásicos a la luz de nuevas investigaciones. Con este criterio anotamos que si bien el bacilo *Pertussis* continúa siendo el agente microbiano de la enfermedad, tiene gran importancia la etapa de la enfermedad o el medio en que se lo recoge y cultiva, porque puede presentar formas intermedias de distinta virulencia y poder antigénico. Esta característica del bacilo tiene valor para la preparación de vacunas puesto que su capacidad antagónica y por consiguiente de inmunización será diferente según la cepa empleada. Así, la forma lisa correspondiente a la fase I de Leslie y Gardner, sería aquella realmente activa y antigénica, mientras que la forma áspera (fase IV), que se encuentra después de la segunda semana o en los cultivos viejos, carecería de eficacia.

Igualmente tiene interés clínicobacteriológico el aislamiento del bacilo paratuberculosis, puesto que ha demostrado ser un agente microbiano activo, capaz de producir por sí solo afecciones coqueluchoides y cuya presencia frecuente explica la presentación de un segundo ataque de tos ferina o el fracaso de la vacunación profiláctica.

La patogenia del acceso coqueluchoso ha sido otra preocupación del autor, estimulada por el desacuerdo existente entre las escuelas que lo consideran como una enfermedad de las vías respiratorias y quienes lo interpretan como una reacción de tipo neurótico. Por este motivo analiza las recientes concepciones de Toomey, basadas en estudios inmunológicos y bacteriológicos, con sólido apoyo anatómopatológico, y que representan nuevos intentos para explicar la intervención de la toxina coqueluchosa y del factor metabólico mucoide en el desarrollo de la inmunidad.

También ha sido ampliamente discutido el difícil capítulo del diagnóstico precoz. Ante la insuficiencia del solo examen clínicoanamnésico, destaca la conveniencia de realizar pruebas de laboratorio, de las que en base a una vasta experiencia personal, el autor se declara partidario del estudio de las alteraciones hemáticas, del test cutáneo de Felton y Flosdorf y de las siembras del exudado en el medio de Bordet-Gengou con penicilina. Con la determinación de la fórmula leucocitaria y del recuento globular, indudablemente el que mejor se adapta a la práctica diaria, obtiene un 85 % de resultados positivos, porcentaje que se eleva a casi el 100 % con la intradermorreacción por el aglutinógeno y con el cultivo en placas del bacilo *H. pertussis*.

El valor diagnóstico del estudio de las alteraciones hemáticas, desde hace años bien conocido, es con frecuencia olvidado por lo que es conveniente destacar la refirmación de sus bondades realizada por el Dr. Pou Díaz. Pero de más importancia sería el test cutáneo de Felton y Flosdorf porque la sencillez de su técnica permitiría realizar en grandes colectividades la pesquisa de los individuos susceptibles y luego aplicar en gran escala la profilaxis específica. Es este sin duda el problema crucial de la coqueluche en la actualidad, porque si bien es cierto que existen en el comercio vacunas potentes y de elevado poder antigénico, numerosos factores han retrasado su valorización al dificultar la apreciación de su real eficacia. Contribuyen a ello en primer lugar las condiciones dispares en que se ha trabajado, con distintos tipos de vacunas, diferente dosificación y ritmo de aplicación. Además, no debe olvidarse que la coqueluche es una enfermedad cuyo genio epidémico y cuadro clínico ofrece constantes variaciones que obligan a ser prudente antes de extraer conclusiones categóricas. Sin embargo, la experiencia universal es favorable a la eficacia real de la vacunación anticoqueluchosa cuando se realiza con vacunas concentradas tipo Sauer o con doble o triple antígeno preparadas con bacilos en la fase I, en dosis adecuadas y con técnica correcta. Todas estas cuestiones son debatidas con gran conocimiento y experiencia por el autor en el capítulo del tratamiento y profilaxis cuya lectura recomendamos a quienes deseen tener información completa sobre los fundamentos y práctica de la vacunación. Ella constituye, conjuntamente con el suero humano hiperinmune y la gama globulina, los elementos más eficaces para realizar una obra efectiva de profilaxis activa y pasiva, conducta que por el momento sigue siendo el mejor tratamiento de la coqueluche. Tal es la afirmación que encabeza el nutrido capítulo donde se estudia el tratamiento curativo, y que resulta perfectamente lógica apenas se descubre la eficacia muy relativa de los numerosos métodos propuestos para aliviar los paroxismos de tos y de apnea. El tamiz de la experiencia ha puesto de manifiesto el alivio transitorio cuando no el fracaso rotundo de los sedantes y antiespasmódicos, de las

vacunas, las cámaras de hipopresión, los antibióticos —con excepción de la estreptomina— y sulfamidas. Apenas si se puede tener la esperanza de que el empleo de medicamentos con fundamento biológico como los sueros hiperinmunes o la gama globulina sea seguido en el futuro de otros más eficaces.

Termina la obra con un resumen de las normas generales aconsejadas para el tratamiento individual del niño coqueluchoso y sobre cómo debe encararse la profilaxis en las grandes colectividades. Se basa en el concepto de que con frecuencia se olvida ante un niño coqueluchoso la necesidad de suministrar ciertos cuidados tanto más necesarios cuanto menor es el niño. Escrita con criterio biológico y humano la monografía del Dr. Pou Díaz constituye un valioso esfuerzo de síntesis clínica y experimental acerca de un tema sobre el cual mucho es lo que se ha escrito en los últimos años. Quienes lo lean encontrarán en sus páginas en forma clara amplia información bibliográfica abonada por la vasta experiencia personal del autor. Pertenece la obra a la serie de publicaciones que con muy buen criterio realiza la Revista Española de Pediatría.

A. E. L.

Congresos y Sociedades Científicas

CONCLUSIONES APROBADAS POR EL SEGUNDO CONGRESO SUDAMERICANO DE PEDIATRIA

- 1º Conclusión del tema boliviano "Estudio del biotipo del niño del altiplano":

En vista de que los niños de las diferentes zonas geográficas parecen tener sus características biotipológicas propias, se recomienda el estudio de este tema en todos aquellos países que aún no lo hayan hecho.

- 2º Conclusión del tema argentino "Fiebre reumática":

Debe intensificarse en las cátedras de patología médica y pediatría, el estudio de la fiebre reumática, coordinando la enseñanza respectiva en dichas materias. Debe uniformarse el registro de observación de los niños con fiebre reumática, con el objeto de recoger más acertadamente en el futuro el resultado de los tratamientos empleados y el valor práctico de las medidas profilácticas. Sugerimos que se sancione un modelo de ficha, acompañada de una orientación sucinta sobre el modo de emplearla.

- 3º Conclusión sobre el tema peruano "Estado nutritivo de la gestante y del recién nacido en el Perú":

Se destaca una vez más la necesidad de proteger a la gestante —médico, social y económicamente— para lograr el nacimiento del mayor número de hijos normales.

- 4º Conclusión sobre el tema brasileño "Drepanocitosis":

Se recomienda la investigación en todos los Servicios hospitalarios de la existencia de drepanocitosis.

- 5º Conclusión del tema argentino "Brucelosis":

Aconsejar a las autoridades la realización urgente de las medidas de profilaxis contra la brucelosis y la introducción en la rutina hospitalaria de la pesquisa sistemática de la enfermedad.

- 6º Conclusión sobre el tema chileno "La estreptomina en el tratamiento de la tuberculosis infantil":

Ante el hecho demostrado de que la estreptomina es de real utilidad en el tratamiento de la tuberculosis, se recomienda la intensificación del estudio de sus aplicaciones e indicaciones.

- 7º Conclusión sobre el tema uruguayo "Problemas actuales del niño prematuro":

Dada la importancia del problema del prematuro en los países sudamericanos, se recomienda la adopción de las medidas de profilaxis contra la inmadurez, y la provisión urgente de la instalación de Servicios debidamente equipados y con personal competente y suficiente en todas las maternidades y hospitales de niños.

8° Conclusión sobre el tema argentino "Epilepsia en el niño":

Toda convulsión infantil debe ser tomada en cuenta como advertencia importante de trastorno neurológico serio, y servirá de antecedente anamnésico en la vida futura del niño, frente a trastornos nerviosos posteriores que puedan ser indicativos de epilepsia.

SOCIEDAD URUGUAYA DE PEDIATRIA

SESION DEL 13 DE AGOSTO DE 1948

Preside el Dr. H. C. Bazzano

ANEMIAS HEMOLITICAS

Dres. M. E. Mantero, B. Rodríguez Abadie y D. Pizzolanti.—Relatan 10 casos de anemias de este tipo, comprendiendo: 3 de falcianemias, en niños de 6, 7 y 9 años; 2 de anemias hemolíticas crónicas (uno, niño de 3 meses y otro, de 9 años, este último del tipo Widal-Abrami); dos casos de anemias hemolíticas agudas (niña de 5 años y niño de 30 meses); dos casos de enfermedad hemolítica del recién nacido (varones) y por último, un caso de anemia hemolítica crónica de tipo indeterminado. Hacen el estudio detallado de los casos, refiriendo la evolución clínica y hematológica de los mismos, la terapéutica empleada, terminando con comentarios finales.

Analizan los valores de la bilirrubinemia, expresando que los valores hallados coinciden con los de otro trabajo anterior de uno de ellos (0,40-2,15 miligramos %). Destacan la aparición de síntomas de glomérulonefritis durante las crisis hemolíticas agudas. Señalan muy especialmente, la posible relación patogénica entre graves estados anémicos de rápido desarrollo, a raíz de inyecciones intramusculares de penicilina, realizada para combatir catarros respiratorios agudos intercurrentes, hecho que no han visto señalado hasta ahora en la literatura, mencionando algunos de los casos en los que aquella acción perjudicial pareció evidente. Con este motivo, se preguntan si la crisis de desglobulización fué espontánea o resultó de la acción del agente infeccioso determinante del estado catarral respiratorio intercurrente, sin ninguna relación de causa a efecto con la penicilina administrada como tratamiento de este último. En el caso observado, abona en contra del origen infeccioso del accidente hemolítico, la breve duración del mismo, a pesar de la persistencia del referido catarro respiratorio, inmediatamente después de la suspensión de la administración de la droga. Dicen que comúnmente ésta es empleada sin que se observen accidentes de este tipo; parecería necesario para su producción, la existencia previa de un estado hemolítico o por lo menos hemopático, para que la penicilina, por un mecanismo quizás indirecto, exagerara la hemólisis, a veces en forma de crisis. Fácilmente se descarta una acción hemolítica directa sobre los glóbulos rojos normales, ignorando los autores se haya hecho un estudio de la acción de la penicilina sobre los glóbulos rojos, en las distintas enfermedades hemolíticas... También podría suponerse—según los mismos— que el acto de la hemólisis fuera extravascular, en la intimidad del retículo-endotelio. Piensan, por último, que

podría resultar de la intervención de la penicilina en el conflicto inmunológico antígeno-anticuerpo, aún en leves estados respiratorios, cuya presunción resulta de la concomitancia de dichas crisis con los mismos.

TRATAMIENTO DEL RAQUITISMO EN PREMATUROS POR CHOQUE DE VITAMINA D₂

Dres. A. Salgado Lanza y M. C. Saizar.—Refieren los resultados de un estudio practicado en 27 casos de choque de vitamina D₂, en prematuros, algunos con signos evidentes de raquitismo; otros, sólo con leves manifestaciones de esta enfermedad. Pudo realizarse el estudio completo de los tres síndromes (clínico, humoral y radiológico), sólo en 17, habiendo quedado incompleto el estudio de los 10 restantes. Esta investigación ha sido realizada en el Servicio de Prematuros de la Casa del Niño, de Montevideo. El esquema de trabajo fué el siguiente: 1º comprobar clínicamente la existencia de signos de raquitismo; 2º investigar en la sangre las cifras del calcio, del fósforo y de la fosfatasa (expresada ésta en unidades Bodansky); 3º estudios radiográfico de los huesos largos. El choque se efectuó, la mayoría de las veces, por vía bucal, utilizando 15 mg (600.000 unidades) de vitamina D². En menor proporción se utilizó la vía intramuscular, en dosis que oscilaron entre 200.000 y 600.000 unidades. Todos eran prematuros con pesos que variaron entre 920 g y 2.500 g. Entre los signos clínicos, la frecuencia del cráneotabes fué evidente, pues 12 casos lo presentaron como manifestación única y predominante. La calcemia alcanzó un promedio de 8,5 mg %, con valores límites de 7,5-10,20 %; el fósforo inorgánico dió un promedio de 4 mg %, con variaciones de 3,84-5,8 g %; la fosfatasa alcanzó un promedio de 20 unidades Bodansky con oscilaciones entre 9,12 y 30,1. Radiográficamente, 5 casos presentaron signos netos de raquitismo; en los restantes, los signos no eran tan evidentes. Efectuado el choque, un mes después se repitieron todos los análisis y exámenes. El cráneotabes aparecía siempre, total o parcialmente curado; el estado general mejoraba. Dentro del síndrome humoral, la fosfatasa fué siempre el índice más precoz de curación del raquitismo; el calcio y el fósforo se normalizaban entre uno y tres meses, así como también la sintomatología radiológica. En varios casos se repitió el estudio radiológico a los cuatro o cinco meses después del primero realizado.



SESION DEL 27 DE AGOSTO DE 1948

Preside el Dr. H. C. Bazzano

ENSEÑANZA DE LA PEDIATRIA EN LA FACULTAD DE MEDICINA

El Presidente informa sobre una entrevista realizada con el Sr. Decano de la Facultad de Medicina, por delegados de la Comisión Directiva de la Sociedad para enterarlo del modo de pensar de ésta, a propósito de la enseñanza de la Pediatría, según el nuevo plan de estudios que está estructurando. Declara que el Sr. Decano manifestó que la decisión corresponderá al Claustro.

Se resuelve hacer propaganda en el sentido de que asistan a dicha asamblea los miembros pediatras de la misma, e informar también a los

demás componentes, mediante el reparto de la información recogida por la Sociedad.

OPOTERAPIA EN PREMATUROS

Dr. R. Magnol.—Refiere el resultado de los ensayos realizados en la Casa del Niño, sobre la base de observación únicamente clínica, sin la intervención de laboratorios, durante el año 1947; habiéndose concretado únicamente a las opoterapias tiroidea, suprarrenal y hormonal sexual. En lo que respecta al empleo de la medicación tiroidea, refiere los resultados obtenidos en 6 niños, que fueron negativos en lo que respecta a coloración, facilidad de alimentación, mortalidad, etc. La medicación hipofisiaria la ha utilizado contra el meteorismo intestinal, asociada a otros medios (oxígeno, adsorbentes, cloruro de sodio), bajo la forma de pituósoma, a la dosis de $1/4 \text{ cm}^3$ 3-4 veces al día; los resultados obtenidos fueron buenos, no habiendo notado trastornos secundarios. Cuadros de hipofunción suprarrenal en los primeros días de la vida fueron tratados con "cortigen" ($1/2 \text{ cm}^3$ cada 12 horas), sin sobrepasar la dosis de 6 cm^3 como total de la serie); los resultados fueron favorables, mejorando la anorexia, el peso, la tendencia a la deshidratación y a la diarrea. Con foliculina fueron tratados 50 niños, teniendo de control 57; en conjunto, los resultados fueron buenos, pero no brillantes; ha observado un ligero aumento del peso, disminución de la morbosidad y de la mortalidad; disminuyó el tiempo de hospitalización. Sin embargo, cree que estos resultados deberán ser controlados en otras series de casos, en años sucesivos. Ha ensayado también, la metiltestosterona, en mellizos, dándola a uno y no al otro, reaccionando ambos en forma idéntica. En otros niños ha observado un aumento ponderal, comparado con los testigos; ha dado $1/4$ comprimido de 0,01 g dos veces al día, durante 2 o 3 semanas; el promedio del aumento de peso fué en los tratados, de 14,5 g y en los no tratados de 9,70 g por día. En los mellizos, la medicación siempre fué dada al mellizo de menor peso. Como conclusión aconseja la asociación medicamentosa en los prematuros: recién nacidos, metiltestosterona, $0,0025 \times 2$, por vía bucal durante 2-3 semanas; al mes de edad o al distrófico mayor: 10.000 unidades semanales de foliculina, por vía intramuscular, no más de una semana; hipófisis y suprarrenal: indicaciones especiales.

LESIONES CARDIACAS DE LA FIEBRE REUMATICA DEFINICION Y FORMAS DE CLASIFICACION

Dres. F. Herrera Ramos y B. Delgado Correa.—Consideran en conjunto las lesiones cardíacas del reumatismo articular agudo y analizan las formas que, debido al conflicto entre la noxa reumática y el organismo, se producen en la práctica diaria. Las consecuencias pueden ser múltiples, pero pueden agruparse en dos grandes tipos: lesiones activas, anatómicamente en marcha, con o sin alteraciones funcionales y humorales que las exterioricen; y lesiones inactivas, en las que el proceso reumático se ha detenido por completo, dejando una cicatriz inmóvil, marca indeleble de lo sucedido. Las consecuencias sobre el organismo de los procesos activos, están regidas por la intensidad del ataque y la de la reacción o defensas y, según el estado de la lucha se tendrán formas más o menos graves, que permitirán clasificar la variedad activa en benigna, severa y maligna, con características y tipos que luego analizan. Las inactivas o cardiopatías residuales, comprenden formas diversas, agrupadas según el punto de la lesión residual. Tratan de exponer los elementos clínicos que dan personalidad a cada una de las formas que, en el

estado actual de los conocimientos, es casi exclusivamente clínica, pues aún cuando la constitución de los cuadros hayan tenido en cuenta la comprobaciones anatómicas, éstas no son lo suficientemente numerosas y completas como para colocarlas en la base de sus afirmaciones. El clasificar las carditis y no las otras lesiones del reumatismo agudo, se debe a que todo el pronóstico y el porvenir del reumático están regidos por el corazón. En el reumatismo, toda clasificación deberá tratar de ser lo más práctica posible, estar basada en la clínica y constituirá una ayuda para todos los que se ocupan del tema. Las carditis activas comprenden: formas agudas, subagudas y crónicas; las dos primeras comprenden tres formas: benigna, severa y maligna; la forma benigna la integran dos tipos (I y II); la severa, un tipo sin insuficiencia cardíaca y otro con insuficiencia cardíaca precoz o tardía; la maligna comprende dos tipos: uno, rápidamente evolutivo y otro, prolongado; según su evolución al través del tiempo, la forma maligna puede dividirse en tres clases: no recurrente, oligorrecurrente y polirrecurrente.

Las carditis crónicas comprenden: una forma inaparente, otra intermitente y otra permanente.

Las cardiopatías residuales o inactivas comprenden: una forma valvular (mitral, aórtica, tricuspídea o pulmonar); las cardiomegalias residuales, las alteraciones del sistema de excitación y conducción y las formas pericárdicas (sínfisis). Todas estas formas pueden ser puras o asociadas.

PESO Y TALLA DE NUESTROS NIÑOS DE PRIMERA INFANCIA (DESDE EL RECIEN NACIDO HASTA LOS 36 MESES)

Dres. A. U. Ramón Guerra, M. A. Jáuregui y J. M. Portillo.—En este trabajo se completa el estudio realizado en otro anterior y comunicado a esta Sociedad [9-VII-48 (ver "Arch. de Ped. del Uruguay", XX: 43, 1949)], sobre el peso y la talla de nuestros niños, hasta un año de edad. En el actual se estudian extendiendo la edad hasta los 36 meses. Se presenta una tabla que resume las conclusiones del mismo.



SESION DEL 10 DE SETIEMBRE DE 1948

Preside el Dr. H. C. Bazzano

CRISIS DE NACIMIENTO DEL PREMATURO

Dr. J. Obes Polleri.—La crisis del nacimiento representa, en el momento actual, el mayor peligro que enfrenta el prematuro. Las estadísticas muestran que el 35,5 % de la mortalidad ocurre dentro de las primeras 24 horas, para descender a 6,2 % de las 24 a las 48 horas, y aún más en las etapas posteriores. Muchos años antes de que la fisiología del nacimiento prematuro llevara a delimitar el concepto de crisis de nacimiento, la clínica le hacía separar, en el Servicio a su cargo en la Casa del Niño, de Montevideo, los niños de buena y los de mala vitalidad, cuyas mortalidades respectivas, de 17,2 % y 71,6 % son suficientemente elocuentes. A través de un cuadro vago pero inconfundible, es posible apreciar la vitalidad del prematuro, traducida en su movilidad, facies, color, tipo y características de la respiración, aptitud para alimentarse, etc. Este cuadro traduce las dificultades

con que el prematuro lucha para solucionar su crisis de nacimiento. Esta comprende la anoxia, calefacción, traumatismo intracraneano, deshidratación y "shock", y patología especial. El análisis de todos estos destaca la importancia de la anoxia, cuyas lesiones de congestión, edema y hemorragia, han sido frecuentes con el traumatismo intracraneano. La calefacción, a la luz de los conocimientos modernos, parece disminuída de importancia. El "shock" y la deshidratación están todavía en una etapa algo confusa de investigación clínica. El uso de nuestra solución sodio-potasio (Na Cl, 6 g; KCl, 1 g %₁₀₀), sistematizado desde hace más de un año, nos parece una real ventaja. Es fundamental —dice— organizar la crisis de nacimiento en las mismas maternidades. Las incubadoras modernas, que son unidades en sí mismas, constituyen la solución ideal que da calor, oxígeno, aislamiento en forma perfecta, aún en locales no adaptados especialmente al prematuro.

ESTUDIO* DE LA CAPACIDAD VITAL EN NIÑOS CON CARDITIS REUMATICA

Dres. B. Delgado Correa y G. Simón.—Entendiendo por capacidad vital la cantidad máxima de aire —medida en litros con el espirómetro— que puede ser expelido con la espiración forzada, luego de una inspiración máxima, los comunicantes han adoptado como norma para expresarla, el tomar la relación del volumen pulmonar —medido en centímetros cúbicos— con el área de superficie corporal, calculada en metros cuadrados. De este coeficiente se deriva un valor único, que da en litros el volumen pulmonar por metro cuadrado del área de superficie. Los comunicantes informan sobre los resultados que han obtenido en 57 niños afectados de carditis reumática, donde realizaron 169 mediciones, concluyendo en que la medida de la capacidad vital tiene su valor, especialmente en las carditis severas, en las malignas y en las insuficiencias cardíacas. En ciertas circunstancias, ella es una eficaz colaborador del clínico, para el descubrimiento de las formas ligeras de insuficiencia cardíaca, así como para formular un pronóstico sobre la evolución de una cardiopatía. Los resultados obtenidos por los comunicantes en las distintas formas de carditis, son comparables a los obtenidos por May Wilson. Opinan que esta prueba debe ser sistematizada, de la misma manera que lo que se hace con las otras técnicas auxiliares de la clínica, sin creer que sea superior a ellas, pero complementándolas. El niño mayor de 6 años se presta perfectamente para la prueba de la medida de la capacidad vital.



SESION DEL 24 DE SETIEMBRE DE 1948

Preside el Dr. H. C. Bazzano

CONMEMORACION DE "EL DIA DE MORQUIO"

Discurso del Señor Presidente

Señores: La Sociedad Uruguaya de Pediatría rinde una vez más homenaje a su fundador, en este día que llamamos "de Morquio" y lo rinde en la forma más sencilla y más elocuente a la vez.

Con el acto de esta mañana: el silencio respetuoso frente al monumento que perpetúa su memoria, ya que frente a lo grandioso, el alma siente vibrar sus fibras más sensibles; la inteligencia se abre a la luz de la razón que la baña y la ilumina; la emoción cierra con un nudo muy estrecho las gargantas y la palabra enmudece porque no encuentra sonidos capaces de traducir ese estado espiritual.

La personalidad del Maestro es lo grandioso; la Pediatría uruguaya la que —agradecida, emocionada y muda, de pie, rodeando a esas piedras y al bronce a los que el genio de Belloni dió alma y vida inmortales— depositó ante ellos su ofrenda: unas flores sencillas, mudas como su palabra, eloquentes como su corazón.

Con esta sesión científica: testimonio de la vida de esta Sociedad que él soñara, creara y mantuviera siempre activa, poniendo a su servicio todos sus entusiasmos de juventud perenne; testimonio de la vida de esta Sociedad que ve desfilar una tras otra las generaciones, sin envejecerse nunca, como si el espíritu de Morquio morara en su seno como fermento inagotable, como semilla fecunda que germina en el alma de las juventudes pediátricas, moldeándolas, como él moldeó el alma, el corazón y el cerebro de sus primeros discípulos, sensibles al dolor de las madres y de los hijos; llenos de amor por la obra del niño; incansables en las disciplinas científicas, en el estudio de los problemas médicos y sociales, en la formación de la propia personalidad.

Por eso os decía que nuestro homenaje era el más sencillo y el más elocuente a la vez: un momento de meditación ante su imagen de bronce; la estatuta; otro, de trabajo, ante su imagen de acción: la Sociedad Uruguaya de Pediatría.

Señores: Un ley biológica inexorable, cumpliendo el ciclo vital, trae al mundo a los hombres y los arrebató para volverlos a la materia inanimada de donde salieron.

Esa ley se cumplió ya con el Maestro. Y su envoltura carnal volvió a la madre tierra y se confundió con ella. Pero, si su persona física desapareció, su espíritu vive... y vive entre nosotros los que recibimos su herencia espiritual; sus obras perduran... perduran y se acrecientan a medida que el tiempo pasa, porque son el fruto del estudio y de la meditación; sus enseñanzas se difunden... y se difunden porque son el resultado de la experiencia científica, honesta y meticulosamente controlada; sus discípulos se multiplican... y se multiplican porque sus conocimientos fueron generosamente prodigados a todos los que a él se acercaron con ansias de aprender.

Morquio, señores, condensa la Pediatría nacional. La creó, la organizó, la enseñó. Su sombra traspasó ya hace largos años las fronteras de la patria y las de América, para colocarse junto a los primeros en el orden mundial.

Si quisiéramos sintetizar su biografía en pocas palabras, creo que no hallaríamos otras más breves y más claras que éstas con las que termino, las que pronuncio en estos momentos:

Morquio fué una realidad y hoy es un símbolo; fué un astro que cumplió su trayectoria en el firmamento científico y al desaparecer dejó una luminosidad inextinguible que guía a todo el que busca su luz; fué Maestro de maestros y su vida y su obra son la lección eterna para quien quiere aprender.

Amó al niño; vivió para el niño; trabajó sin descanso; enseñó con desinterés.

UN CASO DE ENFERMEDAD DE HAND-SCHULLER-CHRISTIAN

Dres. J. A. Bauzá y N. Caubarrere.—Los casos de enfermedad con este nombre son lo suficientemente raros como para justificar la presentación del que exponen. Se trata de un niño de escasamente 3 años de edad, segundo hijo de padres sanos; que a los 14 meses tuvo bronconeumonía, apareciéndole luego, pocos meses después, costras seborreicas en el cuero cabelludo y zonas depresibles en el cráneo, al nivel de las regiones ténporoparietales. Como se notara exoftalmía bilateral, fué llevado a un oftalmólogo y por indicación de éste, al pediatra. Presentaba, como síntomas, numerosas y amplias lagunas craneanas, en las regiones frontal mediana, ténporoparietal y occipital; el cuero cabelludo aparecía cubierto de costras grasosas, amarillentas. La piel de la región ánteroinferior del tórax presentaba también elementos de color amarillo-grisáceo, como consecuencia de la protrusión de ambos globos oculares. Existían hepato y esplenomegalias moderadas; no había hipertrofia ganglionar. Había una anemia de tipo hipocrómico, con disminución del valor globular a 0,48; cifra normal de los leucocitos, con elevación de la de los neutrófilos; algunos normoblastos; poiquilocitos y policromatofilia. Colesterol, 3,75 g %; glucemia, 1,10 g %; calcemia 12 mg %; fosfatemia, 6,2 mg %. La radiografía dió una imagen nítida, correspondiente al llamado cráneo en carta geográfica; además, se observaron zonas de descalcificación en el omóplato, en el isquion y en la diáfisis femoral. Enviado al Instituto de Radiología, se comenzó la roentgenterapia, pero infortunadamente, a los pocos días se manifestaron complicaciones pulmonares que agravaron la situación, falleciendo el niño tres semanas después, en septiembre de 1946, sin que fuera posible practicar la autopsia.

ALGUNOS ASPECTOS PRACTICOS DE LAS CARDIOPATIAS CONGENITAS

Dr. E. Berger (de Filadelfia, Estados Unidos).—Expresa que este tema, antes de importancia puramente académica, la tiene hoy práctica. Estudia, en esta comunicación, aquellas anomalías congénitas del corazón, que son susceptibles de un tratamiento quirúrgico. El diagnóstico podrá hacerse por los síntomas ofrecidos, por el examen físico, por la radioscopia (ingestión de bario y su visualización al nivel del esófago; inyección de medios de contraste en alta concentración, por la vena cubital o yugular; por el electrocardiograma, por el cateterismo del corazón. Se refiere a la coartación de la aorta, cuya sintomatología señala, describiendo luego el tratamiento quirúrgico de la misma y sus resultados. Analiza luego, la persistencia del canal arterial, detallando su sintomatología y su tratamiento quirúrgico. Expone finalmente, las características de la tetralogía de Fallot y del síndrome de *Eisenmenger*, indicando las características de la operación de Blalock, que mejora la cianosis y disminuye la anoxemia original. Termina afirmando que cada caso de cardiopatía congénita deberá ser estudiado de acuerdo con sus características propias; un número bastante grande de ellos ha beneficiado del tratamiento quirúrgico en centros apropiados, que disponen de material adecuado y de equipos de trabajo bien organizados.

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA

ASAMBLEA Y TERCERA REUNION CIENTÍFICA: 14 DE JUNIO DE 1949

Presidencia del Dr. Rodolfo Kreuzer

Se inician las reuniones siendo las 22 horas.

No habiendo el quórum requerido, no puede realizarse la asamblea. Se cita para una nueva asamblea a realizarse el día martes 21 de junio de 1949, a objeto de considerar:

1º Reforma de los Estatutos de la Sociedad Argentina de Pediatría.

2º Fijación de la cuota.

El Dr. Surra Canard, solicita a la Presidencia alterar el orden de las comunicaciones, permitiéndosele hacer su relato en primer término, por presentar enfermos. Se accede a ello.

UROPATIA OBSTRUCTIVA BAJA EN UN NIÑO

Dr. R. de Surra Canard y S. Cossoy.—Se trata de un niño de 11 años, que desde hace 2 comienza a presentar trastornos consistentes en disuria y polaquiuria, acompañándose de hematuria. En el momento del examen se constata micciones dolorosas, orina turbia, residuo vesical postmiccional de 80 a 100 cm³. La pielografía excretora muestra evidentes cali-pielectasias con buena eliminación del medio de contraste. La citoscopia revela buena capacidad vesical, meato ureteral derecho retraído, izquierdo normal. Verumontanum grande, sin válvulas a ese nivel. Se hace diagnóstico de uroectasia alta con disfunción de vejiga e infección del sistema, pero sin permitir localizar el elemento causal de la uropatía obstructiva. Se le coloca sonda permanente, la que no es tolerada, por lo que se le dan sulfamidas, sin éxito. Se hace electrocoagulación del verumontanum sin beneficio para el niño. Un nuevo examen practicado con anestesia caudal revela una saliente con caracteres aparentes de quiste en la uretra membranosa inframontanal, cara inferior que se incide, longitudinalmente. Se coloca sonda permanente durante 15 días. El niño mejora, se aclaran las orinas, desapareciendo el residuo postmiccional. La curación se mantiene en la actualidad. El comunicante presenta al niño. Hace luego consideraciones acerca de los pequeños síntomas que nos llevan al diagnóstico del obstruido urinario. Considera las crisis dolorosas abdominales que no responden a un trastorno digestivo o respiratorio y opina que en esos casos se debe recurrir a un examen radiológico de la esfera urinaria. La enuresis debe orientar a un estudio completo del árbol urinario. Debe ser investigada toda hipo o isostenuria por ser expresión de insuficiencia renal.

SINDROME DE OVARIO RUDIMENTARIO. SU DIAGNOSTICO ANTES DE LA PUBERTAD

Dr. M. Cullen.—El comunicante hace una breve historia del síndrome, desde que Turner lo describió en 1938. Especifica que el nombre del trabajo, se debe a del Castillo y colaboradores, que así lo denominaron en 1947. Los signos del síndrome son anormalidades congénitas, cuello en esfinge,

cúbito valgo, coartación de aorta, detención del crecimiento y falta de caracteres sexuales secundarios. Presencia de ovarios rudimentarios y aumento de las gonadotropinas urinarias. Presenta la historia clínica de una niña de 11 años de edad, con diagnóstico de certeza, por presentar detención del crecimiento, sexto dedo en el pie izquierdo y gonadotropinas aumentadas. Hace comentarios sobre la fisiología del ciclo sexual y vaginal, para demostrar la acción del tratamiento. Ilustra los comentarios con gráficos explicativos. Indica el tratamiento con estrógenos y explica su evidente acción sobre los caracteres sexuales secundarios y su muy relativa sobre el crecimiento, lo que se trata de explicar por una alteración genética sobre los órganos correspondientes. El autor hace un prolijo diagnóstico diferencial con todas las causas del nanismo e infantilismo.

MIOPATIA A COMIENZO DISTAL

Dr. H. J. Vázquez y M. Turner.

Presentan los autores un niño de 10 años de edad, quien a los 5 comenzó a tener trastornos en la motilidad de sus manos. Al poco tiempo aparece una paulatina atrofia de las eminencias tenar e hipotenar con predominio en el lado derecho. Un electrodiagnóstico reveló la ausencia de R. D. D. En la actualidad se constatan acentuadas sus primeras alteraciones y un esbozo de atrofia de la cintura escapular. La motilidad de los dedos de la mano se halla muy perturbada, estando casi abolidos los movimientos de oposición del pulgar y los de adducción de los dedos. La fuerza de las manos muy disminuída. No hay alteraciones de los reflejos ni de la sensibilidad. Tampoco se constatan contracciones fibrilares. Un nuevo electrodiagnóstico revela la ausencia de R. D. D. y un dosaje de cuerpos creatínicos en orina informa el aumento considerable de la creatinuria.

En base a estos elementos semiológicos los autores incluyen este caso en las atrofiás musculares primitivas de comienzo distal. Someten al paciente a un tratamiento kinesiológico y medicamentoso consistente en administración de vitaminas E y B¹. Después de tres meses de observación se constata una discreta mejoría y un acentuado descenso de la creatinuria.

Hacen además consideraciones generales sobre esta afección y en especial sobre esta rara forma clínica de la cual sólo han sido descritos ocho casos. Presentan un resumen de ellos y un cuadro sinóptico comparativo.

Análisis de Revistas

RECIEN NACIDOS

HEALD, F. y WILDER, T. S.—*Neumomediastino en el recién nacido*. "J. Pediat.", 1949, 34, 325.

La cianosis del recién nacido ofrece un problema difícil de diagnóstico diferencial y el neumomediastino es una de sus posibles causas, como lo demuestra el caso presentado.

En el año 1940 Gumbiner y Cutler después de revisar la literatura, sólo encontraron ocho casos de neumomediastino en lactantes, de los cuales los dos primeros fueron descubiertos en la autopsia. Los autores señalaron la importancia del neumomediastino como causa de muerte del recién nacido, así como también el valor diagnóstico de las radiografías laterales del tórax. Fueron los primeros en comunicar el valor terapéutico de la punción-aspiración. Desde el año 1940 se han comunicado doce casos adicionales.

El cuadro clínico puede ser alarmante y se caracteriza por: 1º cianosis extrema; 2º marcada saliencia precordial; 3º ruidos cardíacos casi ausentes; 4º respiraciones rápidas y superficiales.

Las radiografías que acompañan al trabajo, pertenecientes al caso que se presenta, muestran atelectasia del lóbulo superior derecho y aire en el mediastino anterior. La radiografía lateral es patognomónica del síndrome. En ella se ve aire en el espacio mediastínico anterior y desplazamiento posterior del corazón.

Después de la punción, por medio de aguja, del mediastino anterior se consiguió alivio de los síntomas, especialmente los cardíacos. Se aspiraron 17 cm³ de aire. La curación se produjo sin ulteriores inconvenientes.—R. Sampayo.

MC MURRAY, L. G.; ROE, J. H. y SWEET, L. K.—*Estudios de proteína plasmática en niños recién nacidos normales y prematuros: I. Valor de la proteína plasmática en infantes nacidos a término y niños prematuros; II. Uso del concentrado de suero de albúmina humana normal en el tratamiento de prematuros*. "Am. Jour. Dis. of Child.", 1948, 75, 265.

Los autores hicieron determinaciones de la proteína total en plasma y globulina y albúmina, cada tres días durante la primer semana de vida en 78 recién nacidos, de los cuales 39 eran nacidos a término y 39 prematuros. El contenido total de albúmina en los prematuros era de 4,3 (\pm 0,6) g por 100 cm³; en niños nacidos a término era de 4,8 (\pm 0,47) y 6,4 (\pm 0,6) g por 100 cm³ respectivamente, y la globulina era 1,60 (\pm 0,37) y 1,75 (\pm 0,49) gramos por 100 cm³. Los valores de la albúmina total y de la proteína total en los niños prematuros es sorprendentemente más bajo que en los niños nacidos a término, comparando las estadísticas. La diferencia en las globulinas es muy notable estadísticamente.

La segunda parte de este estudio se refiere a una serie de determinaciones de proteína plasmática en un grupo de 33 niños prematuros, cuyo peso al nacer era de 1.590 a 2.040 gramos. A todos estos bebés se les dió las mismas atenciones y cuidados. Fueron alimentados con una preparación de leche evaporada, agua de arroz y agua, lo que daba 130 calorías por kilo

y 4,8 g de albúmina por kilo, después de la tercer semana. Agregado a esto, a 16 niños se les inyectó repetidamente solución cristalina de plasma al 25 %, por vía endovenosa. Fué dada en dosis de 2 a 3 cm³ por libra (4,5 a 6,7 cm³ por kilo) de una a tres veces por semana. Estos niños tuvieron un aumento progresivo del valor de la albúmina en suero, en contraste con las fluctuaciones irregulares de los valores de la albúmina en suero obtenido en los niños controlados.

El valor de la proteinemia en los infantes que recibieron albúmina era significativamente más elevado.

Esta diferencia se encontró durante y después de la tercer semana de vida. Se evidenció una leve caída de las globulinas después de la primer inyección de proteína. Luego se mantuvo el mismo nivel. Aquellos niños que fueron inyectados aumentaron de peso más rápidamente y sufrieron menos enfermedades y más leves que aquellos otros a quienes no se les dió proteínas.

Los resultados óptimos de estas inyecciones se registraron en el pequeño grupo de niños a quienes se les inyectó 3 cm³ por libra o sea 6,7 cm³ por kilo dos veces a la semana durante las primeras cuatro semanas de vida, y después una vez por semana hasta el final de su hospitalización.

DE MARSH, Q. B.; ALT, H. L. y WINDLE, W. F.—*Factores que modifican el cuadro hemático del recién nacido.* "Am. Jour. Dis. of Child.", 1948, 75, 860.

La sangre extraída del seno sagital superior de 10 niños cuyos cordones umbilicales fueron pinzados inmediatamente después del nacimiento tenían en el primer día de vida, término medio, 16,4 g de hemoglobina por 100 cm³. 4.820.000 de hematíes y 52 % de hematocrito. Al tercer día 28 niños tenían 17,4 g; 4.760.000 y 50 % respectivamente.

Otras series de 10 y 25 niños cuyos cordones no fueron pinzados hasta que la placenta se hubiera separado del útero tuvieron, en el primer día 20,6 g; 5.500.000 y 60 % y 20,8 g, 5.720.000 y 59 % al tercer día.

Estos resultados confirman las observaciones ya hechas, con sangre del talón de que los valores medios son más altos cuando se permite al niño recibir el suplemento de sangre de la circulación placentaria.

Los autores encontraron también cifras más altas cuando se obtiene sangre del talón que cuando se toma del seno sagital.

En los casos en que el cordón fué pinzado precozmente al tercer día, la cifra de reticulocitos permaneció alta (5,9 %), en cambio había descendido a 2,7 % cuando se pinzó después de la separación de la placenta. Esto parece demostrar que la privación de la sangre placentaria prolonga el período de hiperactividad eritropoyética.

No hubo diferencia en los índices ictericos de los dos grupos, pero sí se halló que eran mucho más elevados al tercer día.—C. E. Sallarés Dillon.

RICH, C.; MCCREADY, R. L.; CHAPLIN, H. y LIPKIN, R.—*Terapéutica con vitamina K, durante el período de parto y su efecto sobre los niveles de protrombina del niño.* "N. Y. Am. J. Obst. & Gyn.", 1947, 53, 300. Resumen en "Quarterly Rev. Ped.", 1949, 4, 6.

Es un estudio sobre las determinaciones del tiempo de protrombina en 500 recién nacidos cuyas madres recibieron vitamina K durante los dolores del parto. La preparación suministrada fué bisulfito de menadione soluble

en agua, en una dosis intramuscular de 20 mg. Si estos dolores se prolongaban por más de 12 horas, se repetía la inyección. Si éstos llevaban cuatro horas o menos el niño recibía una inyección adicional de 2 mg. Se efectuaron dosajes diarios de protrombina en los niños, durante la primera semana de acuerdo con el método de Quick. La curva, compuesta de los casos tratados de acuerdo con este plan, comienza el primer día de vida con un tiempo de protrombina de alrededor de 32 segundos, y con ligeras variantes se mantiene el nivel durante los siete primeros días. Con otros enfermos de control en los cuales no se suministró vitamina K a la madre o al niño, los tiempos de protrombina oscilaron alrededor de los 45 segundos el primer día de vida, aumentaron a 60 segundos entre el segundo y cuarto día y bajaron a la normal de 32 segundos en el séptimo día. Como excepción, cinco niños mantuvieron una curva de protrombina aplanada, a pesar de no haber suministrado vitamina K, ni a la madre ni al hijo. Tres niños, de los 500 estudiados que recibieron vitamina K, no mostraron respuesta y los niveles de protrombina se hicieron elevados al tercer y cuarto día. 8 referencias. 1 figura.—J. R. V.

TRASTORNOS DIGESTIVOS Y NUTRITIVOS DEL LACTANTE

JIMENÉZ, O.; DAL BORG, J. y ORTEGA, R.—*Proteinemias y pruebas hepáticas en las distrofias policarenciales del lactante*. "Rev. Chil. de Ped.", 1949, 20, 141.

Refieren los autores los resultados obtenidos en una investigación acerca del comportamiento de algunas pruebas hepáticas, en un lote de 12 lactantes —en los cuales fué posible seguir con regularidad los exámenes de laboratorio— afectos de distrofia policarencial según el concepto de Scroggie: edemas, como expresión de una carencia de prótidos, alteraciones de la piel y mucosas, como demostración de insuficiente aporte de vitamina A o lesiones cutáneas de la lengua y del sistema nervioso esbozando la pelagra.

Que el hígado sufre con todos estos fenómenos es indudable; por lo menos tiene mayor trabajo en la movilización del metabolismo acuoso durante la formación y fusión de edemas. Si la carencia llega a términos exagerados se produce la muerte y en las necropsias, junto a las lesiones producidas por las complicaciones y degeneraciones de los órganos, se comprueba a menudo la degeneración grasosa del hígado, como ya lo comprobó Meneghello en biopsias hepáticas efectuadas en este tipo de niños.

Demuestran los autores que en los niños carenciados la proteinemia total está al comienzo disminuída y que es muy característico y sistemático el descenso de las seroalbúminas, con un ascenso de las globulinas, lo cual se traduce en una notable disminución del índice proteico. Bajo la acción de las mejores condiciones ambientales y de alimentación, lo primero en recuperarse es la cifra de la proteinemia total, en tanto que tarda hasta meses en normalizarse el índice proteico que persiste bajo, aún mucho después que las manifestaciones clínicas de edemas han desaparecido.

En cuanto a las pruebas de exploración del funcionalismo hepático los autores han practicado las de cefalina-colesterol, oro coloidal, timol y la triptofanemia. Es cosa aceptada que las tres primeras reacciones revelan alteraciones de las globulinas, existiendo sólo discordancia acerca de si se trata de alteraciones en la gama-globulina o betaglobulina. Comprueban que dichas pruebas no se muestran muy positivas en el ingreso, salvo excepciones,

pero en la mayoría aumentan su positividad durante el curso de su tratamiento para volver a descender en la convalecencia. Parecería que el estado de inanición que presentan estos enfermos con su cifra baja de proteínea inhibiera estas reacciones no por falta de alteraciones cualitativas, sino por falta cuantitativa de proteínas normales. Posteriormente de producirse la "reproteínezación" aumenta la tasa de globulinas sanguíneas, y paralelamente la positividad de estas reacciones, es decir, hace visible esta alteración cualitativa enmascarada por la falta cuantitativa. Con el triptofano sucede algo semejante: triptofanemia baja al ingreso, para luego sobrepasar los límites normales cuando se reproteínezica al niño y normalizarse por último durante la convalecencia.

Concluyen los autores que sólo estudios posteriores —que se proponen cumplir— podrán establecer si existe en estos niños realmente una alteración de la función hepática y hasta qué punto ésta es transitoria o definitiva, aparente o verdadera.—E. T. S.

ENFERMEDADES AGUDAS INFECTOCONTAGIOSAS

SANT'AGNESE, P. A. DI.—*Inmunización combinada contra difteria, tétanos y coqueluche en el recién nacido. I. Producción de anticuerpos.* "Pediatrics", 1949, 3, 20.

Con el objeto de determinar la capacidad del R. N. para producir anticuerpos fueron vacunados 198 niños contra difteria, tétanos y coqueluche

Se empleó un antígeno combinado triple conteniendo toxoides diftérico y tetánico adsorbidos con hidróxido de aluminio y 20.000 millones por cm^3 de H. pertussis fase I, muertos con merthiolate.

Se inyectó $0,5 \text{ cm}^3$ a los 7 días y 1 cm^3 a las 5 y 9 semanas. Una dosis estimulante fué dada entre los 6 y 12 meses de edad.

Las inyecciones, que fueron aplicadas con la técnica habitual para este tipo de vacunación, fueron seguidas en un 30 a 40 % de los casos por reacciones locales moderadas, observándose 5 abscesos estériles (1 %).

Después de la primera inyección no se produjeron reacciones generales pero la incidencia y severidad de las mismas fueron aumentando con las sucesivas reinoculaciones aunque sin adquirir en ningún caso carácter alarmante. No se produjo ninguna complicación neurológica.

Antes de la primera inyección se encontraron los siguientes valores de anticuerpos en sangre:

1º Antitoxina diftérica, más del 50 % tenía por encima de 0,03 unidades por cm^3 , lo que se considera una concentración protectora. 2º Antitoxina tetánica, en el 15 % se encontró anticuerpos titulables. 3º Coqueluche en el 98 % no se pudo demostrar aglutininas contra el H. pertussis.

Un mes después de la tercera inyección se encontró: 1º Antitoxina diftérica, el 84 % tenía 0,03 unidades por cm^3 o más.

2º Antitoxina tetánica. Todos los niños tenían una concentración de 0,1 unidad por cm^3 (protectora).

3º Aglutininas pertussis: el 60 % tenía el nivel considerado protector (1:400).

Después de la dosis estimulante el porcentaje de los protegidos contra difteria aumentó al 99 %; el del coqueluche no aumentó pero en cambio se comprobó una disminución en el número de los que carecían por completo de aglutininas.—C. E. Sallarés Dillon.

SANT, AGRESE, P. A. DI.—II. *Duración de la concentración de anticuerpos. Concentración de anticuerpos después de la dosis estimulante. Efecto de la inmunidad pasiva para difteria sobre la inmunización activa con toxoide diftérico.* "Pediatrics", 1949, 3, 181.

Se agregan otros datos sobre anticuerpos en el mismo grupo de R. N. del trabajo anterior.

Se determinó la concentración de anticuerpos 1, 4 y 10 meses después de la tercera inyección.

Antitoxinas diftérica y tetánica: Se produjo un franco descenso más marcado en los que poseían mayor concentración; para la tetánica en ningún caso fué por debajo del nivel protector.

Aglutinina pertussis: Se constató un rápido descenso en las primeras semanas para permanecer después a niveles constantes.

Efecto de la dosis estimulante: Tanto las antitoxina diftérica como tetánica sufrieron un gran aumento, superior al alcanzado con la inmunización básica (100 % y más del 90 % de niños con niveles protectores respectivamente).

Las aglutininas pertussis, si bien aumentaron, fué poco, pues más del 30 % permanecieron por debajo del nivel protector.

Se observó una diferencia entre las concentraciones alcanzadas por las aglutininas pertussis y antitoxina diftérica en los dos grupos que recibieron la dosis estimulante a los 6 y 12 meses, siendo mayor en el último posiblemente debido a la madurez de los mecanismos inmunizantes.

En aquellos niños que al nacer tenían una gran concentración de antitoxina diftérica la formación de anticuerpos después de la inmunización básica fué menor, aunque con la sola excepción de un caso todos desarrollaron niveles protectores.—C. E. Sallarés Dillon.

Homenajes

CON MOTIVO DEL HOMENAJE TRIBUTADO A LA MEMORIA DEL DR. FERNANDO SCHWEIZER EN LA SEDE DE LA ASOCIACION CORRENTINA GENERAL SAN MARTIN EL DIA 2 DE ABRIL DE 1949

ELOGIO A CARGO DEL DR. MAMERTO ACUÑA

Señoras y señores:

La vida de los hombres que se señalan por hechos y acontecimientos de trascendencia realizados en bien de sus semejantes debe ser destacada ante sus conciudadanos para ejemplo y estímulo de los que lo conocieron como también, para su propia consagración.

En ese sentido, la personalidad del Dr. Schweizer, de tan destacados relieves en nuestro medio científico social, debe ser presentada a sus comprovincianos para la valoración de sus méritos.

Y bien está, que sea esta casa que fuera motivo de sus preocupaciones, el sitio donde venimos a exaltar sus virtudes.

Bien está, que sea aquí, en este solar donde se evocan glorias y tradiciones de la patria, donde venimos con el alma contrastada a rendir homenaje a este preclaro hijo de Corrientes.

Bien está, igualmente, que sea en este lugar de nuestros afanes, de nuestros íntimos pensamientos, donde tratamos de reverenciar su descollante figura.

Así no nos encontraremos solos para evocarlo, porque sintiendo palpitar vuestros corazones junto al mío, tendré la certeza de que compartís conmigo, la responsabilidad de intentar la biografía de este médico sabio, de este hombre ponderado, recto, justo.

Nos reunimos pues hoy, consocios, amigos, colegas, para rendir justiciero homenaje a la memoria de quien fuera hijo predilecto de Corrientes a la que honrara con el prestigio de su ciencia y la fortaleza de su espíritu selecto.

Nos referimos a la persona del Dr. Fernando Schweizer, fallecido en esta metrópoli a comienzos del año pasado, que fuera miembro de esta Asociación, Profesor de la Facultad de Medicina y destacado médico de niños de vasta reputación en el país.

La Asociación Correntina General San Martín, deseando honrar su memoria, nos ha encomendado intentar su elogio, pasando revista a los factores que intervinieron para dar relieve a su persona.

Por ello, en cumplimiento de este mandato, nos proponemos destacar las cualidades rectoras que adornaban la recia figura de este comprovinciano tan lleno de atributos humanos, poseedor de un corazón noble y generoso.

Le seguiremos a través de algunas de sus más destacadas actividades, aquellas que dieron prestancia a su figura o que señalaron jalones en la marcha del tiempo que le tocara vivir.

Oriundo de la provincia guaraníca, digamos que su cuna fué mecida tempranamente por las brisas del Paraná e impregnada su niñez de las múltiples armonías de sus selvas, ríos, praderas, empapándose su espíritu con el influjo cálido y penetrante de la tierra correntina. En ese ambiente de luz y color se despertaron los primeros aleteos psíquicos y emocionales del niño.

✕ Nació Schweizer en el Departamento de Esquina, en pleno campo, en la proximidad del primitivo poblado denominado "Colonia Berón de Astrada" el 28 de febrero de 1880. Su entrada a la vida fué saludada por el himno triunfal de los campos en

esos días cálidos de febrero en que la naturaleza vestida de verde augura esperanzas, ensueños y anuncia, también, positivas realidades.

El padre de Schweizer es entrerriano, la madre era correntina, hijos de extranjeros y de nativos.

Los abuelos paternos de nuestro elogiado eran suizo alemán él y alemana ella.

Se establecieron en la campaña en el lugar que hoy es propiedad de la familia, dedicándose a las faenas rurales, conservando los definidos atributos de la raza origen, aunque asimilando las costumbres provincianas, inclusive muchos términos de la lengua guaraní, que empleaban en el intercambio con los vecinos, quienes en su mayoría sólo conocían la lengua aborigen.

La infancia de Schweizer transcurrió parte en la heredad de sus abuelos, parte en la pequeña localidad próxima a donde naciera. Sus travesuras infantiles tuvieron por marco la campiña poblada de ganado, las quintas y sembrados, las tierras aradas, llevando en su seno pletóricas manifestaciones de vida. En ese ambiente de acción sedante es fácil adivinar que aquellas travesuras, si existieron, debieron ser sin trascendencia alguna.

Llegado a la edad escolar, el niño fué enviado a la ciudad de Esquina, pues en la campaña, por aquel entonces, no existía donde practicar las primeras letras. Hizo sus estudios primarios en la Escuela Normal de dicha localidad, destacándose desde un principio por su buen comportamiento y su afán de aprender. Ya entonces, perfiláronse algunas de las cualidades que darían relieve a su persona. Sobrio de maneras, meditativo, más bien reservado en el trato de sus compañeros, se mostró razonador, de inteligencia natural y vivaz. Fué escolar sobresaliente, querido por sus maestros y condiscípulos.

Al término de sus estudios primarios acusa firme voluntad de continuar instruyéndose; fué entonces traído a esta Capital por sus mayores. El padre, hombre práctico, mirando la vida desde un ángulo positivista, lo dirige hacia la Escuela de Comercio, donde hizo sus estudios con éxito y provecho; sus promociones fueron siempre satisfactorias, mereciendo de parte de sus profesores justas recompensas.

Conquista el título de Perito Mercantil que pone en sus manos un instrumento de trabajo que le permitirá contemplar el porvenir con entera confianza, pues es su vehemente aspiración ingresar a la Facultad de Medicina.

En efecto, al poco de iniciarse en las tareas de su nuevo cargo, no se siente satisfecho; su intuición lo llevaba a visumbrar más altos destinos y una vocación irresistible por los estudios médicos se despierta en él. Esta vocación, postergada por circunstancias particulares, se abre paso en su espíritu; ella le viene de lejos, desde los albores de su infancia, en la pequeña localidad donde viera la luz, en la que su mente fuera conmovida por la pobreza y el estado de salud precario de sus camaradas; es probable que entonces surgiera en el subconsciente del niño el deseo de ser útil, de aliviar dolencias que en la época a que nos referimos debían abundar.

Para cristalizar esta aspiración debía aprobar los 5 años de bachillerato indispensables para ingresar a la Universidad. Emprende, pues, los estudios de bachiller; pone en ello un gran empeño, le consagra todas sus fuerzas, vence todos los obstáculos y quemando etapas, las realiza, tras sucesivos y brillantes exámenes, en el brevísimo tiempo de dos años. Esto implica para Schweizer un gran esfuerzo a la par que significa un señalado triunfo. Le sirvió para templar sus energías, medir su capacidad intelectual, ver hasta dónde era dueño de su voluntad.

Es así que ya bachiller, puede satisfacer su vocación inscribiéndose como alumno regular en la Facultad de Medicina de Buenos Aires en los albores del presente siglo, dando comienzo de inmediato a sus estudios del primer año.

Yo me imagino la íntima satisfacción que debe haber experimentado el flamante discípulo de Hipócrates al descubrirse ante las figuras aureoladas de prestigio que adornaban por aquel entonces los muros de la vieja y querida casa de la calle

Córdoba, así como al reverenciar las no menos luminosas de Ignacio Pirovano, Cleto Aguirre, Gregorio Chaves que en los jardines del Hospital de Clínicas, señalan aún hoy al estudioso, senderos que fueron de saber, de dignidad, de generosa adhesión hacia los desheredados.

Y me percató también de la intensa sacudida de su espíritu, del escalofrío que habrá estremecido su ser, la primera visita al anfiteatro de la Morgue al encontrarse de improviso frente a despojos inanimados de lo que hasta entonces fuera acción, voluntad, quizá también vanidad o estéril lucha fratricida.

La honda conmoción experimentada ante el mudo testimonio del inexorable destino humano, debió haber abierto anchas brechas en la contextura romántica del joven estudiante. Suele ser este el momento decisivo en la orientación definitiva que habrá de tomar el alumno. Cuantos, ante la cruda realidad, tuercen su inclinación hacia más amables disciplinas.

Schweizer supo sobreponerse a tan tremenda sacudida y ya triunfante, con hondas raíces su vocación, abrazó la carrera médica con particular entusiasmo, obteniendo promociones que atestiguaban de su dedicación.

En el anfiteatro, como en los laboratorios y clínicas, fué recogiendo en continuado y perseverante esfuerzo, los elementos de una solidad y completa preparación médica, enriquecida con la lectura de libros y revistas.

Pero la esencia de su caudal clínico fué el resultado de una lenta elaboración captado en las salas de hospital a la cabecera del enfermo, en el cotidiano escudriñar de síntomas y signos recogidos directamente en el libro inequívoco que es el propio enfermo.

Su temperamento reposado, su inclinación al trabajo, encontraron ambiente propicio en la paciente observación de casos así como en la pesquisa a través de la investigación.

Fué formando así gradualmente su bagaje científico, modelando su espíritu a la sobria disciplina y austera tarea que deberá caracterizar a quien aspira a la elevada misión de aliviar males ajenos.

Su internado, al contacto cotidiano de enfermos, de una parte, de los que eran sus maestros, de otro, concluyó por dar perfiles netos al futuro galeno. Uno de esos maestros tuvo sobre Schweizer una influencia decisiva en la elección de la especialidad que con tanto ardor y acierto abrazaría posteriormente.

Este maestro fué Angel Centeno, quien al frente de la cátedra de enfermedades de niños tanto gravitara por su saber, por su exquisita cultura, por su don de gentes, sobre el alumnado que por aquella época cursaba sus estudios médicos.

Schweizer fué practicante mayor de la sala VI del Hospital de Clínicas; allí tuvo oportunidad de vincularse al maestro, a su naciente escuela y consagrarse poco a poco a la práctica de la más noble de las especialidades médicas: aquella que requiere particulares dotes para comprenderla y ejercerla.

Y hemos visto, como la modalidad tranquila, serena, de Schweizer unida a su perspicacia y natural sagacidad clínica, se asociaban admirablemente para hacer de él un reputado médico de niños.

Fué así durante su practicantado, bajo las directivas de un catedrático sabio y culto, conocedor como el que más de los secretos que encierra el organismo infantil, que el joven estudiante de sexto año comenzó a templar su liza en la convivencia íntima del niño en las salas de hospital, abrazando más adelante una especialidad que constituiría el afán supremo de su vida.

Al egresar de la Facultad de Medicina, graduado ya, lo hace con Diploma de Honor en mérito a sus elevadas clasificaciones; sus alforjas están llenas de optimismo con sólida preparación médica. Su preferencia se orienta definitivamente hacia la asistencia del niño enfermo. Allí en el dominio de la pediatría alcanzó las mejores satisfacciones de su espíritu de por sí delicado y sensible a las vibraciones del ambiente.

Se incorporó tempranamente al personal docente de la Sala de Niños del Hospital de Clínicas ingresando como médico asistente al propio servicio donde años antes forjara sus primeras armas de pediatra; en él, sin apresuramiento ni mezquinas ambiciones, irá completando su bagaje de especialista a la vez que enriquecerá su saber con las enseñanzas de sus maestros y con aquellas extraídas de su observación personal. Será allí, igualmente, donde tras ponderado esfuerzo de labor diaria y honesta, el estudiante de ayer ha de trocarse en médico prestigioso primero, luego, con el correr de los años, el Maestro indiscutido.

En dicho servicio ocupará todos los cargos, desde el de practicante, encargado de consultorio, médico asistente, médico de sala, profesor suplente; y en los cargos docentes: ayudante de cátedra, jefe de trabajos prácticos, jefe de clínica.

Fué así como varias camadas de alumnos a los que guiaba en el examen de enfermos lo vieron realizar con singular pericia el difícil arte de la medicina infantil y que varias generaciones de madres concurrentes a los consultorios externos se apresuraban a confiarle las vidas de sus hijos. Para ellas, estaba pronta la frase que consuela, la reflexión piadosa que mitiga penas y que prepara a la cristiana resignación ante lo irremediable.

Schweizer conocía las dificultades inherentes a todo examen clínico algo prolijo así como la equívoca conducta de algunas madres que no aceptan se someta al hijo a molestias relacionadas a exploraciones clínicas y de laboratorio necesarias para aclarar situaciones dudosas.

Conocía también, mejor que ninguno, los medios y subterfugios de que hay que echar mano para triunfar de la indocilidad de ciertos enfermitos que con su resistencia malogran el examen clínico dificultando la correcta interpretación de síntomas.

Schweizer fué además un profesional muy difundido en la clientela particular, donde triunfara por su corrección, honestidad, acertado criterio médico.

Su porte adusto, un tanto ceremonioso, su natural más bien retraído, su mirada fija, algo dura, no predisponía favorablemente a quienes por primera vez lo trataban; por ello y también por su apellido de origen netamente germano, mucha clientela lo conocía con el apodo de "El médico alemán". ¡Cuán diferente era, sin embargo, en la intimidad, en el trato de sus amigos y colegas! A poco de frecuentarlo surgía la sencillez en sus maneras, el trato afable, la palabra acogedora.

Esta cualidad suya era la resultante de las dos corrientes étnicas que circulaban en sus venas. Sus rasgos fisonómicos, su aspecto exterior adusto y frío, su disciplina y método de trabajo eran de corte germano, como lo era por el conocimiento de su lengua, por el corte y estilo de sus obras. En cambio, por el apego a la vida campesina sencilla, simple, modesta, por el sentido romántico de su espíritu, que lo llevaba a ensayar en su guitarra "tristes" y "vidalitas"; por la honda compenetración con el solar de sus mayores en el que transcurriera parte de su niñez, donde templara ideales de adolescencia, a donde el hombre maduro gustaba volver para retemplar energías, renovar reservas espirituales, a veces aflojadas en el diario desgaste que inevitablemente trae la convivencia en las grandes capitales humanas, por todo eso, Schweizer era un representante típico de los hombres de la mesopotamia.

Si a todo ello agregamos su acabado conocimiento del idioma guaraní, con el que gustaba salpicar sus relatos en rueda de amigos, se comprenderá mejor su modalidad campechana, su peculiar bonomía, característica de los hijos de aquellos lugares.

Pero esta mansedumbre tan suya sabía también de rebeldías y su corazón generoso, era capaz, en ocasiones, de experimentar sentimientos diferentes como tuvimos oportunidad de apreciarlo cuando a raíz de pendencias de predominio político, uno de sus familiares se vió envuelto en una tragedia cayendo víctima de pasiones subalternas. Lo vimos, entonces, erguirse en airada y amenazante protesta deseando venganza

para reparar lo irreparable. Fué cuando vimos aflorar sentimientos diríamos primitivos, resabios probablemente de la raza indígena.

* * *

La carrera universitaria del Dr. Schweizer está jalonada de sucesivos triunfos científicos. Al término de sus estudios médicos presenta su tesis de doctorado valiéndole la felicitación de sus superiores. Obtiene, además, el diploma de honor en mérito a sus clasificaciones. De inmediato, como ya lo dijéramos, ingresa al elenco de la sala de niños, donde, bajo la dirección del profesor titular de pediatría, se inicia en la carrera universitaria dando cumplimiento, paso a paso a las disposiciones reglamentarias repectivas, realizando su adscripción del año 1910 al de 1914 tomando parte en la enseñanza oficial de la materia y dirigiendo los alumnos del curso en el adiestramiento del examen de enfermos.

Fué entonces que lo encontráramos, cuando en 1911 tuvimos que hacernos cargo interinamente de la Cátedra de Niños por ausencia del profesor Dr. Angel Centeno.

Schweizer estaba en plena tarea, preparándose pacientemente para el largo proceso que significa la carrera universitaria. Nos acompañó en calidad de Jefe de Clínica habiendo en dicha ocasión, tenido la oportunidad de apreciar de cerca sus condiciones de trabajador infatigable, sólida preparación médica así como su modalidad hecha de lealtad personal y de respeto jerárquico.

En ese medio año que durara nuestro interinato pudimos constatar de cerca cuan rico de tesoros era el venero de su alma, desbordante frente al lecho del agonizante, en esa lucha mano a mano que a diario hay que sustentar en ayuda del que agota sus últimas energías en su supremo esfuerzo por vencer.

Nos penetramos, también, de la solidez de sus conocimientos pediátricos recogidos preferentemente en las fuentes de la escuela pediátrica alemana.

En el año 1914, cumplidos que fueron los requisitos de la docencia y ya lleno su bajel de inestimables conocimientos, se presenta a concurso de oposición para optar al título de Profesor Suplente de enfermedades de niños. El Jurado encargado de dictaminar sobre la prueba le otorga el título con la máxima calificación que acredita su competencia.

Desde ese momento ingresa en el engranaje de la enseñanza oficial en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. Ya no podrá desertar de su alta misión; allí en la nobilísima tarea de enseñar y de aprender permanecerá hasta el final de sus días para servirla honestamente.

Del año 1915 al de 1935 lo vemos en plena actividad universitaria y profesional atendiendo enfermos, ocupando puestos de responsabilidad, desempeñando misiones delicadas. En este lapso compulsa obras, redacta artículos sobre temas médicos, escribe libros en los que vuelca su experiencia de veinte años de labor ininterrumpida. Las clases que dicta en su calidad de profesor suplente y que fueron numerosas, constituyen el reflejo de su cultura, de su disciplina, preparación y experiencia. Son objetivas, prácticas a las que da vida el desfile ante los alumnos de casos clínicos. Su terminología es gráfica, precisa, sobria, matizada de vocablos personales que contribuyen a dar vigor y relieve a cuadros mórbidos que desea destacar en la mente de sus discípulos.

En 1936, el Consejo Directivo de la Facultad desea premiar su vasto esfuerzo de catedrático designándolo Profesor Extraordinario de Clínica Pediátrica. Dicha designación no implica para Schweizer ni un descanso, ni supone una tregua a sus obligaciones de catedrático; antes bien, parece dispuesto a redoblar sus esfuerzos y conciente de los beneficios que presta a una parte de la juventud estudiosa, se presenta a disputar por concurso de oposición el título de Profesor Titular de Pediatría en la Facultad de La Plata, siendo designado para el desempeño de dicha asignatura el 23 de septiembre de 1937.

Ello implica nueva responsabilidad y redoblada tarea, ya que tiene que trasladarse a la ciudad de La Plata para llenar su cometido catedrático. Lo hace con inteligencia y perseverancia, lo que le vale buena concurrencia de alumnos, así como de una legión de estudiosos ya egresados. Además, orienta con su saber, su ejemplo y su entusiasmo, a jóvenes médicos que comienzan a ver en él no sólo al mentor de ideales superiores, sino al universitario recto, justo, al catedrático que enseña con sencillez las peculiaridades del organismo infantil. Paulatinamente, estudiosos egresados de diversas Facultades médicas, se nuclean a su alrededor; se va formando "escuela" a cuyos componentes el maestro guía con palabra precisa así como con su saber y las dotes caballerescas que son su patrimonio.

La labor docente que realiza fué intensa, múltiple, trascendente. Profesor en las Facultades de Buenos Aires y La Plata la obra que en ellas realiza es eficiente y no ha de amenguarse con el transcurso de los años. El número de clases dictadas es grande, pues suman varios centenares; son clases de los cursos oficiales, de los cursos libres completos, de los cursos complementarios. La cifra es enorme, pero ¿qué significan los números, por elevados que sean, frente al largo esfuerzo a desarrollar en la preparación que cada clase requiere? Frente sobre todo a la responsabilidad que le incumbe en la formación científica, moral, espiritual de quienes, por tratarse de alumnos del 6º año de estudios, de inmediato estarán autorizados para ejercer la medicina, ese noble sacerdocio propicio al desempeño de espíritus selectos pero lleno de sinuosidades para aquellos que, carentes de lastre moral, se lanzan a la conquista de situaciones equívocas no siempre honorables.

Schweizer desempeñó también cargos inherentes a su condición de universitario prestigioso. Es así como en el año 1927, por el voto de sus co-profesores, fuera electo Consejero de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, cargo que desempeñó con cordura y espíritu de justicia.

En el año 1929 sus colegas del Consejo Directivo lo eligen Vice Decano, cargo de gran responsabilidad que demuestra cuan grande era el prestigio de que gozara en el seno del propio Consejo.

En 1946, la Facultad de Medicina, en mérito a su destacada labor le designa Profesor Honorario de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, distinción máxima con que se acostumbra premiar los altos valores de la cultura médica.

Finalmente, a manera de broche de oro que cierra una etapa fecunda de vida dedicada a la ciencia y a la práctica de altas virtudes, la Universidad Nacional de La Plata le nombra Guardasellos con carácter vitalicio. En ese destacado cargo lo sorprende la noche definitiva.

La producción científica de Schweizer es abundante, sabrosa, suculenta. No es este el momento ni tampoco el lugar adecuados para un análisis metódico de sus obras; ello nos llevaría demasiado lejos. Diremos que consiste en artículos médicos, monografías, libros, sobre sujetos de su predilección, trasunto de su predominante preocupación por la causa del niño, siendo en el campo de la medicina infantil donde su pluma encuentra la más alta consagración; en ella vuelca esa profunda sabiduría que la experiencia vierte día tras día en las alforjas del estudioso y que servirá como faro orientador a quienes deseen emprender idéntico camino o se propongan ahondar en sus huellas.

Sus producciones científicas están redactadas con claridad, precisión, sentido de la realidad, llevando el sello de la técnica alemana; analiza los hechos, los puntualiza, guiando al lector a sacar las conclusiones de acuerdo a la más estricta lógica. Conoce a fondo las particularidades de las diversas escuelas pediátricas, no hace sin embargo gala de erudición, concretando su pensamiento en fórmulas precisas accesibles al alumno. Gusta intercalar en el texto de sus escritos términos y giros que le son personales y que le dan un sabor peculiar, contribuyendo a grabar en la mente del lector los hechos que se desean destacar.

Schweizer no viajó al extranjero; no visitó a los renombrados maestros para recoger de sus propios labios las enseñanzas que desde la tribuna de sus respectivas cátedras vertían; no concurrió a las afamadas clínicas para inspirarse en sus técnicas o iniciarse en particulares métodos de investigación. Fué de los poquísimos médicos que no cumplió con el ritual, obligado entonces, de trasladarse a Europa a perfeccionar sus conocimientos al lado de las figuras veneradas de la medicina francesa, alemana o italiana.

No lo hizo, pero conocía a fondo el movimiento científico de las diversas corrientes nacidas en las escuelas pediátricas del viejo mundo; nada de lo que en ellas se producía le era desconocido, pues estaba al tanto, a través de revistas y libros, de los progresos médicos más diversos. La escuela pediátrica alemana se prestaba mejor que ninguna modalidad y el amplio conocimiento de su idioma, la facilitaba enormemente la tarea de su lectura y de su asimilación.

Sus libros sobre medicina infantil son monumentos que hacen honor a la producción argentina; no nos detendremos en el análisis de ellos; diremos que tuvieron la consagración de los estudiosos de los países sudamericanos, donde Schweizer era conocido y estimado. Agreguemos, que fueron textos obligados para quienes deseaban tener conocimiento adecuado de las enfermedades del niño pequeño. Los temas están tratados con gran competencia traduciendo no sólo su experiencia personal, sino que se pone al día en ellos la bibliografía mundial. Lo mismo diremos de sus artículos, tratando además, temas de lo más variado, en revistas médicas nacionales y extranjeras.

Su actuación universitaria fué, pues destacada, amplia y llena de enseñanzas. Fuera de ella, Schweizer presta su colaboración personal a la Asistencia Pública, ingresando como Médico Jefe del Dispensario de Lactantes N° 3, en el año 1918. En el de 1929 se le designó Jefe del Servicio de Niños del Hospital Rawson. En ambos, en contacto directo con sus enfermitos, pone una vez más en evidencia su amor hacia los pequeños así como su dedicación y competencia. Además, en el Hospital Rawson le cupo el honor de inaugurar el nuevo pabellón para niños, planeado bajo su dirección.

* * *

Schweizer ejerció la medicina en el medio civil donde alcanzó señalado éxito; fué muy difundido, siendo considerado como especialista de nota; hizo clientela y llegó a gozar de fama y de prestigios. Era solicitado por su acertado ojo clínico, por la atención que prestaba a sus enfermitos, por la seguridad en el diagnóstico y en el tratamiento.

Las madres que ponían las vidas de sus hijos en sus manos estaban seguras de su dedicación, de su experiencia clínica, de su práctica en el manejo de la medicación a una edad tan delicada y frágil. Estaban además, seguras del interés que pondría y de la responsabilidad que sobre sí tomaba al aceptar hacerse cargo de la asistencia de sus hijos.

Schweizer tuvo satisfacciones que le vinieron sobre todo por el acierto con que formulara su diagnóstico así como, por el cuidado en la justa aplicación terapéutica. Hizo de su profesión un apostolado. Jamás lo guió el interés de la remuneración de sus servicios. Eran muchas las madres que concurrían a su consultorio particular llevando a sus hijitos sin someterse a la exigencia de la tarjeta de visita. Por lo común, estaba siempre a disposición de sus clientes sin esperas ni antesalas.

No conocía el autobombo ni la propaganda, que eran contrarias a su modalidad.

El Dr. Schweizer fué pues un reputado médico de niños y lo fué, no solo porque ejercía la profesión con singular acierto, sino por las cualidades intrínsecas que aureolaban su persona en consonancia con la fina sensibilidad del niño. No obstante su exterior ceremonioso, en presencia del enfermo era afable, de manera suave, de palabra sonriente; su presencia consolaba, tranquilizaba el ambiente. Tenía

suficiente autoridad para hacer aceptar a padres atribulados por el dolor, situaciones delicadas a menudo irreparables.

Schweizer, llenó su misión de médico a la cabecera del enfermo, con unción de apóstol, como quien ejercita un verdadero sacerdocio. No buscó el triunfo fácil que proporciona la publicidad o que facilitan las situaciones oficiales. Sus instrumentos, para lograrlo, fueron la honestidad, la dedicación a sus enfermitos, el acierto en sus indicaciones médicas y por sobre todo, la alta jerarquía de su saber. Camino, seguramente más largo, más lento que significa saber esperar, pero que acarrea satisfacciones de conciencia reconfortantes.

Schweizer fué miembro de múltiples entidades pediátricas del país y del extranjero. Desempeñó, en algunas de ellas, cargos directivos de responsabilidad. Fué presidente de la Sociedad de Pediatría en dos portunidades y también de la Sociedad de Nipiología.

Tomó parte, como relator oficial, en diversos congresos pediátricos. Fué uno de los organizadores del Congreso Nacional de Medicina reunido en La Plata.

Su actuación científica y profesional fué múltiple, destacada, correcta. Supo mantener su independencia aún en los momentos más agitados de la vida universitaria. No se enroló en banderías ni en círculos de predominio; consiguió mantener intacto su prestigio, de médico sabio, de profesional correcto, de catedrático eximio.

* * *

En esta rápida excursión por los senderos que en vida recorrió el Dr. Schweizer se destacan dos circunstancias que gravitaron en su destino: Su amor al terruño. donde naciera, creciera y donde, ya hombre, gustaba volver a refugiarse para retemplar su espíritu, cargar de nuevo sus alforjas así purificadas al soplo de los vientos de su heredad.

* En él se sentía como era, campesino nato, arraigado a la tierra con la fuerte tradición nativa, atado poderosamente a sus recuerdos y a sus costumbres. Por eso el caballo, la guitarra, el mate, la siesta, eran sus viejos confidentes y amigos. Por eso el río, la selva, las peculiares noches de luna, habían impreso en su ser ese dejo meditativo y romántico que llevan en sus ansias los hijos de la estirpe guaraní. Su otra inclinación vocacional ésta, fué la medicina, en particular la que tiene por sujeto al niño pequeño, ese ser débil, indefenso, limitado en sus atributos humanos. Y fué su preocupación constante tratar de corregir los males que acechan al niño en los primeros tiempos de la vida. La larga trayectoria de su práctica civil y universitaria, tuvo por finalidad la aplicación del conocido aforismo, según el cual: "En medicina infantil más que en cualquier otra edad, vale más prevenir que curar".

Sus conferencias, libros, publicaciones, denunciaban esa honda preocupación. Conocía su significado práctico, los sufrimientos que se ahorran al niño, las angustias que se evitan a los padres, las vidas que se logran salvar, las veces que era posible ponerlo en práctica. Pues para Schweizer, el niño podía ser considerado como el compendio en potencia de todas las fuerzas y de todas las reservas. Dirigirlas, encauzarlas, era aspirar a tener niños fuertes, sanos, robustos; era también combatir las lacras sociales y morales.

Por eso, creemos que los dos grandes incentivos que movieron los afanes de Schweizer se concretan en el amor por su tierra natal, rica en tradiciones, y en el amor que pusiera en la asistencia del niño, ese capullo de flor humana, que según la expresión del poeta, es la más preciada de las flores.

* * *

Hemos pretendido bosquejar a grandes rasgos los hechos más salientes que prestaron interés y dieron relieve a la vida del Dr. Fernando Schweizer.

Sus actos fueron guiados por un solo propósito: El bien, y movidos por un único impulso: El trabajo. Sus rasgos fisonómicos, morales e intelectuales, tienen una continuidad ininterrumpida a través de las diversas etapas de su vida.

Desde el hogar, en la solitaria campiña correntina, donde viera la luz, hasta la casa paterna de la populosa Buenos Aires, donde dejara de existir, se conserva el mismo ambiente de paz, orden y trabajo.

Los protagonistas de aquí y de allá se movieron impulsados por los mismos sentimientos de confraternidad, empuñando idénticas armas, realizando parecidas tareas en pro de sus semejantes. Schweizer niño, joven, adulto, no ha debido experimentar cambios de trascendencia en lo físico ni en lo espiritual. Fué en todo momento idéntico a sí mismo; uno, en las diversas circunstancias de su vida, en las de alegría como en las de tristeza; en el triunfo como en la derrota.

Su corazón, su mente, su conciencia aparecen inmutables ante los acontecimientos que sacudían al mundo.

No conoció envidias, no tuvo flaquezas, jamás se sintió mezquino ni disminuído ante sus semejantes.

La generosidad, el bien, la rectitud, fueron eslabones que supo conservar incólumes.

El trabajo fué el acicate que moviera todas las palancas; con él llegó a todas partes, se le abrieron todas las puertas; obtuvo distinciones y honores.

Su voluntad fué, podríamos decir, una esclava sumisa; la utilizó como quería que actuara; ya para dominar lenguas extranjeras, ya para redactar páginas tras páginas de libros, monografías, revistas o para desentrañar signos y síntomas del complejo organismo humano.

Y en ese constante andar y desandar el camino que simboliza la vida, en ese trajín diario de desgaste, envidias y querella sin término, en que la humanidad pareciera solazarse, Schweizer supo mantenerse incontaminado, viendo desde su torre de cristal, cómo se deshacían a sus pies, torbellinos de pasiones humanas.

Y cuando, alguna vez, descendió a la arena, en defensa de derechos que consideraba indiscutidos, lo hizo serenamente con elevación de miras, con respeto para todos, inclusive para sus eventuales adversarios.

Tal fué, señores, el hombre cuya trayectoria en su paso fugaz por la tierra, se me encomendara iluminar.

Tal, el ciudadano cuyas virtudes no serán nunca suficientemente exaltadas y cuyo derrotero, en el reloj del tiempo, debiera ser señalado a sus comprovincianos, como guía, en pos del cual podrían moverse las generaciones en marcha. ●

* * *

Señores: Corrientes debe estar orgullosa de ostentar hijos de tan recia envergadura moral, de tan alta jerarquía científica, con tan rico venero espiritual como el ofrecido por el Dr. Schweizer a sus conciudadanos.

Corrientes, le debe gratitud, pues le sirvió desinteresadamente, con la primicia de su talento, el brillo de su ciencia, la rectitud de su conducta. Estuvo vinculado a ella para servirle honradamente, jamás para buscar prebendas ni solicitar recompensas. Y sabemos que se sirve mejor a su país con la independencia de carácter que con la sumisión; con el valor de las propias convicciones que con la obsecuencia.

Schweizer estuvo alejado de banderías de círculo; no aspiró ni ejerció cargo político o representativo en su provincia. Su figura transparente, su conducta rectilínea, su independencia de carácter, eran cualidades que no se tenían en cuenta para aspirar a cargos de esa naturaleza.

Señores: La vida de personalidades meritorias, como la que venimos de pasar revista, debe ser presentada a propios y extraños, para extraer de los hechos vividos las enseñanzas dignas de ser aprovechadas.

La Asociación Correntina General San Martín, que nuclea en su seno valores

positivos, en las diversas esferas de la actividad humana, debe tomar para sí esta nobilísima tarea. Ella ofrece la mejor tribuna para aquilatar valores y exaltar virtudes.

Debe hacerlo con todo comprovinciano acreedor a ello, que ofrezca jerarquía suficiente o que haya forjado sus méritos con el propio esfuerzo, en aras del trabajo honesto.

La realización de esta necesidad no debiera quedar postergada por más tiempo; urge su pronta resolución favorable.

Si así fuera, muchos valores correntinos serían salvados del olvido, muchos otros, sacados del anónimo en que la imposibilidad material, el egoísmo o la simple indiferencia, los tenían sepultados.

* * *

Vuestra presencia en esta casa, señoras y señores, implica adhesión plena al homenaje que tributamos a este insigne hijo de Corrientes.

En mi exposición me he ceñido a la veracidad de los hechos, muchos de los cuales me fueron directamente conocidos por haber actuado en la época del protagonista.

Los acontecimientos, circunstancias, sucesos se produjeron en la forma expresados. Pero la interpretación de los mismos pudiera, no obstante, ofrecer fallas. La vida de nuestro elogiado, ofrece facetas diversas, que bien puede existir omisión o defectuoso conocimiento de alguna de ellas.

Porque no hay nada más difícil que expresar en pocas líneas, el contenido de una vida múltiple y compleja como la que venimos analizando.

La vida, suele ser expresión de circunstancias, transitorias unas, fijas otras. Entre ellas, dos condiciones priman sobre las demás. Son el factor ambiental de un lado, las cualidades transmitidas a sus descendientes por su progenitor, de otro.

El ser humano, es en gran parte producto de estas dos fuerzas, que según sean las circunstancias, se suman o se neutralizan.

En el Dr. Schweizer se juntan y se entremezclan corrientes raciales de origen nativo y de origen sajón, en un cuadro de luz y color, que le brinda la tierra correntina.

Por eso, su temperamento tiene vetas de exquisita sensibilidad, que alterna con otras de frío razonamiento, de meditado cálculo, de rigurosa disciplina.

Por eso, tan pronto lo vemos remontarse en alas de la fantasía hasta llegar a componer versos o quedarse horas, frente a la cruda realidad, como cuando parece extasiarse en el anfiteatro, ante pobres despojos humanos.

Por eso es que decíamos, que no resulta fácil extraer la esencia de esta compleja existencia humana para compendiarla en pocas palabras.

Por ello, preferimos dejar al auditorio el trabajo de síntesis, para que, de acuerdo a sus propios sentimientos y según el prisma desde el cual lo mire, extraiga por sí mismo la lección de hechos que le brinda la personalidad robusta, avasalladora, fría a la vez que romántica del insigne hijo de Corrientes, Dr. Fernando Schweizer.

Señores: Queda cumplida la misión que me encomendara la Asociación Correntina General San Martín.

DECLARACION DE CARACAS SOBRE LA SALUD DEL NIÑO

1º Todo niño tiene derecho al mejor cuidado posible de su salud. Los padres y tutores serán instruídos en los deberes que a ese respecto les corresponden y recibirán los elementos conducentes a aquel fin. El Estado y las instituciones particulares proveerán esos medios en los casos necesarios, ordenando la organización eficiente de las instituciones que realicen esos programas y procurando el debido adiestramiento del personal médico, sanitario, social y auxiliar. Con este fin las Facultades de Medicina y demás institutos formadores de personal, deberían intensificar y ampliar la enseñanza de la Puericultura y la Pediatría.

2º Se protegerá la salud del niño desde el nacimiento hasta la adolescencia por medio de exámenes periódicos. Su vigilancia y asistencia médica se practicarán por personal técnico especializado de médicos pediatras, puericultores, odontólogos y auxiliares.

3º Se cuidará del nacimiento del niño en forma completa, incluyendo atención prenatal, natal y postnatal, con el objeto de asegurar a la madre embarazo y parto normales y al niño las mayores seguridades para su salud ulterior. El niño prematuro será objeto de cuidado especial.

4º Durante la edad preescolar se atenderá al niño para que llegue en las mejores condiciones posibles a la edad escolar. Durante esta última, su salud será constantemente vigilada. Los establecimientos escolares llenarán los requisitos necesarios de iluminación y ventilación, dispondrán de los equipos adecuados y personal especializado se ocupará de la educación sanitaria, la que incluirá la recreación física y mental.

5º Se asegurará la buena nutrición del niño, facilitándole los elementos adecuados, para que disponga de alimentos, leche y agua puras. Tanto en la escuela como en las instituciones sanitarias y de asistencia social, se organizarán clases de nutrición para niños, en la forma más eficiente.

6º Se ejercerá protección específica contra las enfermedades transmisibles según las características regionales. A este respecto se establecerá la vacunación temprana contra la viruela, difteria y tos convulsa, y si fuera necesaria contra la tifoidea y otras infecciones; se organizará la prevención de las parasitosis y la lucha contra los insectos transmisores. Los servicios de saneamiento general, alojamiento o tratamiento de aguas servidas y basuras, completarían esta protección.

7º Se protegerá al niño contra las enfermedades mentales y físicas, procurando que la higiene mental integre los programas de protección infantil. Los niños deficientes mentales y los que constituyen especiales problemas sociales, deberán recibir el tratamiento adecuado para la recuperación de su equilibrio perdido, bajo el amparo de la sociedad y no considerados como seres nocivos a ella.

8º Los niños lisiados, ciegos, sordos, mudos, reumáticos, etc., o que padezcan de cualquier impedimento físico, deberán ser tratados convenientemente desde el punto de vista médico y educativo para hacer los seres útiles a la colectividad.

9º Para todo niño y en toda edad deben seguirse las normas que indican las autoridades científicas, con el objeto de prevenir la tuberculosis por los

medios aconsejados por los especialistas. Igual preocupación existirá con respecto al problema de la sífilis, lepra, etc.

10º Deberán, en suma, tomarse todas las medidas necesarias para asegurar a todo niño de las Américas, cualquiera sea su raza, color o credo, las mejores condiciones de salud, basadas en una higiene general apropiada, buena vivienda, alimentación, sol, aire, limpieza y abrigo necesarios con el objeto de que pueda aprovechar todas las oportunidades que le permitan desarrollar una vida sana, feliz y en paz.

Carácter especial de esta declaración: El hecho de tener este documento la triple aprobación del IX Congreso Panamericano del Niño, Caracas 1948, de la Organización Sanitaria Panamericana y la definitiva del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, hace que deba ser considerado como un texto de gran valor para la salud de la infancia.

Pero, lo que da marcado relieve, es que el Instituto Internacional ha querido que la Declaración no sea una proclama más, de carácter platónico, sino que anhela que sus resoluciones sean llevadas a la práctica. Con ese fin, resolvió encargar su difusión y el obtener su más amplia eficiencia al Departamento de Salud del mismo instituto, el cual lleva a cabo en este momento una campaña de propaganda y un plan de acción que procurará que en los diferentes países se hagan carne los postulados de la Declaración de Caracas.

El Departamento de Salud actuará, de acuerdo con las directivas del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, como elemento estimulador, para que dentro de cada país los diferentes organismos y personas que se ocupan del niño, amplifiquen y completen la obra de largo tiempo empezada y en muchos países ya muy adelantada. El nuevo código ha de servir para animar esfuerzos paralizados y hacer que iniciativas en marcha puedan tener pronta realidad. Constituyendo centros de actividad con las orientaciones indicadas, el Instituto actuará por intermedio de los delegados técnicos residentes en cada país, siendo el de la República Argentina el Prof. Dr. Gregorio Aráoz Alfaro.

Es de esperar que este movimiento que se empieza a realizar en las Américas pueda muy pronto conseguir, de acuerdo con el resultado que se desea y espera obtener, el más franco éxito para el mayor bien y progreso de la sanidad infantil.—*Victor Escardó y Anaya*, Director del Departamento de Salud.

Profesor Dr. Alfonso Bonduel.—Termina de ser designado por la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, Profesor Adjunto de Clínica Pediátrica y Puericultura el distinguido y joven pediatra Dr. Alfonso Bonduel. Se incorpora de esta manera al cuerpo docente de nuestra Facultad una figura de valor, cuya capacidad científica, consagración al estudio y vocación por la enseñanza son bien conocidos en nuestros ambientes científicos.

“Archivos Argentinos de Pediatría” se complace en felicitar al nuevo Profesor y le desea un gran éxito en la carrera universitaria.

Autoridades de las Sociedades Filiales.—Recientemente la *Sociedad Argentina de Pediatría, Filial Córdoba*, ha renovado su Comisión Direc-

tiva, siendo designados para integrarla los siguientes miembros: Presidente, Dr. José María Valdés. Vicepresidente, Dr. Angel Segura. Secretario General, Dr. Miguel Oliver. Tesorero, Dr. Carlos Piantoni. Secretario de Actas, Dra. María Luisa Aguirre. Secretario de Publicidad, Dr. Alberto Orrico. Vocales: Dres. Oscar Malvarez, Meyer Burín, Eduardo Ortiz. Bibliotecario, Dr. Bernardo Mácola.

La Comisión Directiva de la *Filial Mendoza*, se halla constituida de la siguiente manera: Presidente, Dr. Pedro Rez Masud. Vicepresidente, Dr. Roberto Rosso. Secretario, Aldo M. Dapas. Tesorero, Dr. Joaquín Quinta. Vocales: Dres. Abraham Grinfeld y Manuel Lontana.

Nueva Comisión Directiva de la Sociedad Dominicana de Pediatría.—En la reunión celebrada por la Sociedad Dominicana de Pediatría se designó una nueva Comisión Directiva para el período 1949-1951, que quedó constituida como sigue:

Presidente, Dr. Jaime Jorge. Vicepresidente, Dr. Rafael Santoni Calero. Secretario-Tesorero, Dr. Alberto Peguero V. Vocales: Dres. Aquiles Rodríguez, Rafael Miranda y Sixto Inchaustegui.

Prof. José A. Bonaba.—Ya en prensa este número, nos llega la infausta nueva del fallecimiento del Prof. José A. Bonaba, eminente maestro de la pediatría uruguaya.

“Archivos Argentinos de Pediatría”, con sólo tiempo material para consignar la triste noticia, se adhiere acongojados al profundo pesar que en este momento vive la pediatría rioplatense. En su próximo número publicará los homenajes póstumos tributados en su memoria.