

Fichado

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA

ORGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

DIRECTOR

Alfredo E. Larguía

SECRETARIOS DE REDACCION

E. T. Sojo
O. A. Abeyá

J. R. Vásquez
M. F. Canevari

COMITE DE REDACCION

G. ARAOZ ALFARO - M. ACUÑA - JUAN P. GARRAHAN - J. M. VALDES (Córdoba) - J. C. RECALDE CUESTAS (Rosario) - R. CIBILS AGUIRRE - M. DEL CARRIL - F. BAZAN - E. A. BERETERVIDE - J. M. MACERA - P. R. CERVINI - F. ESCARDÓ - J. J. MURTAGH - R. P. BERANGER - F. DE ELIZALDE



1950

Año del Libertador General San Martín

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA

PUBLICACIÓN MENSUAL

Organo de la Sociedad Argentina de Pediatría

Cátedra de Pediatría
Profesor: Dr. Arturo Baeza Goñi

Cátedra Extraordinaria de Pediatría
Profesor: Dr. Julio Meneghello R.

Hospital Manuel Arriarán (Santiago de Chile)

QUIMIOTERAPIA EN ALGUNAS INFECCIONES GRAVES
DE LA INFANCIA

POR LOS

DRES. JULIO MENEGHELLO, JORGE ROSSELOT, GUILLERMO GIL,
CARMEN AGUILÓ, ALEJANDRO MANTEROLA y JULIO GUASCH

Los sulfamidados y antibióticos han modificado en forma esencial el curso clínico y el pronóstico en la mayoría de las enfermedades microbianas del niño. En distintas oportunidades hemos analizado la experiencia recogida en el tratamiento de los cuadros infecciosos más frecuentes de la patología infantil.

En el curso de los últimos años, con el aumento importante de nuestra casuística, nos ha resultado imperativa una revisión crítica de nuestros resultados, para hacer luz en la eficacia lograda por los distintos agentes y pautas terapéuticas.

El empiema pleural y las meningitis supuradas del lactante y niño mayor, la lúes congénita precoz y el tétanos del recién nacido, son entre otras, afecciones causadas por agentes microbianos sensibles a la moderna terapéutica antiinfecciosa. Estas distintas enfermedades constituyen en nuestra experiencia, un material lo suficientemente numeroso como para deducir de él conclusiones acerca de la acción obtenida por la actual quimioterapia.

La exposición de nuestros resultados, así como las indicaciones terapéuticas que de ellos se desprenden, pueden tener carácter transitorio, dado el constante incremento de conocimientos nuevos en la farmacología antimicrobiana. Creemos sin embargo, que en esta exposición, se establece la evolución clínica y pronóstica que han adquirido actual-

mente algunas infecciones graves del niño, muy diferentes a las que enseñó la patología clásica. Asimismo pensamos que esta recopilación nos proporcionará el mejor padrón comparativo para juzgar en el futuro la eficacia de nuevos avances terapéuticos.

I. TRATAMIENTO CON PENICILINA DEL EMPIEMA PLEURAL EN LA INFANCIA

EL EMPIEMA PLEURAL DEL NIÑO es una de las enfermedades cuyo tratamiento ha experimentado un cambio revolucionario con el uso de la penicilina.

Nuestra experiencia se inició en el año 1944 y ha sido ya motivo de dos comunicaciones (Meneghello J. y colab., 1945, 1948). En la actualidad comprende 52 observaciones clínicas y en ningún caso hemos tenido la necesidad de recurrir al vaciamiento quirúrgico del pus pleural para obtener la curación.

Recordaremos que el tratamiento del empiema ha constituido hasta fecha muy reciente un problema grave, ya que la terapéutica médica y quirúrgica era de poca eficacia. Señalaremos que en el lactante la mortalidad oscilaba entre 50 y 74 %. En el niño de 1 a 2 años era de 32 a 59 %, y sobre los 3 años de edad, la mortalidad ya descende con más rapidez (Finkelstein H., 1941; Mc Enery y Brenemann J., 1944; Holt y Howland, 1943; Jiménez B., 1941; Inostroza A., 1941; Salleres A., 1943). No obstante, la mortalidad general en el niño ha sido siempre alta; las estadísticas chilenas de una década, hasta el año 1940, presentan una mortalidad general de 22 % en dos trabajos sobre 371 casos y 226 casos respectivamente (Inostroza A., 1941; Salleres A., 1943). En ambos la mortalidad de los primeros años es siempre mucho más elevada. Con la llegada de la quimioterapia a base de sulfonamidos se creyó que iba a cambiar totalmente el tratamiento de esta afección. En realidad, a pesar de algunas publicaciones favorables (Rosado R. y González P., 1947; Montero N., 1947), los resultados estaban lejos de ser satisfactorios y generalmente se considera que no hubo una modificación importante en la mortalidad ni en el plan del tratamiento clásico.

El cambio revolucionario introducido por la penicilina, según nuestra experiencia, está representado por sus resultados magníficos en la cifra de mortalidad, antes terriblemente alta; por su efecto muy rápido en el estado general del niño, que en pocos días deja de parecer enfermo, por el notable acortamiento en los plazos de curación y por la simplificación de la técnica terapéutica.

En la revisión de la literatura sobre tratamiento del empiema con penicilina, a nuestra disposición, nos ha sorprendido la relativa exigüidad de la casuística publicada, hecho que seguramente debe su explicación a la menor frecuencia del empiema, desde que la afección neumónica

primaria se trata con sulfas y penicilina. En las publicaciones de habla inglesa hemos encontrado tres trabajos, dos norteamericanos y uno británico del año 1947 (Prince G. y Temple W., 1947; Davis W y colab., 1947; Chaplin A., 1947), que suman 37 casos. Practican vaciamiento quirúrgico complementario en aproximadamente la mitad de ellos, y del total fallece sólo un niño que había ingresado 36 horas antes al hospital. En "Annales Paediatrici" del año 1948 aparece una comunicación con 33 niños, de los cuales mejoran 29 en un plazo medio de 14 días, sin intervención operatoria (Von Tea Oberhofer-Sik, 1948). En la literatura sudamericana, exceptuando los relatos de casos aislados, hemos encontrado sólo una publicación uruguaya que hace breve referencia a 7 casos tratados con penicilina, de los cuales fallecen 2 niños que no pudieron recibir un tratamiento correcto (Portillo J., 1946).

La experiencia chilena en niños, excluyendo la nuestra, comprende 4 comunicaciones (Ariztía A. y Amenábar E., 1946; Ortega R. y Quiroga J., 1946; Parada F. y Hernández R., 1947; González M., 1944; Valdivieso R. y colab., 1948), que suman 43 casos de empiema tratados con penicilina, que unidos a los que en este relato exponemos, totalizan una casuística de 95 observaciones tratadas en forma análoga. En esta experiencia fallecen 5 niños, pero la cifra de mortalidad global debe ser corregida si se tiene presente que en 4 de ellos había circunstancias agravantes extraordinarias; uno llegó en estado agónico al hospital, otro presentaba una desnutrición extrema ("consunción"), el tercero era un lactante de 2 meses cuyo empiema fué debido a infección mixta por tres gérmenes, y el cuarto un niño mayor con anasarca, tratado como renal, fuera del hospital, con abandono del empiema. La cifra de mortalidad global corregida es de 1,05 %, y la no corregida es de 5,26 %. En todos estos casos la base del tratamiento ha sido la penicilina por vía endopleural, y sólo en un niño (empiema estafilocócico con infección secundaria del escherichia coli), hubo necesidad de recurrir al drenaje quirúrgico para obtener la curación.

Las observaciones clínicas que motivan esta presentación están constituidas por 52 niños de 2 meses a 12 años de edad. La gran mayoría (37 casos), son menores de 3 ½ años, época de la vida en que el proceso adquiere la mayor importancia por su gravedad y frecuencia. Generalmente han sido niños con deficiente estado nutritivo, en que el cuadro clínico era con frecuencia grave, secundario a proceso pulmonar agudo de tipo neumónico o bronconeumónico, y cuyo agente causal obtenido por cultivo del pus pleural ha sido el neumococo en 22 casos, el estafilococo en 5 casos y en los 25 restantes el pus era estéril. Este elevado porcentaje de cultivos negativos debe ser atribuido al tratamiento previo con sulfonamidos o penicilina.

El tratamiento ha constituido (Cuadro N° 1), fundamentalmente, en la inyección de la penicilina intrapleural y en la evacuación del pus

mediante punción. Sólo en 20 niños se agregó penicilina por vía intramuscular, y esta asociación se estimó conveniente en los casos más graves, en que habían signos alarmantes de intoxicación y anorexia; también en aquellos niños con estado distrófico grave o con procesos mórbidos concomitantes susceptibles de ser tratados con penicilina. Por razones análogas se agregó sulfonamidoterapia oral en los casos con procesos intercurrentes y en los que mostraban signos de persistir el foco neumónico cuando se empezó a tratar el empiema. Aparte de una alimentación correcta, se emplearon transfusiones sanguíneas y vitaminas como tratamiento complementario. En algunos niños con neumotórax residual y ya curados de su empiema, se indicaron ejercicios respiratorios mediante la simple insuflación de un balón de caucho, con el objetivo de completar la reexpansión del pulmón.

CUADRO N° 1

Esquema del tratamiento con penicilina en 52 casos de empiema pleural

<i>Penicilina intrapleural y evacuación del pus</i>	Dosis por inyección: 50.000 U. generalmente (20-200.000). Número de punciones: Alrededor de 4 (el 50 % menos de 4). Ritmo de punciones: Cada 2-5 días (más frecuentes los primeros días). Dilución: 1.000-2.500 U. (hasta 10.000 U.). Evacuación del pus: máxima en cada punción.
<i>Penicilina intramuscular: 20 casos</i>	Casos más graves: Intoxicación y anoxemia. Distróficos acentuados. Enfermedades asociadas penicilinosensibles.
<i>Sulfamidoterapia oral</i>	Foco pulmonar persistente. Procesos intercurrentes.
<i>Medidas generales</i>	Alimentación correcta. Transfusiones sanguíneas. Vitaminas (C y D).
<i>Ejercicio respiratorio</i>	Neumotórax residual (balón).

La dosis de penicilina intrapleural ha sido, generalmente, de 50.000 unidades repetidas cada dos a cinco días. En la mayoría de los casos se han efectuado alrededor de 4 inyecciones endopleurales; en el 50 % de los casos menos de 4, y en 5 niños ha bastado con una sola punción evacuadora seguida de la inyección de penicilina para obtener la curación.

El criterio que hemos tenido para determinar la frecuencia y los intervalos de las inyecciones se ha fundado principalmente en el estado clínico del enfermo, y también en la evolución radiológica del derrame. Complementando este criterio investigamos en tres casos, el tiempo que dura un nivel útil de penicilina en el exudado pleural. En estas determinaciones se comprobó que hasta el quinto día después de una inyección de 50.000 unidades de penicilina, se mantiene una concentración terapéutica (valores de 0,09 a 0,18 unidades O. al quinto día), y que desaparece al sexto día.

La dosis de penicilina intrapleural usada con más frecuencia fué la

de 50.000 unidades como ya dejamos señalado, pero desde que aumentó la disponibilidad de la droga y bajó su precio, hemos usado, en ocasiones, dosis más altas (100-200.000 unidades), con el objeto de obtener una acción antibiótica más intensa y un margen de seguridad mayor sobre cepas microbianas menos sensibles a la penicilina, especialmente si se trata de estafilococos. En los niños mayores se agrega la consideración de que el mayor tamaño del tórax determina una menor concentración de penicilina al difundirse en el exudado pleural.

La dilución en que se ha usado la penicilina endopleural ha sido de 1.000 a 2.500 unidades por cm^3 , pero en ocasiones se han usado 5.000 y 10.000 unidades por cm^3 .

CUADRO N° 2

Resultados del tratamiento con penicilina en 52 casos de empiema pleural

<i>Edades</i>	2 meses a 3 ½ años: 37 casos. 4 a 12 años: 15 casos.
<i>Mortalidad: 0</i>	(2 casos fallecidos con tuberculosis pulmonar grave en autopsia).
<i>Mejoría de estado general</i> ..	Una semana generalmente.
<i>Temperatura normal</i>	Sólo febrícula 1-2 semanas.
<i>Desaparición radiológica del derrame</i>	20-40 días en la gran mayoría.
<i>Secuelas torácicas</i>	10 casos con discretas retracciones al alta.
<i>Esterilidad del pus</i>	Generalmente después de la primera inyección de penicilina. Neumococo, 22 casos. Estafilococ, 5 casos. Cultivo negativo, 25 casos.

Los resultados (Cuadro N° 2), que podemos calificar de excelentes, se resumen en los siguientes hechos:

1° Mortalidad: no falleció ningún niño.

2° Mejoría rápida del estado general: en el plazo medio de una semana se ha producido la recuperación del estado psíquico, apetito, fascies, respiración, etc. La temperatura, generalmente mediana o baja se reduce a febrículas que desaparecen entre una y dos semanas, en la gran mayoría de los casos.

3° Desaparición radiológica del derrame en lapsos de 20 a 40 días, en la generalidad de los casos. Persiste con frecuencia una sombra de engrosamiento pleural que se va borrando gradualmente, y en ocasiones un pequeño neumotórax enquistado que también desaparece espontáneamente.

4° Ausencia de secuelas torácicas de importancia: en 10 casos se observaron discretas retracciones del hemitórax, algunas de ellas presentadas desde su ingreso al hospital.

5° Esterilidad del pus: después de la primera inyección de penicilina generalmente.

En el cuadro adjunto (Cuadro N° 3), pueden verse los detalles más importantes del tratamiento y sus resultados en los 52 niños.

CUADRO N° 3

Tratamiento con penicilina y resultados en 52 casos de empiema pleural

N°	Edad	Agente microbiano	N° inyec.	Dosis inyec.	Dosis intram.	Ritmo inyec.	Mejoría estad. gral.	Temp. norm.	Desap. radiol.	Pus estéril
1	2 m.	Estafilococo	3	50.000	—	c/. 1-4 d.	1 d.	3 d.	18 d.	Post. 2ª inyección
2	6 m.	—	2	40.000	440.000	c/. 1 d.	*	*	16 d.	Cultivo
3	10 m.	Neumococo	4	20.000	—	c/. 1-5 d.	5 d.	Afebril	25 d.	2ª inyección
4	8 m.	Neumococo	3	50.000	1.350.000	c/. 1-2 d.	Lenta	Afebril	13 d.	1ª inyección
5	1 a.	Neumococo	3	50.000	—	c/. 2-9 d.	—	Afebril	50 d.	1ª inyección
6	1 a.	—	1	50.000	—	—	2 d.	5 d.	30 d.	Cultivo (—)
7	1 a.	—	3	50.000	720.000	c/. 3 d.	2 d.	*	12 d.	Cultivo (—)
8	1 a. 2 m.	—	2	50.000	200.000	c/. 3 d.	—	Afebril	14 d.	Cultivo (—)
9	1 a. 2 m.	Neumococo	7	50.000	—	c/. 1-4 d.	17 d.	11 d.	42 d.	4ª inyección
10	1 a. 3 m.	Neumococo	3	30.000	—	c/. 2 d.	7 d.	10 d.	22 d.	1ª inyección
11	1 a. 2 m.	**	5	100-200.000	3.200.000	c/. 3-4 d.	9 d.	15 d.	60 d.	Cultivo (—)
12	1 a. 3 m.	Neumococo	6	20.000	345.000	c/. 1-2 d.	10 d.	20 d.	40 d.	Cultivo (—)
13	1 a. 4 m.	—	2	20-40.000	—	c/. 1 d.	7 d.	5 d.	20 d.	Cultivo (—)
14	1 a. 6 m.	Neumococo	7	20.000	—	c/. 1-2 d.	7 d.	7 d.	40 d.	1ª inyección
15	1 a. 6 m.	Estafilococo	4	100.000	240.000	c/. 3-6 d.	5 d.	*	43 d.	3ª inyección
16	1 a. 6 m.	—	3	50.000	1.000.000	c/. 3 d.	12 d.	10 d.	16 d.	Cultivo (—)
17	1 a. 9 m.	Neumococo	5	50.000	—	c/. 6-8 d.	3 d.	20 d.	25 d.	1ª inyección
18	1 a. 10 m.	Neumococo	9	10-15.000	—	c/. 1 d. y diar.	9 d.	2 d.	33 d.	1ª inyección
19	1 a. 10 m.	Estafilococo	2	50-100.000	640.000	diarias	2 d.	6 d.	20 d.	1ª inyección
20	1 a. 9 m.	***	5	50.000	2.500.000	c/. 1-5 d.	Lenta (neumo)	Recidiva	30 d.	Cultivo (—)
21	2 a.	Neumococo	12	20.000	—	c/. 1 d. y diar.	7 d.	3 d.	40 d.	1ª inyección
22	2 a. 3 m.	—	2	100.000	70.000	c/. 5 d.	7 d.	4 d.	29 d.	Cultivo (—)
23	2 a.	—	4	30-50.000	—	c/. 2-6 d.	7 d.	Afebril	28 d.	Cultivo (—)
24	2 a. 6 m.	Neumococo	4	20.000	—	c/. 1-2 d.	7 d.	13 d.	30 d.	1ª inyección
25	2 a.	Estafilococo	5	100.000	—	c/. 3 d.	13 d.	16 d.	30 d.	4ª inyección
26	2 a. 8 m.	Neumococo	2	50.000	240.000	c/. 3 d.	3 d.	*	30 d.	Cultivo (—)
27	3 a.	Neumococo	4	20.000	—	diarias	7 d.	2 d.	4 d.	2ª inyección
28	3 a.	—	2	100.000	—	c/. 5 d.	4 d.	4 d.	26 d.	Cultivo (—)

CUADRO N° 3 (Continuación)

N°	Edad	Agente microbiano	N° inyec.	Dosis inyec.	Dosis intram.	Ritmo inyec.	Mejoría estad. gral.	Temp. norm.	Desap. radiol.	Pus estéril
29	3 a.	Neumococo	3	50.000	—	c/. 10 d.	5 d.	40 d. (febrícula)	60 d.	?
30	3 a. 3 m.	—	3	50.000	—	c/. 4-5 d.	6 d.	14 d.	30 d.	Cultivo (—)
31	3 a. 6 m.	Estafilococo	9	20.000	—	c/. 2 d.	Lenta (tbc)	6 d.	42 d.	4ª inyección
32	3 a. 6 m.	Neumococo	11	20.000	—	c/. 2-3 d.	10 d.	10 d.	44 d.	1ª inyección
33	3 a. 6 m.	—	6	50.000	—	c/. 1-6 d.	2 d.	20 d.	35 d.	Cultivo (—)
34	3 a.	—	1	40.000	—	—	Bueno	7 d.	7 d.	Cultivo (—)
35	3 a.	—	1	50.000	—	—	3 d.	5 d.	7 d.	Cultivo (—)
36	5 a.	Neumococo	9	30.000	—	c/. 1-4 d.	7 d.	3 d.	42 d.	1ª inyección
37	6 a.	—	5	200.000	3.200.000	c/. 1-8 d.	1 d.	1 d.	45 d.	—
38	8 a.	—	2	100-200.000	1.680.000	c/. 1 d.	14 d.	17 d.	25 d.	Cultivo (—)
39	8 a.	**	5	100-200.000	2.240.000	c/. 2-7 d.	10 d.	14 d.	70 d.	Cultivo (—)
40	12 a.	Neumococo	3	80.000	4.480.000	c/. 1 d.	12 d.	12 d.	16 d.	1ª inyección
41	3 a.	**	4	40.000	—	c/. 8 d. y diar.	4 d.	8 d.	80 d.	Cultivo (—)
42	3 a.	—	3	50-100.000	200.000	c/. 3 d.	7 d.	—	20 d.	Cultivo (—)
43	4 a.	Neumococo	3	40.000	360.000	diarias	11 d.	4 d.	30 d.	1ª inyección
44	4 a.	—	5	30.000	—	diarias	8 d.	2 d.	60 d.	Cultivo (—)
45	4 a.	—	1	100.000	640.000	—	2 d.	8 d.	22 d.	Cultivo (—)
46	4 a. 6 m.	Neumococo	1	50.000	—	—	6 d.	Afebril	16 d.	—
47	6 a.	Neumococo	5	20.000	—	diarias	14 d.	14 d.	30 d.	2ª inyección
48	6 a.	Neumococo y Coli	7	100-200.000	2.000.000	c/. 1-2 d.	6 d.	*	50 d.	Cultivo (—)
49	7 a.	Neumococo	5	20-40.000	—	c/. 1 d. y diar.	3 d.	2 d.	25 d.	?
50	7 a.	***	5	20-50.000	640.000	c/. 1-3 d.	Lenta *	15 d.	35 d.	Cultivo (—)
51	7 a.	**	7	20-30.000	—	c/. 1-2 d.	—	1 d.	4 d.	Cultivo (—)
52	9 a.	Neumococo	3	20-30.000	1.000.000	c/. 1-2 d.	2 d.	6 d.	60 d.	1ª inyección

* Asociación con otras enfermedades (bronconeumonía intercurrente, disentería, abscesos subcutáneos, estado gripal).

** Técnica empleada defectuosa: intervalos entre las punciones demasiado largos; en 2 casos se permitió la formación de un gran neumotórax.

*** Recidiva del empiema por tratamiento incorrecto explicado en el texto.

En las observaciones N^o 11, 39, 41 y 51 la desaparición radiológica del derrame se prolongó más tiempo del señalado, pero en estos casos la técnica empleada fué francamente incorrecta: los intervalos entre las punciones fueron demasiado largos (25 y 50 días de intervalo), esperando un tiempo excesivo por la reabsorción espontánea del derrame. En los casos N^o 20 y 50 hay recidiva del empiema, también por defectos graves de técnica; en el primero se cometió el error de permitir, durante las maniobras de aspiración del pus, la formación de un gran neumotórax a presión que exigió repetidas punciones descompresoras, y al recidivar el empiema el niño es retirado del hospital. En el segundo, se dió de alta al niño prematuramente, con un pequeño derrame que meses después se reagudiza, pero con simple reposo, nuevamente en el hospital, desaparece con rapidez.

PLAN DE TRATAMIENTO Y SU PRACTICA CLÍNICA

La observación de algunos casos de empiemas pleurales en los que el tratamiento con penicilina y punciones ha tenido sólo un éxito parcial, ya sea por la prolongación excesiva en la persistencia del derrame, o por falta de mejoría en el estado general del niño o aún por la recidiva del empiema, nos induce a precisar los detalles del plan de tratamiento que, según nuestra experiencia, debe seguirse. En este caso, como en cualquier tratamiento, sólo puede decirse que se aplica cuando se aplica bien. En las observaciones aludidas se ha incurrido en errores, a veces fáciles de cometer, que deben evitarse.

1^o *Punción pleural*: La primera punción, hecha a veces con fines diagnósticos, ya puede ser terapéutica y la solución de penicilina estará preparada. Se puncionará en la zona torácica que el examen físico y radiológico indique como la más conveniente, previo cumplimiento de las condiciones de asepsia y antisepsia que son de rigor.

Debe usarse un trócar con dispositivo de llave para evitar la entrada de aire y la formación consiguiente de un neumotórax. Debemos decir que un neumotórax de pequeño grado se produce casi siempre y no perturba los resultados del tratamiento. Es importante la posición del niño, al que debe colocarse con flexión lateral del tronco para obtener una ampliación de los espacios intercostales. Importa que el trócar no tenga más de 5 cm de longitud cuando se trate de un lactante y de un niño pequeño. En los niños mayores obtenemos una sedación nerviosa previa con fenobarbital por vía oral, y sólo en ellos hacemos anestesia local con novocaína.

2^o *Aspiración del pus pleural*: Debe ser extraída la mayor cantidad posible, salvo en aquellos casos, por lo demás muy raros, en que se observen signos de colapso atribuibles a desviación del mediastino. En nuestra experiencia no hemos visto este accidente, a pesar de que con

gran frecuencia nuestros empiemas eran totales (opacidad total del hemitórax), y la cantidad de pus extraída era de 100 a 250 cm³ en lactantes, y de más de 500 cm³ en niños mayores. Practicamos siempre la aspiración con jeringa de 20 a 50 cm³, lo que evita el peligro de un vaciamiento rápido y permite la aspiración con una intensidad suficiente. Si la extracción del pus es escasa o nula debe orientarse el trócar en varios sentidos, con las precauciones necesarias para no herir el pulmón, después de asegurarnos con el mandril que no está el trócar obstruido. En aquellas ocasiones que por cualquier motivo (derrame laminar, enquistamiento, etc.), no se extrae pus, siempre debe inyectarse la penicilina. En algunos casos de empiemas no tratados y con paquipleuritis, hemos pinchado el pulmón, lo que se traduce porque el niño empieza a toser y expulsa desgarrado con estrías de sangre y penicilina, hecho que no ha tenido ninguna trascendencia y pasa en breves momentos.

Se enviará al laboratorio muestras de pus para identificar el agente microbiano y comprobar su desaparición en las punciones siguientes. La eventualidad de un germen resistente a la penicilina (Pfeiffer, colibacilo), exige la asociación con otras drogas como la estreptomocina.

La determinación de la sensibilidad microbiana a la penicilina, en la práctica se hace innecesaria con las dosis que usamos, y sólo será útil en los raros casos de gérmenes penicilinoresistentes en mayor o menor grado.

3º *Inyecciones de penicilina intrapleural*: Se practican después de extraído el pus, y cada vez que se puncione al niño. Se usarán 50.000 a 100.000 unidades en el lactante y niño pequeño, y 100.000 a 200.000 unidades en el niño mayor.

Las dosis altas están más indicadas en los empiemas estafilocócicos y en los casos que no presentan la rápida evolución esperada. La dilución se hará en suero fisiológico, en concentración de 2.500 a 5.000 unidades por cm³.

4º *Intervalos y frecuencia de las punciones*: El criterio para determinarlos se fundará en el estado general del enfermo (postración, disnea, fascies), y posteriormente en la evolución radiológica del derrame. Así, al iniciar el tratamiento se harán punciones cada 2 a 5 días. En los niños cuyo compromiso del estado general sea de cierta intensidad y el derrame abundante, pueden repetirse algunas punciones día por medio y en casos más extremos pueden hacerse diariamente. Recordaremos que en la mayoría de nuestros casos han bastado alrededor de 4 punciones para obtener la curación y que en la mitad de todos los casos se ha necesitado solamente de 1 a 3 punciones.

Los derrames pequeños y estériles que quedan cuando ya el enfermo está clínicamente sano, se reabsorben espontáneamente y no necesitan evacuación. Debemos advertir que la conducta de intentar la curación de cualquier empiema con una o dos punciones, imponiéndose una idea preconcebida, es peligrosa, ya que en casos con derrames más o menos

grandes, sólo se consigue que el exudado se reabsorba lentamente y se organice, con el peligro de la paquipleuritis y las retracciones torácicas. No debe indicarse un número rígido de punciones, y el criterio será el indicado anteriormente.

5º *Penicilina intramuscular*: Según nuestra experiencia, no es necesaria como indicación de rutina. La consideramos indicada en: a) casos de cierta gravedad: signos clínicos de anoxemia o intoxicación; b) niños con distrofia acentuada; c) enfermedades asociadas penicilinosensibles.

6º *Sulfonamidoterapia oral*: Sus indicaciones están constituidas por los casos con persistencia del foco pulmonar neumónico, o con procesos intercurrentes.

7º *Medidas generales*: a) Alimentación correcta, de especial importancia en el lactante. b) Transfusiones sanguíneas: se harán de acuerdo con el grado de anemia que es frecuente en estos enfermos. c) Vitaminas C y D.

8º *Ejercicios respiratorios*: En los niños con neumotórax residual, y ya curados de su empiema, se indican ejercicios respiratorios mediante la simple insuflación de un balón de caucho, con el objeto de completar la reexpansión pulmonar.

9º *¿Cuánto tiempo debe esperarse antes de pensar en llamar al cirujano?* No hemos tenido en ningún caso la necesidad de llegar al vaciamiento quirúrgico del pus pleural, de modo que, según nuestra experiencia, este problema no existiría y corresponde sólo a la sobrevivencia teórica de la situación que se planteaba antes del uso de la penicilina. Naturalmente, no negamos que pueda presentarse la necesidad de tratamiento quirúrgico complementario en ciertos casos, y de hecho otros autores siguen operando bastantes empiemas tratados con penicilina.

BIBLIOGRAFIA

1. *Ariztía, A. y Amenábar, B.*—Tratamiento del empiema en el niño con penicilina. "Rev. Chil. de Ped.", 1946; 17, 73.
2. *Chaplin, A.*—Empyema Thoracis in Infants and Children. "Arch. of Dis. in Child.", 1947; 22, 91.
3. *Davis, W. S.; Hyman, M. E. y Ruhstaller, F. D.*—Penicillin as an aid in the treatment of primary staphylococcus pneumonia with empiema. "J. of Pediat.", 1947; 30, 55.
4. *Finkelstein, H.*—Tratado de las enfermedades del lactante. Ed. Labor, 1941.
5. *González, M.*—Penicilina y su aplicación en la infancia. "Rev. Chil. de Ped.", 1944; 15, 719.
6. *Holt y Howland, J.*—Tratado de Pediatría. Ed. Hispanoamericana, 1943.
7. *Inostrosa, A.*—Tratamiento quirúrgico del empiema en el niño. "Rev. Chil. de Ped.", 1941; 4, 288.
8. *Jiménez, B.*—Empiema en el niño con tratamiento médico. "Rev. Chil. de Ped.", 1941; 12, 294.
9. *Mc Enery y Brennemann, J.*—Practice of Pediatrics. Ed. W. F. Prior Co.
10. *Meneghello, J.; Undurraga, O. y Gil, G.*—Penicilina en el tratamiento del empiema pleural de la infancia. "Rev. Chil. de Ped.", 1945; 16, 1121.
11. *Meneghello, J.; Gil, G. y Undurraga, O.*—Penicilina en el tratamiento del empiema pleural de la infancia. "Rev. Méd. de Chile", 1948; 4, 201.

12. *Montero, N.*—Tratamiento conservador del empiema pleural. "Acta Pediat. Españ.", 1947; 56, 913.
13. *Ortega, R. y Quiroga, J.*—Experiencia con la penicilina: II. Empiema pleural. "Rev. Chil. de Ped.", 1946; 17, 300.
14. *Parada, F. y Hernández, R.*—Empiema estafilocócico en el lactante. "Rev. Chil. de Ped.", 1947; 18, 895.
15. *Portillo, J.*—Curso de Perfeccionamiento. Inst. de Ped. e Hig. Infantil. 1946, Montevideo, Uruguay.
16. *Prince, y G. Temple, W.*—Penicillin in Treatment of Empyema in Children. Am. J. of Dis. of Child., 1947; 74, 447.
17. *Rosado, R. y González, O. P.*—Aportación al tratamiento conservador de las supuraciones pleuropulmonares de la infancia. "Acta Pediat. Españ.", 1947; 50, 167.
18. *Salleres, A.*—El empiema pleural en la infancia. "Arch. Hosp. Roberto del Río", 1943; t. XI, n° 2, p. 101. (Chile).
19. *Valdivieso, R.; Sepúlveda, G. y Ramírez, R.*—La penicilina intrapleural en el tratamiento del empiema agudo no tuberculoso. "Rev. Méd. de Chile", 1948; 4, 185.
20. *Von Tea Oberhofer-Sik. Zagreb.*—Das Empyem der Pleurahöhle bei Kindern und dessen erfolgreiche Behandlung mit Penicillin. "Ann. Pediatrici. 1948; vol. CLXX, 4, 200.

II. QUIMIOTERAPIA ASOCIADA EN LAS MENINGITIS AGUDAS PURULENTAS DE LA INFANCIA

Los sulfamidados, la penicilina, la estreptomina y en forma más precisa la asociación de algunos de estos medicamentos, han modificado fundamentalmente el curso y pronóstico sombrío que antes tuvieron las meningitis purulentas en el niño.

La sulfamidoterapia parece haber resuelto el problema de las meningitis meningocócicas. Su eficacia se comprobó ampliamente en la epidemia que hubo en nuestro país entre los años 1941 y 1943.

La asociación de penicilina y sulfamidados, en la experiencia de algunos investigadores (Hoyne y Brown, 1948); Dowling y colab., 1949), no permite deducir aún conclusiones favorables para la necesidad de su uso rutinario.

La meningitis neumocócica sometida a sulfamidoterapia exclusiva experimenta un descenso apreciable en sus cifras de mortalidad, entre el 50 y 60 %, en la experiencia de Levinson (1945); Hodes y colab. (1943), utilizando sulfamidados asociados a sueroterapia, obtienen resultados variables, apreciándose la mayor mortalidad entre los lactantes; Banfi (1946), señala en un material de 39 niños, hechos similares.

Posteriormente la asociación de penicilina a distintos sulfamidados ha contribuido a mejorar aún más notoriamente el pronóstico de las meningitis neumocócicas; en este sentido la información bibliográfica es amplia y en ella se destaca la indicación importante de utilizar la vía intratecal en la administración de penicilina. (Waring y Smith, 1945; Hutchins y Davies, 1945; Rose y Burke, 1946; González Aguirre y colab., 1946; Del Carril y colab., 1946; Bonaba y colab., 1948; González R., 1946; Ortega, 1947; Blanco y colab., 1946). En 1946, al analizar este mismo problema, llegábamos a idénticas conclusiones (Meneghello y

colab.). Sin embargo, los trabajos más recientes (Lowery y Quilligan, 1948; Bonaba y Portillo, 1948; Valdés y colab., 1948; Dowlin y colab., 1949), tienden a desestimar la importancia de la quimioterapia intratecal.

Los sulfamidados en asociación al suero específico de conejo (Alexander, 1944), o a la penicilina (Bonaba, 1946; Meneghello y Sudzuki, 1947), han demostrado eficacia importante en el tratamiento de la meningitis a *Hemophilus influenzae*; estos resultados han sido netamente superados con el advenimiento de la estreptomycin, droga que puede estimarse específica para esta afección.

Nuestra experiencia en el tratamiento de las meningitis supuradas agudas de la infancia, se basa fundamentalmente en la observación de 163 pacientes hospitalizados en el período comprendido entre los años 1945 y 1948.

El análisis de nuestro material nos reveló una preponderancia manifiesta de casos en los dos primeros años de vida, período en el que se consignan 120 observaciones; sabida la importancia que presenta la menor edad en el pronóstico y curso de las meningitis, hemos resuelto establecer un criterio cronológico para juzgar la eficacia terapéutica. En el cuadro siguiente se expone la distinta edad y diferente etiología advertida en nuestros casos de meningitis.

CUADRO N° 1

Edad y agente etiológico en 163 casos de meningitis agudas supuradas

<i>Agente etiológico</i>	<i>Menor de dos años</i>	<i>Mayor de dos años</i>
Neumococo	72	8
Meningococo	3	34
H. <i>Influenzae</i>	14	—
Estreptococo	3	—
Bacilos Gram (—)	3	—
Gérmenes no identificados	25	1
Totales	120	43

Analizaremos separadamente el curso seguido por las meningitis tratadas en estas dos épocas de la vida.

A) MENINGITIS EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

El mayor número de observaciones en este grupo de enfermos, corresponde a meningitis neumocócicas y sucesivamente y en orden decreciente de frecuencia a meningitis por germen no identificado, a *Hemophilus influenzae* y en cifras algo menores a estreptococo, meningococo y bacilos gram negativos.

1º Meningitis neumocócica

Fué la meningitis supurada más frecuente en nuestro material. En 1946 (Meneghello y colab.) relatamos nuestra experiencia en el trata-

miento sulfa-penicilina de un grupo relativamente pequeño de lactantes con meningitis neumocócica. Actualmente hemos reunido 72 casos, que han sido tratados en la misma forma.

El resultado general obtenido ha sido variable de uno a otro año, fluctuando las cifras depuradas de mortalidad (exclusión de 26 casos en que no podía apreciarse el efecto de la asociación quimioterápica) entre 28,5 % (1948) y 53,8 % (1945), con un promedio para el período en estudio de 41,3 %. La mortalidad depurada se mostró notoriamente más alta entre los lactantes menores de un año (47,2 %), en los mayores de esa edad alcanzó sólo al 25 %.

Hemos decidido referirnos en esta ocasión preferentemente al resultado que se obtuvo con el tratamiento combinado de sulfa y penicilina, por tanto al comentar resultados excluirémos 26 casos, que corresponden a enfermos que no recibieron este tipo de tratamiento (4 casos), o que fallecieron en las primeras 24 horas de hospitalizados (22 casos), antes que cualquier terapéutica pudiera medir su eficacia.

En 46 casos pudimos seguir la evolución de la enfermedad; en 19 de ellos condujo al fallecimiento y en los restantes a la curación definitiva con o sin secuelas. En general, entre los lactantes fallecidos, se advierte con frecuencia la iniciación tardía del tratamiento, motivada a su vez por consultas también tardías. En la evolución, se registra un porcentaje elevado de estados convulsivos (47,3 %) y se advierte compromiso psíquico marcado y frecuente (73,6 %). En 13 casos, la evolución fué de gravedad continua y en los restantes, el deceso se produjo en el curso de una recaída (en un caso, en la recaída había infección agregada a bacilo coli). La sobrevivida fluctuó entre 4 días y más de un mes (7 casos). En anatomía patológica, se comprobó en 16 oportunidades la existencia de infección meníngea activa, registrándose en 8 casos otros focos distintos de infección.

27 casos pueden considerarse mejorados con el tratamiento de asociación sulfa y penicilina. Cabe destacar en este grupo de enfermos, la precocidad de consulta, que se traduce en la iniciación temprana de la quimioterapia, que se establece en el 82,2 % antes del quinto día.

La evolución clínica en los casos mejorados se caracterizó por la regresión precoz del compromiso psíquico, en general, antes del cuarto día, y por la desaparición de la fiebre y signos meníngeos entre la segunda y tercera semana. Desde el día 17, como promedio no se advirtió pus en el líquido céfalorraquídeo. Debe señalarse que la existencia de cierto grado de rigidez de la nuca fué en ocasiones un síntoma imputable a la punción lumbar terapéutica y que no cabía atribuir a la infección meníngea misma, ya que otras manifestaciones de su actividad estaban en franca regresión.

En 13 casos, se asistió a recaída caracterizada por la reaparición de fiebre, pus en el líquido céfalorraquídeo y presencia inconstante de

signos meníngeos; en algunas oportunidades pareció existir relación entre la suspensión del tratamiento, en particular la penicilino-terapia intratecal y la aparición de tales incidentes.

Sanos y sin secuelas fueron dados de alta 17 niños. 18 casos han sido controlados en plazos variables, hasta dos años después del tratamiento, encontrándose en general desarrollo psicomotor satisfactorio, excepción de un caso en que se presentó sordera. En 8 casos restantes se advirtió la presencia de secuelas psíquicas de gravedad.

El tratamiento utilizado consistió en la asociación de sulfamidados, de preferencia sulfadiazina por vía oral, con penicilina intramuscular e intratecal. Los sulfamidados se administraron en forma prolongada entre 4 y 6 semanas, a dosis de 0,20 a 0,50 g por kilo de peso. La penicilina, se indicó en dosis fluctuantes entre 5.000 y 10.000 unidades por kilo de peso, en plazos que iban de 20 a 30 días, en promedio. En general en los últimos años con la mayor disponibilidad de esta droga hubo tendencia a su administración más prolongada y en dosajes más altos. La penicilina intrarraquídea se mantuvo en el curso de las dos primeras semanas, con un ritmo de una punción diaria, inyectándose entre 5.000 y 800.000 unidades, en concentraciones variables entre 1.000 y 10.000 unidades por cm^3 ; el número de punciones alcanzó a 23 en promedio.

Nuestra experiencia actual en algunos enfermos que han sido tratados con exclusión de la vía intratecal y con buenos resultados, está de acuerdo con los trabajos últimos de algunos autores que desechan la vía intrarraquídea para el tratamiento penicilínico de la meningitis neumocócica (Lowrey y Quilligan, 1948; Valdés y colab., 1948). Como resultado de estas últimas experiencias, hemos revisado aquellas observaciones en que la existencia en particular de recaídas parecía relacionarse con la suspensión del tratamiento penicilínico intratecal. La revisión de esta parte de nuestro material nos ha permitido señalar el dosaje paraentel reducido que indicáramos, insuficiente en algunas ocasiones para alcanzar niveles penicilínicos útiles en el canal raquídeo. Se explica entonces que en esas oportunidades la inyección intratecal de penicilina fuera indispensable para controlar los fenómenos de reactivación en la infección meníngea.

Con los antecedentes enunciados, últimamente hemos decidido aplicar nuevas normas en el tratamiento de la meningitis neumocócica, tendientes a eliminar la vía intratecal de administración de penicilina, aumentando notoriamente el dosaje paraentel de esta droga, que empíricamente hemos fijado en 40.000 unidades por kilo de peso.

2º *Meningitis estreptocócica*

Fueron observados 3 casos en lactantes menores de 2 meses, que recibieron la asociación sulfapenicilina, de acuerdo con las pautas tera-

péuticas habituales. Se obtuvo la curación total en una ocasión y en las restantes se asistió a la aparición de hidrocefalia.

3º *Meningitis meningocócica*

Tuvimos oportunidad de tratar 3 pacientes, de los cuales uno cura en forma rápida con tratamiento sulfamidado exclusivo y los dos restantes fallecen, después de haber sido sometidos a la asociación terapéutica sulfapenicilina; uno de estos decesos se produjo en el curso de las primeras 24 horas de hospitalización, a pesar de haberse indicado tratamiento intensivo.

4º *Meningitis con ausencia de germen*

En 25 enfermos no pudo certificarse bacteriológicamente la etiología de la infección meníngea, en 22 de ellos no se encontró nunca germen en el líquido céfallo-raquídeo y en los 3 restantes el germen no pudo identificarse.

En este grupo de enfermos se utilizó sulfamidados exclusivamente o en asociación a penicilina, droga que fué administrada por las vías intramuscular e intrarraquídea en dosis habituales. El tratamiento variado impide obtener conclusiones precisas respecto a su eficacia. La disponibilidad actual de estreptomycin creemos que plantea la indicación de una asociación triple de medicamentos en las meningitis graves que no precisen su etiología bacteriológica.

La mortalidad global en este tipo de meningitis fué de 32 %. La evolución fué muy distinta de uno a otro caso, mejorando algunos en forma rápida y otros en plazos más prolongados. Es posible que este distintos curso corresponda a infecciones meníngeas por gérmenes diferentes, probablemente meningococos en los casos más favorables y neumococos o hemophilus influenzae en los que presentaron evolución arrastrada.

En dos oportunidades se registraron secuelas, del tipo de la hidrocefalia, alteración que en uno de los enfermos se había constituido ya al ingreso. Dos enfermos dados de alta como sanos, presentaron posteriormente episodios convulsivos, que se interpretaron como secuela postmeningítica o efectos de hidrocefalia concomitante (hallazgo de autopsia).

5º *Meningitis por Hemophilus Influenzae*

En 1947 (Meneghello y Sudzuki), tuvimos oportunidad de apreciar los efectos de la asociación sulfa-penicilina en el control de un pequeño número de pacientes con meningitis a bacilo de Pfeiffer; actualmente hemos sometido a este mismo tratamiento 7 casos, obteniéndose la curación completa en dos oportunidades. Cuatro enfermos han recibido la asociación sulfa-estreptomycin, falleciendo uno de ellos y mejorando los restantes con secuelas importantes (hidrocefalia, daño encefálico, crisis convulsiva. En este grupo de enfermos la pauta terapéutica ha sido

similar a la indicada en los otros tipos de meningitis purulentas, utilizándose ya sea la penicilina o estreptomycin por las vías intramuscular e intratecal. Basados en la experiencia extranjera (Hoyne, 1948) y de acuerdo con las argumentaciones antes enunciadas, al formular una nueva normal terapéutica en las meningitis neumocócicas, hemos decidido eliminar también la vía intratecal para administrar estreptomycin en las meningitis a *hemophilus influenzae*; conjuntamente hemos indicado una dosis más alta de estreptomycin intramuscular, que arbitrariamente fijamos en 100 mg por kilo de peso.

6º *Meningitis por bacilos Gram negativos*

Aparte de las meningitis a *Hemophilus Inflenzae*, hemos tratado con la asociación sulfapenicilina, 3 casos de meningitis por gérmenes gram negativos, que correspondieron a infecciones meníngeas por bacilo de Friedlander, bacilo coli y *pseudomona aeruginosa* respectivamente. En las tres ocasiones se registró el fallecimiento de los enfermos.

B) MENINGITIS EN NIÑOS MAYORES DE DOS AÑOS

Este grupo incluye 43 observaciones, de las cuales 34 corresponden a meningitis meningocócicas y las restantes en su gran mayoría a meningitis neumocócicas.

1º *Meningitis meningocócicas*

El diagnóstico de esta afección no siempre tuvo certificación bacteriológica, muchas veces la sintomatología clínica (herpes, rash purpúrico) o la evolución benigna permitieron formular esta suposición diagnóstica. La edad de los pacientes fluctuó entre 2 y 12 años; el comienzo de la afección fué generalmente brusco y la hospitalización ocurrió precozmente, en promedio después de 2, 5 días de enfermedad. La sintomatología estuvo constituida por el síndrome meníngeo clásico, el compromiso psíquico fué frecuente (64,7 %), en 4 enfermos se presentaron crisis convulsivas.

El tratamiento se realizó en 12 pacientes con sulfamidas exclusivamente, en los restantes hubo asociación a penicilina intramuscular o intrarraquídea. La terapéutica sulfamídica se mantuvo en plazos variables en general inferiores a 12 días, con un promedio de administración de droga de 43 gramos. La penicilina se indicó en breves períodos, durante 4,1 días la vía intramuscular y 3 días la vía intrarraquídea.

En los resultados aparentemente no hubo diferencia entre la eficacia del tratamiento exclusivo o asociado de sulfa y penicilina.

Sólo se registró el fallecimiento de un enfermo que ingresó grave, con crisis convulsivas y que muere a las 28 horas de hospitalización.

La desaparición de la fiebre y signos meníngeos fué precoz; estos últimos tienen un promedio de duración de 6,4 días. La evolución en

general fué bastante favorable, pero en 4 enfermos se advierten secuelas importantes, un caso presentó estrabismo, dos sordera y 1, parálisis radial. Finalmente un paciente que había tenido una infección benigna y fué dado de alta sano, en el control practicado dos años más tarde se comprobó sordera que podía imputarse a una secuela meningítica.

2º *Meningitis neumocóccicas y a otro germen*

Ocho casos correspondieron a infecciones meníngeas por neumococo, en dos ocasiones la enfermedad estalló después de un traumatismo craneano, por tanto estas observaciones deben considerarse como meningitis traumáticas.

A excepción de dos casos, en los restantes se indicó la asociación terapéutica sulfapenicilina.

Los resultados fueron desfavorables, falleciendo 7 pacientes y el único mejorado lo hizo con secuelas graves (hemiparesia izquierda). En la necropsia de los fallecidos se comprobó la existencia de otras alteraciones de importancia aparte de la infección meníngea (bronconeumonía, hemorragia suprarrenal, glomérulonefritis, manifestaciones timolinfáticas).

Finalmente, una observación corresponde a meningitis traumática, en que no se encontró germen, tuvo evolución favorable, pero presentó recidivas de corta duración.

En suma, los sulfamidados y antibióticos han modificado fundamentalmente el curso clínico en las meningitis supuradas de la infancia. La eficacia de las distintas pautas terapéuticas están en íntima relación con la etiología de las infecciones meníngeas y con la edad del paciente. La asociación sulfapenicilina o la sulfamidoterapia exclusiva, alcanzan indistintamente éxitos espectaculares en el control de las meningitis meningocóccicas. Los sulfamidados asociados a la penicilina o estreptomycin, han mejorado apreciablemente el pronóstico de las meningitis por cocos gram positivos o bacilos gram negativos.

BIBLIOGRAFIA

1. Alexander, H.—Treatment of Type b. H. influenzae Meningitis. "J. Pediat.", 1944; 25, 517.
2. Alexander, H.—Streptomycin in Pediatrics. "J. Pediat.", 1946; 29, 192.
3. Banfi, R.—Comunicación personal, 1946.
4. Blanco, C.; Torre de, L.; Delledone, R.; Morano Brandy, G.; Ringuet, M. y Salas, M.—Siete casos curados de meningitis neumocóccica. "Arch. Arg. de Ped.", 1946; 30, 236.
5. Bonaba, J.—Tratamiento de la meningitis por H. influenzae. "Arch. Urug. de Ped.", 1946; 17, 321.
6. Bonaba, J.; Carrau, A.; Peluffo, E.; Saldún de Rodríguez, M. y Solovey, G.—"Arch. Urug. de Ped.", 1948; 19, 193.
7. Del Carril, M.; Foley, M. y Paz, B.—Tratamiento de las meningitis purulentas del lactante. "Arch. Arg. de Ped.", 1946; 25, 164.
8. Dowling, H.; Lewis, K.; Sweet, L.; Hirsh, H. y Lepper, M.—Infection of Central Nervous System. "J. A. M. A.", 1949; 139.
9. González Aguirre, S.; Reboiras, J.; Saborido, M. L. de y Barón, J.—Meningitis a neumococo en el lactante. Nuestros casos. "Arch. Arg. de Ped.", 1946; 26, 416.

10. *González, R. M.; Valdés, S. y Montes, O.*—Meningitis neumocócica. "Rev. Chil. de Ped.", 1946; 17, 621.
11. *Hodes, H.; Smith, M. e Ickes, H.*—Sixty cases of Pneumococcic Meningitis Treated with Sulfanamides. "J. A. M. A.", 1943; 121, 1334.
12. *Hoyne, A. y Brown, R.*—Intrathecal Therapy not Required for Influenzae Meningitis. A report of 28 cases. "J. A. M. A.", 1948; 136, 597.
13. *Hoyne, A. y Brown, R.*—727 Meningococcic cases: An Analysis. "Ann. of Int. Med.", 1948; 32, 248.
14. *Hutchins, G. y Davis, J.*—Penicillin Treatment of Pneumococcic Meningitis in Infants. "J. Pediat.", 1945; 27, 505.
15. *Levinson, A.*—Meningitis. Breneman's Practice of Pediatric. Ed. W. F. Prior. Co. Inc. Hagerstown, 1945.
16. *Lowery, G. y Quilligan, J.*—The treatment of pneumococcal Meningitis without Intrathecal Penicillin. "J. Pediat.", 1948; 33, 336.
17. *Meneghelo, J.; Fabres, M.; Aguilo, C. y Montenegro, A.*—Meningitis neumocócica en el lactante. "Rev. Chil. de Ped.", 1946; 17, 575.
18. *Meneghelo, J. y Sudzuki, G.*—Meningitis a B. de Pfeiffer. "Rev. Chil. de Ped.", 1947; 18, 20.
19. *Ortega, R. y Rojas, J.*—Experiencia de la penicilina en meningitis neumocócica. "Rev. Chil. de Ped.", 1947; 17, 655.
20. *Ross, S. y Burke, F.*—Pneumococcus Meningitis in Infants and Children. A Report of the Use of Combined Sulfonamides and Penicillin Therapy. "J. Pediat.", 1946; 29, 737.
21. *Valdés, J. M.; Aguirre, M. L. y Oliver, M.*—Tratamiento conservador de las meningitis purulentas. "Arch. Arg. Ped.", 1948; 30, 149.
22. *Warring, A. y Smith, M.*—Combined Penicillin and Sulfonamide Therapy. In the Treatment of Pneumococcic Meningitis. "J. A. M. A.", 1944; 126, 418.

III. PENICILINA EN EL TRATAMIENTO DE LA LÚES CONGENITA DEL LACTANTE

La evolución de la lúes sometida a tratamiento puede terminar en la curación biológica, que constituye el desiderátum, por cuanto se alcanza así la eliminación del treponema. Esta es la meta ideal en cualquier tratamiento antisifilítico; sin embargo, en ocasiones como en la lúes terciaria y en la lúes congénita tardía, la seropositividad a veces no se modifica y por tanto la curación biológica no se asegura.

Es ampliamente conocido el hecho de que la remisión clínica inmediata puede alcanzarse con distintas terapéuticas. Sin embargo, el tratamiento con treponemicidas eficaces y sometido a ciertas pautas es capaz de terminar en la curación biológica. Este es el resultado de los mecanismos inmunitarios de la sífilis, que exigen la respuesta defensiva del retículo endotelio para asegurar la curación definitiva (Stokes y colab., 1945); esta respuesta se obtiene en un período más o menos tardío durante el cual puede ser necesario la repetición de curas de consolidación, hasta que el treponema sea totalmente eliminado del organismo.

Antes de 1945, fecha en que se obtiene por primera vez experiencia clínica en el control de la lúes con penicilina, la terapéutica antisifilítica no lograba solucionar diversos problemas. Los tratamientos eran mixtos y prolongados, corriéndose el peligro de curas ineficaces por falta de continuidad. Los esfuerzos destinados a eliminar estos inconvenientes, se han orientado a administrar en breve plazo, dosis masivas de treponemicidas; sin embargo, estos tratamientos aún realizados en forma cautelosa, se

han seguido de accidentes tóxicos que pueden revestir gravedad y aún llevar al deceso (Stokes y colab. 1945).

La penicilina ha resuelto muchos de los problemas que plantea un buen tratamiento específico. Es una droga atóxica, que puede administrarse en dosis altas sin peligros y en plazos breves. Aun cuando se han obtenido con la penicilina resultados satisfactorios, debe siempre tenerse presente que toda la experiencia con este antibiótico es reciente, de tal modo que será el control alejado le que determine la eficacia de su acción terapéutica.

Desde junio de 1943, en que Mahoney y colab. informaron acerca de la acción eficaz que tenía la penicilina en el tratamiento de la sífilis, la experiencia con este nuevo treponemicida se ha acrecentado enormemente. En 1948, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norte América, resumió cuatro años de experiencia en el tratamiento penicilínico de cerca de 500.000 luéticos; en esta oportunidad se señaló la necesidad de utilizar a la penicilina como única droga antiluética para conocer así en forma precisa el verdadero alcance de su acción específica. Naturalmente esta es una indicación general, siendo obvio que en casos particulares, la serorresistencia o las recaídas determinen la asociación con otros medicamentos.

Puede decirse que la inmensa mayoría de las formas clínicas de la sífilis son susceptibles de tratarse con éxito con la penicilina; en especial en la sífilis de la embarazada con sus particulares problemas de la prevención del recién nacido y en las formas primarias precoces del adulto se han obtenido los resultados más halagadores, con éxitos en cerca del 100% de los casos (Sulzberger y Wolf, 1948). En la sífilis congénita precoz la acción treponemicida ha sido evidente, pero por razones propias de la naturaleza septicémica de la enfermedad, en un período de la vida en que las defensas no están aún perfeccionadas, los resultados no han sido completamente satisfactorios. Los porcentajes de curación fluctúan entre el 70 y 90 % (Platou y colab., 1946). La lúes congénita tardía también se ve influenciada favorablemente por la penicilina, pero dada la inmunología propia de este período de la enfermedad, muchas veces no se alcanza la curación biológica (Platou y Kometani, 1948), situación que también se registró con las terapéutica antiguas.

En la lúes congénita precoz que se somete a tratamiento penicilínico, ha llamado la atención la elevada mortalidad de los pacientes; así Platou y colab. (1946), en su material registran un 12,58 % de fallecimientos, cifra semejante a la observada en el curso del tratamiento con arsenicales. Generalmente es el estado nutritivo comprometido en forma intensa quien origina directa o indirectamente, al través de interurrencias infecciosas la elevada mortalidad.

La atoxicidad de la penicilina ha hecho posible el ensayo de tratamientos masivos, en que se reduce tanto el número de las inyecciones

como el plazo del tratamiento. En este sentido, se está adquiriendo experiencia favorable con la utilización de la penicilina de absorción lenta. Aun cuando con este método no existen en la actualidad conclusiones definitivas, los informes preliminares han sido satisfactorios. Eagle y colab. (1947), señalan que unidad por unidad, en la sífilis experimental del conejo, resultan ser más efectivas las penicilinas lentas oleosas que las acuosas. Thomas, Landy y Cooper (1947), tratan con resultados muy favorables 802 pacientes utilizando penicilina oleosa durante 8 días, hasta totalizar 4.800.000 unidades. Los efectos benéficos se obtuvieron en el 93,2 %, 86,2 % y 62,6 % de las formas primaria seronegativa, seropositiva y secundaria respectivamente. En el informe del Servicio de Salud Pública de Norte América (1948), se menciona la posibilidad de efectuar tratamientos eficaces en las formas precoces del adulto, con sólo diez inyecciones de 6.000.000 de unidades cada una.

Desde 1945 hasta la fecha hemos tenido oportunidad de tratar con penicilina 57 lactantes con lúes congénita. En general se trataba casi siempre de pacientes con estado nutritivo deficiente y con infecciones concomitantes graves. En el curso de la hospitalización se evidenció gran número de veces una acentuada disergia que se tradujo en progreso ponderal escaso, con frecuentes fenómenos de deshidratación y estallido de cuadros nutritivos agudos. Fué frecuente apreciar en estos enfermos, infecciones intercurrentes que a veces determinaron algunos de los fallecimientos de los luéticos ya tratados. En 1948 (Meneghello y colab.), destacando algunas de las peculiaridades propias de las infecciones en el distrófico, señalábamos que en lo que a lúes congénita se refiere, nos parecía que esta enfermedad no sólo condicionaba el déficit nutritivo de algunos pacientes, sino que además imprimía una modalidad especial al trastorno nutritivo. El estado distrófico del luético aparecía rebelde a la terapéutica clásica de estos cuadros y la evolución sombría de su curso era una exteriorización más del grave daño nutritivo.

La mortalidad elevada en la lúes congénita del lactante es el resultado de la gravedad de la afección, que en esta edad determina intensas lesiones destructivas o de inhibición en órganos de importancia vital. Muchas veces se logra la inactivación de la lúes y la regresión parcial o total de algunas de sus manifestaciones, demostrando la autopsia la ausencia de signos anatómopatológicos de sífilis. En 1946 (Meneghello y colab.) profundizamos algunos aspectos en relación con la clínica de la lúes y la anatomía patológica específica o inespecífica de los casos fallecidos. En el cuadro N° 1, se estudia el detalle de los hallazgos anatómopatológicos específicos en la autopsia de 11 luéticos.

En nuestro actual material de 57 luéticos, fallecen 20; en 10 casos el desenlace precoz impidió valorar la acción de la penicilina. No pudimos nunca invocar en forma segura a la reacción de Herxheimer como determinante de estas agravaciones precoces. En general los incidentes

por droga que hemos apreciado son mínimos y la mayoría de las veces consistieron en febrículas fugaces. En todo caso nuestra experiencia en este sentido es muy distinta a la norteamericana (Servicio de Salud Pública, 1948), que señalaba con mayor frecuencia la aparición de incidentes o de francas reacciones de Herxheimer.

CUADRO N° 1

Evolución de los síntomas de sífilis en luéticos fallecidos

Caso N°	Edad (días)	Penicilina			Epoca fallec. (día)
		Dosis total U. O.	Duración días	N° de curas (*)	
A-1	29	210,000 220,000	7 14	2	40°
A-2	30	360,000 560,000	8 14	2	30°
A-3	90	200,000	6	1	37°
B-1	60	200,000	10	1	5°
B-2	60	440,000	11	1	13°
B-3	51	180,000	5	1	
B-4	150	320,000	8	1	8°
C-1	60	150,000	5	1	29°
C-2	120	350,000	9	1	20°
C-3	90	560,000	14	1	29°
C-4	40	480,000	12	1	22°

CUADRO N° 1 (Continuación)

Caso N°	Evolución de los síntomas de lúes					Hallazgos de autopsia		
	Blanq. sem.	Coriza (día)	Hepato esplen. (día)	Serología (día)	Radiograf. (día)	Osteo-condritis	Fibr. Panc.	Tinción espiroq.
A-1	1ª	—40°	SV	—40°	RP	—	—	—
A-2	Nhs	Nhs	Di 30°	S±	—11°	—	+	+
A-3	1ª	—40°	Nhs	SV 40°	RT 35°	—	—	—
B-1	Nhs	—20°	Nhs	Di 20°	RP 5°	+	+	SC
B-2	1ª	—30°	Nhs	SC	SR 12°	+	+	—
B-3	SV		SV	SC	SC	—	+	—
B-4	1ª	—20°	SV	SC	SC	+	+	—
C-1	1ª	—20°	SV 20°	SV 20°	RP 20°	—	—	SC
C-2	2ª	SV 20°	SV 20°	SV 20°	SR	+	—	SC
C-3	4ª	SV 30°	Nhs	I 30°	SR 23°	+	—	—
C-4	Nhs	Nhs	SV	I 14°	Nhs	—	+	—

Nhs: no hubo síntomas. SV: sin variación. RP: reparación parcial RT: reparación total. SC: sin control. S: siempre.

(*) La repetición de la cura penicilínica fué motivada por infecciones intercurrentes.

El dosaje y las pautas de administración de la penicilina han sido variables y de acuerdo con la experiencia extranjera han fluctuado entre 50.000 y 150.000 unidades por kilo de peso, en plazos que iban de 7 a 15 días. No hemos podido establecer una relación precisa entre éxitos

terapéuticos y dosajes globales; creemos tener la impresión que los resultados más desfavorables se observaron en el período en que se administró penicilina K; esta observación estaría de acuerdo con la experiencia de otros autores acerca de la menor eficacia terapéutica de esta forma de droga (Sulzberger, 1948).

Desde 1948 hemos tenido oportunidad de tratar 10 lúes congénitas con penicilina lenta, utilizando la suspensión oleosa o la asociación a sustancias que impiden una difusión rápida de la droga. En general en estos casos el monto global de unidades osciló entre 100.000 y 150.000 unidades por kilo de peso, administradas en dos o tres inyecciones de 300.000 unidades, con intervalos de 48 ó 72 horas.

Este grupo de enfermos lo hemos considerado con especial reserva, por cuanto los enfermos que en él se incluyen tienen un período de control muy breve, que no permite formar un juicio exacto de algunas de las regresiones terapéuticas, en especial de las modificaciones en la serología.

La involución de síntomas o alteraciones específicas ha sido analizada en forma seriada y así se han logrado obtener valiosas informaciones del curso que sigue la inactivación de la lúe. En ocasiones el alta impuesta por los familiares o el deceso prematuro de algunos luéticos, nos impidieron comprobar la desaparición de algunas manifestaciones de sífilis.

Analizaremos aisladamente la suerte corrida por las siguientes alteraciones clínicas, radiográficas y humorales:

1º Lesiones cutáneomucosas. 36 casos presentaron este tipo de lesiones, apreciándose en 29 oportunidades blanqueo; en 24 casos éste fué un fenómeno precoz evidente antes de la segunda semana.

2º Estridor nasal. Fué comprobado en 37 casos y desapareció en 27. En 12 oportunidades regresa precozmente en los primeros 15 días, en otros 7 pacientes desapareció antes del primer mes.

3º Pseudoparálisis de Parrot. Estas manifestaciones se presentaron en 20 pacientes; en la mayoría de los casos regresaron en el curso del primer mes.

4º Hepatoesplenomegalia. Este síntoma se presentó en 34 enfermos; en general se modificó escasamente; en tres oportunidades desapareció antes del tercer mes y en otras 10 ocasiones se redujo en plazos similares.

5º Alteraciones radiográficas óseas. En 39 lúes congénitas se realizó un estudio detallado (Rosselot y Hasbun, 1949), para analizar la forma precisa en que se realizaba la involución radiológica. En 36 casos la regresión de las lesiones óseas fué manifiesta, en especial a partir del control practicado entre el primero y segundo mes; en esta época regresan las lesiones de osteocondritis, osteomielitis y periostitis; pasado este plazo, suelen persistir en forma aislada, procesos de periostitis, que adquieren el carácter de manifestaciones de reparación. En los gráficos siguientes (1 y

2), pueden apreciarse las distintas modalidades que adquiere la regresión posterapéutica de las lesiones óseas en grupos de lactantes menores y mayores de tres meses. Se ha adoptado la representación aritmética de la gravedad de lesiones que convencionalmente aceptara Hill y colab. (1947). La mayor evidencia de la acción terapéutica se aprecia en los lactantes del primer trimestre, en este grupo de enfermos pueden explicarse algunas de las agravaciones por el ritmo altamente evolutivo que alcanza la sífilis en esta edad (Hasbun y Rossell, 1949).

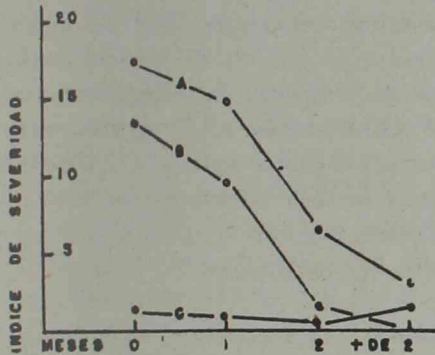


Gráfico N° 1

Evolución del índice de severidad de las lesiones óseas en 29 lactantes con lúes congénita, menores de 3 meses y tratados con penicilina

A, periostitis; B, osteocondritis; C, osteomielitis

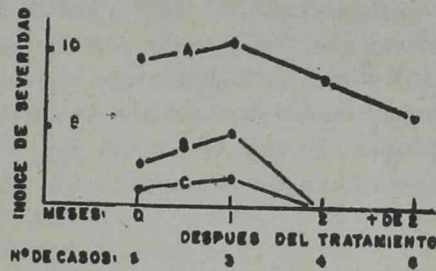


Gráfico N° 2

Evolución del índice de severidad de las lesiones óseas en 9 lactantes con lúes congénita, mayores de 3 meses y tratados con penicilina

A, periostitis; B, osteocondritis; C, osteomielitis

6º Sedimentación globular elevada. En la inmensa mayoría de las lúes congénitas hemos encontrado valores altos en la sedimentación globular; en algunos casos estas cifras eran extraordinariamente elevadas. En 1948 (Meneghello y colab.), señalamos este hecho importante y manifestábamos haber obtenido en un material de 33 luéticos, cifras medias de sedimentación globular de 44,4 mm. Hemos podido apreciar que parece existir cierto paralelismo entre la inactivación de la lúes y el descenso de los valores de sedimentación globular. Este fenómeno no parece relacionarse con infecciones asociadas, ni tampoco con otras modificaciones hematológicas frecuentes en la lúes congénita. Por creer que podría tener la importancia de un signo de pronóstico en asociación a la regresión de otras alteraciones, analizamos las modificaciones de la sedimentación globular con posterioridad al tratamiento penicilínico. 42 pacientes tuvieron cifras de sedimentación por sobre valores normales; en 19 casos se asistió a la normalización que en general ocurrió antes del segundo mes. En 11 oportunidades hubo descenso notorio de la sedimentación, fenómeno que también ocurrió en un plazo similar.

7º Serología. 47 casos tuvieron serología positiva con anterioridad

al tratamiento. En 13 oportunidades se comprobó el viraje serológico a la negatividad; en 4 casos este hecho ocurrió en el primer mes, en otras cuatro ocasiones se registró antes del segundo mes y en las restantes en plazos que iban de 3 a 6 meses. En 12 casos no alcanzó a asistirse a la negativización, pero sí a descenso apreciable en el título antes del segundo mes. El fallecimiento de algunos enfermos ha impedido comprobar mayor número de modificaciones serológicas, lo que es explicable porque el viraje serológico exige un plazo mínimo de observación.

En suma, el tratamiento con penicilina de la lúes congénita del lactante, ha mostrado en nuestra experiencia ser eficaz. Por excepción en un solo caso se advirtió serorresistencia y progresión de lesiones óseas, fenómenos que en esa única oportunidad exigieron la asociación con arsenicales. En general cuando hemos administrado una segunda cura penicilínica lo hemos hecho en razón de infecciones agregadas. Nuestra actual experiencia no nos permite señalar la más adecuada pauta terapéutica. El control alejado de los enfermos medirá la distinta eficacia que acompaña a los diferentes métodos de tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. *Eegle, H.; Magnuson, H. J. y Fleischman, R.*—Citados por Sulzberger, M. 1948.
2. *Hasbun, J. y Rosselot, J.*—Lúes ósea congénita y penicilina. I. Alteraciones radiográficas óseas en 50 lactantes con lúes congénita. "Rev. Chil. de Ped.", 1949; 20, 53.
3. *Hill, A. J.; Platou, R. V. y Kometani, J. T.*—Osseous congenital syphilis effects of penicillin on rate of healing. "J. Pediat.", 1947; 30, 547.
4. *Mahoney, J. F.; Arnold, R. C. y Harris, A.*—Penicillin Treatment of Early Syphilis. A Preliminary Report. "Ven. Dis. Inform.", 1943; 24, 355.
5. *Meneghello, J.; Rosselot, J. y Undurraga, O.*—Estudios en el lactante distrófico. I. Penicilina en la lúes congénita. "Rev. Chil. de Ped.", 1946; 17, 733.
6. *Meneghello, J.; Rosselot, J. y Niemeyer, H.*—Estudios en el lactante distrófico. IX. Lúes congénita en el lactante distrófico. "Rev. Chil. de Ped.", 1948; 19, 116.
7. *Platou, R.; Hill, A.; Ingraham, M.; Goodwin, M.; Wilkinson, E. y Hansen, A.*—Effect of Penicillin in the Treatment of Infantile Congenital Syphilis. "Am. J. Dis. of Child.", 1946; 72, 635.
8. *Platou, R. y Kometani, J. T.*—Penicillin Therapy of Late Congenital Syphilis. "Pediatrics", 1948; 3, 601.
9. *Rosselot, J. y Hasbun, J.*—Lúes ósea congénita y penicilina. II. Evolución de las alteraciones radiográficas óseas en 38 lactantes con lúes congénita, tratados con penicilina. "Rev. Chil. de Ped.", 1949; 20, 118.
10. Servicio de Salud Pública (U. S. A.). The Status of Penicillin in the Treatment of Syphilis. "J. A. M. A.", 1948; 136, 873.
11. *Sulzberger, M. y Wolf, J.*—Dermatologic Therapy in General Practice. The Year (Publishers). Book Publisher. Inc. Chicago, 1948.
12. *Stokes, J. H.; Beerman, H. y Ingraham, N. R.*—Modern Clinical Syphilology. Ed. W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1945.
13. *Thomas, E. W.; Landy, S. y Cooper, C.*—Citados por Sulzberger, M. (1948).

IV. TETANOS DEL RECIEN NACIDO. SU TRATAMIENTO CON LA ASOCIACION SUERO Y PENICILINA

El empleo de la penicilina en el tétanos tiene justificación, por cuanto se ha demostrado que el germen causal es sensible al anti-

biótico "in vitro" y porque, además, con su ayuda se pueden dominar algunas complicaciones sépticas que contribuyen a aumentar la gravedad y la mortalidad de una enfermedad de por sí muy grave. Fué así como a partir de 1944, fecha en que Engelhardt publicó el primer caso de tétanos neonatorum curado con suero y penicilina, se relataron en la literatura mundial sucesivos casos tratados de una manera similar. Casi todos los autores coincidían en atribuir a la penicilina un papel verdaderamente útil en la terapéutica y solamente Ross Jones (1946), al publicar tres casos de curso fulminante, no influido en absoluto por el tratamiento asociado de suero y penicilina, parecía no participar del optimismo general.

El nuevo recurso pareció del más alto interés, dado que había el consenso para estimar que la seroterapia no era la solución adecuada para detener la enfermedad en evolución, cuya mortalidad en el recién nacido oscila entre 50 y 75 % (Grulee y Sandford), 1948). Para nosotros era particularmente importante, por cuanto el tétanos del recién nacido es todavía demasiado frecuente en nuestro medio, al igual que en otros países de Sud América, y es posible que lo continúe siendo por algunos años más, porque las verdaderas raíces del mal, las malas condiciones higiénicas con que se suele atender a nuestro recién nacido menesteroso, son difícil de extirpar.

Nos preocupaba, sin embargo, que los éxitos correspondieran a casos más bien aislados y que de ellos se sacaran conclusiones para valorizar una nueva terapéutica (Cuadro N° 1). Nos extrañaba que en las observaciones descriptas no se insistieran lo suficiente sobre los diversos factores que intervienen fundamentalmente en la determinación de la modalidad evolutiva de cada caso (edad de comienzo, frecuencia e intensidad de las crisis tónicas, tc.), y que, por ende, son decisivos en la valoración correcta sobre eficacia terapéutica. En suma, temíamos que los resultados obtenidos no tuvieran significación estadística y que la mortalidad por tétanos neonatorum continuara muy elevada, si se incluía en una misma serie las diversas formas clínicas de la afección. Contribuía a aumentar nuestra desconfianza los resultados más bien pobres obtenidos con el tratamiento con suero y penicilina en el tétanos del niño mayor o del adulto (Altemeier, 1946; Lewis, 1946; Segers y Hiriart, 1946; Bazán y Maggi, 1947; Arriagada y Pineda, 1948; Mc Dermott y Montreuil, 1949).

CASUÍSTICA.—En el Hospital de Niños Manuel Arriarán se empezaron a tratar los casos de tétanos en el recién nacido con suero y penicilina, a partir de 1945, fecha en que se dispuso de suficiente cantidad del antibiótico. Hasta el momento los casos tratados en esta forma alcanzan a 17. El diagnóstico en estos casos fué planteado desde el examen de admisión. En los casos favorables la enfermedad siguió un curso lento, con aflojamiento paulatino de la rigidez muscular y distancia-

CUADRO 1

Resumen de las observaciones clínicas de tétanos neonatorum tratados con penicilina, relatados con detalles en la literatura

Autor	Año	Edad		Estado general ingreso	Suero A. T.	Penicilina		Resultado y Observaciones
		Comien.	Ingreso			D. total	D. diaria	
Engelhardt	1944	13 d.	15 d.	Grave	26.000	12.000	1.200	Mejoría. Premat. 2.300 g.
Potsch	1945	7 d.	9 d.	Grave	10.000	51.000	18.000	Mejoría.
		6 d.	8 d.	Grave	5.000	18.000	—	Falleció. Bronconeumonía.
		5 d.	8 d.	Grave	5.000	36.000	18.000	Mejoría.
Negro y Tolosa	1946	8 d.	12 d.	Grave	20 cm ³	1.200.000	80.000	Mejoría.
		8 d.	13 d.	Grave	60 cm ³	880.000	80.000	Mejoría.
Ross Jones	1946	13 d.	13 d.	Grave	50.000	80.000	40.000	Fallece a las 48 horas.
		12 d.	12 d.	Grave	30.000	40.000	40.000	Fallece a las 24 horas.
		7 d.	7 d.	Grave	30.000	60.000	40.000	Fallece a las 36 horas.
Carrau y Praderi	1946	8 d.	9 d.	Grave	120 cm ³	1.750.000	100.000	Mejoría.
Carrera	1946	3 d.	8 d.	Grave	4 amp.	400.000	80.000	Mejoría.
Potsch	1947	8 d.	11 d.	Grave	—	n/c.	12.000	Fallece. Premat. 1.200 g.
		7 d.	11 d.	Grave	—	560.000	40.000	Mejoría.
Bazán y Maggi	1947	7 d.	8 d.	Grave	85.000	302.000	24.000	Mejoría.
		7 d.	11 d.	Grave	90.000	1.000.000	80.000	Mejoría.
Cathala y colab.	1947	6 d.	7 d.	Grave	40.000	400.000	80.000	Mejoría.
Harvín y colab.	1948	4 d.	8 d.	Grave	150.000	4.320.000	320.000	Mejoría.
Gómez Orozco	1948	10 d.	19 d.	Grave	50.000	1.440.000	160.000	Mejoría.
Block y Foster	1949	10 d.	13 d.	Grave	20.000	n/c	80.000	Mejoría.

NOTA: Hay casos de éxitos relatados por Sclesser ("Acta Ped. Belga", 1947); Sarrooy y colab. ("L'Alerg. Med.", 1948); Van der Hal ("Maands. v. Kind.", 1947) y Weitzel ("Virginal Med. Monthly", 1948). Desconocemos los detalles del tratamiento en estos casos. En el trabajo de Cólón (1948) se hace referencia a casos de tétanos neonatorum mejorados con el tratamiento asociado con suero y penicilina, pero en el texto no se proporcionan pormenores de la clínica ni del tratamiento.

miento progresivo de las crisis tónicas. En los casos fatales la autopsia reveló los signos anatómicos de una toxemia, asociados ocasionalmente con focos de bronconeumonía. Las características clínicas primordiales de los casos incluidos en esta serie aparecen en el cuadro 2.

El tratamiento consistió en la administración inmediata al ingreso de suero antitetánico, en dosis que fluctuaron entre 20.000 y 180.000 unidades; la mayor parte recibió 60.000 unidades o más. Se utilizó de preferencia la dosis única, por vía muscular (cuadro N° 3). El tratamiento sedante se hizo con luminal como medicamento eje, en la gran mayoría de los pacientes. En ocho casos se asoció con enemas de hidrato de cloral. En tres casos se utilizaron enemas de hidrato de amileno (Tisulina).

La penicilina se comenzó a dar desde el ingreso, en dosis variables (cuadro N° 3). En ningún caso se colocó menos de 40.000 unidades O. al día; pero la mayoría recibió 80.000 unidades O. o más, fraccionadas 6 a 8 veces en 24 horas. En los primeros casos se usó la vía intramuscular; en los últimos hemos preferido la administración oral, que no molesta tanto al paciente y con la cual se alcanzan niveles sanguíneos útiles en el lactante, siempre que las dosis sean mayores que las habituales (Aguiló y colab.). El tratamiento con penicilina se prolongó hasta el fallecimiento en los casos letales y por un período no menor de 7 días en los recuperados. En un paciente con infecciones cutáneas aparecidas en la convalecencia del tétanos la cura se prolongó durante 45 días.

En los últimos 5 enfermitos hemos usado una sonda nasal delgada y flexible puesta en su sitio durante la mayor parte del día y mientras duraba el período más agudo de la afección (cinco a siete días). No observamos con su uso molestias ni inconvenientes para el paciente y, por el contrario, se facilitó enormemente la administración del alimento, líquidos, medicamentos sedantes y penicilina.

En cinco casos empleamos el recurso de un cajón incubadora, un modelo muy simple utilizado para la crianza del prematuro en nuestro hospital, dentro del cual se colocaba el niño desnudo, evitándole en esta forma las numerosas excitaciones que significan vestirlo y limpiarlo periódicamente.

RESULTADOS.—En la serie de diez y siete casos obtuvimos 8 recuperaciones y 9 fallecimientos. Los casos fatales evolucionaron por lo general rápidamente; tres pacientes fallecieron antes de 12 horas de hospitalización y otros tres antes de 48 horas. Los restantes tres murieron entre el 6° y 11° día de la estada (dos de ellos por bronconenmonía bilateral).

Los casos que sobrevivieron fueron lentamente a la mejoría; primero el niño pareció menos grave entre las crisis tónicas, a continuación se apreció distanciamiento de éstas y solamente después de varios días (por lo general más de 10), comenzó a aflojar la rigidez muscular, signo este último que fué el más persistente del cuadro.

CUADRO 2

Principales características clínicas de 17 casos de tétanos neonatorum tratados con la asociación suero y penicilina

Caso	Obs.	Comienzo		Ingreso				
		Edad (días)	Primer síntoma	Edad (días)	Estado general	Trismo	Rigidez	Crisis tónicas
1	45/11037	11	Intranquilidad	13	Grave	+++	+++	+++
2	46/ 2400	13	Intranquilidad	16	Regular	+++	+++	+
3	46/ 5738	7	Difícil deglución	9	Grave	+++	+++	+++
4	46/11073	8	Difícil deglución	10	Bueno	+++	+++	+++
5	46/12043	11	Difícil deglución	15	Bueno	+++	+	+
6	46/18589	9	Rechazo del pecho	12	Bueno	+++	+	+++
7	47/31859	11	Difícil deglución	13	Regular	+++	+++	+
8	47/36504	7	Rechazo del pecho	9	Grave	+++	+++	+++
9	48/42260	?	Rechazo del pecho	7	Grave	+++	+++	+++
10	48/42885	?	Rechazo del pecho	4	Grave	+++	+	+++
11	48/43728	6	Decaimiento	9	Grave	+++	+	+++
12	48/43750	4	Rechazo del pecho	5	Grave	+++	+++	+++
13	48/44923	10	Intranquilidad	17	Grave	+++	+++	+++
14	48/46417	6	Crisis asfícticas	7	Grave	+++	+++	+++
15	48/46534	6	Intranquilidad	8	Bueno	+++	±	+
16	48/48818	8	Difícil deglución	12	Grave	+++	+++	+++
17	49/56533	7	Difícil deglución	7	Regular	+++	+++	+++

+ Moderado, alejado.

+++ Intenso, frecuente.

CUADRO 3

Resumen del tratamiento y resultados en 17 casos de tétanos neonatorum tratados con suero y penicilina

Caso	Antitoxina			Penicilina		Sedante eje	Resultados y Observaciones
	D. total	Nº inyec.	D. total	D. diaria	Vía		
1	50.000 U.	2	155.000	80.000	Muscular	Hidrato amil.	Fallece a las 48 h. de trat.
2	20.000 „	1	544.000	56.000	Muscular	Luminal	Mejoría.
3	180.000 „	9	320.000	40.000	Muscular	Hidrato amil.	Fallece 11º d. Bronconeum.
4	60.000 „	2	240.000	40.000	Muscular	Hidrato amil.	Fallece 6º d.
5	60.000 „	2	295.000	40.000	Muscular	Luminal	Mejoría.
6	120.000 „	2	160.000	80.000	Muscular	Luminal	Fallece a las 44 h. de trat.
7	80.000 „	1	1.950.000	300.000	Oral	Luminal	Mejoría.
8	120.000 „	2	3.040.000	180.000	Mixta	Luminal	Mejoría.
9	24.000 „	1	50.000	—	Muscular	Cloral	Fallece a las 9 h. Premat.
10	30.000 „	1	45.000	—	Muscular	Luminal	Fallece a las 12 h. de trat.
11	60.000 „	3	120.000	80.000	Muscular	Luminal	Fallece a las 54 h. de trat.
12	60.000 „	1	20.000	—	Muscular	Luminal	Fallece a las 12 h. de trat.
13	40.000 „	1	1.660.000	160.000	Oral	Luminal	Mejoría.
14	75.000 „	2	4.210.000	160.000	Oral	Luminal	Mejoría.
15	80.000 „	1	2.170.000	160.000	Oral	Luminal	Mejoría.
16	80.000 „	1	1.300.000	80.000	Oral	Luminal	Mejoría.
17	100.000 „	1	760.000	160.000	Oral	Luminal	Fallece 6º d. Bronconem.

COMENTARIO.—La serie analizada, probablemente la más extensa publicada en la literatura sobre tratamiento del tétanos neonatorum con suero y penicilina, nos está señalando que la enfermedad es todavía gravísima, por cuanto hay factores que tienen expresión clínica, probablemente en estrecha concordancia con el mecanismo íntimo de la afección, que determinan formas evolutivas extraordinariamente graves, sobre las cuales el tratamiento actual es impotente. Esta afirmación se puede comprobar en nuestra propia casuística (Manterola y Meneghello, 1949), comparando seis casos tratados con suero y sedantes y que fallecieron en menos de cinco días de enfermedad (grupo A), con otros seis que tuvieron igual evolución, pero que recibieron, además, penicilina (grupo B). Los casos incluidos en ambos grupos tienen gran semejanza en cuanto a ciertos índices de gravedad en el tétanos del recién nacido (cuadro N° 4), los que nos están indicando que se trataba por lo general de casos graves, especialmente por la corta edad de comienzo en la mayoría de los pacientes. Hay que advertir que en nuestra experiencia no hubo casos de sobrevida entre aquellos que comenzaron a enfermar antes de los 6 días de vida. En realidad, tenemos que convenir con Firor (1944), en que “el pronóstico en el tétanos generalizado es siempre grave y frecuentemente la mortalidad está determinada antes que el paciente sea examinado y tratado”.

CUADRO N° 4

Algunas condiciones clínicas indicadoras de la gravedad en tres grupos de casos de tétanos neonatorum.

Tratamiento N° de casos	Edad de comienzo	Evolución extrahospitalar.	Estado gral. al ingreso	Frecuencia de crisis tónicas	
a) Suero y sedantes: 6 casos	4-5 d.	3	Menos 24 h. 4	Bueno 0	Repetidas 6
	6-7 d.	2	24-48 h. 2	Regular 1	Alejadas 0
	8-9 d.	1	Más 48 h. 0	Malo 5	
	10-13 d.	0			
b) Suero, sedantes y penicilina: 6 casos	4-5 d.	2	Menos 24 h. 1	Bueno 1	Repetidas 6
	6-7 d.	2	24-48 h. 1	Regular 0	Alejadas 0
	8-9 d.	1	Más 48 h. 2	Malo 5	
	10-13 d.	1			
c) Suero, sedantes y penicilina: 8 casos	4-5 d.	0	Menos 24 h. 1	Bueno 1	Repetidas 4
	6-7 d.	3	24-48 h. 3	Regular 3	Alejadas 4
	8-9 d.	1	Más 48 h. 4	Malo 4	
	10-13 d.	4			

En los casos tratados con penicilina y que mejoraron (grupo C), las condiciones clínicas eran por lo común más favorables que en los casos anteriores, especialmente porque la mayor parte de ellos fueron hospitalizados después de haber estado enfermos durante algunos días en el domicilio, dato que hablaría en favor de una invasión más lenta

o menos intensa del sistema nervioso por la toxina tetánica. Sin duda que en este grupo hubo también casos graves; pero la acción terapéutica favorable no puede ser achacada a uno de los recursos empleados, sino más bien al conjunto de ellos.

En nuestros casos los sedantes utilizados no produjeron en la gran mayoría de las oportunidades efectos importantes, quedándonos la impresión que la mejoría de las contracciones fué más bien espontánea en los pacientes que mejoraron parcial o totalmente del tétanos. Solamente los enemas de hidratos de amileno produjeron relajaciones notorias, a veces espectaculares, acompañadas en ocasiones, por desgracia, de signos de falla respiratoria. Tocó, además, la coincidencia que dos de los tres niños tratados de esta manera fallecieron por bronconeumonía.

La acción del suero no pudo ser bien avaluada en nuestros pacientes, en razón de que se empleó quizás demasiado tarde en todos ellos. En los casos de curso fulminante la seroterapia no influyó en absoluto sobre la rápida evolución de la enfermedad. En los mejorados la acción no fué demostrativa, por cuanto después de iniciado el tratamiento el paciente permaneció, por los días inmediatos, en un estado de tanta o más gravedad que al ingreso. En un enfermito (caso 8), se pudo advertir recrudescencia de la sintomatología tetánica a los seis días de inyectado el suero en dosis de 40.000 unidades. Se repitió una nueva inyección de 80.000 unidades, pero siguió en estado grave durante varios días.

La eficacia de la penicilina no pudo medirse naturalmente, por su acción sobre los síntomas tetánicos, ya que carece de acción antitóxica. En cambio, podíamos esperar una reducción de la mortalidad y una prevención de las complicaciones sépticas. En cuanto a lo primero, es posible que el antibiótico haya influido algo en la recuperación de casos graves, aunque esta utilidad no puede ser demostrada por la multiplicidad de recursos empleados. En cuanto a la prevención de infecciones, hubo en nuestra experiencia dos casos tratados con dosis suficientes de penicilina, que fallecieron por bronconeumonía bilateral a los seis y once días de hospitalización, respectivamente en circunstancias que los signos de tétanos iban mejorando. Es decir, la penicilina no previno siempre esta temible complicación, con seguridad, la más frecuente durante el período agudo del tétanos (Dietrich, 1940).

Para nosotros el tétanos del recién nacido continúa siendo un problema de difícil solución terapéutica. Los sedantes usados corrientemente nos han parecido de poca utilidad. El hidrato de amileno nos produjo la impresión que no era inocuo, a pesar de su poder relajador, en el tétanos del recién nacido. Por otra parte, el suero antitóxico no nos ha demostrado en su uso clínico las virtudes que eran de esperar y al igual que Finkelstein (1929, 1942), creemos que en algunas oportunidades

puede prescindirse de su uso sin cometer una grave omisión; pero en los pacientes que ingresan precozmente tal vez se obtenga cierto beneficio con una inyección única de antitoxina en cantidad de 60.000 a 100.000 unidades, dosis que bastaría para neutralizar la toxina circulante (Spaeth, 1941). En lo que se refiere a la penicilina, es preciso reconocer que a este formidable antibiótico se le ha pedido, a nuestro entender, más de lo que puede dar. Su uso solamente impedirá la permanencia de las formas vegetativas del *Clostridium tetani* en el foco de partida y entorpecerá la acción patógena de los gérmenes sensibles a ella. Para cubrir toda posibilidad de infección microbiana sería preciso utilizar, además, los otros antibióticos actualmente en uso, los cuales en cierto sentido estarían tan justificados en el tratamiento del tétanos como la penicilina.

Creemos que el tétanos neonatorum tiene actualmente una terapéutica esencialmente sintomática, en la cual las medidas de enfermería desempeñan el papel más importante. Mc Dermott y Montreuil (1948), llegan a una conclusión similar después de hacer un análisis crítico detenido de los nuevos recursos empleados en el tratamiento del tétanos en dos niños mayores. En este sentido, según nuestra experiencia, se obtienen beneficios con el uso de una sonda nasal casi a permanencia, mientras persisten los síntomas más graves de la enfermedad y, especialmente, con el empleo de la incubadora, manteniendo desnudo al niño en su interior. Ambas medidas disminuyen numerosas excitaciones inútiles y facilitan grandemente los demás recursos terapéuticos. Creemos también que en todos los casos es aconsejable la oxigenoterapia y en determinados pacientes, la remoción mecánica, con aspiradora, de las secreciones acumuladas en las vías aéreas superiores.

El tratamiento local de la puerta de entrada, el ombligo, no nos parece inoficioso, aun cuando en la mayoría de los pacientes las alteraciones que allí se encuentran son de poca consideración, y a veces imperceptibles (Manterola y Meneghello, 1949). Por otra parte, el germen causal estaría presente en ese sitio en escasa cantidad, por cuanto suele no encontrarse aunque se le investigue minuciosamente (Pernatta y colab., 1946). En todo caso el pequeño número de *Clostridium tetani* que pudiera estar acantonado en la herida umbilical podría ser destruído con infiltraciones locales de penicilina.

Especial importancia debe concedérsele a la eliminación de estos pequeños enfermos, por cuanto en los casos mejorados no es raro que se revele un estado de distrofia en la convalecencia del tétanos (Manterola y Meneghello, 1949). La alimentación balanceada, con su suplemento extra de hidratos de carbono, aparece indispensable en este aspecto. Probablemente sea útil agregar vitaminas en general.

En resumen, el tratamiento del tétanos neonatorum no es satisfactorio en la actualidad, debiendo reconocerse que ni el suero antitetánico,

ni la penicilina han logrado en nuestra experiencia influir sobre el curso rápidamente fatal de ciertos casos graves. Actualmente se tiende a considerar como los recursos terapéuticos más importantes a los de orden sintomático y a la atención de enfermería. La penicilina tiene empleo justificado, ya que puede alejar complicaciones infecciosas a gérmenes sensibles y esterilizar de paso el foco bacteriano de partida.

En atención a las consideraciones anteriores, fruto de la experiencia en 35 casos de tétanos en el recién nacido atendidos en el Hospital Arriarán, nos permitimos aconsejar el siguiente plan de tratamiento:

1º Medidas tendientes a disminuir los estímulos: incubadora, sonda semipermanente.

2º Combate de la anoxia: oxígeno terapia, limpieza de las vías aéreas superiores.

3º Sedación de los espasmos.

4º Alimentación balanceada, con suplemento de hidrato de carbono y de vitaminas.

5º Prevención de las infecciones: penicilina por vía oral; otros antibióticos.

6º Suero antitetánico en todos los casos precoces y de evolución rápida: dosis única de 60.000 a 100.000 unidades.

7º Infiltración de la región umbilical con penicilina.

BIBLIOGRAFIA

1. Aguiló, C.; Meneghello, J. y Pellicer, R.—Penicilina por vía oral en el lactante. Por publicarse.
2. Altemeier, W. A.—Penicillin in tetanus. "J. A. M. A.", 1946; 130, 67.
3. Arriagada, P. y Pineda, O.—Tratamiento del tétanos en el niño. "Rev. Chil. de Ped.", 1948; 19, 418.
4. Bazán, F. y Maggi, R.—Tétanos y penicilina. "Rev. Arg. de Ped.", 1947; 18, 3.
5. Block, W. y Foster, M.—Tetanus of Newborn Infant Case Reported. "J. Pediat.", 1949; 34, 633.
6. Carrau, A. y Praderi, J. A.—Tétanos del recién nacido curado con penicilina y suero. "Arch. Urug. de Ped.", 1946; 17, 409.
7. Carrera, J.—Un caso de tétanos R. N. curado con la asociación suero y penicilina. "Rev. Españ. de Ped.", 1946; 2, 725.
8. Cathala, J.; Auzepy, P. y Fischgrund, A.—Sur le tétanos du nouveau-né et de Jeunes Enfants. "Nourrison", 1947; 35, 89.
9. Cólón, E. S.—Tetanus. "Arch. of Pediat.", 1948; 65, 603.
10. Dietrich, H.—Tetanus in Childhood with Special Reference to Treatment. "Am. J. Dis. of Child.", 1940; 59, 693.
11. Engelhardt, C. F.—O emprego da Penicilina num de Tetanos de Recem-nascido. "Jornal Pediat.", 1944; 10, 231.
12. Finkelstein, H.—Tratado de las Enfermedades del Niño de Pecho. Ed. Labor, Barcelona, 1929, 1 vol., p. 180.
13. Finkelstein, H.—Tratado de las Enfermedades del Niño de Pecho. Ed. Labor, Barcelona, 1929, 1 vol., p. 172.
14. Firor.—Cecil's Text-book of Medicine. Ed. Saunder, Philadelphia, 1944, 1 vol. p. 193.
15. Gómez Orozco, L.—Caso de tétanos R. N. curado. "Bol. Méd. Hosp. Infantil" México, 1948; 5, 697.
16. Grulee, C. y Sandford, H.—Brennemann's Practice of Pediatrics. Ed. W. F. Prior, 1948, vol. I, 42, 98.
17. Harvin, J. R.; Hasting, W. D. y Baker, C. R. F.—Tetanus Neonatorum. "J. Pediat.", 1948; 32, 561.

18. *Lewis, L.*—Ensayo Terapéutico con la Penicilina en el Tétano. "Ann. Internal Med.", 1946; 25, 903.
19. *Manterola, A. y Meneghello, J.*—Tétanos del recién nacido. Por publicarse.
20. *Mc. Dermott, H. y Montreuil, F.*—Tratamiento del tétanos. "Pediatrics". 1948; 2, 175.
21. *Negro, R. C. y Tolosa, M.*—Tétanos del recién nacido. Dos casos curados con penicilina. "Arch. Urug. de Ped.", 1946; 17, 289.
22. *Pernetta, C.; Leite Ribeiro, V. y Helio de Martinho.*—Estudios sobre Etiología do Tetanos Neonatorum. "O Hospital", 1946; 30, 725.
23. *Potsch, N.*—A Penicilina no Tratamento do Tetanos do Recem-nascido. "Jornal de Pediat.", 1945; 9, 6.
24. *Potsch, N.*—Tetanus umbilical e seu Tratamento. "Jornal de Pediat.", 1947; 13, 47.
25. *Ross, J.*—Tetanus neonatorum. "New Zeland M. J.", 1946; 45, 423.
26. *Segers, A. y Hiriart, R.*—Tétanos y Penicilina. "Arch. Arg. de Ped.", 1946; 17, 194.
27. *Spaeth, R.*—Serumtherapy of Tetanus. "Am. J. Dis. of Child.", 1941; 61, 1146.

CONCLUSIONES

1º Se analizan los resultados obtenidos en el tratamiento de algunas infecciones graves de la infancia, producidas por gérmenes sensibles a la actual quimioterapia .

2º Se comprueba la eficacia terapéutica de los sulfamidados o anti-bióticos, que en gran parte del material modifican el curso de la enfermedad y mejoran su pronóstico.

3º En el análisis crítico de 52 casos de empiema pleural, queda de manifiesto el cambio revolucionario que ha introducido la penicilina en el tratamiento de esta enfermedad, logrando rapidez en la curación y cifras mínimas de mortalidad.

4º El estudio de los resultados obtenidos en el tratamiento de 163 meningitis supuradas, revela que gran parte de las infecciones meningocócicas mejoraron con sulfamidados exclusivamente, o en asociación a penicilina; un número apreciable de meningitis neumocócicas y otras a coco gram positivos o bacilos gram negativos se influenciaron favorablemente por la asociación sulfapenicilina o estreptomycin respectivamente.

5º La penicilina mostró ser eficaz como droga antisifilítica en el tratamiento de 57 lúes congénitas precoces, alcanzando gran número de veces curaciones clínicas tempranas y asistiéndose en ocasiones a la curación biológica definitiva. El control alejado de los enfermos medirá la eficacia de las distintas pautas terapéuticas.

6º La experiencia obtenida en el tratamiento de 25 casos de tétanos neonatorum, nos permite establecer que en la actualidad no existe una terapéutica eficaz. Una correcta atención de enfermería y medicación sintomática parecen constituir los recursos terapéuticos más importantes. Ni el suero antitetánico, ni la penicilina influyen el curso fatal de ciertos casos; sin embargo, esta última es de empleo justificado en la prevención de infecciones asociadas o por contribuir a esterilizar el foco originario.

VACUNACION ANTICOQUELUCHOSA

POR EL

DR. ALDO RAGAZZI

Jefe del Servicio de Niños del Hospital "Angela I. de Llano" (Corrientes)

La coqueluche, en esta zona prevaleciendo en forma endémica, sigue siendo aún hoy, con todos los recursos terapéuticos que conocemos, un problema sumamente grave y sin solución integral.

Repasemos causas para tal enunciado.

Ataca por igual a todos los medios. No hemos apreciado diversa incidencia según la economía del medio ambiente.

Pero las evoluciones son, destacamos, absolutamente diferentes en un medio familiar pobre y en la clase acomodada.

Muy pocas veces en nuestra práctica, hallamos casos desafortunados en ambiente en que hubiera higiene, buena nutrición, orientación de puericultura y dedicación integral de los familiares al cuidado del pequeño enfermo.

Bien diverso por cierto el aspecto del niño que pasa sus accesos sin mayor auxilio, que carece de defensas para apuntalar su pobreza fisiológica, que, cuantas veces, no cuenta con recursos familiares para solventar un tratamiento adecuado.

Y precisamente es este, el niño de familia sin recursos, el que menos recibe el beneficio de la vacunación preventiva.

Tal el problema que deseamos plantear.

Y partiendo de dos postulados: 1º La vacunación anticoqueluchosa es efectiva y 2º La vacunación anticoqueluchosa debe llegar, al más humilde hogar, por ser allí donde más se necesita.

1º La vacunación anticoqueluchosa es efectiva. De mucho ha, este tema fué objeto de minuciosa investigación, experimental y clínica. La opinión tal vez no es unánime, pero en favor de las muchas voces que sostienen la bondad de la vacunación, abona el ya largo tiempo de observación, a todas luces terminante en lo que a resultados se refiere.

Nuestra personal experiencia así también lo aserta.

Seguimos con minuciosidad la vida de doscientos ochenta vacunados, durante tres años. (Habiendo empleado la vacuna Sauer mixta, anticoqueluchosa-antidiftérica). De ellos, ciento treinta y cinco estuvieron expuestos a contactos con enfermos coqueluchosos. Naturalmente no todos en similares condiciones: unos, conviviendo con enfermos, en nuestra

casuística, treinta y dos niños, otros teniendo contacto relativo, establecidos por pacientes que vivían en la misma casa, pero de otras familias (veintiún niños en estas condiciones), y el resto (ochenta y dos niños), relatando contactos esporádicos pero bien establecidos y suficientes para injertar el mal.

Del primer grupo, solamente seis enfermaron. Salvo dos de ellos en los que la afección tuvo caracteres de coqueluche típica, con su sintomatología acabadamente manifiesta, el resto cursó en muy benigna forma y ninguno tuvo rastros de su mal, más allá de las cuatro semanas.

Del segundo grupo, cinco enfermaron y cursando con poco detrimento de su estado general, pese a que dos tuvieron serios fenómenos gastrointestinales que atribuimos a infección enteral por los antecedentes y la respuesta a la terapéutica. Ninguno de los cinco enfermitos tuvo más de cinco semanas de enfermedad coqueluchosa.

Del último grupo asistimos a siete niños con tos ferina. Dos de ellos tuvieron quintas durante más de cuarenta días, uno de ellos cursó con tics coqueluchoso y el resto hizo formas sumamente leves y sin ninguna trascendencia.

De los ciento cuarenta y cinco niños observados, en quienes no se halló antecedentes de contactos infectantes, ninguno desarrolló el mal, aunque el control sobre tal contacto es muy difícil cuanto harto fácil sería advertirlo.

En toda labor estadística resulta arduo condicionar iguales medios para los sujetos observados. Nos encontramos a veces con niños que tienen escasas defensas, otros robustos y bien dotados para luchar contra cualquier infección, medios familiares con amplia comprensión de los problemas sanitarios y su reverso, la crítica y el escepticismo.

Los datos fueron tomados en niños de las más diversas condiciones económicas-sociales, pero para el caso, como dijéramos en principio, ello no importa realmente, pues la enfermedad para transmitirse, no repara en nada.

Diferente ya es el caso enfocado desde el punto de vista de la gravedad del mal en cada situación particular.

Y entramos en el segundo considerando: La vacunación debe llegar al hogar más humilde. Y aquí repetiremos lo ya tan sabido: El estado general previo al contagio condiciona la gravedad de la evolución. Esto, que no es cierto, sino así, dicho en términos generales, resulta de primordial importancia. Las complicaciones menudean. Y las complicaciones suelen ser serias.

En nuestros Servicios tuvimos dos lactantes, quienes concurren a poco de instalarse su afección. Desnutridos, ambos con lactancias maternas insuficientes, hicieron inútiles todos los esfuerzos. En ambos diagnosticamos bronconeumonía como complicación antes de ingresar en la sala. Y los antibióticos, usados larga y generosamente fueron absoluta-

mente, lo recalcamos, absolutamente inútiles, así como las medidas hemoterapéuticas y nutritivas a que se echó mano. Mejor suerte corren habitualmente los lactantes, aún los más seriamente complicados, pero cuesta imaginar la miseria fisiológica que exhiben aún muchos de nuestros niños y la desoladora proyección que ella importa en un cuadro mórbido.

Y apuntamos dos causas fundamentales: Las alteraciones del aparato digestivo y los cuadros de infecciones de vías respiratorias.

Las gastroenteropatías, las insuficiencias hepáticas de menor grado (poco diagnosticadas y menos cuidadas). Las monstruosidades dietéticas y la hipoalimentación, condicionan un aminoramiento tal del estado defensivo del niño, que hace que cuanta infección en él tome cuerpo sea de seria repercusión.

Lo propio ocurre en cuanto a la infección de vías respiratorias.

Mal atendidas, arrastándose por el camino de la cronicidad, favorecidas por el hacinamiento y por la falta de un tenor protector de vitamina A y en menor grado por discreta hipovitaminosis C, forman ellas legión y crean terreno para las más temibles coqueluches.

Claro que ya hemos perdido el gran temor de la infección coqueluchosa. Claro que la práctica diaria brinda a menudo satisfacciones grandes cuando se encarán nuestros problemas en su gran mayoría.

Pero el espíritu sanitarista no puede hallar sosiego.

Porque si bien estos niños terminan en curación en grande porcentaje, no podemos dejar de ver ese tan largo y penoso tiempo en que el pequeño desmejora ante nuestra vista y su tan difícil recuperación, sus a veces interminables secuelas bronquiales. Y puestos en ese terreno, no olvidemos la erogación que un tratamiento significa para la familia, en la perturbación que ese enfermito significa y en lo que él aporta como medio de mantenimiento de una endemia . . .

Pensamos que el pronóstico de un enfermito de coqueluche será mejorado cuando predominen condiciones de mejor higiene y puericultura.

Ello ya está en marcha hacia una realización que reconforta nuestro espíritu.

Pero la coqueluche, por las razones antes expuestas escuetamente, debe desradicarse. Debemos hacerla un hallazgo ocasional, no un problema de masas.

No hay un medio que se equipare a la defensa antidiftérica por ejemplo; pero ya es mucho lo que podemos y debemos hacer en materia de lucha anticoqueluchosa.

La vacunación en la gestante nos parece útil por lo que viéramos hasta el actual. De ella no tenemos estadísticas propias ni conclusiones definitivas, pero pensamos ha de prestar beneficios al lactante. Nosotros vacunamos a nuestros niños a los ocho-nueve meses de edad. Los inconvenientes son de escasa magnitud: a veces temperatura de 37°5 ó 38°,

durante 24-36 horas, las más de las veces nódulos congestivos en el sitio de la inyección, cierto dolor y nada más que pueda inculparse a la vacuna.

Inyectamos cada veintiocho días en dosis de 1, 2, 3 cm³, progresivamente y actualmente en dosis de ½ cm³ cada una.

El niño se puede considerar relativamente inmunizado veinte días después de la segunda inyección (Sauer afirma que la vacuna recién es efectiva cuatro meses luego de la última inyección, aunque en trabajos más recientes considera como efectivo el plazo de tres meses).

En niños bacilosos (un sólo caso en nuestra estadística), dicen Siegel y Gohn que luego de la exposición al contagio sólo presentaron síntomas suaves y de corta duración.

La efectividad de la vacunación dura alrededor de dos años. Tal nuestra experiencia confirmando lo expuesto por J. C. Kramer. En los ya vacunados conviene administrar (luego de dos años de practicada la vacuna), y en el caso de una nueva exposición al contagio, una dosis de estímulo-vacunación.

Resumiendo: De los doscientos ochenta vacunados sólo el 6 % contrajo coqueluche.

De ellos, ciento treinta y cinco expuestos a contagio, sólo el 13,2 % enfermaron.

Para comparar a la manera de testigos, destacamos los que sigue: Los cien primeros niños no vacunados que concurrieron en el mes de julio de 1948 al Hospital Llano, veintiséis presentaban el típico cuadro de tos convulsiva (época en que registramos mayor incidencia de coqueluche: junio y julio del mismo año).

Nuestras conclusiones en materia de vacunación preventiva anticoqueluchosa son halagadoras.

Instamos revisar las experiencias personales de los pediatras que hubieran tenido la ocasión de pulsar el tema y deducir de ellas si debemos o no consagrar esta faz de la prevención.

BIBLIOGRAFIA

- Sauer, L. W.*—Inmunization with bacillus pertussis vaccine. "J. A. M. A.", nov. 4 1933; 101, 1449.
- Sauer, L. W.*—The preparation of bacillus pertussis vaccine for immunization. "J. A. M. A.", mayo 5 1934; 102, 1471.
- Sauer, L. W.*—Inmunization against whooping cough. "Am. J. Dis. of Child.", enero 00000; 49, 68.
- Sauer, L. W.*—Whooping cough and its prevention. "New Eng. J. Med.", nov. 1935; 213, 1061.
- Sauer, L. W.*—The known and unknown of bacillus pertussis vaccine. "Am. J. Pub. Health", nov. 1936; 25, 1226.
- Siegel y Goldberger.*—Active immunization of tuberculous children against whooping cough with Sauer's vaccine. "J. A. M. A.", oct. 2, 1937; 109, 1089.
- Sauer, L. W.*—Present status of preventive inoculations against whooping cough. "Am. J. Dis. of Child.", nov. 1937; 54, 979.
- Kramer, J. C.*—A study of the prophylactic effects of pertussis vaccine. "J. Pediat.", feb. 1938; 12, 160.
- Howell, C.*—Prophylactic use of pertussis vaccine (Sauer). A report of the results in a private practice. "Soc. Med. J.", nov. 1938; 31, 1161.

- Sauer, L. W.*—New phases of immunization and prophylaxis. "J. A. M. A.", enero 28 1939; 112, 305.
- Kramer, J. C.*—Present status of pertussis immunization. "Ohio State M. J.", dic. 1939; 35, 1281.
- Mitchell, F. T.*—Experience with Sauer's vaccine in prevention of pertussis. "South M. J.", abril 1940; 33, 440.
- Garvin, J. A.*—Comparison of pertussis incidence in city with high and with low percentage immunization. "Ohio State M. J.", julio 1940; 36, 738.
- Clarke, F.*—Prevention and treatment of whooping cough. "Nebraska State M. J.", sept. 1941; 26, 328.
- Sauer, L. W.*—The age factor in active immunization against whooping cough. "Am. J. of Path.", sept. 1941; 17, 719.
- Bell, H. G.*—Pertussis vaccine (four to seven years later). "Arch. Pediat.", dic. 1941; 58, 764.
- Cravitz, L. y Cauley, J. H.*—Pertussis immunization program of the Boston Health Department. The comparative value of two different antigens. "J. A. M. A.", oct. 1945; 129, 539.
- Garvin, J. A.*—Efficacy of whooping cough vaccine. "Ohio State M. J.", marzo 1945, 41, 229.
- Méndez, J.*—"Arch. Arg. de Ped.", enero-febrero 1947; año XVIII, t. XXVII, N° 1-2.

TRASTORNOS DE CONDUCTA CONSECUTIVOS A LA AMIGDALECTOMIA CORRIENTE

POR

F. ESCARDÓ

Hamburger en su clásico libro sobre las neurosis de la infancia dice "quisiera referir una observación porque es particularmente instructiva, que me ha sido comunicada por el Prof. Gomperz. En el año 1894 fuí llamado para visitar a un niño de dos años que sufría de sordera y que dormía con la boca abierta roncando; pude establecer mirándolo solamente, un catarro exudativo de la porción mediana del aparato auditivo y una hipertrofia de amígdalas y la indicación de una adenotomía. La practiqué poco tiempo después, con el efecto que el niño no roncaba más, podía dormir con la boca cerrada y tenía un oído normal. Pero con la operación se presentó un terror nocturno que duró algún tiempo. El niño padecía todas las noches accesos de profundo miedo y gritaba a cada rato cuando se despertaba: "¡que no venga el Dr. Gomperz! ¡que no venga el Dr. Gomperz!" Este caso demuestra muy bien... cuan grave trauma psíquico puede constituir en determinadas circunstancias una adenotomía. Por eso estoy perfectamente de acuerdo con los cirujanos que ejecutan la operación solamente con anestesia. *Pienso que esta intervención practicada sin narcótico, especialmente en niños muy sensibles, es un evidente error profesional.* La operación sin narcótico provoca con frecuencia y no es exageración, una verdadera neurosis traumática". No parece posible que esta historia y este comentario tan tajante hayan quedado sueltos en la literatura en los doce años que lleva entre manos pediátricas el libro de Hamburger (hace poco nos hemos ocupado de él en un planteo general²), pero no hay duda de que a pesar de su nitidez conceptual y su buen sentido práctico que no admite la menor objeción, su enseñanza no ha impregnado la práctica médica, por lo menos en nuestro medio, que se desenvuelve en flagrante y cotidiana contradicción con este criterio que parecería deber imponerse por el directo prestigio de su sola enunciación.

Las consecuencias prácticas son tan desastrosas que nos hemos resuelto a replantear el problema a pesar de que su falta de categoría epistemológica lo hace poco tentador. Como base de razonamiento hemos elegido nueve historias típicas de nuestro archivo personal de las que transcribimos sólo lo esencial para el intento inmediato de este trabajo.

1.—Varón de 4 años, 8 meses y 7 días de edad; separado de su único hermano mayor por casi siete años de diferencia; gran retraso psicopedagógico (lo alimentan pasivamente, etc.), convive con la abuela que padece una tos seca crónica y persistente. Amigdalectomía sin anestesia; desde el día subsiguiente a la operación, tos seca, penosa que en el momento del examen ha persistido un año y medio.

2.—Niña de 7 años, 6 meses y 19 días de edad, hija única, pues su hermana menor falleció de una encefalitis a los 5 años de su edad, cuando nuestra enferma tenía 6; la fallecida era celíaca, lo que había creado un ambiente ansioso en la familia. Nuestro caso es operada de amígdalas, en la forma habitual y exactamente desde entonces adquiere una tos seca, penosa persistente que no cede a las más variadas medicaciones y que en el momento de nuestro primer examen duraba más de tres años y medio.

3.—Niña de 14 años, 10 meses 9 días. Hija única de un ambiente francamente neurótico, a los 9 años amigdalectomía corriente; desde entonces vómitos periódicos que sometidos a los más distintos tratamientos sólo ceden cuando planteamos la clínica de conducta. Por lo demás los vómitos se integraban en un cuadro neurótico asaz complejo.

4.—Niña de 1 año, 9 meses y 5 días de edad, que por una pseudo-febrícula (temperatura tomada en el recto) es operada de amígdalas sin anestesia al año y siete meses. Es hija única nacida por cesárea luego de seis embarazos fracasados entre el tercero y quinto mes por útero bicornue. Desde la operación la niña vive en permanente agitación motriz, con inversión del ritmo del sueño, llanto nocturno e inapetencia rebelde. Los barbitúricos y una decidida psicoterapia hace ceder en gran parte el cuadro que había llevado a la exasperación familiar.

5.—Varón de 3 años, 8 meses y 10 días de edad, hijo único, con gran retardo psicopedagógico (colecho, le dan de comer, se ha negado a ir al Jardín de Infantes, no juega con chicos...) por su inapetencia (sic) amigdalectomía corriente; desde ese día crisis de agresión a los mayores e insomnio, situación que agrava singularmente el cuadro neuropático ya existente y que en el momento del primer examen dura ya dos meses.

6.—Niña de 7 años, 5 meses y 10 días de edad, mayor de otra de 5 años, normal; su nivel mental es de 0,58. A los dos años y medio amigdalectomía seguida durante un mes y medio de crisis de excitación extrema insólitas en una niña a quien su debilidad mental hacía habitualmente tranquila; poco a poco las crisis se van espaciando no sin haber constituido un episodio penoso e intenso en la historia familiar.

7.—Varón de 6 años, 1 mes y 27 días de edad. Hijo único que vive, además, con los abuelos, neuropático desde siempre, con crisis de falso crup. Hasta los 2 años, retencionista fecal, con terrores a la oscuridad y a los gatos, muy inferiorizado psicopedagógicamente; apetito difícil por lo cual (sic) se le practica una amigdalectomía, después de la cual el niño se niega en absoluto a comer y sólo ingiere líquidos, lo que lo lleva a una situación de flacura al cabo de tres semanas que exige internación y psicoterapia activa.

8.—Niña de 7 años, 7 meses y 8 días. Segunda hija de un varón de 11 años también neuropático, familia de músicos, de ambiente psicológica-

mente irregular, la niña no es bañada nunca, duerme en la misma cama del hermano; se la supone asmática y se la trata con medidas paroxismales y heroicas: viajes repentinos a Córdoba o Tandil, nieve carbónica, nebulizaciones sin ton ni son... Adenoidectomía sin anestesia, inapetencia total y cerrada incluso para los líquidos que exige internación y psicoterapia de urgencia.

A estas historias bien típicas añadamos otra que es como la contrafigura confirmativa.

9.—Varón de 2 años, 8 meses y 18 días de edad, separado de su único hermano por siete años de diferencia. Vomitador habitual desde el nacimiento; prácticamente había vomitado en mayor o menor cantidad todos los días de su vida y había sido sometido a todos los tratamientos imaginables sin resultado. Por cuenta propia a los 2 años la madre le hace practicar una amigdalectomía y desde ese mismo día el niño no vuelve a vomitar en los casi nueve meses que median desde entonces a la ocasión en que lo veo por motivos distintos y no atañaderos al problema que nos ocupa.

Estas historias comprenden nueve casos de niños de los clasificados como neuropáticos y con circunstancias familiares y pedagógicas que facilitaban el desequilibrio. Siete de ellos eran de nivel mental normal y un caso de una débil mental; en todos ocho la amigdalectomía desata situaciones de conducta claras y precisas. En el noveno caso la influencia psicógena de la operación actúa espectacularmente deteniendo un cuadro de vómitos que el resto de la personalidad del niño permite clasificar como psicógenos. Esta ubicación semiológica es elemental y necesaria; el traumatismo operatorio no crea el trance de conducta pero sí lo desata de un modo "post hoc" en niños que tienen ya una personalidad peculiar y que llenan los recaudos familiares y psicopedagógicos necesarios para un desequilibrio psicoafectivo, de modo que un atento estudio del niño y su medio pudo, en amplia medida, hacer prever la inconveniencia de un traumatismo "ex médico". El conocimiento de esas situaciones es tanto más atinado cuanto que (como en los casos 5 y 7 que hemos elegido a propósito), la amigdalectomía pretendía la solución de una situación, la inapetencia, que era sólo sintomática de un desequilibrio de la ubicación psicoafectiva del niño y una parte de un problema mucho más amplio. Es este el lugar de anotar que con frecuencia la amigdalectomía constituye una vaga e incierta indicación de *lucha contra el síntoma* que caracteriza la medicina no sistemática y que se indica en las más diversas circunstancias: asma, catarros, inapetencia, flacura, sueño inquieto... *para ver qué pasa*. Si bien no plantearemos la discusión en el terreno clínico (aun cuando el problema de la amigdalectomía requiere un claro, amplio y valiente planteo pediátrico), si señalaremos cuanto puede perjudicarse un niño nervioso por una operación planteada indiscriminadamente y realizada de manera

perfunctoria. Por sobre los casos documentados en las historias elegidas todo médico de experiencia conoce sobradamente las resistencias que encuentra en el examen de la garganta de un niño cuando se le ha extraído una muela, practicado un tacto faríngeo o arrancado las amígdalas sin las debidas precauciones que si bien se cumplen con bastante cuidado en lo somático (cuento globular, glucemia, tiempo de coagulación y sangría, descarte de una primoinfección en actividad...) no se tienen en cuenta en lo psíquico. La realidad es tan flagrante que no parecerá una demasía crítica afirmar que los otorrinolaringólogos se precian de extraer un par de amígdalas en contados minutos sometiendo, a lo sumo, al niño a unas aspiraciones de cloruro de etilo. Los mueve sin duda, el lógico pensamiento de no hacer correr al organismo infantil los peligros de una anestesia para una operación que se ha concluído por clasificar de simplícísima. El criterio es hartó parcial y merece una revisión de buen sentido. Analicemos brevemente los detalles con criterio psicósomático: el niño es transportado al sitio de la operación. Si se lo separa de sus padres esa sola separación constituye ya un trauma emocional; si como sucede a veces, uno de los padres lo acompaña, el niño no puede menos de ver como el padre se hace cómplice ó coautor de un acto que él considera brutal; además de traicionado el chico suele considerarse burlado cuando se le ha dicho que solamente van a mirarle la garganta u otra cosa por el estilo. El resentimiento del niño hacia sus padres después de una amigdalectomía es un hecho de observación frecuente y no debe ser psicológicamente soslayado. Se procede luego —generalmente por obra de un forzado enfermero— a fijar al niño impidiéndole todo movimiento, vale decir, que se desatan en él de un modo casi experimental los reflejos a la prisión de Watson³, que no son sino la versión pediátrica de los reflejos liberadores que Pavlov observó cuando ataba a los perros a la mesa de experiencias⁴, situación traumática fundamental que el niño reproduce entre los miembros del enfermero. Se le coloca luego el abreboca a cursor dentado que le provoca una abertura forzada del maxilar y lo priva de la palabra. En ese instante el ambiente cobra un aspecto de gran escenografía, pues que la luz se apaga y aparece ante él el cirujano cubierto con una blanca careta y provisto de una lámpara frontal que deslumbra al pequeño. Aun cuando en ese momento se le colocara la careta de caucho del cloruro de etilo, el chico ha visto bastante para sufrir terror, pero cuando ni eso se hace, el arrancamiento de las amígdalas y el raspado de las adenoides no es un trance ni poco doloroso, ni poco intenso. Viene luego la bocanada de sangre y las órdenes imperiosas para que escupa... y hay todavía una revisión final no siempre exenta de un último mordisco del adenótomo. Reconocemos que todo esto transcurre en un brevísimo lapso y dentro de la más admirable destreza operativa, pero siendo que los fenómenos psíquicos

se valoran principalmente por su calidad, ello no disminuye en nada su capacidad traumatizante para el ánimo del pequeño.

No son necesarias mayores consideraciones para concluir que de un modo general no se debe proceder a la amigdalectomía sin tomar todas las precauciones que eviten en el pequeño el traumatismo psíquico, pero aun admitiendo que los cirujanos persistan en la actual práctica corriente, la falta de precauciones está formalmente contraindicada en los niños muy sensibles o que de un modo u otro pueden ser catalogados como neuropáticos, dando a esta palabra un riguroso sentido clínico y no el de una vaga formulación. ¿Cuáles serán estas precauciones? El niño será sedado con barbitúricos de acuerdo a su peso y edad el día anterior a la operación y recibirá dosis suficientes una hora antes del acto quirúrgico; en esas condiciones recibirá anestesia general, fuera de la sala de operaciones y será llevado a ella ya narcotizado; practicada la operación volverá a la cama para despertarse en ella, limpio y libre de todo rastro de la operación; la sedación con barbitúricos se continuará 12, 24 ó 48 horas según observación y necesidad. Corresponde al anestesista técnico elegir en cada caso el anestésico adecuado que se empleará en la cantidad mínima necesaria para aislar al niño de la escenografía y violencia de la operación. Nuestro punto de vista es categórico al respecto y lo imponemos sin admitir discusión en nuestra práctica, pero si acaso pareciera extremoso reclamo no estaría demás recordar que así se procede habitualmente en la casi totalidad de las clínicas estadounidenses. Por lo demás, el espectáculo de la amigdalectomía en serie de las policlínicas corrientes es uno de los que más seriamente contradice el nuevo espíritu psicossomático que anima a la medicina actual.

BIBLIOGRAFIA

1. *Hamburger, F.*—Los fundamentos de las neurosis en la infancia. Trad. española Edit. Americalee, Bs. Aires, 1946, p. 334. El subrayado no es del autor, ha sido agregado por nuestra cuenta.
2. *Escardó, F.*—Etiología de los trastornos de conducta en la infancia. "Arch. Arg. de Ped.", in press.
3. Véase en *Stirniman, F.* Psicología del recién nacido. Trad. española. Edit. Miguel Servet, Bs. Aires, 1947.
4. *Pavlov, I. P.*—Los reflejos condicionados. Edit. Pavlov, México, 1942, p. 35.

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO. CONOCIMIENTOS ESENCIALES PARA EL PEDIATRA, por el *Dr. José F. Díaz*. Opúsculo mimeografiado de 38 págs. México, noviembre de 1949.

Este preciso y oportuno trabajo ha constituido la ponencia oficial del autor al reciente segundo Congreso Panamericano de Pediatría. Su mérito principal consiste en el planteo sencillo y claro de la posición del pediatra frente al aspecto psicointelectual del niño sano y enfermo. No cabe duda de que la integración de la medicina infantil con el componente psicológico y emocional del ser en crecimiento es no sólo una necesidad cada día más reclamada por cuantos se ocupan del niño, sino una exigencia del buen sentido y un requerimiento constante de la práctica cotidiana. Con acertada visión cultural el Dr. Díaz señala como la pediatría ha trascendido ya su etapa de mera vigilante de la salud física y curadora de enfermedades para enfocar a la personalidad infantil en su total plenitud. Sostiene que ese modo de ser no puede ser una encastillada subespecialidad, sino un lógico complemento del pensamiento médico. Su palabra constituye un llamado de atención que merece la mayor consideración de parte de médicos y pediatras, de educadores y sociólogos y pone de relieve el quizás más significativo tono de la actual orientación médico-infantil. Con ese punto de partida el autor, siguiendo en gran parte a Gessel, pasa revista —para orientación pediátrica— a los aspectos que considera más importantes del desarrollo psicológico: inteligencia, emociones, socialización, personalidad y lo que denomina de un modo convencional actitudes. En las etapas de la inteligencia señala la importancia y realidad semiológica de los tests así como su razón nosográfica de ser siempre de acuerdo al discutible esquema de Gessel de los “campos” motor, adaptativo, fonético y personal social. El autor da a estas nociones una precisión suficientemente iluminadora para el pediatra corriente. Más largo comentario dedica al desarrollo emocional señalando con sagacidad sus etapas pero atribuyendo quizás, demasiada realidad médica a las etapas de la personalidad que describe la concepción freudiana. Esta asimilación de la teoría a la realidad clínica implica empujar al práctico hacia un apriorismo doctrinario y choca con la resistencia psicológica del médico no bien informado en materia de teorías psicogenéticas. En cambio las anotaciones sobre desarrollo emocional se muestran llenas de sensatez y de tono orientador. Otro tanto cabe decir de las etapas de la socialización que el autor divide en elemental doméstica y comunal. Se ocupa luego el autor de la personalidad y aun cuando tropieza con el inevitable escollo de una definición pediátricamente válida del concepto de personalidad sus notas logran el fin propuesto de llamada de atención para el médico corriente. En el capítulo de actitudes —y siguiendo en gran parte a Kanner— el trabajo puntualiza muy bien lo que hace a las actitudes paternas y a las del médico. Ambos párrafos merecen atenta y cuidadosa lectura. A modo de resumen se puntualiza lo que se considera esencial para el pediatra y se formulan las siguientes conclusiones:

El conocimiento del desarrollo psicológico del niño no es elemento de cultura que sólo adorna los conocimientos del médico; debe considerarse como esencial y básico, especialmente para el pediatra.

En los programas de educación médica pediátrica debe incluirse como otra de las materias fundamentales.

Los cursos de postgraduados en pediatría deben dar mucha importancia al conocimiento profundo del desarrollo físico, mental y emocional del niño.

Todo personal técnico que trabaja con madres y niños (maestras, educadoras, niñeras, enfermeras, trabajadoras sociales, médicos, etc.), y los futuros y actuales padres de familia, deberían ser instruidos en los aspectos fundamentales del desarrollo psicológico del niño.

El pediatra, por su posición profesional y social, es un elemento de primer orden en la campaña de higiene mental.

En el futuro todo pediatra deberá estar preparado para ocupar el lugar que le corresponde en la sociedad, como puericultor e higienista mental.

El trabajo del distinguido médico mejicano alcanza plenamente su objetivo y creemos que lo logra porque —lejos de permanecer encastillado en una subespecialidad— trasunta una completa experiencia pediátrica y un conocimiento global del niño sano y enfermo base cuya falta ha esterilizado muchas intenciones aislando el problema psicopedagógico del clínico pediátrico.

F. Escardó.

LECCIONES SOBRE ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS, por *Sir Robert Hutchison y Alan Moncrieff*. Traducción de la novena edición inglesa por J. A. Alemany Sitja. 1 tomo encuadernado de 477 págs. 1,45 x 21,5. Edit. Miguel Servet. Buenos Aires-Barcelona, 1949.

En su original inglés este libro representa la novena edición de las lecciones de pediatría de Hutchison primitivamente publicadas en 1904 y enriquecidas a través de los años hasta el estado actual en que aparecen completadas y retocadas (como la octava edición inglesa) por Moncrieff. Como se trata de lecciones y no de un tratado el libro carece de la unidad formal y doctrinal que cupiera a un trabajo de la índole de este último tipo y contiene una producción desigual y difícil de juzgar en conjunto. De cualquier manera, dado el sostenido favor del público inglés, pueden ser tomadas como índice y trasunto de la pediatría británica. El descuido editorial con que está presentado el libro no permite conocer con exactitud —lo que sería de la mayor importancia— el lapso que media entre la aparición de la edición inglesa y de su traducción española, pero la lectura atenta demuestra que hay cuando menos cuatro o cinco años, sino en el transcurrir cronológico en el avance cultural de la pediatría. Con un poco más de trabajo y de responsabilidad el Dr. Alemany Sitja, médico de la clínica universitaria de Barcelona, hubiese dado al lector español un libro actual y aplicable; unas pocas notas hubiesen bastado para ello; tal como se presenta la parte terapéutica del libro está tan anticuada que resulta inútil. Este aserto crítico es tan grave que debe ser documentado. En el capítulo de diarrea infantil (pág. 107), escribe el libro "Algunos de entre los nuevos preparados sulfamídicos parecen (sic) ser de gran valor en la diarrea infantil de origen infeccioso. El mejor, sin duda, es la sulfaguanidina..." etc. Refiriéndose a la neumonía (pág. 262), se dice con respecto a las sulfamidas "que todavía no conocemos exactamente si es o no de utilidad en la prevención de las complicaciones"; semejantes vaguedades se reiteran con respecto a las vaginitis y otras infecciones. No cul-

pamos, claro está, a los autores que se limitaron a escribir lo que más se sabía en el momento, pero sí reprochamos a la editorial y al traductor el dar a luz y a un precio nada módico, un libro totalmente inútil por anticuado, malográndose así una intención y un trabajo que pudo resultar óptimo con un mayor sentido de la responsabilidad bibliográfica. Para cerrar aquí la parte negativa del comentario anotemos que las figuras son deplorables a punto de resultar muchas de ellas meros borrones como resultado de haber utilizado grabados no originales y de haberlos impreso en forma inferior.

Tiene en cambio el libro un tono de buen sentido clínico y de medicina vivida que lo hace por demás interesante para el lector capaz de superar las insuficiencias ya anotadas. El capítulo de examen del niño, el referente a la leche, el de alimentación, la lección sobre trastornos de conducta resultan verdaderos modelos. Merece particular atención la clase sobre asma en la que, salvando el grave error común de casi todos los libros de pediatría se plantea el problema a partir del niño asmático y no del proceso alérgico; razonar a base de este último constituye una aberración nosológica y es la causa de toda la desorientación de los médicos prácticos frente a un chico asmático. Los autores ingleses plantean el problema con lúcida claridad y profundo sentido clínico. En materia de procesos neurológicos crónicos y de convulsiones el libro queda en la apreciación estática de todos los autores clásicos. De un modo general el libro se muestra poco permeable a los autores que no sean británicos, lo que le quita amplitud y modernidad. En resumen, un excelente conjunto de lecciones muy mal impreso, que tiene interés documental para el médico avezado pero que resulta inútil para el práctico y para el estudiante, pues que se ha traducido un libro cuya parte terapéutica era ya antigua al salir el tomo al mercado.

F. Escardó.

Congresos

JORNADAS PEDIATRICAS RIOPLATENSES Y NACIONALES

Auspiciadas por las Sociedades Uruguay y Argentina de Pediatría, se desarrollarán en la ciudad de Córdoba, los días 22, 23 y 24 de mayo del corriente año. El Comité Ejecutivo lo constituye la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Pediatría, Filial Córdoba, que preside el Prof. José M. Valdés y el programa provisional es el siguiente:

TEMA URUGUAYO:

"Diagnóstico clínico-radiológico y tratamiento de las fracturas del codo". Relatores: Dres. V. Pérez Fontana, R. del Campo, A. Rodríguez Castro y J. Curbelo Urroz. Héctor C. Bazzano y L. A. Pieroni (radiología).

TEMA ARGENTINO:

"Bronquiectasia en la infancia. Aspectos clínico-radiológicos". Relatores: Dres. Alberto Chattás, Sabino di Rienzo y Carlos Piantoni.

TEMAS LIBRES ARGENTINOS:

1º "La esplenectomía en Clínica Pediátrica. Nuestra experiencia". Relatores: Dres. Juan P. Garrahan y Alfonso Bonduel y A. Magalhaes.

2º "Pielitis recidivantes en la infancia". Relator: Dr. R. de Surra Canard.

3º "La litiasis urinaria en Mendoza". Relator: Dr. Humberto Notti (de la Filial Mendoza).

4º "Infección sinusal en la infancia". Relatores: Dres. Delio Aguilar Giraldes, Alberto Lucero, Carlos Hechniewski y Juan P. Robbio Campos.

5º "El abdomen quirúrgico en el recién nacido". Relator: Dr. José E. Rivarola.

6º "Influencia de las sulfamidas y antibióticos sobre la demografía". Relatores de la filial Córdoba.

TEMAS LIBRES URUGUAYOS:

1º "Cirrosis hepática en el niño". Relatores: Dres. Marcos Munilla, Solobey, y Porro de Pizzolanti.

2º "El tratamiento de la invaginación intestinal irreductible". Relator: Dr. J. Curbelo Urroz.

3º "El porvenir de la luxación patológica de la cadera en el lactante". Relator: Dr. Raúl M. del Campo.

JORNADAS PEDIATRICAS INTERNAS *(de la Sociedad Argentina de Pediatría y sus filiales)*

1º "Encefalitis". Tema de la Filial Córdoba.

"Encefalitis postinfecciosa en la infancia". Correlato porteño. Relatores: Dres. Florencio Bazán y Raúl Maggi.

2º "Enfisema obstructivo en la infancia". Tema porteño. Relatores: Dres. José María Pelliza, Sofío Calisti, José E. Mosquera y Juan C. Arauz.

3º Tema y relatores a designar por la Filial Santa Fe.

SOCIEDAD URUGUAYA DE PEDIATRIA

SESION del 31 de MARZO de 1949

*Presidencia de Honor de los Profs. Joaquin Martagao Gesteira
y Gregorio Aráoz Alfaro*

PALABRAS DEL PRESIDENTE Dr. H. C. BAZZANO

El **Presidente** señala la presencia en la sesión del Prof. J. Martagao Gesteira, catedrático de Puericultura de la Universidad del Brasil en Río de Janeiro, así como también la del Profesor Honorario de la Universidad de Buenos Aires, Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, ambos Miembros Honorarios de la Sociedad Uruguaya de Pediatría.

Saluda a ambos, recordando sus viejas vinculaciones con la Pediatría uruguaya y les invita a ocupar el estrado, presidiendo la sesión que se hace en homenaje a ellos.

De inmediato se inicia la consideración del orden del día.

CIFOSIS TRAUMATICA EN TETANOS DEL RECIEN NACIDO. CURACION. EMPLEO DE PENICILINA Y DE INTOCOSTRINA

Dres. J. Bonaba, V. Scolpini y J. C. Angelillo.—Refieren la historia de un niño de 10 días de edad, que ingresó al Instituto de Clínica Pediátrica en agosto de 1947, procedente del interior del país. Según los padres, al nacer habría sido atendido por una profesional y se habría empleado la asepsia en la ligadura del cordón umbilical; las curas posteriores las habría realizado la misma persona. Peso al nacer: 4 kilos; caída del cordón al séptimo día; alimentación al pecho de la madre. Al octavo día notaron dificultad para la succión, luego trismo y por último, rigideces de los miembros. Ingresó al décimo día de vida, con cuadro característico de tétanos, supuración de la herida umbilical; temperatura 37°8. Al día siguiente, la temperatura llegó a 40°, tenía paroxismo de dolor y contractura, rigideces generalizadas, cianosis, imposibilidad de alimentarse. Lentamente fué mejorando, pero a los 22 días de estada se comprobó la existencia de una deformación en la columna vertebral dorsolumbar, en forma de cifosis marcada, que se corrigió con dificultad a la presión. Radiográficamente se apreció cierta cifosis de gran arco, con ligera escoliosis; alteraciones de los cuerpos vertebrales y pequeña disminución del espacio intervertebral entre XII dorsal y I lumbar. Alta en buenas condiciones, al cabo de 45 días de hospitalización. A la edad de 2 ½ meses se hizo nueva radiografía, que demostró la ausencia de alteraciones en la columna vertebral. Como tratamiento se hizo: aislamiento en box; penicilina, 80.000 unidades diarias, (cada 3 horas, intramusculares), durante 13 días, recibiendo un total de 1.040.000 unidades; suero antitetánico por vía subcutánea, durante los dos primeros días; luminal (0,025 g por día), por vía subcutánea y oral; hidrato de cloral en enema (0,30 g diarios); into-

costrina, $\frac{1}{2}$ cm³ diarios, intramusculares. Además, curación de la herida umbilical. No se hallaron bacilos tetánicos en ésta. Destacan las deformaciones de la columna vertebral, como manifestación rara en el tétanos del recién nacido, pero que uno de los autores (Bonaba), ha señalado con Pieroni, en niños mayores, en la proporción de 60 %. No hubo, en el caso, lesiones de los cuerpos vertebrales, en ningún momento, por lo que consideran se ha tratado de un grado inicial del proceso que, en el recién nacido no pasa a más, por la mayor movilidad de la misma y la mayor laxitud ligamentosa. En el Uruguay es la primera vez que se señala este caso; pero, en Francia, Grenet, en sus Conferencias de Clínica Infantil (primería serie, 1937), señala uno igual al comunicado por ellos, con análoga evolución. Destacan la acción favorable de la penicilina, con lo que habrían comunicado ya cuatro casos favorables a esta Sociedad. Por primera vez se usó la intocostrina en un recién nacido afectado de tétanos, para disminuir la contractura. Entre nosotros, ya había sido utilizada en niños mayores. El resultado, como se ha visto, fué muy favorable. Deberá administrarse con suma cautela, para evitar se produzcan parálisis respiratorias, debiendo tener siempre a su alcance su antagonista el Prostigmin. Analizando las observaciones de tétanos de recién nacidos, en nuestro medio, hallan que sobre 9 curaron 4 (44 %).

AUDIOMETRIA VOCAL FONOGRAFICA EN ESCOLARES (2ª comunicación)

Dres. C. A. Bauzá y J. Ravera.—Han estudiado 1.879 escolares montevideanos, mediante el audiómetro fonográfico Western Electric 4 C. Este procedimiento estudia la audición de la palabra hablada, por transmisión aérea, cuyo registro oscila entre 250 y 3.500 ciclos por segundo. La zona de los tonos altos, —8.000, 10.000, 13.000, 15.000 ciclos por segundo— es la que primero resulta comprometida en los procesos del oído medio, secundarios generalmente a la obstrucción crónica de la trompa de Eustaquio. El hecho de que este audiómetro no investigue el déficit auditivo para las frecuencias altas, y el de que no pueda usarse satisfactoriamente para examinar niños demasiado pequeños, incapaces de escribir números al dictado, constituye dos limitaciones a su empleo. Las supuraciones del oído medio y la obstrucción parcial prolongada de las trompas de Eustaquio, por el tejido linfoide hipertrofiado de la nasofaringe, son las dos causas más frecuentes de déficit auditivo. Es sumamente frecuente la recurrencia de las adenoides, después de su extirpación.

Muestran diversos tipos de audiogramas. De acuerdo con los resultados estadísticos, el 15,2 % de los escolares presenta déficit auditivo.

Se ha mostrado que el estado nutricional y el desarrollo mental influyen en los resultados. Enseñan gráficos sobre la relación entre la pérdida auditiva y la edad, el sexo, la amigdalectomía, la mastoidectomía, los antecedentes de otitis media supurada, los antecedentes familiares de sordera, el grado y la uni o bilateralidad de la pérdida auditiva. Como proyecciones higiénicas y pedagógicas, se señala la importancia de extender este método de pesquisa, con fines de lograr el diagnóstico y tratamiento precoz de los procesos que llevan a la disminución de la audición.

MENINGITIS TUBERCULOSA EN UN NIÑO, TRATADA CON ESTREPTOMICINA. SOBREVIVIDA DE MAS DE UN AÑO

Dr. J. A. Salgado Lanza.—Refiere la historia clínica de una niña de 8 años de edad, sin antecedentes familiares de tuberculosis y con cutirreacción

tuberculínica negativa un año antes. Ingresó al Instituto de Clínica Pediátrica, con fiebre, vómitos, cefalalgia, angina roja y esbozo de síndrome meningéico, habiéndose iniciado pocos días antes. Cufirrección tuberculínica: positiva intensa. Radioscopia de tórax: hilitis bilateral inespecífica. Tratada con sulfonamidas y con penicilina intramuscular, no obstante, su proceso sufrió una agravación progresiva, hasta llegar a un estado semicomatoso. Entonces, la radiografía de tórax reveló una imagen de miliar generalizada. Se administró luego estreptomina, al 11º día de estada, notándose de inmediato una extraordinaria y rápida mejoría clínica; 13 días después del comienzo del tratamiento estaba despejada, sentada en la cama, jugaba y reía. Se hallaron bacilos de Koch en un líquido de lavado gástrico en ayunas y luego, también, en el líquido céfalorraquídeo, al examen directo y en los cultivos, en dos oportunidades. Al cabo de 6 meses del ingreso había aumentado 15 kilos de peso; había desaparecido la imagen de granulia pulmonar de los primeros momentos. Los caracteres del líquido céfalorraquídeo, en los primeras punciones fueron los típicos de la meningitis tuberculosa, regularizándose finalmente. El estudio del fondo de ambos ojos nunca reveló anormalidades. La eritrosedimentación fué muy acelerada al principio y se normalizó finalmente. Como tratamiento se le administró en los primeros días, estreptomina por vía intrarraquídea en dos series; en los primeros 7 días se dieron 50 mg por vez, cada 24 horas; luego de un descanso de 9 días, se hizo otra serie de inyecciones, durante 14 días. En total recibió 1.050 g. Además se usó la vía intramuscular, durante 145 días, con un total de 58 g, en inyecciones de 100 mg cada 6 horas (400 mg diarios). Después de un descanso de 11 días se reiniciaron las inyecciones por la vía intramuscular, a razón de 300 mg diarios (en dos veces), prolongándose la administración durante 21 días, con un total de 6.300 g. La dosis total por vía intramuscular fué de 64.300 g. Además, se usó un régimen vitamínodietético adecuado y completo. Hasta el momento actual persiste la curación.

INFANTILISMO HIPOFISIARIO TRATADO CON METILTESTOSTERONA

Dr. R. Buceta de Buño.—Estudia el empuje de crecimiento que la metiltestosterona determina en una niña con infantilismo hipofisario. Destaca la ausencia de síntomas de virilización y de pubertad precoz, después de dos años de tratamiento con metiltestosterona. Encara la posibilidad del tratamiento del infantilismo hipofisario con hormona sexual masculina, sin temor al riesgo del cierre precoz de las epifisis óseas.

PALABRAS DEL Prof. MARTAGAO GESTEIRA

Manifiesta que agradece profundamente el homenaje que se le ha tributado al invitársele a asistir a la sesión de hoy y a presidirla. Felicita a los comunicantes por la alta jerarquía de sus trabajos, que honran a la pediatría uruguaya, fundada por Morquio y que ha sabido mantener el prestigio que éste le diera.

PALABRAS DEL Prof. ARAOZ ALFARO

Dice que sus estrechas vinculaciones con los pediatras uruguayos, casi le inhibirían de agradecer esta nueva deferencia, pues en realidad, cada vez que asiste a una de las sesiones de esta Sociedad se siente como en su misma casa. Agradece, también, la deferencia de haberlo invitado a concurrir a esta tan interesante sesión.

SESION del 29 de ABRIL de 1949

Preside el Dr. H. C. Bazzano

LA NOVOCAINA INTRAVENOSA EN EL TRATAMIENTO
DE LAS GLOMERULONEFRITIS AGUDAS DIFUSAS INFANTILES

Dra. Rosa Goluboff de Milies.—Expone brevemente la historia del empleo de esta droga, dada por vía intravenosa, después de los trabajos de Dos Ghali, Bourdin y Guiot, en Francia (1941); luego, los de Warembourg, Fontan y Michil (1946), culminando con un extracto de la "Presse Medicale" de 1947. Se ocupa únicamente de su empleo en las afecciones renales, habiéndose obtenido mal éxito en las nefritis intersticiales crónicas y mejores resultados en los casos agudos (anuria aguda). Todos ellos se referían al adulto. Se ha usado una solución al 1 %, de la que se daban 5 cm³ en 75", en niños de 5-12 años y 10 cm³ en adultos en 2 ½ minutos. Dosis máxima: 1,50 g por día, sea en inyecciones cada 2 horas o en gota a gota (40-50 por minuto), diluía en 500 cm³ de solución fisiológica de cloruro de sodio. Como accidentes, señala: sensación de calor o frío, mareos; ceden rápidamente a la administración de antídoto específico, que es el luminal al 1 %. Ha tratado 15 casos de hospital, comparando 8 casos tratados por el método clásico con 7 tratados con la novocaína al 1 % intravenosa; ambos en la misma sala hospitalaria, atendidos por el mismo personal y con exámenes realizados en el mismo laboratorio. De la comparación de ambas series resulta que, en los tratados por el método clásico, el restablecimiento de la diuresis tarda más de 14 días en establecerse, como mínimo y a veces más (22-30 días). La hipertensión es a veces permanente. En los casos tratados con la novocaína, la diuresis se restableció más rápidamente, produciéndose un gran descenso de la tensión arterial, con normalización de la zoemia y elevado porcentaje en la prueba de Van Slyke, siendo más notorio el efecto en los casos más graves.

ALGUNOS CASOS DE ISOINMUNIZACION HUMANA

Dres. D. W. Invernizzi y H. Caragna Gispert.—Relatan algunos casos de eritroblastosis fetal, resumiendo los conocimientos actuales sobre el mecanismo de la isoinmunización: a) durante el embarazo y b) por la transfusión de sangre. Destacan la enorme importancia del grupo sanguíneo Rh, aconsejando usar la nomenclatura inglesa de Fisher-Race. Insisten en la determinación sistemática del grupo Rh, en las embarazadas y en toda persona que ha de recibir múltiples transfusiones o que haya recibido transfusiones anteriormente. Relatan el primer caso en el Uruguay, de eritroblastosis fetal en el primer hijo. La madre, perteneciente al grupo O, Rh negativo, fué transfundida 4 años antes, con sangre O, proveniente de un dador profesional. Su primer hijo falleció a los tres días, con el cuadro clínico de la ictericia grave. Su segundo embarazo terminó con feto a término, muerto. La placenta pesaba 1.250 g. Actualmente se encuentra de nuevo embarazada y en su prueba se hallan aglutininas anti Rh de título elevado. Aconsejan no hacer transfusiones a ninguna mujer, cualquiera sea su edad, antes de la menopausia, sin determinar previamente el grupo Rh. Si resulta negativa, deberá usarse sangre Rh negativa. La única excepción admitida será la de una extrema urgencia, cuando peligre la vida de la paciente. No existe, en la actualidad, ningún método eficaz de tratamiento del estado de isoinmuni-

zación. La memoria celular es extraordinariamente poderosa y responde rápidamente a nuevos estímulos antigénicos. Lo mejor es realizar la profilaxis. No se usará indiscriminadamente la transfusión de sangre. Se harán indicaciones precisas. En la actualidad, la determinación del grupo Rh, sobre todo del antígeno D, que es el más importante por ser el más antigénico, es sencilla. Se requieren sueros humanos bien controlados. La estrecha colaboración de obstetras, pediatras y laboratoristas especializados, permitirá obtener las cantidades de suero necesarias para la determinación de rutina del grupo sanguíneo Rh. El trabajo ha sido realizado en la Central de Sangre y Plasma, de la Facultad de Medicina de Montevideo.

SECUELAS NEUROPSIQUICAS DE LAS MENINGITIS PURULENTAS. ESTUDIO DE NIÑOS DE PRIMERA INFANCIA MEDIANTE LAS NORMAS DE DESARROLLO DE GESELL

Dres. C. A. Bauzá y G. Solovey.—Revisan el problema de las secuelas neurológicas y psíquicas de las meningitis purulentas, en niños de primera infancia. Debe plantearse, en ciertos casos, la acción de la terapia intratecal, en la génesis de lesiones aracnoideas o medulares, vinculadas a reacciones vasculares, refiriéndose casos de la literatura extranjera, como ejemplos. A este respecto, la utilización de la vía extratecal ofrece la ventaja de evitar el traumatismo medicamentoso meníngeo. Revisan la casuística nacional de meningitis purulentas, en niños de primera infancia, estableciendo la proporción de secuelas. Postulan el empleo de pruebas de rendimiento psicomotor, para pesquisar precozmente los trastornos en la conducta motriz, adaptativa, personal, social y en el lenguaje. Han examinado, mediante las normas de maduración, de Gesell, a 12 niños, exponiendo los resultados.

SESION del 13 de MAYO de 1949

Preside el Dr. H. C. Bazzano

LAS SOLUCIONES SALINAS EN LA DESHIDRATACION. LAS SOLUCIONES SODIO-POTASIO EN LA "CASA DEL NIÑO"

Dr. J. Obes Polleri.—Revisa brevemente la concepción clásica de la deshidratación del lactante y de la reposición hidrosalina de Hartman y los conceptos modernos desarrollados por Darrow y Gamble. Estos últimos, al establecer la estrecha e inmediata interdependencia de los medios extra e intracelular y la eliminación reversible del potasio celular, han abierto nuevos horizontes al tratamiento electrolítico de la deshidratación del lactante. Las soluciones Ringer, todavía usadas en forma rutinaria, responden a una concepción anticuada; buscan la reposición de los electrolitos basadas en su semejanza con el plasma y el líquido intersticial. Concebidas inicialmente para mantener el trabajo del corazón de la rana —y en teoría fisiológicamente perfectos frente al líquido extracelular— no responden a las exigencias que crea la fisiopatología de la deshidratación. Gamble ha mostrado que el agregado de sodio provoca una expoliación marcada de potasio. El tratamiento clásico de la deshidratación mejoraría el compartimiento extracelular a expensas del agravamiento, mucho más importante, del intracelular. El uso de la solución

de Darrow, sólidamente fundado en las investigaciones de su autor y comprobadas por la clínica, debe ser utilizado sistemáticamente en el tratamiento de la deshidratación grave. Sin embargo, su uso no se ha difundido y la solución salina fisiológica, así como las soluciones de Ringer, continúan siendo usadas rutinariamente en la casi totalidad de los servicios.

El comunicante ha concebido y usado sistemáticamente, en la Casa del Niño, de Montevideo, una solución sodio-potasio destinada a la reposición de electrolitos, en lugar de las soluciones de Ringer. Dicha solución, que contiene 6 g de cloruro de sodio y 1,25 g de cloruro de potasio por litro, correspondiendo a 102,5 mEqu. de sodio y a 16,7 mEqu. de potasio, presentaría las siguientes ventajas:

1° De acuerdo con los diagramas de Gamble, la expoliación de potasio, en función del agregado de sodio, sería de 1 mEqu. de potasio por cada 5-6 mEqu. de sodio. La solución que se propone tiene una relación de 1 a 6; aporta, en consecuencia, el potasio necesario para compensar la expoliación que las soluciones de Ringer, cuya relación de 1 a 20 no permite reponer.

2° Su contenido en potasio es ligeramente superior al de la leche de mujer (13 mEqu. por litro), por debajo del de la leche de vaca (38 mEqu. por litro). Esto es importante, porque la reposición del potasio perdido en las diarreas se hace evidente al reiniciar la realimentación.

3° Su margen de toxicidad es más amplio que el de la solución de Darrow, que puede llegar a elevar hasta 10 mEqu. el potasio de la sangre. La elevación posible, con la solución propuesta, corresponde solamente a 7,4 mEqu.; francamente dentro de la zona de seguridad.

4° Ella ha sido usada sistemáticamente por vía oral y parenteral, durante más de un año, en varios centenares de niños, habiéndose obtenido excelentes resultados clínicos y sin que se haya observado ningún accidente tóxico. La ha utilizado en los prematuros, durante los primeros días. El uso de esta solución sodio-potasio le ha dado, en estas condiciones, mejores resultados que las dietas absolutas prolongadas, recietemente propuestas por Smith.

En resumen, piensa que dicha solución debe usarse sistemáticamente en lugar que las soluciones de Ringer, pues aporta los dos cationes esenciales: sodio y potasio, en cantidad suficiente y dentro de un amplio margen de seguridad. Además, su preparación es absolutamente simple. La solución de Darrow, con 35 mEqu. de K por litro, deberá reservarse para el tratamiento de la deshidratación grave, mientras que la solución hipotónica, propuesta por el comunicante (238 mEqu. por litro), debería ser de uso rutinario. Expresa que tiene en su fase experimental una solución semejante a la de Darrow, sobre la base de lactato de potasio. Se ilustra la exposición con varios diagramas.

ENFERMEDAD DE GAUCHER

A PROPOSITO DE 5 OBSERVACIONES; 2 DE FORMA NEUROLOGICA

Dres. M. L. Saldún de Rodríguez y A. Volpe.—Refieren estas 5 observaciones recogidas en el Instituto de Clínica Pediátrica "Dr. Luis Morquio" desde 1938 hasta la fecha. Señalan 3 casos ocurridos entre hermanos, 2 de ellos de forma neurológica; uno, de evolución muy aguda, fallecido a los 17 meses de edad; el otro, de evolución subaguda, que falleció a la edad de 5 años; el restante (6° hijo), de forma menos maligna, sin síntomas neurológicos, de evolución crónica, con gran esplenomegalia, hepatomegalia moderada y buen estado general. Los otros 3 hermanos están indemnes hasta el momento actual. Los otros dos casos que completan la serie presentada, son casos aislados, en diferentes familias, que no presentaban antecedentes de enfermedad de

Gaucher. El sexo femenino es el predominante: 4 casos; en los casos familiares resultaron afectados únicamente mujeres y entre los indemes había un varón. Destacan las dificultades del diagnóstico diferencial para las formas neurológicas agudas y subagudas de la enfermedad de Gaucher y de la enfermedad de Niemann-Pick. El aspecto clínico puede ser idéntico en ambas y las razones aducidas como elementos diferenciales, tales como el predominio racial (judíos), en la enfermedad de Niemann-Pick, cada vez tiene menos valor, porque los casos se ven con más frecuencia, también en otras razas. Cobran valor, cuando existen las lesiones oculares de la enfermedad de Niemann-Pick, caracterizadas por una mancha roja sobre la mácula lútea, similar a la observada en la enfermedad de Tay-Sachs; pero esta lesión no es absolutamente constante en la primera.

El estudio histológico exclusivo tampoco tiene valor absoluto; él permite hacer el diagnóstico de reticuloendoteliosis lipóidica por la presencia de células histiocitarias, modificadas por el almacenamiento lipídico, presentando pocas o ligeras diferencias entre las células de la forma aguda de la enfermedad de Gaucher y las de Niemann-Pick. El síntoma patognomónico para el diagnóstico diferencial es la comprobación, por el estudio químico del lípido almacenado, comprobándose la presencia de "querasina" en la enfermedad de Gaucher y de "esfingomiélinina" en la de Niemann-Pick. Este estudio químico se hará por biopsia de los órganos más afectados. Desde el punto de vista práctico, la biopsia más accesible y más segura es la de la médula ósea, por extracción de un pequeño trozo mediante el empleo de un pequeño trócar.

SESION del 27 de MAYO de 1949

Preside el Dr. H. C. Bazzano

ESCARLATINA Y TERAPEUTICA PENICILINICA (46 observaciones clínicas)

Dres. W Piaggio Garzón y W. Triñanes.—Exponen los resultados del empleo de la penicilina en el tratamiento de una serie de casos de escarlatina, del brote epidémico de fines de 1947 a principios de 1948. Hicieron el tratamiento en esta toxemia eritrogénica, no obstante que hasta entonces (1947) sólo era mencionado en algunos trabajos estadounidenses (Weiss y Manheims, Hirsch Hoyne y Brown, etc.), y mismo entre las **indicaciones** publicadas no se mencionaba la escarlatina, empleándose en forúnculos, ántrax, otitis media, mastoiditis, celulitis, neumonía, heridas infectadas, meningitis, peritonitis, infección gonocócica, etc. Pero teniendo en cuenta la predilección de la penicilina por el estreptococo hemolítico y la presencia de este germen, en forma constante, en la faringe de los enfermos, se decidieron a emplear la penicilina en todos los casos de escarlatina, utilizándola desde el comienzo del período febril y exantemático. Se proponían, con ello, acortar la evolución de la enfermedad y evitar las complicaciones bacterianas o piogénicas (otitis, linfadenitis cervical, rinitis seropurulentas, angina exudativa precoz, etc.). El resultado ha sido alentador. La fiebre descende casi en crisis, la erupción se extingue prontamente, la faringe se limpia y la intensidad de la descamación disminuye; la convalecencia es rápida. En la serie no han observado ningún caso de escarlatina maligna. No habían obtenido esos efectos

favorables en los sujetos tratados con antitoxina escarlatina, ni con sueros de convalecientes, ni con sulfonamidas. Como no se trataba de enfermos hospitalizados, no pudieron practicar determinaciones bacteriológicas en serie, ni apreciar la velocidad de sedimentación, ni los niveles terapéuticos sanguíneos, habiéndose limitado el estudio al del sedimento urinario. Después, en 1948, han visto que otros autores han llegado a conclusiones comparables: Stroöm, del Hospital de Epidemias de Estocolmo; Torbe Jersild, de Copenhague, en 2.000 casos. La posología empleada fué la siguiente: para niños de 6 a 12 años, 100.000 unidades de penicilina una vez al día, por vía intramuscular, en suspensión oleosa, durante 4 días. También la emplearon en suspensión acuosa, una vez al día (penicilina G con procaína, de acción retardada). En ninguno de los casos llegaron a prolongar el tratamiento hasta 7 días, como lo proponen los autores estadounidenses y suecos, que se han ocupado del asunto. Creen, pues que la penicilino-terapia debe entrar en el tratamiento corriente de la escarlatina no complicada, evitando de este modo las manifestaciones sépticas y tal vez con cierta acción preventiva sobre las derivaciones tóxicas (miocarditis, nefritis, etc.).

ESCARLATINA. CONCLUSIONES SOBRE 155 CASOS CORRESPONDIENTES A NIÑOS INGRESADOS AL HOSPITAL "PEREIRA-ROSSELL" DURANTE LA ULTIMA EPIDEMIA. ESPECIAL REFERENCIA A LA TERAPEUTICA

Dres. R. C. Negro y M. A. Rebollo.—(Trabajo no llegado a la Redacción).

ESTUDIO ESTADISTICO DEL REFLEJO TONICO CERVICAL EN LACTANTES DE 0 a 6 MESES

Dres. C. A. Bauzá y G. Solovey.—En 230 niños, cuyas edades iban desde el nacimiento hasta 6 meses, han investigado el reflejo tónico cervical espontáneo (siguiendo a la rotación espontánea de la cabeza) y el provocado (rotando la cabeza pasivamente). En ese total hallaron 62 casos con reflejo tónico cervical positivo (27 %), con un margen de variabilidad por el azar (con una aproximación de 95,45 % de exactitud, suficiente para los fenómenos biológicos), de 21,2 a 32,8 %. Los reflejos positivos declinaron francamente en frecuencia, en el grupo de niños de 5 a 6 meses. El número de prematuros fué demasiado bajo para influir sobre la estadística. Las cifras totales fueron prácticamente iguales en ambos sexos, si bien se encontraron muy ligeras diferencias en la distribución, en los subgrupos, por mes de edad. Los varones presentaron una "mediana" más precoz y una menor dispersión de los valores alrededor del promedio que las niñas. Los reflejos tónico cervicales espontáneos predominaron francamente sobre los provocados y los derechos sobre los izquierdos, siendo rara la bilateralidad.

RECIEN NACIDOS

Gómez Herrera, H.—Profilaxis y tratamiento de las conjuntivitis y oftalmía del recién nacido, con el unguento oftálmico de penicilina. "Rev. Colombiana de Ped. y Pueric", oct. 1948, año VIII, n° 1.

Estudia el autor el tema en forma amplia y aconseja la exploración de las conjuntivas de los recién nacidos, como maniobra de rutina, por la importancia del tratamiento precoz de estas afecciones.

Teniendo en cuenta la acción de la penicilina sobre el gonococo y otros gérmenes piógenos, ha ensayado el tratamiento profiláctico y de fondo de las conjuntivitis agudas con el unguento oftálmico de penicilina; obteniendo con esta medicación resultados muy satisfactorios. Lo aplica en un millar de niños y observa que hubo conjuntivitis en un porcentaje de 1,59 %, mientras que con el método Credé alcanzaron al 23,43 %. En lo que respecta a las oftalmías con el U. O. de P. alcanza al 0,09 % contra el 1,09 % obtenido con el método Credé.

La técnica consiste en el aseo riguroso de los párpados y la colocación de un hilo de U. O. de P. que va desde el ángulo interno hasta el externo del ojo, de modo que al cerrar los párpados quede el unguento dentro de la cavidad conjuntival. La aplicación del unguento se hará durante tres días consecutivos. Como tratamiento curativo deberá aplicarse la pomada en las mismas condiciones, dos veces al día y durante 5 a 6 días.

Las ventajas de este método serían: la fácil aplicación, la falta de molestias y de reacciones medicamentosas. Además es un tratamiento profiláctico y curativo.—**E. Casabal.**

TRASTORNOS DIGESTIVOS Y NUTRITIVOS DEL LACTANTE

Debray, P.—A propósito de las indicaciones de la antrotomía en las otomastoiditis toxígenas del lactante. "Le Nourrisson", Paris, en.-feb. 1949.

Según el autor la antrotomía constituye un problema cotidiano de difícil solución en la sala de lactantes. La incertidumbre nace de los éxitos y fracasos que han obtenido. Problema del otólogo y del pediatra la decisión debe ser en común. Fácil, cuando el proceso es puro; difícil, cuando la otoantritis acompaña al trastorno nutritivo siendo un fenómeno más en la compleja patología infecciosa del lactante.

Distingue: 1° La otoantritis consecutiva a una otitis media aguda ruidosa.

2° La otoantritis en los lactantes en estado tóxico o subtóxico, a los que ya se les ha practicado paracentesis, pero que el estado general empeora, con descenso de peso. En estos casos hace suya la proposición de Ribadeau-Dumas: "Cuando el síndrome tóxico persiste o reaparece a pesar de un buen drenaje, de una rehidratación, en tanto que el examen no revele ninguna otra localización infecciosa, es necesario practicar de urgencia una antrotomía, frecuentemente bilateral".

3° El lactante atacado de síndrome tóxico o subtóxico no presenta ningún signo de otitis aguda. La paracentesis ha resultado negativa; en esta eventualidad, hace hincapié en la noción de mastoiditis oculta y el pediatra debe

asumir toda la responsabilidad. Si el peso desciende a pesar de los antiinfecciosos, paracentesis, la antrotomía debe ser ordenada: "Avant la apparition d'une catastrophe irréversible". Divide a estas mastoiditis en **obedientes** y **desobedientes**: "Complications de quelque chose que nous ne conissons pas".

Tal el trabajo un poco confuso, al decir de su mismo autor. Nada se habla del terreno disérgico, de las carencias, del hospitalismo, de la constitución neuropática, de la cadena cerrada: **Trastorno nutritivo, antritis, trastorno nutritivo**, factores múltiples, que entre nosotros ha puntualizado admirablemente el Dr. Yago Franchini y la escuela del Prof. Elizalde.—**Estiú de Sotelo.**

ENFERMEDADES AGUDAS INFECTOCONTAGIOSAS

Kaplan, S.; Fischer, A. E. y Kohn, J. L.—Tratamiento de la coqueluche con Polimyxin B (Aerosporin) "J. Pediat.", 1949, 35, 49.

Polimyxin es un nuevo antibiótico que en estudio de laboratorio se ha mostrado activo contra una gran variedad de organismos gram negativos. Benedict y Langlykke fueron los primeros en comunicar las propiedades antibióticas de los extractos sin purificar de **bacillus polymyxa**. Poco después Ainsworth y colaboradores describieron la actividad quimioterápica de un extracto relativamente puro obtenido de **bacillus aerosporus** y que denominaron "aerosporin". Stansly y colaboradores comunicaron por su parte la actividad antibiótica de **B. polymyxa** y llamaron al principio activo "polymyxin". Pronto se comprobó que **B. polymyxa** y **B. aerosporus** eran organismos idénticos y en una conferencia de la sección de Biología de la New York Academy of Sciences (mayo 21 y 22 de 1948), sobre antibióticos derivados de esta bacteria, se decidió que todos los derivados futuros se llamarían "polymyxin". La diferenciación se efectuaría por medio de letras tal como Polymyxin A, Polymyxin B, etc. Schoenbach y sus colaboradores han continuado las experiencias de laboratorio y clínicas con la polymyxin descrita por Stansly (denominada Polymyxin D). La aerosporina ha sido purificada aún más y el nuevo antibiótico es conocido como "Polymyxin B". Las Polymyxinas B y D difieren aparentemente no sólo en propiedades bioquímicas, sino en sus efectos terapéuticos y tóxicos.

En una publicación reciente, Brownlee y Swift ("Lancet": 1948, 1, 127 y "Lancet": 1948, 1: 133), comunican sus resultados con el uso de la aerosporina en el tratamiento de la coqueluche y concluyen que este extracto tiene un valor terapéutico definitivo. Se notaron efectos tóxicos, pero pasajeros, y se tuvo la impresión de que eran debidos a las impurezas. Con estos resultados subjetivos y al producirse un producto purificado, Polymyxin B, los autores decidieron tratar una serie de pacientes de coqueluche con el nuevo antibiótico.

Se trataron 84 enfermos, 66 por vía intramuscular y 18 por inhalación de aerosol.

La dosis intramuscular fué 0,8 mg por kilo de peso corporal cada cuatro horas (4,8 mg por kilo por 24 horas); dosis que se mantuvo por cinco días consecutivos.

Cuando se usó el aerosol, el 60 % de la dosis intramuscular fué dividido en cuatro dosis: a las 9, 13, 17 y 21 horas, metalizándose en 2 cm³ con cloruro sódico isotónico. Se llegó a las siguientes conclusiones:

La Polymyxina B, dada durante la segunda y tercera semanas de la coqueluche no tiene efecto significativo ni dentro de los siete días que siguen a la terapia ni sobre la marcha de los procesos. No hay indicio de que si el tratamiento se hubiera iniciado en la primera semana, se hubiera obtenido

resultados mejores. Se notaron efectos tóxicos en todos los enfermos tratados por vía intramuscular y sólo en uno de los enfermos tratados con aerosol. La toxicidad se manifestó por fiebre, elementos y albúmina en la orina, letargia, irritabilidad y anorexia. En todos los casos, los signos y síntomas tóxicos fueron fugaces y cesaron al suspender el tratamiento.

Las concentraciones sanguíneas fueron en todas las determinaciones varias veces superiores al límite de sensibilidad a la polymyxina del *H. pertussis* que se obtuvo de los enfermos.

Los autores no se pueden explicar el fracaso clínico a pesar de los halagadores hallazgos de laboratorio que han dado los estudios "in vitro" e "in vivo".—P. Sampayo.

ENFERMEDADES DEL APARATO GASTROINTESTINAL, HIGADO Y PERITONEO

Johnston, J. A. y Howard, P. J.—El síndrome celíaco. Factores que influyen en su desarrollo, en especial el hipotiroidismo como causa contribuyente. "J. Pediat.", 1949, 35, 1.

Se comenta la ya clásica clasificación de Andersen y Hodges: 1º Enfermedad celíaca, absorción defectuosa de ácidos grasos; 2º intolerancia al almidón y no a las grasas; 3º insuficiencia pancreática congénita; 4º obstrucción mecánica crónica de las vías de digestión y absorción, y 5º casos con síndrome celíaco que no entran en los grupos precedentes. Luego se recuerdan las publicaciones posteriores de Andersen y colaboradores en las que se quita importancia al papel desempeñado por la mala absorción de las grasas y se coloca en primer plano el aspecto de digestión del almidón.

Se mencionan y analizan como posibles causas, la infección nasofaríngea, la alergia, las causas psicogénicas y se refiere que en cierto número de casos el uso de tiroides ha sido beneficioso para obtener un crecimiento normal, en los casos en que ello no se había conseguido con la dieta sola. En algunos acorta notablemente la duración de los síntomas digestivos.

El objeto del trabajo es discutir la insuficiencia tiroidea como factor contribuyente a la etiología de la indigestión intestinal crónica.

Se subraya la presencia de retardos de crecimiento y de aparición de punto de osificación, generalmente interpretados como hechos secundarios a la alteración intestinal, pero que muy bien podrían ser primarios.

El hipotiroidismo y el síndrome celíaco tienen en común anomalías en el metabolismo proteico, grasa, de hidratos de carbono, de calcio y en la motilidad intestinal.

La alta dosis de proteína necesaria para el celíaco, ya mencionada por Andersen, es característica del niño con deficiencia tiroidea, ya que esta hormona es esencial para los procesos anabólicos en que interviene el nitrógeno.

Se presentan seis casos en los que se obtienen modificaciones mediante la terapéutica tiroidea y se concluye sugiriendo que la indigestión intestinal puede ser precipitada por numerosos factores, infecciosos, emotivos, alérgicos, pero ya que todos los sugeridos no provocan el trastorno en los niños normales, la concepción de Andersen de un factor constitucional básico parece ser válida y que, en ciertas circunstancias este defecto es una deficiencia tiroidea, mientras que en otras es un hipotiroidismo secundario que resulta de déficits calóricos y nitrogenados, casos en los que están indicadas pequeñas dosis de tiroides por su efecto anabólico.

No creen los autores que la insuficiencia tiroidea explique todos los casos

pero ya que en cierto número puede referirse a otros mecanismos que se relacionan con la síntesis proteica. Es necesario investigar el papel del hígado en estos otros casos.—**R. Sampayo.**

Mc Laren Todd, R.—Revisión de 112 casos de estenosis hipertrófica congénita de píloro. Queen Elizabeth Hospital for Children, London. "Arch. Dis. Child.", 1947, 22 75-85. Resumen de "Quarter Rev. of Pediat.", 1949, 4, 30.

Se realizó un estudio clínico de 112 casos de estenosis hipertrófica congénita de píloro para evaluar el tratamiento médico y quirúrgico. El tratamiento médico de rutina consistió en la administración de 3 a 6 cm³ de Bumydrin (solución acuosa 1:10.000), media hora antes de la alimentación láctea que se practicaba cada tres horas. Se emplearon supositorios de Trasentín en dos casos, pero fueron menos eficaces que la Eumydrina. Se corrigió la deshidratación mediante enemas de 4 % de glucosa en solución salina 0,18 normal. Se efectuó lavado gástrico dos veces por día hasta que no hubo más residuo gástrico. Cuando había vómitos excesivos se administraba cloruro de amonio 0,12 g, tres veces por día para combatir la alcalosis. De los 112 casos, 95 respondieron a este tratamiento médico entre 5 y 90 días. Cinco respondieron a la operación de Rammstedt después que fracasó la Eumydrina, y 12 fallecieron. Nueve de las muertes ocurrieron en niños que pesaban menos de 6 ½ libras. Se observó grave deshidratación en todos. Algunos de estos niños hubieran sido salvados mediante una operación precoz. La observación posterior durante 12 a 30 días y dos meses no reveló retardo en el tiempo de evacuación del estómago, en proporción a la gravedad de los síntomas originales a juzgar por el tiempo de tratamiento hospitalario. El autor aconseja que el tratamiento médico se ensaye primero en niños que no estén gravemente deshidratados o cuyo peso al nacer sobrepase las 6 ½ libras. Si el tratamiento médico no es eficaz en los primeros siete días debe practicarse la operación de Rammstedt. Once referencias. Ocho tablas.—**J. R. V.**

May, C. D. y Upton Lowe, C.—Absorción de lípidos emulsionados administrados oralmente en niños normales y en niños con esteatorrea. "J. Clin. Invest.", 1948, 27, 226. Resumen en "Quart. Rev. of Pediat.", 1949, 4, 70.

Se hace una comparación entre los promedios de absorción del éster de vitamina A en estado oleoso sin emulsionar y en formas emulsionadas cuando se administran por vía oral a niños normales y a niños con aquilia pancreática y otros tipos de esteatorrea. Los datos se obtuvieron de 14 niños normales y 14 con aquilia pancreática y 6 con esteatorrea debida a otras causas. La elevación del nivel de vitamina A en el plasma en los niños normales fueron las mismas en cualquiera de las dos formas en que fué suministrada la vitamina. En la aquilia pancreática y las otras formas de esteatorrea la elevación de la vitamina A en el plasma fué muy leve con el éster oleoso de vitamina A, suministrado oralmente, en cambio la elevación lograda por la administración del éster emulsionado fué habitualmente próxima a la normal. Se sugiere que las preparaciones emulsionadas del éster de vitamina A, que contenían partículas de 0,5 micrones de diámetro, aproximadamente, eran absorbidas directamente por la mucosa sin la ayuda de la lipasa de acuerdo con la hipótesis de partición de Frazer. Se discute la deducción de absorción mejorada, resultante de la administración oral, de lípidos emulsionados a enfermos con esteatorrea.—**J. R. V.**

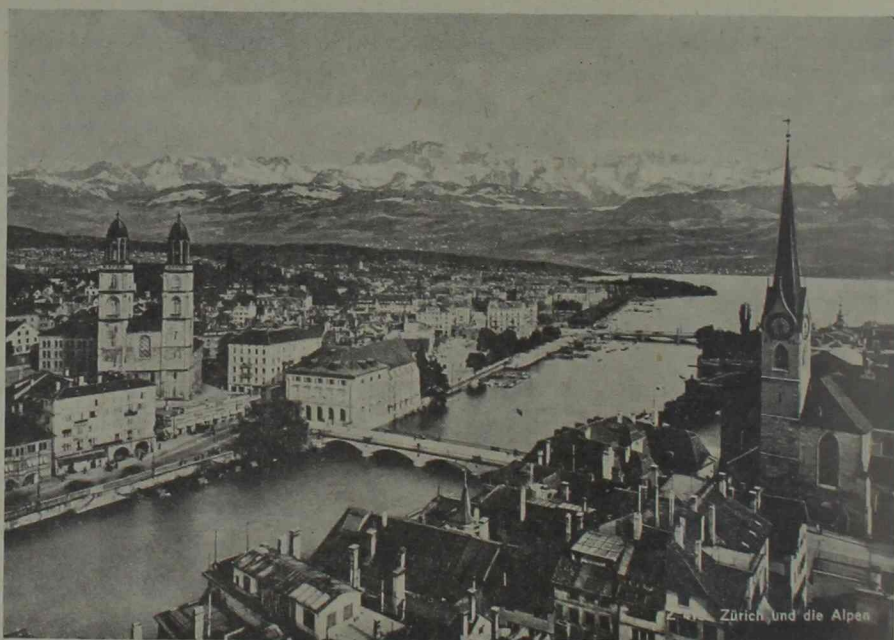
Cooke, W. T.; Frazer, A. C.; Peeney, A. C. P.; Sammons, H. G. y Thompson, M. D.—Anomalías de la absorción intestinal de las grasas. II. La hematología de la esteatorrea. "Quart. J. Med.", 1948, 17, 9-24. Resumen de "Quart. Rev. of Ped.", 1949, 4, 108.

Se efectuaron estudios hematológicos extensivos en 45 casos de esteatorrea idiopática. La anemia fué un hallazgo constante y la constituían dos tipos principales. En un reducido porcentaje era macrocítica asemejando la anemia perniciosa, pero con una gran cantidad de "target cells" y poca poikilocitosis. El examen de la médula ósea mostró una médula megaloblástica hiper celular que en 4 casos no se podía distinguir de la anemia perniciosa. El otro grupo, que comprendía la mayoría de los enfermos, mostró marcada variación en el tamaño y profundidad del colorido de las células rojas con moderada poikilocitosis y marcada anisocitosis. Muchas "target cells" se hallaban firmemente presentes. La médula del esternón generalmente mostraba eritropoiesis ortoplástica con un cuadro mezclado de deficiencia de hierro normoblastos y grandes normoblastos atípicos. Los tests de fragilidad mostraron, en cada caso, menos uno, una resistencia definitivamente aumentada a la hemolisis, que se mantuvo constante, independientemente del grado de la anemia. Estudios sobre la bilirrubina del suero, recuento de reticulocitos y pigmento de la excreción fecal no revelaron evidencia segura del aumento de destrucción de las células rojas. La respuesta de la anemia al tratamiento fué generalmente decepcionante. El extracto de hígado no fué eficaz en muchos casos, aún en algunos en que el cuadro de sangre y médula ósea se aproximaba estrechamente la de anemia perniciosa. También el hierro fué de escaso valor. Esto sugiere que la deficiencia se debía a algún otro principio antianémico no presente en hígado. 65 referencias. 6 tablas.—J. R. V.

EL VI CONGRESO INTERNACIONAL DE PEDIATRIA TENDRA LUGAR EN ZURICH, SUIZA, DEL 24 AL 28 DE JULIO DE 1950

El programa científico de este Congreso estará distribuido en doce secciones, en las que serán incluidos todos los problemas de la pediatría moderna.

Antes y después del Congreso, tendrán lugar en Zurich algunos cursos de perfeccionamiento, a cargo de varios especialistas de renombre mundial, y versarán acerca de los siguientes temas: "Las enfermedades por virus", "El factor Rhesus", La etiología de las malformaciones del corazón" y "La inmunidad activa contra las enfermedades infecciosas".



Para dar mayor relieve a este Congreso, se organizará, simultáneamente con él, una exposición sobre los descubrimientos modernos y las investigaciones actuales en relación con la pediatría.

Con objeto de hacer más grata y provechosa la presencia en Europa de los señores médicos concurrentes a este Congreso, se organizarán viajes de placer y visitas a diferentes centros universitarios de varios países.

Las informaciones detalladas, pueden ser solicitadas a la American Express Company, Córdoba 854 (Buenos Aires), o a la Sociedad Argentina de Pediatría.

AUTORIDADES DE LAS SOCIEDADES FILIALES

Ha quedado recientemente constituida la Sociedad Argentina de Pediatría Filial Tucumán. Consta de 31 miembros fundadores y han sido designados para integrar su primer Comisión Directiva los siguientes miembros:

Presidente: Dr. Manuel López Pondal
 Vicepresidente: Dr. Arturo Mario Alvarez.
 Secretario: Dr. Manuel J. García Bes.
 Tesorero: Dr. Esteban Colombres.
 Vocales: Dres. José F. Manes y Carlos Pertet.

Al saludar a la nueva Filial, formulamos los mejores votos por el buen éxito de sus actividades.

Asimismo, como resultado de las activas gestiones de la actual Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Pediatría, continúan los trámites para constituir otras filiales en el interior del país. En la ciudad de Santa Fe ha quedado integrada una Comisión Provisoria que preside el Dr. F. Menchaca y se activan las gestiones para igual fin en Salta, Jujuy y Entre Ríos.

DISTINCION

La Sociedad Argentina de Pediatría en la última asamblea especial convocada al efecto, ha designado a los Dres. Alvaro Aguiar y Rinaldo de Lamare, del Brasil, Miembros Correspondientes Extranjeros.

Necrología

M. ALBERTO LAGOS GARCIA

La temprana como inesperada desaparición del Dr. Alberto Lagos García, ha repercutido hondamente en los círculos científicos, especialmente entre los cultores de la Pediatría, especialidad a la que lo vinculaba una constante y laboriosa dedicación en la rama de la cirugía y ortopedia infantil.

En el Hospital de Niños de esta Capital, desarrolló su brillante carrera, llegando desde practicante, médico interno y demás jerarquías, hasta Jefe de Servicio de Cirugía, nombrado no hace mucho por concurso.

Como practicante y en sus primeros años de médico, fué su maestro su hermano Carlos, brillante cirujano que también un destino cruel lo arrebató en plena juventud y en el momento culminante de su carrera. Continuó en la Sala VI, bajo la nueva dirección del Dr. Manuel Ruiz Moreno en cuyo Servicio ocupó los cargos hasta llegar a sub-jefe, adquiriendo por laboriosidad y trabajos enjundiosos, gran autoridad que lo llevó con toda justicia a la Jefatura de Servicio.

Por su rectitud y caballerosidad, se granjeó el afecto y respeto de sus compañeros de tareas.

Quedan como testimonio de su clara inteligencia y aptitud de fino observador, trabajos profundos, algunos de los cuales son verdaderas obras de consulta, como el presentado al XVIII Congreso Argentino de Cirugía, sobre "Invaginación intestinal".

La cultura científica, acompañada de inteligencia y aún de talento, no ofrece a sus semejantes sus benéficos frutos, si estas dotes no están acompañados de un fondo moral aureolado con la bondad que dinamiza a las almas buenas.

Alberto Lagos García ha tenido la dicha, a pesar de su sincera modestia, de ser culto, inteligente, de una incontaminable moral e invariable bondad. Todas estas virtuosas condiciones, las aunaba un señorío heredado de su

estirpe, completado por un físico que irradiaba simpatía y afianzaba los vínculos de amistad. Sin prodigarse, atraía por su distinción, sinceridad y prestancia.

La inmensa pena que flotaba en el ambiente de su sepelio, se justificaba al desaparecer tan temprano un ser tan bien dotado, tan útil por su humanitaria alma de médico brillante, tan útil a la Sociedad por su ejemplar rectitud, tan útil a sus amigos por su agradable convivencia y tan útil a su digno y torturado hogar, saturado de fraternal cariño.

M. Ruiz Moreno.

Nutrida y acongojada concurrencia asistió al entierro de sus restos en el cementerio del Norte. Hicieron uso de la palabra el director del Hospital de Niños, Dr. E. Perazzo; el presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía, Dr. Osvaldo Mazzini; el Dr. Manuel Ruiz Moreno; el presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría y representante de la Asociación de Médicos del Hospital de Niños, Dr. Rodolfo Kreutzer; el Dr. Miguel Angel Cáceres, por los médicos de la sala 8 y el presidente de la Asociación de Practicantes del Hospital de Niños, Sr. E. Turtela.

Prof. Dr. LUIS BARBOSA

El 20 de diciembre último falleció en Río de Janeiro el Prof. Dr. Luis Barbosa. Catedrático de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil, de la Universidad de Brasil hasta 1938, época en que se jubiló por haber alcanzado el límite de edad legal compatible con el ejercicio de la cátedra, fué el Prof. Barbosa, uno de los más brillantes pediatras de la nación hermana. Ocupó con brillo los más importantes cargos. Líder de la organización de los servicios de Asistencia Pública en Río de Janeiro, fué Director de Higiene y Asistencia Municipal del Distrito Federal, Miembro de la Academia Nacional de Medicina, de la Sociedad de Medicina y Cirugía de Río de Janeiro, presidió en diversas oportunidades la Sociedad Brasileña de Pediatría, de la cual era uno de sus difundidos miembros. Extensa fué su producción científica. Su muerte representa una sensible pérdida, no sólo para los pediatras del Brasil, para quienes era verdadero padre espiritual, sino también para la pediatría americana. El Prof. Barbosa figuraba en el cuadro de honor de los miembros honorarios de la Sociedad Argentina de Pediatría.