

SUMARIO

- EDITORIAL 61
- Cincuentenario de la Sociedad Argentina de Pediatría 20 de Octubre 1911 - 1961 63
- Presidentes de la Sociedad Argentina de Pediatría en los últimos 25 años 65
- Discurso del Prof. Dr. Luis Munist, Decano de la Fac. de Ciencias Médicas de Bs. As. 73
- Discurso del Prof. Dr. Raúl Cibils Aguirre 77
- Discurso del Presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría, Prof. Dr. Juan J. Murtagh 83
- Discurso del Prof. Dr. Delio Aguilar Giraldes 87
- Cincuenta años de Pediatría Argentina, Prof. Dr. Juan P. Garrahan 89
- Mesa Redonda: "Medio Interno". Coordinador Prof. Dr. Alfredo E. Larguía 99



Matersal

KASDORF

GALACTAGOGO HORMONAL VITAMINICO

Protege madre e hijo

Tres veces al día
una cucharadita



Envase de 80g
de granulado

DBI

Marca reg. de Clorhid de Fenformina

el agente hipoglicémico oral
de "amplio alcance"

... reduce con seguridad el azúcar
sanguíneo en la diabetes ligera,
moderada y grave, en niños y adultos

empiece despacio vaya despacio

VENTA, DISTRIBUCION Y ATENCION DEL CUERPO MEDICO

CASIMIRO POLLEDO S. A.

COMERCIAL - GANADERA - INDUSTRIAL E INMOBILIARIA

Alsina 2934 - T. E. 97-1071/75 - Buenos Aires

un logro original de los laboratorios de investigación de
u. s. vitamin & pharmaceutical corporation

Arlington-Funk Laboratories
Nueva York, E.U.A

La norma de "Empiece despacio! /vaya despacio!" en el uso de DBI, permite a un número máximo de diabéticos disfrutar de la comodidad, bienestar físico y regulación satisfactoria de la terapéutica por vía oral en casos de:

diabetes del adulto, estable
diabetes inestable (labil)
diabetes juvenil
diabetes resistente a la sulfonilurea

"Empiece despacio! /vaya despacio!" Significa dosis inicial pequeña (25 ó 50 mg en dosis fraccionadas, por día) con aumentos pequeños (25 mg) cada tercer o cuarto día hasta que los niveles de azúcar sanguíneos quedan regulados adecuadamente. La inyección de insulina se reduce gradualmente al par que se aumenta la dosis de DBI. Con DBI sólo se logra generalmente dominio satisfactorio de la diabetes estable ligera.*

Con la norma "Empiece despacio! /vaya despacio!".

Más de 3000 diabéticos sometidos a tratamiento diario con DBI se han estudiado cuidadosamente por períodos varios hasta de tres años. No se notaron cambios histológicos ni funcionales en el hígado, sangre, riñones, corazón ni en otros órganos.

DBI (N¹-β-fenetilbiguanida) se ofrece en tabletas blancas, ranuradas, de 25 mg cada una, en frascos de 30 y 100.

* Nuestros representantes en cada país enviarán, a solicitud, un librete con instrucciones completas sobre la dosis para cada clase de diabetes y demás información pertinente.

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA

PUBLICACION MENSUAL

Organo de la Sociedad Argentina de Pediatría

EDITORIAL

El presente número ha sido dedicado a los Actos Científicos y sociales realizados para festejar el Cincuentenario de la Sociedad Argentina de Pediatría, fundada el 20 de Octubre de 1911 por un grupo de distinguidos pediatras argentinos. En los discursos pronunciados con este motivo y en las reuniones científicas de Mesa Redonda y Relatos, cuya publicación iniciamos en este número, se han documentado en forma panorámica los grandes progresos y el alto grado de perfeccionamiento alcanzado por la Pediatría Argentina en los últimos cincuenta años.

Es esta también una oportunidad para recordar y puntualizar la labor cumplida por los Archivos Argentinos de Pediatría, su órgano oficial de publicidad, en los años transcurridos desde la aparición del primer número en Abril de 1930. Hasta esa fecha había correspondido a los Archivos Latinoamericanos de Pediatría la tarea de recopilar y hacer conocer el crecimiento y paulatino desarrollo de una Pediatría Rioplataense creada por el vigoroso impulso de los médicos de niños uruguayos y argentinos encabezados por las figuras señeras de Morquio y Aróz Alfaro, y que más tarde unida a los pediatras chilenos y brasileños se difundió por toda América latina.

Cumplida su misión los Archivos Latinoamericanos fueron relevados por los Archivos Uruguayos de Pediatría y los Archivos Argentinos de Pediatría, quienes continuaron desde entonces siendo la expresión del quehacer pediátrico y de la amistad invariable de los pediatras de ambas orillas del Plata.

Han transcurrido 31 años desde entonces. Los "Archivos" han sido en este período el registro gráfico de la madurez pediátrica argentina. La lectura de los 56 volúmenes editados con regularidad demuestran una impresionante tarea científica cumplida. Nombres ilustres, Congresos, Jornadas, Reuniones Científicas uruguayas y argentinas, editoriales se suceden sin pausa y sin interrupción. La crónica ha dejado impresa las etapas recorridas y los jalones alcanzados por una familia médica unida, capaz y responsable. Actualmente los centros pediátricos vinculados por la

Sociedad A. de Pediatría se extienden por toda la República, atados por lazos científicos y por un amplio sentido de responsabilidad médica y social. Porque los pediatras no olvidan que la formación física, emocional y espiritual del hombre futuro depende en gran medida del normal crecimiento, desarrollo y adaptación integral del niño de nuestros días. Y todos los años intercambian ideas, llevan su experiencia, expresan sus inquietudes y buscan soluciones médicas y sociales en las Jornadas de Pediatría.

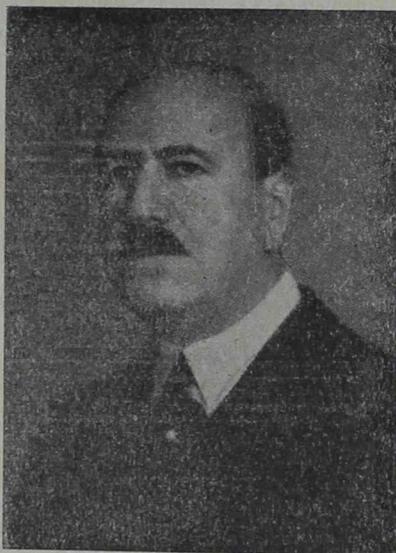
Es justo recordar también los nombres de los Directores de Publicaciones que han tenido la responsabilidad de que "Archivos" llegara regularmente a socios y lectores. Alfredo Casaubón y María Teresa Vallino le dieron el primer impulso, continuado firmemente por Juan P. Garrahan, Florencio Escardó, Alfredo Larguía, Luis M. Cucullu, Ignacio Díaz Bobillo, Carlos García Díaz y José M. Albores. Todos ellos secundados por entusiastas y jóvenes Secretarios de Redacción han sabido vencer las dificultades técnicas y financieras y de tiempo que se presentan siempre en las empresas editoriales científicas, animados por un deseo de superación y de ser dignos de la preciosa herencia.

En la actualidad "Archivos" está al día y superando compromisos financieros cada vez mayores ha publicado todos los trabajos presentados por los socios en las Reuniones Científicas. La actual Comisión Directiva y el Director de Publicaciones desean continuar la trayectoria tan fielmente seguida y hacer si fuera posible un nuevo esfuerzo. "Archivos" continuará cumpliendo los propósitos expresados en el Editorial del primer número "aparecerá mensualmente y sus columnas quedan abiertas a todos los estudiosos para la publicación de trabajos exclusivamente científicos y sin otras limitaciones que las impuestas por la especialidad en sus diversas disciplinas y la seriedad y ética de una revista que nace siendo tribuna alta y genuina en la pediatría de nuestro país"... Por consiguiente en el número siguiente a la realización de las Sesiones Científicas se publicarán las Actas correspondientes seguidas de la Discusión, de la Sociedad matriz y de todas las secciones y filiales que nos las hagan llegar. Un Comité de Redacción, conjuntamente con la Dirección de la Revista tendrá a su cargo la selección de los trabajos presentados o no a las Sesiones Científicas que se publicarán "in extenso" en sus páginas. Tendrán especial preferencia los trabajos de investigación y todos aquellos que signifiquen un real aporte de valor médico y social, e incluso se solicitará la colaboración de colegas que se distingan en temas vinculados con la pediatría. El artículo N° del nuevo reglamento aprobado por la pediatría. El nuevo Estatuto aprobado por la Asamblea Extraordinaria de diciembre de 1961 amplía el campo de acción de "Archivos". Nuestro propósito es editar una revista ágil y dinámica para todos los pediatras argentinos y con la colaboración de todos los pediatras.

*Presidentes de la
Sociedad Argentina de Pediatría
en los últimos 25 años (1936-1961)*



*Prof. Dr. Enrique A. Beretervide
(Período 1937-1939)*



*Dr. Martín Ramón Arana
(Período 1939-1941)*



*Prof. Dr. Pedro de Elizalde
(Período 1941-1943)*



*Prof. Dr. Fernando B. Schweizer
(Período 1943-1945)*



*Prof. Dr. José M. Macera
(Período 1945-1947)*



*Prof. Dr. Juan P. Garrahan
(Período 1947-1949)*



*Dr. Rodolfo Kreutzer
(Período 1949-1953)*



*Dr. Alfredo E. Larguía
(Período 1953-1955)*



*Prof. Dr. Felipe de Elizalde
(Período 1955-1957)*



*Dr. José E. Rivarola
(Período 1957-1959)*



*Prof. Dr. Raúl P. Beranger
(Período 1959-1961)*



*Prof. Dr. Juan J. Murtagh
(Período actual)*

cómo alimentaría Ud. a este bebé, doctor ?..

...con papas, zanahoria, batata, huevos, carne, hígado?... todo bien homogeneizado?... a cubierto de toda contaminación?... con todas las garantías de pureza e higiene que es dable exigir a esta altura de la técnica moderna para la elaboración de este tipo de productos?...

Pues bien, Doctor. Interpretando su concepto de las condiciones que debe reunir un alimento destinado al delicado organismo del bebé, es que hemos creado BEBIFLOR, a la manera de los famosos baby-food que tanto éxito tienen en los Estados Unidos, con el decidido apoyo de los más prestigiosos pediatras, para secundar sus indicaciones en la crianza del bebé, con el resultado que todo buen pediatra persigue: UNA CRIATURA ROBUSTA dotada de los minerales, vitaminas y proteínas indispensables para su perfecto desarrollo y buen estado de salud.

PONEMOS A SU
AUTORIZADA DISPOSICION

BEBIFLOR

Nuestro visitador médico le hará entrega personalmente de la literatura y las muestras que necesite para que Ud. constate personalmente la excelente calidad de BEBIFLOR.

Es un producto de

CLARFIX S.A.C.I.

Avda. Pte. Roque Sáenz Peña 740 - piso 6°

T.E. 40-3421/3 y 49/8572 - Buenos Aires



Industria Argentina



PURES Y
JALEA DE
FRUTAS:

BEBIFLOR

Jalea de membrillo
Puré de manzanas
Puré de damascos
Puré de duraznos



COMIDAS:

BEBIFLOR

En tamizado grueso y fino según Ud. lo prescriba:

Hortalizas mixtas con carne tamizado fino o grueso
Hortalizas mixtas con hígado tamizado fino o grueso
Hortalizas mixtas con huevo
Hortalizas mixtas solamente

NUEVA PRESENTACION PARA PEDIATRIA

DECA - DURABOLIN

infantil

(DECANOATO DE NANDROLONA)

3 semanas de potente
actividad anabólica

en

1 sola inyección

PRINCIPALES INDICACIONES:

Anorexia, astenia, peso insuficiente, trastornos del crecimiento, coadyuvante en numerosas enfermedades crónicas, post operatorio y convalecencia en general.

PRESENTACION:

Cajas 3 ampollas conteniendo cada una 5 mg. de decanoato de nandrolona en $\frac{1}{2}$ [cm³. de oleato de etilo.



ORGANON ARGENTINA S. A.

QUIMICA - INDUSTRIAL Y COMERCIAL

CHARCAS 3666 ▪ T. E. 82-9685/86 ▪ BUENOS AIRES

DEPARTAMENTO MEDICO Y PROPAGANDA:

MANSILLA 3823 ▪ T. E. 84 - 5252 ▪ BUENOS AIRES

Discurso del Prof. Dr. Luis Munist Decano de la Fac. de Ciencias Médicas de Buenos Aires

Señores:

Asisto a este acto académico en representación de la Facultad de Ciencias Médicas y como expresión de la alta estima y aprecio que se tiene en nuestra Casa de Estudios, por la Sociedad Argentina de Pediatría.

La Facultad de Medicina, como *Institución madre* siente legítimo orgullo de acompañar en su día jubiloso a esta Sociedad de tan aquilatado valor científico. Las bodas de oro de la Sociedad Argentina de Pediatría significan un medio siglo de labor Cultural, *profundamente, densamente* ligado al desarrollo y evolución de la pediatría de nuestro país.

La palabra galana y conceptuosa de los Profesores Cibils Aguirre, Garrahan y Murtagh nos reseñarán los pasos iniciales y evolución de esta Sociedad difundida en todas las latitudes del Territorio Nacional, con sus 14 filiales y más o menos 1.400 socios especialistas en la materia.

Yo solo acotaré que los, *primeros cincuenta años de su existencia* encuentran a la Sociedad de Pediatría en plena lozanía, en euforia de realizaciones y profusa en afanes de superación cultural.

La pediatría, como toda la Medicina Argentina ha experimentado una evolución digna de destacar. Ha luchado y se ha desentendido del quietismo estéril para hacerse cada vez *más científica, más social, más intensamente preocupada por la profilaxis y la higiene de la comunidad.*

Lo demuestran elocuentemente los seminarios y reuniones científicas programados para dar un sentido realista a esta conmemoración jubilosa.

En ellos, los organizadores, sin descuidar otros tópicos importantes, se han ingeniado para adjudicar un dilatado espacio a los problemas de asistencia médica social, a la Pediatría preventiva, y a los desórdenes nutritivos provocados por la carencia de leche sana o falta de agua potable. Si el bienestar de la población es la meta y preocupación de los organismos de Salud Pública, *es indudable* que a la Pediatría corresponde interesarse por el cuidado de dos *grupos sociales*: las mujeres en período de embarazo, los niños durante la infancia.

No es necesario insistir sobre evidencias probadas por la experiencia milenaria de la humanidad. Cualquier influencia o factor que actúe desfavorablemente durante el período prenatal, puede afectar no solamente la salud sino también la del ser próximo a nacer.

La lucha emprendida para defender y salvar la vida de las futuras madres y de sus hijos no ha sido infructuosa. Durante las últimas décadas la mortalidad materna disminuyó en un 65 % y la infantil en un 40 %.

La higiene materno infantil *actuando como unidad funcional* dentro del esquema general de Salud Pública ha contribuido eficazmente al logro de este resultado favorable. La educación de la madre y familiares *en asuntos de sanidad y de higiene* al igual que la supervisión pediátrica del niño *técnicamente realizados* constituyen uno de los más valiosos elementos en la brega contra la mortalidad infantil.

Junto a las grandes luchas contra las enfermedades previsibles, infecciosas, metabólicas, etc. en los últimos tiempos, la pediatría ha dedicado parte de su preocupación científica en orientar el desarrollo del hombre en su etapa formativa y en comprender la individualidad psicofísica del niño. Este conocimiento del niño en su expresión psicológica y en su realidad cambiante y dinámica ha tenido una notable proyección médico social. El médico de niños se ha interiorizado de lo serio y trascendente de su misión. Acepta *una parte de responsabilidad en la estructuración de la personalidad del hombre*. Siente que está actuando en una etapa de la vida del ser que sólo es una *fracción de la unidad vital del hombre*.

¡Qué graves consecuencias futuras en la modelación del carácter en la calidad de las reacciones y en el comportamiento pueden derivarse de una inhábil dirección médica o de una despreocupación por las interrelaciones humanas!

La esclarecida prédica de hombres de señalado relieve en el territorio de la pediatría ha logrado grabar otro concepto *digno de mención*.

La atención médica de los niños no es en realidad una especialidad; es la aplicación de la medicina toda al hombre en formación, a un período de la vida estrechamente ligado al crecimiento y desarrollo.

De esta sentencia se deriva que desde el punto de vista docente la pediatría no puede considerársela como un sector o una *simple agregación al plan de estudios*. Esto no puede ser ni práctica ni conceptualmente.

Las estadísticas demuestran que en la estratificación de la vida humana, la niñez ha ido progresando y el cuidado del niño ocupa aproximadamente el tercio de las actividades profesionales. Por ello que la enseñanza de la pediatría debe estar sabiamente coordinada y planeada. Ofrece una excelente oportunidad para que el estudiante conozca el medio y los factores sociales que influyen *en la salud y el bienestar humano*. De ahí que en algunas escuelas de medicina, desde el ingreso a la carrera se pone en contacto el estudiante con la familia y la mujer embarazada. Tiene la obligación de seguirla en *todas sus actuaciones*, asistir al parto y participar en el cuidado y vigilancia del recién nacido. Todo ello bajo el control del especializado. Este método de enseñanza tiene la ventaja de crear un concepto *unitario en el futuro médico*. No establece una diferencia tajante entre la adultez y la niñez. El alumno comprende de inmediato la vinculación existente entre ambas y *comienza a valorar* los factores *genéticos* y prenatales que pueden afectar el crecimiento y desarrollo del feto.

Debiendo ejercer una *vigilancia periódica* adquiere vivencia de los problemas de alimentación infantil, de las medidas preventivas y hasta de los medios para obtener una buena madurez emocional. Gradualmente aprende a tener un concepto de la historia natural de la enfermedad y como *ésta afecta* a la salud y desorganiza la familia.

Desde luego que ya ha adquirido vigencia el concepto según el cuál cada país debe adaptar la enseñanza pediátrica a sus características demográficas. En países donde el 50 % de la población tiene menos de 15 años y una de las causas principales de defunción son las enfermedades infecciosas, la enseñanza debe tener *otro contenido* que en *los países* donde solo el 25 % de la población se halla por *debajo de dicha edad* y las enfermedades infecciosas alcanzan proporciones secundarias.

Los Seminarios de Enseñanza de Pediatría aconsejan un mínimo de 350 horas dedicadas a la enseñanza pediátrica de las cuales el 80 % correspondería a la enseñanza práctica y el 20 % al aspecto teórico.

La variada gama de Seminarios realizados en estos días apoya este criterio y ha evidenciado la importancia que en el momento actual se otorga al estudio de las materias Básicas en su aplicación a la Pediatría.

En nuestra Facultad la inquietud Docente se ha reflejado en la actividad de la Unidad Hospitalaria. Ya en el 4º año el alumno que comienza sus estudios clínicos aprende *una Patología de adulto*, pero, también concurre a los Servicios de Niños, *en grupos reducidos*, para ver y examinar recién nacidos, recibiendo información acerca de su fisiología, de su metabolismo y de los problemas de deshidratación y de las alteraciones del medio interno. Se intenta de este modo preparar al estudiante para su acceso a la Cátedra de la especialidad.

Llegado a esta altura de la consideración de la faz docente, debo expresar que tanto la enseñanza que se imparte en las Cátedras Titulares de Pediatría, como en los Cursos Libres Completos de la Escuela de Medicina goza de unánime aprecio y reconocimiento, por la jerarquía del conocimiento que se trasmite.

En los dos últimos años se han incrementado notablemente el número de horas de trabajo.

Señores: La Pediatría Argentina cuenta en la actualidad con un número de maestros con grandes títulos a la consideración de los colegas. Consagrados al estudio y a la investigación sus nombres, sus libros, sus trabajos han sobrepasado las fronteras territoriales y gozan de aprecio y predicamento en los *centros científicos de los países cultos*. Hacen digno parangón con un pasado lleno de nombres respetables e ilustres. La Sociedad de Pediatría cuenta con un caudal de especializados poseedores de *gran cultura médica* y amplitud de saber. Se dan pues todas las condiciones para que esta docta Institución continúe y *así lo auguramos*, su marcha ascendente de progreso científico.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Todo trabajo debe ser original e inédito; los originales deben presentarse escritos a máquina, en papel blanco tamaño carta, con doble interlineado sobre un solo lado de las hojas, en páginas numeradas en orden sucesivo.

El título del trabajo deberá expresar en forma clara y breve su contenido. La extensión máxima, salvo casos excepcionales, será de 15 páginas para trabajos originales y de 8 páginas para los casos y referencias. Estos tendrán una exposición que se ajustará al siguiente orden: 1º introducción; 2º presentación del caso; 3º discusión y 4º conclusiones. Salvo casos excepcionales no se admitirán historias clínicas detalladas.

Cada trabajo irá con un resumen, que no tendrá una extensión mayor de 200 palabras y de ser posible este resumen se acompañará de su correspondiente traducción al francés, inglés y alemán.

Las citas bibliográficas se conformarán de acuerdo al estilo de Quarterly Cumulative Index Medicus, mencionando en orden sucesivo: apellido del autor, iniciales de sus nombres, título del trabajo, título de la revista (abreviado), volumen, página y año.

Las citas de libros y monografías, indicará también en orden sucesivo: autor, título, editor, año de la publicación y edición.

Las citas llevarán un número de acuerdo a su presentación en el texto y correspondiente a la numeración de la bibliografía colocada al final y ordenada alfabéticamente.

Las ilustraciones (fotografías, radiografías, microfotografías) deberán hacerse en papel satinado y positivo, de tamaño uniforme (6 x 6 ó 9 x 12 cm.) enfocando exclusivamente la región de interés. Las referencias indispensables irán dentro del campo fotográfico, no al margen. Los dibujos deberán presentarse hechos a tinta china, sobre papel o cartulina blancos y en forma tal que no afecte la presentación tipográfica general de la revista. Cada ilustración llevará al dorso, con lápiz, un número correlativo. En el texto deberá indicarse claramente el lugar que corresponde a cada ilustración.

Cada trabajo llevará como máximo cuatro (4) figuras. Los elisés excedentes serán por exclusiva cuenta del autor.

La aceptación y orden de publicación de los trabajos queda a criterio de la Dirección de la revista.

Las pruebas serán corregidas por el secretario de redacción, salvo pedido especial del autor.

Todo autor que desee folletos de sus trabajos, deberá indicarlo con su firma en la primera página del original, siendo sus costos a cargo del mismo.

La Sociedad Argentina de Pediatría
agradece a Productos Roche S. A. Química
e Industrial por la generosa contribución destinada
a la impresión de los números de Archivos
Argentinos de Pediatría dedicados al Cincuentena-
rio de la Sociedad.



REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Todo trabajo debe ser original e inédito; los originales deben presentarse escritos a máquina, en papel blanco tamaño carta, con doble interlineado sobre un solo lado de las hojas, en páginas numeradas en orden sucesivo.

El título del trabajo deberá expresar en forma clara y breve su contenido. La extensión máxima, salvo casos excepcionales, será de 15 páginas para trabajos originales y de 8 páginas para los casos y referencias. Estos tendrán una exposición que se ajustará al siguiente orden: 1º introducción; 2º presentación del caso; 3º discusión y 4º conclusiones. Salvo casos excepcionales no se admitirán historias clínicas detalladas.

Cada trabajo irá con un resumen, que no tendrá una extensión mayor de 200 palabras y de ser posible este resumen se acompañará de su correspondiente traducción al francés, inglés y alemán.

Las citas bibliográficas se conformarán de acuerdo al estilo de Quarterly Cumulative Index Medicus, mencionando en orden sucesivo: apellido del autor, iniciales de sus nombres, título del trabajo, título de la revista (abreviado), volumen, página y año.

Las citas de libros y monografías, indicará también en orden sucesivo: autor, título, editor, año de la publicación y edición.

Las citas llevarán un número de acuerdo a su presentación en el texto y correspondiente a la numeración de la bibliografía colocada al final y ordenada alfabéticamente.

Las ilustraciones (fotografías, radiografías, microfotografías) deberán hacerse en papel satinado y positivo, de tamaño uniforme (6 x 6 ó 9 x 12 cm.) enfocando exclusivamente la región de interés. Las referencias indispensables irán dentro del campo fotográfico, no al margen. Los dibujos deberán presentarse hechos a tinta china, sobre papel o cartulina blancos y en forma tal que no afecte la presentación tipográfica general de la revista. Cada ilustración llevará al dorso, con lápiz, un número correlativo. En el texto deberá indicarse claramente el lugar que corresponde a cada ilustración.

Cada trabajo llevará como máximo cuatro (4) figuras. Los elisés excedentes serán por exclusiva cuenta del autor.

La aceptación y orden de publicación de los trabajos queda a criterio de la Dirección de la revista.

Las pruebas serán corregidas por el secretario de redacción, salvo pedido especial del autor.

Todo autor que deseara folletos de sus trabajos, deberá indicarlo con su firma en la primera página del original, siendo sus costos a cargo del mismo.

La Sociedad Argentina de Pediatría
agradece a Productos Roche S. A. Química
e Industrial por la generosa contribución destinada
a la impresión de los números de Archivos
Argentinos de Pediatría dedicados al Cincuentena-
rio de la Sociedad.

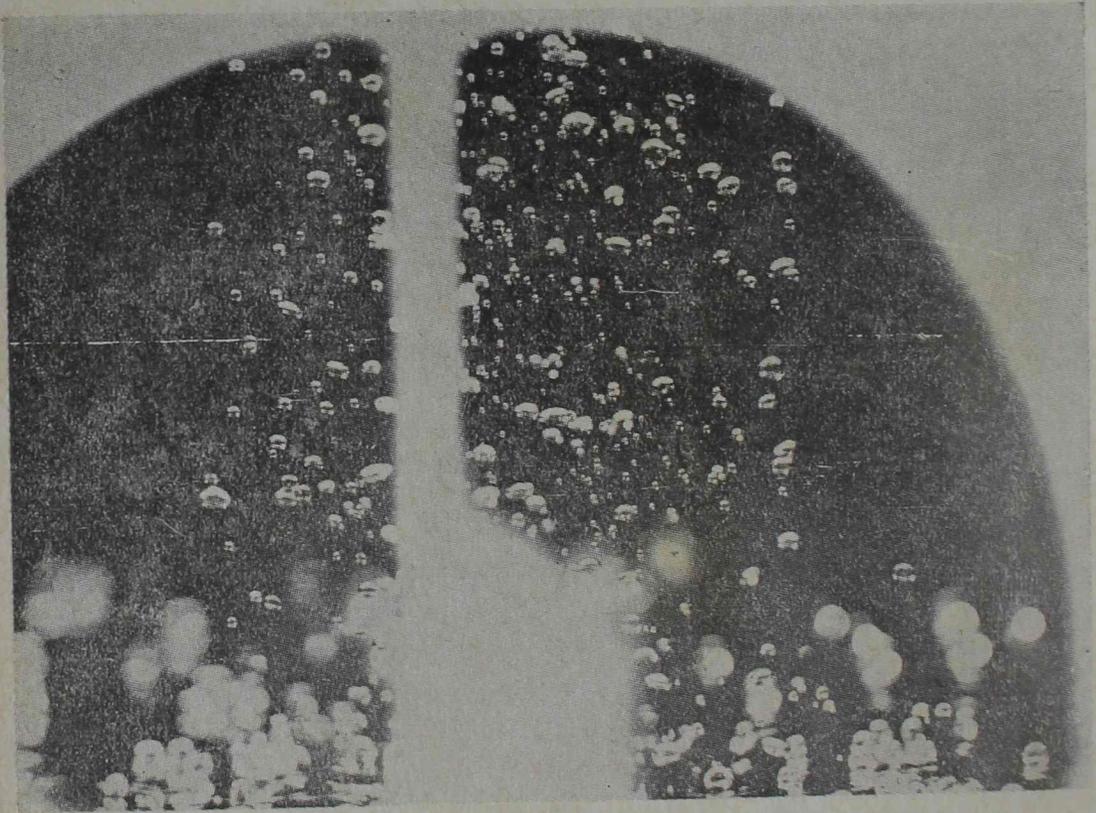


en la falta de oxígeno
aguda y crónica

Ampollas,
gotas, perlas

Micorén[®]

Respirotónico



J. R. Geigy S.A., Basilea (Suiza)
Departamento farmacéutico



Representantes y distribuidores:
Geigy Argentina S.A.
Departamento farmacéutico
Leandro N. Alem 822
Buenos Aires

Discurso del Prof. Dr. Raul Cibils Aguirre

Señor Ministro de Salud Pública de la Nación,
Señor Decano de la Facultad de Ciencias Médicas,
Señor Presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría,
Eminentes colegas extranjeros,
Señoras y Señores:

Quiero aclarar ante todo, por qué se me ha elegido para evocar la fundación de la Sociedad Argentina de Pediatría, al resolver la Comisión Directiva festejar su medio siglo de existencia.

Del grupo de más de cincuenta fundadores, me ha tocado la rara suerte de ser uno de los cuatro sobrevivientes, junto con Enrique Bordot, en quien los años se mellan ante la alegría del vivir que se le trasluce y que es patrimonio del espíritu de Francia que heredara; Cipriano Cires, dinámico y organizador, que fuera el brazo derecho del Dr. Centeno de la Casa de Expósitos, quien por razones de salud no puede hoy acompañarnos y con Agustín Saccone, el colaborador fiel y constante de Centeno en aquella inolvidable Sala VI del Clínicas, que sabía ocultar su bondad inagotable, bajo un aspecto de frialdad y un destello de ironía.

Y al constituir yo el último en la lista de los fundadores de esta Sociedad, pues era también entonces el más joven de ellos, hoy me encuentro en cambio, con que soy el más antiguo de los ex presidentes de la Sociedad de Pediatría (1925-1927), que se mantiene en pie.

No solo esas paradojas realiza el correr del tiempo, pues también constituyo el más antiguo de sus "comunicantes", dado que, exigido por el afecto de Centeno e impulsado por él presenté mi primera comunicación científica ante la Sociedad, en la segunda sesión realizada mes y medio después de su creación: 20 de diciembre de 1911.

Por eso, quizás, se me ha conferido, y he aceptado el honor de hablar en esta conmemoración.

Señores:

La actividad pediátrica rioplatense y quizá también latinoamericana, se inicia recién formalmente al fundarse en 1905 los "Archivos Latinoamericanos de Pediatría", gracias a la previsión y al esfuerzo de Aráoz Alfaro, Morquío, Fernández Figueroa y Olinto de Olivera, quienes representaban en ese entonces, las más sólidas columnas de la pediatría sudamericana.

Hasta esa época, la pediatría argentina "estaba en pañales". Aráoz Alfaro obtiene por concurso, en 1893 el único Servicio de la especialidad con que contara la Asistencia Pública de Buenos Aires; un modesto pabellón en el viejo Hospital San Roque, dirigido hasta entonces por Sixto. En esa desmantelada sala logró constituir poco a poco un grupo de eficaces colaboradores: Manuel Santas, Mamerto Acuña, Delio Aguilar, etc., etc.

Entre tanto, el antiguo y pequeño Hospital de Niños de la calle Arenales fue dinamizado por la llegada de Ricardo Gutiérrez, formándose un esbozo de centro de enseñanza práctica con Arraga, Jorge, Eliseo Ortiz, etc.

Pero todo era en embrión y no nos extraña ahora, pues hasta tiempo después no existía un médico especializado en niños ejerciendo en el interior de la República, y solo se contó con una Cátedra de Pediatría en Córdoba, cátedra que ulteriormente con Arrico empezó a adquirir su prestigio actual.

La fundación de aquellos "Archivos Latinoamericanos de Pediatría" constituyó así el primer paso precursor de la fundación de nuestra Sociedad.

Para ello, Aráoz Alfaro tomó decididamente la iniciativa, dado que el ambiente ya resultaba propicio. Puso en tal propósito toda su inteligencia y todo su dinamismo. Tuvo que luchar con muchos obstáculos para lograr vencer; y en una reunión de médicos pediatras y cirujanos de la especialidad que citara, a mediados del año 1911, en la casa de la calle Santa Fe, planteó la necesidad de fundar la Sociedad.

La idea fue acogida con entusiasmo y "se puso de relieve las ventajas que implicaría un centro especializado de esta naturaleza, donde pudieran exponerse las observaciones recogidas en el abundante material de que disponen los hospitales clínicas privadas, así como someter al control de los colegas las conclusiones desprendidas de la experiencia y estudio personales" y se nombró una comisión formada por Aráoz Alfaro, Sixto y Gaing para que planearan los estatutos y el reglamento de la Sociedad, los cuales se discutirían y aprobarían en una nueva Asamblea.

Aráoz Alfaro en un gesto memorable que lo ennoblece, no aceptó la próxima presidencia que todos le ofrecían, por ser el iniciador y verdadero fundador de esta Asociación; y sacrificando su aspiración lógica, propuso a Centeno entonces ausente en Europa, para ocupar ese sitio, por conceptuar que le correspondía al Profesor de Pediatría, con todo el arrastre de su prestigio y de su Cátedra, y el mismo Aráoz Alfaro telegrafió a Centeno, en viaje ya de regreso, el anuncio de su próxima designación. Luego el 20 de octubre de 1911, tuvo lugar la asamblea en el antiguo local de la Sociedad Médica Argentina en la calle Lavalle, que muy pocos recuerdan, con el objeto de constituir definitivamente la Sociedad de Pediatría. Aprobados estatutos y reglamento se procedió a designar inmediatamente la primer comisión directiva por voto secreto, resultando electos Centeno como presidente y Aráoz Alfaro como vicepresidente. Completaron la lista Sixto, Gaing, Acuña, Arraga, Máximo Castro y Viñas.

Fueron elegidos entre los cincuenta y tres miembros fundadores de la Sociedad de Pediatría, cuya nómina completa queda acreditada en la primer página de sus estatutos. Genaro Sisto. Gregorio Aráoz Alfaro. Angel M. Centeno, Antonio Arraga, Marcelino Herrera Vegas, Mamerto Acuña, Manuel A. Santas, Facundo Larguía,

José M. Jorge, Enrique Bordot, Enrique Foster, Ernesto Gaing, Abel Zubizarreta, Delio Aguilar, Pedro de Elizalde, Samuel Madrid Páez, Máximo Castro, José M. Naveiro, Marcelo Viñas, Carlos Robertson, Marco Avila Méndez, Carlos Lagos García, Ramón Arana, Lindolfo Belloc, Roberto Solé, Luis A. Tamini, Eliseo Ortiz, A. Saccone, Rogelio Fumassoli, Ernesto I. Moreno, Fernando Schweizer, Juan Busco, Juan Carlos Navarro, Manuel M. Raverot, L. Rivas Míguez, Daniel J. Cranwell, C. Ruiz Huidobro, Rafael de la Plaza, Roque Arzeno, Cipriano Cires, Juan A. Rossi, Carlos Ginepro, Juan F. Vacarezza, Pedro Giacchino, Bonifacio Zabala, L. Velasco Blanco, E. Finochietto, Miguel Ochoa, Emilio Folco, J. Llambías, Castelfort Lugones, R. Cabrera, Raúl Cibils Aguirre.

La creación de esta Sociedad, señaló el gran paso definitivo para el avance de la pediatría argentina, que se iniciará al conquistar Centeno la Cátedra oficial vacante por el retiro de Blancas, quien con una gran cultura general, supo llevar para secundarlo a Facundo Larguía, uno de nuestros médicos que primero se especializara en niños.

Centeno implantó la enseñanza de la medicina infantil en forma global, coordinada y científica constituyendo ahí uno de los grandes focos de irradiación pediátrica, junto con el Hospital de Niños que modernizado y amplificado, volcó con Arraga en su dirección con Arana, Zubizarreta, Castro, Viñas, Lagos García, etc., un grupo eximio de colaboradores, el enorme caudal de su experiencia y observación, coincidentemente con el Servicio de Niños del Ramos Mejía, transformado día a día en un servicio modelo por Aráoz Alfaro, quien con un grupo cada vez mayor de médicos estudiosos, logró formar otro verdadero centro de enseñanza pediátrica.

Y todas ellas en íntima ligazón, constituyeron con su amplio grupo de médicos especializados, la base más sólida con que se fundara y cimentara la Sociedad de Pediatría en el año 1911.

Conceptúo, señores, que sería una verdadera ingratitud, no recordar en esta fecha de su cincuentenario, a algunas de las figuras a quienes tanto les debe nuestra Sociedad. Sólo mencionaré en una rápida semblanza a las más características y prominentes.

Aunque llame la atención cito en primer lugar al Maestro Morquio, quien sin ser de los nuestros, con su firme resolución de fundar los Archivos Latinos de Pediatría, planteó con Aráoz Alfaro el primer jalón para la creación ulterior de nuestras sociedades hermanas.

Morquio personifica el "Pediatra Máximo" de la América Española, según la justiciera frase de Aráoz Alfaro, y muchos pediatras argentinos nos consideramos sus discípulos.

Lo conocí a Morquio en 1921, cuando cumplía sus 25 años de profesorado, aureolado por el triunfo y por el cariño respetuoso y excepcional de sus discípulos, es decir, de todos los pediatras uruguayos y de muchos de los argentinos que nos honrábamos en considerarnos como tales.

Lo volvimos a tratar muchas veces acá y allá con motivo de las Reuniones Conjuntas Argentinas Uruguayas, de las cuales él con Aráoz Alfaro y con Navarro fueron los iniciadores y realizadores. Reuniones conjuntas que llegando ya a la décimo-séptima, han marcado un jalón definitivo en la confraternidad pediátrica excepcional que reina en las márgenes del Plata.

Morquio fue siempre un maestro indiscutido, maestro sin empaques ni desplantes, Maestro sin fraseología altisonante, pero Maestro con la firmeza apostólica del hombre que sabe que cumple una misión superior. Pelfort el eminente pediatra uruguayo,

lo ha definido como nadie: "La vida de Morquio fue una recta tendida en el tiempo y en el espacio, sostenida inflexiblemente por el esfuerzo y la perseverancia".

Quiero dejar establecido, que al escribir estas líneas, ignoraba que la Sociedad de Pediatría del Uruguay nos honraría con la delegación que hoy nos envía, formada por sus más altos representantes.

Y quiero también saludarla, al terminar mi recuerdo justiciero de Morquio, con las mismas palabras con que lo hiciera, cuando parte de ellos trajeran la misma representación al festejar el cuadragésimo aniversario de nuestra Sociedad en 1951, época triste en que los emigrados de nuestra patria como tantas veces anteriores, encontraron el más fraternal de los asilos en el Uruguay y cuando la sombra policial de la tiranía obscurecía nuestro sereno ambiente científico.

Entonces dije: "Los saludo, señores, no solo como los representantes más conspícuos de la escuela pediátrica uruguaya, sino ante todo como embajadores espontáneos de esa patria hermana, que es tierra de hidalguía y cuna de libertad".

(Explicado y disculpado por Uds. este paréntesis, dado el motivo que lo provoca, la simpatía que lo impulsa, tomo de nuevo el hilo de mi disertación).

La Sociedad de Pediatría debe su máximo reconocimiento al Dr. Aráoz Alfaro, quien fuera indiscutidamente la figura cumbre de la medicina argentina de la cual quizá no se logre sustituirla. En su multiplicidad de acción dominó la semiología, la clínica, la pediatría, la medicina preventiva y la higiene social, gracias a ser poseedor de una gran cultura general, de un dinamismo inagotable y de una juventud espiritual, que supo mantenerla aún con los años.

Cuando al celebrar el cuadragésimo aniversario de la fundación de esta Sociedad en Octubre de 1951, fuera yo nombrado para relatar los adelantos de la pediatría en los cuarenta años transcurridos desde 1911, el Dr. Kreutzer presidente entonces, en ejercicio, cedió su sillón al Dr. Aráoz Alfaro, en su carácter de presidente honorario entregando los diplomas de miembros fundadores al mismo Aráoz Alfaro, a Saccone, a Bordot y a mí.

Cuando inicié mi discurso pedí que la asamblea saludara a Aráoz Alfaro, como "El iniciador y el creador de esta Sociedad y como su socio fundador que con más gallardía sostuviera el embate de los años". A él puede aplicársele en justicia, agregué la sentencia clásica que constituye un himno al optimismo: "Se es tan joven como su fe, tan viejo como sus dudas, tan joven como sus esperanzas, tan viejo como su escepticismo".

Y así fue, mantuvo su juventud de espíritu hasta pasados los 80 años, en que la necesidad biológica de la muerte, cerró la trayectoria de la vida de un médico excepcional, que no era de esta época, pues merecía haber sido un hombre del Renacimiento.

Señores: Ahora una emoción aun más honda me invade, al pretender hacer una exacta semblanza de mi maestro Centeno, que fuera el primer presidente de esta Sociedad de Pediatría.

Fue un eximio presidente, con el prestigio que irradiaba, con su gesto amablemente señorial y con el reposo de su palabra, orientaba el intercambio de ideas, aportando el fruto de su amplia experiencia, en forma tan excepcionalmente clara y amena, que constituía un placer y una real disciplina el escucharlo.

Así Centeno, engrandeció con su figura austera el sillón presidencial de esta Sociedad, durante dos períodos. Con sus colaboradores del Clínicas y de Expósitos, constituyó muchos años el núcleo directivo, podríamos decir de esta Sociedad de Pediatría. Núcleo con el que colaboraron eficazmente, tanto Aráoz Alfaro con su es-

cuela del Ramos Mejía, como el Hospital de Niños con los discípulos de Arraga, formándose así una verdadera unión ejemplar de los pediatras de Buenos Aires.

Luego, los esfuerzos de Araújo Alfaro, de Centeno y de Navarro por un lado y la férrea decisión de Morquio por el otro, lograron cuajar en esa confraternidad excepcional de la pediatría argentino-uruguaya, que ha sido acicate para poder hacerse luego extensiva a la mayor parte del Continente sudamericano.

Centeno nunca claudicó y cuando vientos de tempestad agitaran a nuestra escuela, antes que dejar salpicar su investidura, supo sacrificarse por ella, y Centeno renunció a la Cátedra y a todos los honores universitarios en un gesto de hombría tal, que debe servir de ejemplo y de lección.

Al citar algunos de los prohombres que fundaron esta Sociedad, yo quiero recordar a un grupo excepcional de médicos jóvenes entonces, que fueron después sus principales dinamizadores desde el primer momento.

Fernando Schweizer, mezcla de disciplina germana y de patriarcal sencillez correntina, constituye una de las figuras pediátricas de mayor valor, en quien se suma una bondad extraordinaria, con la más sólida preparación científica.

Todas las generaciones médicas de entonces, aprendimos y seguimos en sus lecciones y en sus obras, el problema sugestionante de los trastornos nutritivos del lactante, planteado recién por la escuela alemana.

Y en esta Sociedad de quien constituyera uno de los grandes organizadores y mantenedores, brindó el ejemplo de su constancia, la eficacia de su presidencia y el poder ser "Maestro", y en todos sus trabajos, comunicaciones, se destacó por su ciencia y por su honestidad científica.

Pedro de Elizalde fue un médico pediatra de raro valor, por el afecto que volcaba con el enfermo, por su llaneza acogedora, por el acierto de sus diagnósticos, por su simplicidad terapéutica. En la obra médico-social, continuó la senda de Centeno en la Casa de Expósitos. Fue allí el director indiscutido, convirtiéndola en un verdadero foco de estudio pediátrico, sin duda alguna el más importante de los centros asistenciales del lactante.

Como profesor de Puericultura, supo hacer honor a la actitud de los profesores extraordinarios y suplentes de Clínica Pediátrica y Puericultura, quienes, unánimemente, se abstuvieron de inscribirse en el concurso para proveer la nueva Cátedra. En una nota al Consejo, que tuvimos el honor de planear, manifestamos nuestra causa de abstención: el convencimiento íntimo y bien fundado de que la Cátedra correspondía al Dr. Elizalde. Caso extraordinario y único hasta entonces en los anales de nuestra Facultad, que pinta el altísimo concepto que aquel mereciera de los más capacitados para juzgarlo, por arriba de todo interés mezquino, y la Facultad sancionó nuestro pedido, colocando en la Cátedra a Elizalde.

En nuestra asociación volcó el prestigio de su triple aristocracia; la de su bondad más sana, el saber más reflexivo y el de la ascendencia que honrara, tanto en las sesiones comunes como en el ejercicio de su presidencia.

Juan Carlos Navarro, tan precozmente desaparecido, hubiera llegado a ser el más brillante representante de la pediatría argentina, así como fue uno de sus cerebros más preclaros.

Llegó de San Juan, niño aún, a las aulas universitarias. Traía de su tierra honesta el deseo honesto de triunfar y lo realizó en amplia lid, desde practicante del Clínicas, hasta Presidente de la Sociedad de Pediatría, donde realizó una ola excepcional de confraternidad argentino-uruguaya que culminó en las jornadas conjuntas.

En su dinamismo inagotable, por algo tenía Navarro sangre y rasgos fisonómicos de Sarmiento, encontró tiempo para triunfar en las más variadas actividades médicas.

Y en esa lucha ardua que representa el ejercicio profesional noblemente desempeñado; en la Cátedra donde fuera un profesor insustituible por su brillo y por sus condiciones docentes de excepción; en la presidencia de la Academia de Medicina y de la Asociación Médica Argentina; en la dirección de nuestra Facultad en uno de sus momentos más difíciles, en toda esa lucha repito, una dignidad ejemplar constituyó su escudo.

Con razón, pues, figura Navarro entre los tres grandes discípulos desaparecidos de Centeno, figura consular de la Pediatría Argentina.

El tiempo no me da, señores, para poder trazar el perfil de muchos otros pediatras y cirujanos de niños, igualmente sobresalientes, que honran con sus nombres la lista de los socios fundadores, nombres que están en los labios y también en los corazones de muchos de nosotros.

Pero a ellos, citados y no citados, rindo en este momento el homenaje del reconocimiento más hondo y de la gratitud más sana.

Y pongámonos de pie, señores, en recuerdo de aquella falange de miembros fundadores, desaparecidos en la vorágine evolutiva de la vida y de la muerte.

Señores:

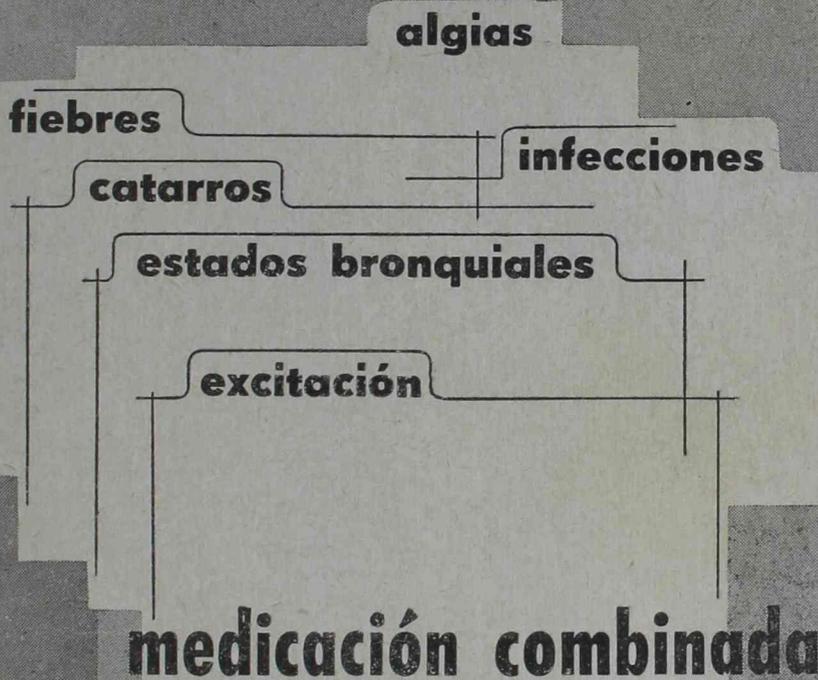
Esta Sociedad de Pediatría, que cumple hoy el cincuentenario de su fundación, ha adquirido un desarrollo tan prodigioso desde entonces, como lo comentará luego en detalle nuestro Presidente el doctor Murtagh; número de socios que no pudiéramos imaginar al fundarla; filiales distribuidas desde los valles de Salta y de Jujuy hasta la tierra patagónica; nueve Cátedras de pediatría sembrando la enseñanza en las regiones más importantes de la República, tres de ellas en nuestra Capital; conjunto todo que al suministrar nuevos materiales de estudio, de observación y de análisis a nuestra Asociación, magnifica sus tareas, exigiendo quizás que cuaje en realidad el deseo de la mayoría de sus miembros: llegar a poseer el local propio que su desarrollo actual exige.

Y al terminar, formulo mis votos más fervientes, señores, porque ahora y luego, pueda mantenerse el esfuerzo de sus fundadores, que supieron sacrificar aspiraciones personales, suavizar rivalidades de grupos y distanciamientos momentáneos, al crear un ambiente de estudio, de respeto mutuo, de afecto leal, y de concordia amplia, en el cual la Sociedad Argentina de Pediatría ha llegado, paso a paso, a ser lo que es.

Sepan las nuevas generaciones conservar la obra emprendida hace medio siglo, adaptándola a los vertiginosos adelantos de la época, pero luchando ante todo y sobre todo por mantener invariable esa atmósfera de serenidad y de tolerancia que ha constituido la característica de esta Sociedad desde su fundación en 1911, atmósfera de la cual se enorgullece al conmemorar hoy sus bodas de oro.

Señores: Si la acción del médico y de su obra, llega injustamente a borrarse muchas veces; si discípulos, amigos desaparecidos; si los clientes olvidan; si sobre la producción científica cae inexorable la ceniza impalpable de los años que pasan; sé sin embargo, que la creación de esta Sociedad Argentina de Pediatría, el recuerdo de sus fundadores resistirán el embate demoledor del tiempo.

en síntomas múltiples



Termobron

supositorios

simple

ANTITERMICO
ANALGESICO
ANTIGRI PAL

compuesto

ANTITERMICO
ANTISEPTICO
BRONCO-PULMONAR

Lactantes (1/2 gramo)
Niños (1 gramo)
Adultos (2 gramos)

CAJAS DE 6 SUPOSITORIOS



DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS NAZCA 366 - T. E. 611 3672 BUENOS AIRES

VITERRA SABORETAS

para todos



**El único polivitamínico
para saborear**

**9 VITAMINAS Y 8 MINERALES
JUNTOS ESTABLES - COMPATIBLES**

1 Saboreta cubre el Mínimo
Requerimiento Diario

No se regurgitan - No dejan
pastosidad o aspereza bucal

Pfizer

Ciencia para el Bienestar de la Humanidad

PFIZER ARGENTINA S.A.C.I. - Miñones 2195 - Buenos Aires

Discurso del Presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría Prof. Dr. Juan J. Murtagh

Sr. Ministro de Asistencia Social y Salud Pública.

Sr. Subsecretario de Culto.

Sr. Decano de la Facultad de Ciencias Médicas.

Sr. Presidente Honorario de la Sociedad Uruguaya de Pediatría.

Sr. Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Pediatría

Sres. Presidente y Delegados de las Filiales.

Señoras:

Señores:

Sean mis palabras, como Presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría, para saludar y agradecer la concurrencia a este acto del Señor Ministro de Asistencia Social y Salud Pública y del Sr. Decano Prof. Munist, quienes han tenido la deferencia que cordialmente reconocemos de acompañar a los pediatras argentinos en esta celebración tan grata y tan profundamente sentida. Al Prof. Munist agradecemos también la amplia colaboración para este acto y para las Mesas Redondas.

Ello es una prueba más de la preocupación actual de los poderes públicos por los problemas de la cultura y un reconocimiento tácito de la importancia que debe asignarse al profundo contenido social de la labor de las instituciones que, como la nuestra, tienen como finalidad contribuir al bienestar de la colectividad.

Hoy nos honran también con su presencia caracterizados colegas extranjeros.

El Profesor Pierre Royer, una de las figuras más relevantes de la pediatría francesa actual, maestro eminente de una escuela a la que nos sentimos tan vinculados científica y espiritualmente.

El Profesor Angel Ballabriga, joven representante de la escuela de Barcelona, que bajo la dirección del malogrado profesor Ramos dio lustre a la pediatría española. El maestro que nos visita, era, desde lejos, un buen amigo de los pediatras argentinos. La convivencia de estos días ha acrecentado los lazos que nos unen a su simpática personalidad.

El Profesor Alfredo Ceballos Carrión y sus colaboradores, los Dres. Borja y Naranjo, del Ecuador, distante en el mapa, cercano en el afecto, han evidenciado en el gesto cordial de su visita, la realidad de la confraternidad pediátrica americana.

No podía faltar el Uruguay en esta fiesta. La amistad de Aráoz Alfaro y de Morquio, los fundadores de nuestras respectivas sociedades, fue el ejemplo fácil de imitar que ha unido siempre en forma indestructible los destinos de estas dos escuelas pediátricas. Lo prueba elocuentemente la numerosa y calificada delegación que preside nuestro buen amigo de siempre, el Prof. Conrado Pelfort.

Un testigo de la talla de Raúl Cibils Aguirre acaba de evocar con el cariño que es expresión de la delicada calidad de su espíritu, con la claridad pristina de su inteligencia y la elegancia habitual de sus palabras, el recuerdo de las figuras de la hora inicial, maestros cuyo prestigio de clínicos sagaces de hábiles cirujanos, de estudiosos investigadores, no ha desmerecido en el tiempo a pesar de los prodigiosos adelantos de la medicina vertiginosa que vivimos hoy.

Permitidme, a título de reconocimiento personal, que destaque de ese grupo la figura de un pediatra, que por sí por su extraordinaria modestia no llegó a las altas cumbres de la docencia universitaria o a la jefatura de un servicio de niños importante, tenía sin embargo méritos suficientes para ello por su profundo conocimiento de la patología del lactante y por su labor silenciosa de maestro, en la esfera íntima del trato cotidiano con los que lo rodeábamos: el Dr. Ernesto Gaing, primer secretario de actas de la sociedad. Con emoción he vuelto a ver en esa primera acta de fundación, repasada en estos días evocativos, los rasgos de su escritura firme que tiene algo del gótico de la escritura de sus antepasados germánicos, y su redacción precisa y clara, caligrafía y concepto, que dicen con elocuencia de la seguridad de su criterio y de la disciplina de su conducta. A mi maestro Ernesto Gaing, que desde aquel prestigioso Instituto de Puericultura N° 1 de la Protección a la Infancia, dictó cátedra alta y reducida, mi recuerdo emocionado.

El historial de nuestra institución rebosa de nombres ilustres. Al frente de sus 25 comisiones directivas han figurado hombres de la categoría de Centeno, Aráoz Alfaro, Pedro de Elizalde, Mamerto Acuña, Fernando Schweizer, Juan Carlos Navarro, Manuel Santos, Raúl Cibils Aguirre, Alfredo Larguía, Alfredo Casaubon, Juan P. Garrahan, Florencia Bazán, Mario J. del Carril, Enrique Beretervide, Martín R. Arana, José M^a Macera... Y luego el grupo de los contemporáneos, Rodolfo Kreutzer, Alfredo E. Larguía, Felipe de Elizalde, José E. Rivarola, Raúl P. Beranger.

Y acompañándolos en su gestión o dando actividad a las reuniones científicas, la legión compacta cuyos nombres quedan en las páginas de los Archivos o surgen en la memoria del pasado o en la vivencia del presente.

Escapa a las posibilidades de este discurso el recordar individualmente a todos los que fueron partícipes en el desenvolvimiento de la Sociedad. La historia minuciosa de la misma debe escribirse sin demora por aquellos que conocieron a las personas y los acontecimientos y el anecdótico menudo, ahora que gozamos del raro privilegio de tener entre nosotros a varios de los actores y testigos de los hechos.

Citar nombres equivaldría a dejar en el silencio los de muchos igualmente merecedores de recordación. Los tenemos presentes a todos. A los que viven, con la alegría de contarlos entre nosotros. A los que murieron tras una vida completa y lograda, y a los que desaparecieron prematuramente, en plena inquietud ascensional, con la emoción que causan las sillas vacías en la fiesta aniversario de la familia.

Es de justicia señalar la gravitación que ha tenido en la evolución de la Sociedad Argentina de Pediatría, la presidencia del Dr. Rodolfo Kreutzer, a tal punto que pudo

en verdad decirse que la dirección impresa a la institución por este pediatra con vocación de cardiólogo —o cardiólogo con alma de pediatra—, representó una etapa nueva en el desarrollo de la institución: el beneficio en favor de toda la pediatría argentina de los progresos de la pujante pediatría del interior. Precipitó un movimiento que se venía gestando paulatina y lentamente. Porque ya hacían varios años que los médicos de niños de las provincias, en número cada día mayor, habían ido agrupándose en nuevas prestigiosas Sociedades de Pediatría.

Siguiendo el ejemplo de la del Litoral y de la de La Plata, se constituyeron en 1938 las de Córdoba y la de Mendoza, que se incorporaron en 1939 como filiales a la Entidad Matriz. La Sociedad de Pediatría empezaba a hacerse realmente "argentina".

El período de 1949-51 se caracteriza por dos hechos importantes:

El primero, la creación de 6 filiales, las de Tucumán, Santa Fe, Salta-Jujuy, Mar del Plata, Río IV y Entre Ríos; y la incorporación, como Secciones, de las del Litoral y de La Plata (esta última al comienzo del nuevo período, también de Kreutzer [1951-53]). Es así como el número de socios que era de 239 a fines de 1948, casi se triplica en 1951, llegando a 650, 353 de la capital y alrededores y 297 de las nuevas filiales y de la Sección Rosario. La Sociedad Argentina de Pediatría se vio así robustecida por el entusiasmo y la labor de los pediatras del interior, cuyo número de socios sigue muy de cerca el de los de la capital.

Y el otro acontecimiento destacado fue la iniciación de las Jornadas Argentinas de Pediatría. Año tras año, cada vez en las distintas ciudades que son sede de una Filial o Sección, un grupo de médicos de niños, que generalmente alcanza y aún sobrepasa el medio millar, se reúne en certámenes que mantienen viva la sana emulación científica, acrecienta el acervo bibliográfico nacional, y sirven de vínculo de estrecha unión entre los pediatras de distintas provincias y de distintas edades, los jóvenes que aportan su entusiasmo y los maduros que llevan su experiencia... Y donde generalmente no hay maestros ni discípulos, por que todos aprenden y todos enseñan...

Los resultados más palpables de estas reuniones son, la vinculación afectiva que se va creando entre los componentes de las distintas escuelas, y el intercambio personal y directo de conocimientos, de criterios, de experiencia, de propósitos.

Las 11 Jornadas ya realizadas, desde la primera de Córdoba en mayo de 1950 hasta la reciente también en Córdoba en noviembre del año anterior, las de Mendoza (1951), Tucumán (1952), Mar del Plata (1953), Santa Fe (1954), Salta (1955), Río IV (1956), Rosario (1957), Buenos Aires (1958) y La Plata (1959) fueron la prueba más acabada del acierto en su organización y la expresión más elocuente de la vitalidad de nuestra sociedad.

Pero una institución como la nuestra, después de tantos años de quehacer fecundo, superando dificultades y problemas —que fueran muchas veces la expresión de su vida exuberante— no tiene, sin embargo, la garantía de pervivir, si sus miembros no se mantienen con firmeza en la tónica de un progreso constante y de una adaptación adecuada. Y debemos tener la franqueza y el valor de reconocer que, el extraordinario empuje que se está operando en todos los servicios y en todas las escuelas, la realidad de una pediatría nueva y constantemente renovada, podrá llegar a anular, a sobrepasar, la función directriz que hasta ahora había correspondido a la Sociedad Argentina de Pediatría. Ella no debe perder ese control, no por prurito de hegemonía, sino porque su acción puede y debe ser eminentemente útil para que la magnífica labor individual de los equipos sea aprovechada por todos, en beneficio de la comunidad pediátrica.

Encauzar, coordinar, armonizar los esfuerzos de todos sus miembros constituirá la meta de su acción futura. Su pasado glorioso y su prestigio como entidad rectora del

movimiento pediátrico de nuestro país, debe ser el arco tenso y potente que dé mayor velocidad y mayor precisión a la flecha de esa actividad urgente de hoy.

Esta Comisión Directiva, prosiguiendo los esfuerzos de comisiones anteriores ha señalado en su oportunidad un programa, que con la base indispensable de una sede central organizada, dinámica y activa, pueda ofrecer a todos los pediatras de la capital y del interior la seguridad de la ayuda y de la orientación que las técnicas de investigación y el correcto planteo de los trabajos futuros puedan exigir.

Para ello es ineludible la colaboración de la totalidad de sus socios actuales y la incorporación a sus filas de todos los médicos de niños, investigadores y asistenciales, colaboración no tanto en el sentido material —importante por cierto— pero sobre todo por el generoso y sacrificado aporte de la acción personal en beneficio de una obra que debe ser de todos y para todos.

Solo así tendrá sentido esta conmemoración del Cincuentenario.

He dicho.

Discurso del Prof. Dr. Delio Aguilar Giraldes (*)

Señores:

Llego emocionado a esta celebración, puesto que la Rama de la American Academy of Pediatrics que presido está integrada por las mismas células sociales que la Sociedad Argentina de Pediatría. Siento que más que un acto de respetuosa relación amical entre sociedades es el reconocimiento de una obra de alta jerarquía intelectual cumplida durante medio siglo por una de las más importantes academias de habla latina, con la que estamos conjugados en el bienhacer a la niñez. Nos nutre un mismo plasma de argentinidad y nos imbuje el mismo principio filosófico de medicina coexistencial que —desde el principio de siglo— dio a la pediatría el atributo de trascender efectivamente en la armonización biosocial de aquella como etapa fundamentalísima de la vida del hombre.

Esa prospectiva, teatralizada en las personalidades de Aróz Alfaro, Calvo Mackena, Morquio y Olinto de Oliveira fraternizó el sentido de las sociedades de pediatría contemporáneas para el estudio de los factores médicos y sociales, siempre imbricados gravitativamente en la niñez. No extraña, entonces, que esas tribunas científicas reunieran a conspicuas personalidades y que el límite geográfico sirviera solamente para distribuir entre hermanos el cumplimiento de una misma obra. Es a esa obra y a esos hombres, de alta valía espiritual y de honda intención humana a quienes tributamos homenaje, por que señalaron el sendero, ya que han sido y son comunes los problemas de la niñez latino-americana y similares las soluciones que reclaman.

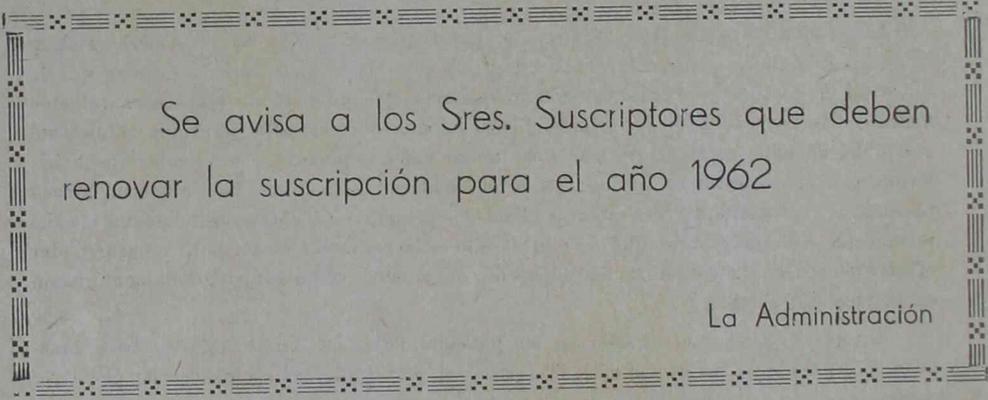
Señores:

Cabe al denso desenvolvimiento científico de nuestras sociedades una profunda responsabilidad rectora en la compleja estructura biosocial de nuestros días, en la que la niñez no escapa a su gravitación. Hoy —más que nunca— la humanidad espera en el niño la felicidad del hombre venidero.

Dejo nuestros cordiales votos para el avenir de la Sociedad Argentina de Pediatría convencido de la trascendencia de su obra en el designio de los hijos de nuestra patria, por que su bienestar físico y social son imperativos de perenne vigencia.

Nada más.

(*) Presidente de la Rama Argentina de la American Academic of Pediatrics.



Se avisa a los Sres. Suscriptores que deben
renovar la suscripción para el año 1962

La Administración

Cincuenta Años de Pediatría Argentina

DR. JUAN P. GARRAHAN (*)

L A P E D I A T R I A

Hace cincuenta años la Pediatría, segregada ya completamente de la Medicina interna del adulto, había alcanzado su plena madurez. Ello se debió a la influencia de la nueva conciencia social en pro del niño promovida por las renovaciones políticas del siglo pasado, y al acelerado progreso de las ciencias. Y fue así, que la medicina infantil adquirió, con su independencia, una estructura más sólida y una mayor significación como rama del conocimiento médico y que acrecentó su importancia en los dominios de la medicina preventiva y sanitaria. Con estas características activóse luego su desarrollo, encaminándose por senderos cada vez más y mejor delineados por el método científico, y asimismo, acentuando su participación en el vasto campo de la labor médicosocial.

Un tal desarrollo ha llegado a conferirle a la Pediatría actual su condición de ciencia y técnica imbuída de particular intención social y humana.

PEDIATRIA ARGENTINA DE COMIENZOS DE SIGLO

También la Argentina de aquella época de grandes realizaciones, de optimismos y ambiciosas esperanzas —en tiempos del “Centenario de la Revolución de Mayo”— participando aún el país de la euforia que dominara en el mundo occidental al nacer el siglo actual, había logrado entonces impulsar el desarrollo de su joven medicina. Esta se había renovado y enriquecido con las valiosas contribuciones científicas europeas de las postrimerías de la centuria anterior. Y de tal suerte, los recursos para el diagnóstico llegaron a ser de mayor utilidad, al par que más efectivas las armas para curar y prevenir.

(*) Miembro de la Academia Nacional de Medicina. Prof. titular de Pediatría y Puericultura.

En los ámbitos de aquella medicina, la Pediatría nuestra, erguíanse con los relieves que le conferían algunos de sus cultores prestigiosos. Angel M. Centeno, Gregorio Aráoz Alfaro, Facundo Larguía, Delio Aguilar, Genaro Sisto y Antonio Arraga, entre otros, pueden considerarse los prohombres de la pediatría nacional de hace medio siglo. Todos ellos de gran renombre profesional, unos destacados más como docentes, otros como puericultores.

Cuatro eran los centros pediátricos del Buenos Aires de entonces: los de los hospitales de Clínicas, Niños y San Roque (hoy Ramos Mejía), y el de la Casa de Expósitos. En el Hospital de Clínicas, Angel M. Centeno ejercía el profesorado oficial, con lucimiento para su original personalidad. Fundó allí una escuela pediátrica de elevada jerarquía de la cual surgieron numerosos profesores de relevante actuación ulterior. Cábeme hoy la íntima satisfacción espiritual de rendirle a mi venerado maestro el homenaje de admiración y respeto que su memoria merece. Antonio Arraga, uno de los pediatras que alcanzara mayor difusión profesional, dirigía el Hospital de Niños. En el San Roque, Aráoz Alfaro, figura prominente de la medicina argentina, había logrado constituir desde antes del 1900 un calificado centro de medicina infantil. Y en la Casa de Expósitos, también en torno de Centeno, habíase nucleado un grupo numeroso de médicos de niños. Por otra parte, Facundo Larguía, que había sido colaborador de Blancas actuaba todavía de modo destacado. Y en cuanto a Sisto y Aguilar puede decirse que fueron los precursores, con Aráoz Alfaro, de la Pediatría Social actual: Aguilar, con visión clara y gran empuje luchando en beneficio de la primera infancia; Sisto, actuando como campeón de la higiene escolar.

Poseía ese mundo pediátrico porteño honrosa herencia. La aureola intelectual y moral de su pasado —que sigue enorgulleciéndonos— estaba constituida por tres figuras médicas prominentes: Francisco Javier Muñiz, que fuera designado profesor de enfermedades de niños antes de la tiranía de Rosas; Manuel Blancas, primer profesor efectivo (de 1883 a 1906), el médico por antonomasia, cuyo merecido elogio hemos hecho recientemente con motivo del cincuentenario de su muerte; y Rafael Herrera Vegas, venezolano ilustré, expatriado, argentino de corazón, personalidad consular de la medicina porteña del siglo XIX. Al incorporarse él a la Academia Nacional de Medicina, en 1876, pronunció un elocuente discurso sobre medicina preventiva que tuvo resonancia pública y contribuyó a la creación, pocos años después, cuando la primera presidencia de Roca, de la Cátedra que tengo hoy el honor de ocupar como cuarto profesor, sucediéndolo a Mamerto Acuña, también cultor sobresaliente de nuestra medicina del niño, y fundador del Instituto de Pediatría de la Facultad, cuya admirable personalidad hemos elogiado hace poco, con motivo de su muerte.

LAS CATEDRAS. PEDIATRAS EMINENTES DESAPARECIDOS

Única fue hasta 1936 la cátedra oficial de Buenos Aires. En dicho año se creó otra, complementaria por así decirlo, porque no obstante su designación —“Puericultura primera infancia”, para graduados— constituyó también un centro docente de medicina infantil. Le fue confiada a Pedro de Elizalde. Con él se vivificó el ambiente médico científico de la Casa de Expósitos y se afianzó la organización de ésta, porque Elizalde era un elemento destacado de la renovadora medicina del niño de entonces, y poseía cualidades intelectuales y morales que le daban indiscutido señorío.

En 1952, la histórica cátedra del Clínicas sufrió, también ella, el impacto perturbador de la dictadura. Se la declaró vacante por decreto, y poco después se constituyeron, con ligereza, cuatro cátedras. Pero luego de la Revolución Libertadora se consolidaron sólo tres, las actuales.

Debe hacerse notar, por otra parte, que durante los últimos cuarenta años la enseñanza de la Pediatría se ha cumplido además en cursos libres dictados por adjuntos o docentes autorizados.

En el interior del país las cátedras más antiguas son las de Córdoba y Rosario. La primera se dicta desde 1894; sus profesores, ya desaparecidos, fueron Ortiz, Agneta, del Barco, Pedernera y Juan Orrico. Este último llegó a tener, hace treinta años, destacada actuación. La de Rosario nació con la Universidad del Litoral fundada durante la primera presidencia de Irigoyen, en 1921; su primer profesor fue Camilo Muniagurria, correntino eminente, que al par que pediatra prestigioso fue publicista y hombre de letras, de extendida cultura literaria y artística.

Por fin, en años recientes se crearon las cátedras de La Plata en 1935, las de Mendoza y de Tucumán en 1956, y la de Corrientes en 1958. El primer profesor en La Plata fue Fernando Schweizer, estudioso profundo, clínico sereno y eficaz, que tuvo gran influencia en la difusión de la medicina pediátrica germana entre nosotros.

Al recordar, como lo venimos haciendo, a los pediatras desaparecidos que tuvieron señalada actuación, no debemos omitir a los numerosos que, también en el interior del país, aun sin actuar particularmente en cátedras gozaron de nombradía. Entre ellos, Juan F. Cafferata que ejerciera en Córdoba durante la primera década del siglo, y se destacara por su fecunda actuación legislativa. También Benito Soria fue, en época algo más reciente, destacado pediatra en la citada ciudad mediterránea. En La Plata se lo recuerda a Carlos S. Cometto como líder de la higiene escolar; y han dejado allí prestigiosa memoria, entre otros, Arce Peñalva, Silvestre Oliva y Alejandro M. Oyuela. En Rosario se lo considera a Camilo Aldao como primer médico dedicado a la asistencia del niño, luego ejercida por Vila Ortiz, Rueda, Podestá y Robbiolo. En Tucumán fueron pediatras Irrazábal y Lozada Echenique. En Mendoza, Lemos, Mayorga, Sicardi y Galdes. En Corrientes, Justino Solari.

Finalmente debemos rememorar a otros pediatras porteños. En primer término a Juan Carlos Navarro, prematuramente desaparecido hace veinticinco años. Navarro había llegado muy joven a los cargos de jefe de servicio, de profesor adjunto y de presidente de la Academia Nacional de Medicina. Inteligente y brillante en su acción, fue el promotor y primer presidente, en 1921, de las "Jornadas uruguayo-argentinas".

Entre otros pediatras argentinos que han dejado un recuerdo de consideración y respeto, citemos a: José M. Jorge (padre), Manuel Santas, León Velasco Blanco, Ramón Iribarne, Ernesto Gaing, Eliseo Ortiz, Abel Zubizarreta, Martín Arana, Alfredo Larguía (padre), Alfredo Casaubón, Mario del Carril, Enrique A. Beretervide, José María Macera y Carlos Ruiz.

PERIODISMO PEDIATRICO. INTERCAMBIO LATINOAMERICANO

Una expresión documental de la actividad pediátrica argentina a partir de la actual centuria ha quedado registrada en los "Archivos Latinoamericanos de Pediatría". Esta revista, editada siempre en Buenos Aires, fue el primer órgano periodístico de la pediatría sudamericana. Su primer número apareció en marzo de 1905, con dos editoriales iniciales: uno firmado por Aróz Alfaro y Morquio, el otro con las firmas de Fernández Figueira de Río de Janeiro y Olinto de Oliveira de Porto Alegre. La revista siguió apareciendo hasta 1930, pero después de 1911, fue dirigida sólo por los dos primeros pediatras citados y llegó a ser, en rigor, uruguayo-argentina. Los "Archivos" tenían un cuerpo de redacción formado por representantes de varios países latinoamericanos, de los cuales recibían la escasa producción pediátrica de entonces. Desde 1930 fueron suplantados por dos revistas, una uruguaya, otra la nues-

tra, que han seguido apareciendo hasta el presente. Y se multiplicaron luego en América latina las publicaciones similares, destacándose entre ellas la chilena. Es justifico señalar que en el ámbito puramente local, Buenos Aires tuvo ya el siglo pasado una revista dedicada a la medicina infantil; la que fundara Arraga, en el Hospital de Niños, el año 1897.

Y así como surgió aquí la primera revista pediátrica del continente sur, se iniciaron también aquí, en las márgenes del Plata, los primeros movimientos del intercambio internacional de la medicina del niño, que más tarde se desarrollarían en toda la América latina. En 1916, con motivo del "Centenario de julio", se celebró en Tucumán el "Primer Congreso Americano del Niño", en el cual predominaron los temas jurídicos, educacionales y de higiene. Pero en el segundo, realizado en Montevideo, en 1919, con extraordinario éxito, se afianzó la actividad pediátrica sudamericana con valiosa participación de brasileños, uruguayos, chilenos y argentinos. Dos años después quedaron inauguradas como ya dijéramos las "Jornadas Rioplatenses", que han mantenido desde hace cuarenta años un constante intercambio médico-pediátrico entre Uruguay y Argentina, y han creado fuertes lazos de amistad entre los pediatras de ambas márgenes de nuestro gran río. Y por fin, cuando las mismas, reiteradas cada dos años, se celebraron en Buenos Aires el año 1942, quedó constituida la "Confederación Sudamericana de Sociedades de Pediatría", que promovió desde entonces periódicos congresos en diversas ciudades del continente, paralelos a los de la rama latinoamericana de la Academia de Pediatría de Chicago.

Creemos, señores, que la Pediatría de Buenos Aires, al contemplar el camino que recorriera en los últimos cincuenta años, puede congratularse de haber promovido siempre el intercambio latinoamericano y de haber nucleado los movimientos iniciales del mismo. En todo ello han tenido intervención preponderante Morquio y Aráoz Alfaro. A este último, sobre todo, le debemos nuestros estrechos vínculos con Brasil y Uruguay. Llegó él a ser miembro de las Academias de Medicina y de Letras de Río de Janeiro y amigo dilecto de Aloysio de Castro, expresión acabada del refinamiento cultural brasileño. Y Luis Morquio, fallecido en 1935, cumplió una extraordinaria obra médica y social en pro del niño, obra que trascendió más allá de las fronteras de su país, y a la cual los uruguayos le dieran sanción histórica con el monumento recordatorio del parque Batlle y Ordóñez de Montevideo, ante cuyo monumento, en los años pasados, muchos pediatras del continente han llegado para rendirle homenaje. La acendrada amistad de Morquio y Aráoz Alfaro, y los ideales paralelos que los unían, fue de gran significación para la pediatría del Río de la Plata y de América latina.

Aquel Congreso del Niño celebrado en Montevideo en 1919, puso en evidencia la fuerza espiritual y realizadora del gran maestro uruguayo. Entre las resultantes de su labor ha quedado registrado el pedido de dicho Congreso al gobierno del país hermano para que se creara una "Oficina Internacional Americana de Protección a la Infancia", cosa que fue lograda y permitió fundar con carácter oficial al actual "Instituto Interamericano del niño", con sede en Montevideo, instituto que ha seguido desarrollando una señalada obra médicosocial.

La obra de acercamiento interamericano animada por los dos grandes pediatras del Plata ha sido sin duda auténtica, y se ha mantenido hasta el presente. De su autenticidad acaba de darse una prueba más con motivo de las recientes "Sesiones conmemorativas del Sesquicentenario de Mayo", que hemos tenido el honor de organizar y presidir.

SOCIEDAD DE PEDIATRIA

No hay duda que la Sociedad de Pediatría ha canalizado y orientado en buena parte la labor de los médicos de niños durante los últimos cincuenta años, en nuestro

país. Lo ha cumplido dándole vitalidad a las reuniones bimensuales, donde se informa y se intercambian ideas y experiencias en un plano de indiscutible jerarquía. Extendiéndose su acción a todo el ámbito del país a través de sus catorce filiales, y organizando con ellas, desde 1950, jornadas anuales, aquí o en las provincias, algunas de las cuales, como la última de Córdoba, han constituido certámenes de verdadera trascendencia, realizados con la colaboración de pediatras de todas las latitudes argentinas, también con la asistencia de extranjeros eminentes, y con extraordinaria concurrencia. Estas jornadas cumplen una importante función educativa, función que también periódicamente realiza la Sociedad de modo más específico con cursos o seminarios. Nos mantiene además la Sociedad conectados permanentemente con las instituciones similares del extranjero, y con los pediatras ilustres que nos visitan y que invariablemente ocupan la tribuna de la misma.

De lo dicho fluye que la obra más trascendente de la pediatría nacional durante los últimos cincuenta años se ha cumplido sobre todo a través de los focos universitarios de enseñanza, y de la fecunda acción de la Sociedad Argentina de Pediatría. Pero sería injusto no señalar y elogiar también la acción asistencial —preventiva y curativa— de numerosas organizaciones públicas y la labor privada, anónima, de los pediatras, en su diario desempeño humano de la profesión médica.

PEDIATRIA ARGENTINA: SU FORMACION Y SU CARACTER ACTUAL

Una conmemoración como la que hoy celebramos justifica que nos preguntemos: ¿bajo qué influencias se ha estructurado nuestra cultura pediátrica a través de los años transcurridos, y cuáles son sus actuales características?

La formación médica inicial del país se ha sustentado en lo europeo, en lo francés en primer término, paralelamente a nuestra formación cultural grecolatina. A comienzos de siglo tenían vigencia preponderante entre nosotros los grandes clínicos franceses del siglo XIX, y estaba en su apogeo el influjo renovador de Claudio Bernard y de Luis Pasteur. Era forzoso entonces reverenciar a Francia, que nos iluminaba con esos dos faros de la ciencia médica. Y nuestros médicos ávidos de perfeccionamiento acudían sobre todo a París, que ejercía la atracción de su espíritu latino, y ofrecía la facilidad del idioma. También nuestros pediatras de comienzos de siglo encamináronse hacia la ciudad luz, contribuyendo al intercambio con Francia, donde pronto llegaron a ser conocidos los médicos de niños más destacados en la Argentina. En 1904, la segunda edición del famoso tratado parisiense de Grancher y Comby trajo capítulos escritos por Aráoz Alfaro, Centeno, Arraga, Cranwell y Herrera Vegas. Y pocos años después, Acuña publicó en París un trabajo sobre hematología realizado en el "Colegio de Francia".

Pero ya en la segunda década del siglo actual comenzó a influir en nuestro país la sólida medicina alemana; y nuestra medicina del niño fue afectada por esa influencia, sobre todo en los importantes dominios de la nutrición del lactante y de los trastornos gastrointestinales. Puede afirmarse que después de 1920 prevalecían en los dichos dominios de nuestra pediatría oficial, las ideas germanas.

Más tarde, durante los treinta años últimos, el intercambio, sobre todo el cumplido por los becarios, viró hacia el norte. Y la medicina pediátrica estadounidense, de carácter científico, conquistó a nuestros estudiosos. Pero no logró anular la atracción ejercida por Europa, que en los últimos tiempos ha vuelto a acentuarse, atracción no sólo por Francia, sino también por Suiza, Suecia, la nueva Alemania occidental e Italia, también Austria, España e Inglaterra, con lo cual el espíritu médico argentino mantuvo asociado al rigor racionalista la acción beneficiosa de la amplitud de la cultura que aquellos países irradian.

Cabe pensar que no obstante el hecho de predominar en la actualidad la influencia estadounidense sobre nuestra medicina del niño, no marchamos rigurosamente a la zaga de orientaciones foráneas determinadas. Domina en la Pediatría argentina el eclecticismo. Y en la intimidad de nuestro espíritu médico se conserva un tanto el acento de la clásica medicina latina.

No hemos adquirido aún una personalidad pediátrica propia bien definida. Pero comienza ella a delinearse en las expresiones cada vez mayores de lo realmente autóctono, y sobre todo en el modo médico, por así decirlo, de pensar y de actuar ante el problema humano de la enfermedad, y del enfermo, y en la forma de abordar las cuestiones político-sociales que suscita la niñez.

Ahora bien, la Pediatría nacional, para adquirir originalidad y acrecentar su prestigio exige un mayor desenvolvimiento de la ciencia médica argentina, que estimule también la investigación científica seria en el campo de la Pediatría, como acabamos de señalarlo en un artículo aparecido en "La Nación", artículo escrito con la intención de despertar la conciencia pública sobre el particular.

EVOLUCION DE LA PEDIATRIA EN EL TRANCURSO DEL SIGLO ACTUAL

Señores:

No debo terminar este discurso que me encomendara la Sociedad de Pediatría—distinción que mucho agradezco— sin referirme sumariamente por lo menos a la evolución de la medicina pediátrica en los cincuenta años transcurridos y al cambio de actitud del médico de niños, ante su pequeño enfermo, el ambiente próximo al mismo y la sociedad que lo circunda.

En los primeros lustros de la centuria en que vivimos la medicina acababa de beneficiarse de un aporte científico de carácter extraordinario. Nos referimos a la noción de la causa microbiana que aclaró la naturaleza de muchas enfermedades, explicó el contagio, promovió el descubrimiento de terapéuticas eficaces y de recursos profilácticos, dio sólidas bases a la higiene individual y pública, y contribuyó de modo primordial a la vertiginosa evolución realizadora de la cirugía. Por otra parte, el concepto de enfermedad comenzaba entonces a ser invadido por el criterio funcional, que sumó al clásico método anatomoclínico los datos valiosos de la exploración más adelantada en el organismo enfermo. Y a partir de la segunda década, otra nueva noción causal dominó en algunos sectores de la patología: nos referimos a la carencia alimentaria, bien comprendida a través de la ciencia de la nutrición, ciencia que se enriqueció en aquella década con el descubrimiento de las vitaminas.

Una renovación de tales proporciones colmó de optimismo a los médicos. Se había llegado a descubrir la causa de numerosas enfermedades; y era posible diagnosticar mejor mediante el nuevo recurso de los Rayos X, y diversos medios de laboratorio. Fue entonces que era corriente asistir al enfrentamiento de la clínica y el laboratorio. Porque algunos médicos se resistían a asimilar lo nuevo, que aun siendo valioso, no siempre resultaba de gran eficiencia. Y más de una vez la experiencia y el talento clínico triunfaban al competir con el galeno renovador de aquellos tiempos. Pero no obstante, con el correr de los años, la medicina más científica llegó a imponerse; y ello, sin desmedro, para la importancia respetable de la llamada "clínica".

Ahora bien, aquella medicina alentada con justificado optimismo, comenzó pronto a sufrir desencantos. Porque no se descubrió de inmediato, como se esperara, la causa de numerosos procesos, las aclaraciones de la virología tardaron mucho en concretarse, la inmunología dio sólo limitados frutos, y la endocrinología manteníase atrayente pero un tanto imaginativa.

Se llegó a menospreciar la clásica doctrina de la constitución —ahora más dominante por imperio de la genética y de un más afinado racionalismo clínico—, menosprecio presuntuoso que no se siguió por lo general de aclaraciones fundadas. Y el cientificismo materialista soslayó lo psicológico, con perjuicio para la asistencia médica sabia, perdiendo de tal suerte muchos médicos, la condición humana de los clínicos inteligentes y comprensivos de otrora. Se multiplicaron las teorías pseudocientíficas, por así decirlo, corrieron en boca de los médicos palabras sin auténtico contenido, como "toxina", "disendocrinias", etc. y difundieron doctrinas carentes de fundamento, fallas éstas que aún perduran en cierto grado en el intelecto médico actual. Y la práctica profesional inundó de vacunas, sueros y medicamentos diversos, que el transcurrir del tiempo no llegó a sancionar.

La ciencia médica había realmente progresado. Pero algunos médicos de aquellas épocas, demasiado ufanos de su saber, aplicaban precipitadamente las nuevas adquisiciones. Sin mejorar mucho su eficiencia, iban perdiendo la serenidad del buen clínico, que enjuicia con amplitud, medita y actúa con prudencia. No obstante las dichas objeciones la medicina progresaba y subsistían galenos esclarecidos que seguían el movimiento evolutivo sin perturbar el acierto de su conducta.

Los pediatras de entonces, de hace cincuenta años, ya más informados que sus antecesores, ni vislumbraban siquiera la dinámica íntima de la enfermedad del niño, tal cual se la conoce hoy día, y apenas comenzaban a comprender ampliamente lo relativo a alimentación y nutrición del mismo. No disponían de electrocardiograma ni de encefalograma; ni del cúmulo de los recursos actuales para el diagnóstico. La desnutrición y la diarrea del lactante, de consecuencias sociales devastadoras, no eran bien interpretadas ni debidamente tratadas.

No había durante la primera mitad del medio siglo transcurrido, ni sulfamidas ni antibióticos. Moríanse muchísimos niños por infecciones. Sucumbían todos los meningíticos y los diabéticos. También la tuberculosis, hoy curable, llevaba a la muerte prácticamente a todos los lactantes afectados por ella. La cirugía, a pesar de sus adelantos, no penetraba aún en los pulmones y en el corazón. Y no advertían la mayoría de los pediatras de entonces la importancia de lo psicológico, ni actuaban siempre con suficiente comprensión social. Pero no obstante, entre 1910 y 1930, se asistió a un extraordinario adelanto de la eficiencia de los médicos de niños, y a una acelerada preocupación por la pediatría social y la puericultura.

Fatigante e inoportuno sería que pasáramos ahora a detallar la impresionante evolución ulterior de la Pediatría. Sólo hemos de destacar, por fin, las características actuales de la misma, sus perspectivas y la nueva posición profesional y social de los pediatras.

En los últimos años el conocimiento médico ha adquirido extraordinaria profundidad y precisión. La intimidad de los procesos vitales puede ahora apreciarse más allá de las alteraciones anatomofisiológicas de células y humores. Ya no bastan el microscopio y las indagaciones de la química biológica. Se ha llegado a penetrar en el microcosmos de lo molecular en los organismos vivos. En el último decenio la clásica patología celular de Virchow y su secuencia, la patología humoral, han comenzado a ser desplazadas por una nueva patología, la "patología molecular", creación admirable de los químicos y médicos investigadores. La química que ahonda en la estructura del material viviente, domina ya la fisiología e invade como acabamos de expresarlo a la patología humana; y se habla ya de estructura inframicroscópica de los tejidos vivos.

El vitalismo pareciera batirse en retirada ante una química escrutadora y penetrante que pretende ir explicándolo todo, hasta el punto de partida de la vida misma,

cosa que en rigor no anula a las concepciones espiritualistas, porque la maravilla del conocimiento biológico nuevo, que por decirlo así torna real a lo imaginado, le confiere al mismo una suerte de sentido metafísico.

Ese reciente y último avance de la medicina ha repercutido especialmente en el campo de la genética humana. En las décadas recientes se operaron extraordinarios adelantos en virología, en terapéutica antiinfecciosa y hormonal, en la corrección eficiente de las perturbaciones humorales, en la valoración más precisa de los factores psicológicos de enfermedad, etc. Pero lo genético —de tanto interés para los pediatras— que gobierna la individualidad y es causa primordial de numerosos y serios procesos, manteníase hasta hace poco entre lo misterioso, e inviolable para la prevención y el tratamiento. Hasta que la mejor caracterización de las enzimas, su génesis y actividad, y el muy reciente aporte del conocimiento cromosómico, en lo estructural y en su química especial, llegaron a aclarar cada vez mejor el porqué y el cómo de la transmisión hereditaria. Ello permite presentar una pronta renovación de algunas bases conceptuales de la medicina.

En consecuencia, los libros médico-científicos más recientes y profundos parecieran invadidos por un nuevo influjo espiritual. Abundan en neologismos, están poblados de otros tipos de gráficos e ilustraciones, y penetran también en ellos, gradualmente, las matemáticas, otrora ausentes en la biología, o apenas insinuadas.

Pauling acaba de expresar que el progreso de la biología y de la medicina molecular, operado en los últimos años, tiene carácter y aceleración parecidos al que sufrieran años atrás la física de las moléculas y la física atómica bajo la influencia de la teoría de los "quantum" y del método de la difracción con los rayos X. Y agrega que ha llegado a darse semanalmente la noticia de un nuevo descubrimiento en el vasto campo de la dicha biología y medicina actual.

Ese mundo nuevo de los métodos brinda un particular placer intelectual a los estudiosos en el recogimiento de las bibliotecas, estimula el ansia de los investigadores por ahondar y favorecer el arrobamiento en el silencioso trabajo del laboratorio. Pareciera anunciar un luminoso e imprevisible devenir para nuestra ciencia. Pero aún no se proyecta sino esbozadamente en realizaciones prácticas que el médico pueda aplicar en sus enfermos.

En cambio, los avances científicos de años anteriores han enriquecido ya de modo notable nuestras posibilidades de exploración afinada del organismo enfermo, exploración instrumental, fisiológica, física y química conducentes al mejor diagnóstico. Nos han dotado esos avances de una poderosa medicación antibiótica, de hormonoterapia eficaz, de múltiples medicamentos de probada acción sintomática, de recursos profilácticos muy eficientes y de progresos quirúrgicos verdaderamente admirables, como los que se cumplen operando el interior de un corazón.

El pediatra, ante el caso clínico, suele ahora actuar con un valioso acervo de conocimientos, empleando metodología más estricta que antes, investigando en su enfermo también más que antes. Pero no podrá desempeñarse siempre con plena eficacia si no conserva su espíritu clínico, como los médicos de otro tiempo, espíritu clínico que aúne el saber, la experiencia y la sutil comprensión de lo individual, vertiéndose en el "arte médico", que sin desconocer a la ciencia médica y respetándola, adecúa la técnica asistencial a cada caso y le confiere a la misma criterio, serenidad y prudencia, tan necesarios hoy día para seleccionar los recursos terapéuticos evitando lo innecesario o perjudicial.

Con todos los dichos recursos el pediatra actual se enfrenta con su pequeño enfermo comprendiéndolo mejor y más racionalmente, y si no siempre dispone de terapéuticas decisivamente eficaces para curar, casi siempre puede actuar corrigiendo los trastornos funcionales mediante las llamadas terapéuticas fisiopatológicas. Ha aprendido también a captar, mejor que antes, las variantes individuales de contextura, de funcionamiento, de desarrollo y de reacción, que le confieren margen más amplio a la normalidad y fundamentan mejor la expectación prudente y el clásico "esperar", evitando molestias o agresiones terapéuticas injustificadas. Y ha incorporado a su responsabilidad lo concerniente con su obligación de educar y aconsejar, con amplia comprensión psicológica y social.

El pediatra de hoy ha dejado de ser simplemente el médico que diagnostica y receta, y el puericultor que prescribe alimentos, vacunaciones y consejos higiénicos. Se siente ahora investido de una misión más trascendente. Sabe bien que le corresponde a él, aun cuando no se lo reclame, dar directivas para cuidar la salud física y psíquica del niño, y educar y prevenir para asegurarle a éste un mejor futuro; y sabe también que le incumbe actuar con visión social. Una tal compenetración de médico y paciente hace que el verdadero pediatra siga siendo "médico de familia", como lo eran antes la mayoría de los médicos. Esto le exige que esté dotado de la necesaria sensibilidad para comprender la ansiedad y el desgarramiento doloroso que en los padres suele determinar el sentimiento de amor al hijo, cuando algo amenaza la salud de éste. No basta que el pediatra sea sabio y capacitado, es menester que a la vez sea sensible y bueno.

EL FUTURO

Cabe prever que el futuro de nuestra Pediatría estará sustentado por los progresos de las ciencias físicas confundidas con las biológicas. Se justifica intuir que los efectos de la infección y la carencia nutritiva puedan ser dominados muy ampliamente; y quizás también, más a la larga, se logren disminuir las consecuencias de las fallas psicológicas educacionales. Mantiénesse en cambio el interrogante de las enfermedades neoplásicas. Pero se presiente como muy importante progreso futuro al que ha de provocar el avanzar de la genética. Acaso no se tarde mucho en poder determinar qué sujetos albergan en sus células los genes defectuosos, y de tal suerte se llegue a aconsejar con fundamentos, medidas eficaces para reducir cada vez más las anomalías congénitas —actualmente de significativa frecuencia— y así procediendo, nos acerquemos al desiderátum (expresado hace poco por un investigador ilustre), de la desaparición de los genes indeseables en el "pool" del plasma germinativo humano. Con ello la fría labor de los científicos alcanzaría una vez más proyecciones sociales beneficiosas, ahorrando a los humanos sufrimiento físico y dolor moral.

Pero el progreso científico de la medicina del niño y de la Puericultura no ha de colaborar eficientemente para la felicidad social si no se consigue perfeccionar también el modo adecuado de tratar psicológicamente al niño, que mucho lo exige aún la realidad de hoy día. Es menester que se tenga siempre presente que el niño también está dotado de un alma. Mucho significa para su salud, lo intelectual y particularmente lo emocional. Es clásico recordar al respecto que ya Platón refiriéndose a los médicos dijo que deben serlo a la vez del cuerpo y del alma. En tal sentido, respondiendo a una tal exigencia, los pediatras tendrán una gran responsabilidad. Y tam-

bién los padres, que mucho pueden hacer en bien de sus hijos si aprenden a tratarlos y comprenderlos adecuadamente.

Las futuras generaciones de pediatras deberán encaminarse por las rutas de la ciencia, sin la cual no se lograrán auténticos progresos; y han de equilibrar su acción contemplando al individuo niño como una unidad vital, dominada por factores físicos, psíquicos y sociales, factores que es menester que incidan sobre él armónicamente desde su nacimiento, para que se alcance el ansiado perfeccionamiento de la personalidad humana a que nuestra civilización aspira.

Hagamos votos, señores, para que tales aspiraciones plasmen pronto en realidades conquistadas por la tesonera acción futura de la Pediatría argentina.

Mesa Redonda: "Medio Interno"

Coordinador: Prof. Dr. ALFREDO E. LARGUIA

Coordinador: La Mesa Redonda de esta mañana sobre problemas del Medio Interno tiene la característica singular de que funcionará con las preguntas que nos haga llegar el auditorio. Es decir no habrá relato previo por parte de los integrantes de la Mesa. Los profesores Pierre Royer de París, Angel Ballabriga de Barcelona, y el doctor Fernández Villamil de Buenos Aires que son nuestros invitados, y los doctores Carlos Gianantonio, R. Meroni, L. Voyer y Leónidas Taubenslag, y los profesores Oscar Turró y José R. Vásquez, estarán dispuestos a responder cualquier pregunta que el auditorio quiera realizar sobre temas relacionados con la Deshidratación Aguda, Diarreas agudas, Insuficiencia Suprarrenal Aguda, Vómitos, Acidosis diabética y Alteraciones Hidrosalinas en el Recién Nacido. Las preguntas que nos hagan llegar los colegas serán clasificadas durante un breve intervalo y luego cuando reiniciemos la sesión, entregadas a uno de los integrantes de la mesa, quien tendrá cinco minutos para responder a esa pregunta. A continuación los demás integrantes de la Mesa podrán hacer aclaraciones o disentir con la respuesta dada y tendrán a su vez dos minutos para ello. Podrán en este momento participar todos los integrantes de la Mesa si lo desean. Y finalmente la persona que ha hecho la pregunta podrá a su vez aceptar, discutir la respuesta o aportar algún nuevo elemento. Creemos que de esta manera se podrán discutir exhaustivamente los temas que desee el auditorio, y esto es importante en un tema tan vasto como son los problemas del Medio Interno. Podemos recordar que el Medio Interno ha sido definido clásicamente como el líquido que rodea las células y a las estructuras que lo contienen, y en cuyo seno se realizan los fenómenos Bio-fisiológicos y Bio-patológicos que contribuyen al equilibrio vital. A su vez la célula es una unidad vital altamente diferenciada que por su misma condición de extrema diferenciación no puede estar expuesta a la agresión directa de los factores del Medio Externo. La membrana que la rodea ejerce una acción de protección, controlando y regulando la entrada o salida de sustancias a la célula. Pero su acción es limitada. Y precisamente el Medio Interno completa la protección de la membrana, amortiguando, regulando y vehiculizando hacia la célula las sustancias que necesita y al mismo tiempo eliminando las sustancias de excreción. El Medio Interno, anatómicamente, no tiene estructura propia. Se halla formado por el agua, medio solvente universal, que forma con los electrolitos, con las proteínas, lipoides, elementos figurados y enzimas, soluciones osmoelectrolíticas, complejos bio-coloidales y com-

plejos citoquímicos como los líquidos intersticiales, la linfa y la sangre. Todos estos elementos son el Medio Interno. De igual manera tampoco tiene una actividad funcional propia. Por consiguiente el Medio Interno debe ser considerado como la exteriorización de la actividad de la célula, de la célula organizada en órganos y en sistemas como la piel, el riñón, el hígado o los sistemas neuroendocrinos y diencefalo-hipofisario, que son quienes producen, regulan y dan vida al Medio Interno. Todos ellos forman un vasto sistema cuya función es la Homeostasis, y cuyo objeto es mantener la fijeza dinámica del Medio Interno. Ahora bien, las alteraciones del Medio Interno son la consecuencia de los trastornos de los mecanismos y órganos que producen y regulan ese Medio Interno. De igual manera la corrección de las alteraciones del Medio interno solamente se obtienen normalizando el mecanismo o mecanismos que produjeron el trastorno y en última instancia agotadas las posibilidades de amortiguar la agresión patológica o terapéutica, la alteración del Medio Interno repercute directamente sobre la célula. Por consiguiente como son numerosas las enfermedades que alteran el Medio Interno, hemos limitado la discusión de esta mañana a las enfermedades enumeradas. Por todas estas razones rogamos a los colegas que consideren que en esta Mesa no se pretende establecer esquemas terapéuticos o conclusiones patogénicas, sino que se trata solamente de responder y tratar de aclarar las dudas o dar la información que deseen los colegas sobre estos trastornos.

A continuación pasaremos a un cuarto intermedio con el objeto de clasificar las numerosas preguntas que nos han llegado.

SE REANUDA LA SESION.

Pregunta: 1) Definición de hipernatremia. 2) Causas determinantes de la hipernatremia en el lactante. 3) Tratamiento.

Dr. Taubenslag: 1) Por hipernatremia se entiende un tipo particular de deshidratación en el cual las cifras de sodio están por encima de los límites normales. De más está decir que el sodio no es el único ion cuya concentración plasmática aumenta. Por tal motivo esta deshidratación se denomina también hiperelectrolitémica o hipertónica.

2) Las causas de la hipernatremia se pueden dividir en predisponentes y determinantes.

Las primeras ubican la mayor frecuencia del cuadro en el lactante pequeño por su mayor superficie de evaporación y menor perfección de su funcionalismo renal.

Las segundas son: grandes pérdidas de agua por piel y pulmones, favorecidas por procesos infecciosos muy severos, particularmente en la época de los grandes calores, emisión de heces muy líquidas y abundantes. Se pueden agregar a éstas las consecuentes derivadas del manejo inadecuado: insuficiente reposición de líquidos o empleo de soluciones hidroelectrolíticas del comercio, no siempre adecuadas al caso tratado, tanto por su concentración, como por el volumen suministrado.

3) La reposición hidroelectrolítica en este tipo de deshidratación, se calcula como en las demás teniendo en cuenta el déficit previo, las necesidades basales y las pérdidas concurrentes. La diferencia consiste en que las soluciones reparadoras utilizadas deben ser de baja concentración (20 a 30 mEq/l).

Coordinador: ¿Alguno de los miembros de la mesa desea aportar algún elemento de juicio a la pregunta?

Dr. Fernández Villamil: Yo quería decir que desde el punto de vista conceptual la hipernatremia por definición debería considerarse como un equivalente de la deshidratación, de la deshidratación pura o hipertónica, porque el término deshidrata-

ción es un término relativo, es decir: uno dice que hay exceso o déficit de agua, refiriéndolo a algo y ese algo son los solutos totales del organismo. Ahora bien; como no se pueden dosar los solutos totales del organismo, se dosa su expresión extracelular, que es el sodio. Cuando existe un aumento de la concentración de sodio, se dice entonces que hay un aumento de la concentración de soluto con respecto al agua. Es decir, en ese caso hay una deshidratación. En el adulto se puede llegar a la hipernatremia por mecanismos cerebrales; no sé si también eso ocurre en el chico, pero de todas maneras, cualquiera que sea la causa por la cual se llega a la hipernatremia, creo que la existencia de una hipernatremia es sinónimo con la existencia de deshidratación, aún cuando la hipernatremia sea consecuencia de la administración de un suero clorurado hipertónico. En ese caso se aumenta artificialmente la cantidad de solutos del organismo, lo cual deshidrata las células y se llega por el mismo camino, siempre al cuadro de deshidratación. Por lo tanto, la existencia de hipernatremia implica la administración de agua para corregirlo.

Dr. Turró: En Casa Cuna en los dos últimos años sobre mil enfermos tratados se han observado 24 hipernatremias documentadas humoralmente con tasas de natremia que oscilaron entre 150 y 190 miliequivalentes de sodio por litro. De esos pacientes 13 eran eutróficos, 10 distróficos de primer grado y 1 distrófico de segundo grado. El 40 % llegó a esa situación por ingestión de sueros o de alimentos con elevado contenido de sodio, no así el 60 % restante cuyo tratamiento con sueros o alimentos previo a su internación había sido correcto o quizá con menor tenor de sales que el habitual. Coexistían en estos últimos enfermos infecciones severas como otitis, encefalitis, infecciones respiratorias y pielonefritis. El pronóstico de ambos grupos de enfermos fue diferente, ya que en el primero la mortalidad fue del 11 % mientras que en el segundo fue del 33 %. El pronóstico fue en general más grave en el verano 1959-60 que fue mucho más caluroso que al verano 1960-61 en el que en general observamos una patología más benigna.

Dr. Voyer: En el estudio comparativo de la deshidratación hipertónica que se vieron los dos veranos pasados en Casa Cuna con un lote semejante de deshidrataciones isohipotónicas, en lo que se refiere a la edad de los pacientes no se vieron diferencias significativas como lo anuncia también Finberg en *Pediatrics* 1955-16-1 en sus trabajos, donde acepta el papel preponderante de la prematuridad para condicionar esta afección. No hay estudios que certifiquen que en las pérdidas por diarreas, en las deshidrataciones hipertónicas tengan un contenido significativamente bajo de electrolitos frente al de las diarreas que determinan deshidratación hipotónica. Se pueden considerar dos tipos de deshidrataciones hipertónicas: aquellas en las cuales se llega por pérdida predominante de agua y aquellas otras a las que se llega por retención salina. En los casos en los cuales existe pérdida de agua predominantemente, la causa es el incremento de la perspiración y evaporación pulmonar que significa un egreso de agua exclusivo. Esto se ve en las afecciones febriles, en las neumopatías con disnea y sobre todo en eutróficos.

En lo que se refiere a los casos de retención salina, ya Segar (*A. J. D. Ch.* 1959-97-298) anuncia la mayor incidencia del hallazgo entre los antecedentes de suministro de soluciones electrolíticas comerciales en el período de tratamiento ambulatorio previo a la internación en el hospital. Nosotros así lo confirmamos también.

Posiblemente, el tema que quizá está menos estudiado todavía es el de la vinculación de factores hormonales en la determinación de ciertos cuadros de deshidrataciones hipertónicas. Nosotros hemos observado cuatro casos de deshidrataciones hipertónicas que surgieron a los 20 días después de cuadros de deshidratación hipotónica severa con shock. Podría pensarse que existen mecanismo neuro-endocrinos como

respuesta al primer cuadro de deshidratación hipotónica con shock severo que condicionan en el niño especial situación para la retención de sal. Al respecto, revisando la bibliografía, hemos encontrado que ya en el año 1939 Allotts refiere la retención de cloruro de sodio sin enfermedad renal en enfermos sometidos a injuria aguda, como ser hemorragia cerebral y otras, y en las cuales en la orina se encuentra alta eliminación de potasio y gran retención de cloro y de sodio y que se atribuye a posibles mecanismos nerviosos u hormonales. Y Gómöri establece en deshidrataciones experimentales y en pacientes sometidos a privación de ingesta, que existe aumento de la secreción de aldosterona dosado en las venas suprarrenales y no así de hidrocortisona. Podría suceder —el estudio hormonal es necesario para confirmar estas cosas— que una respuesta suprarrenal excesiva ante el shock determine un período de veinte días más o menos en que exista un hipersuprarrenalismo que condicionaría ciertas retenciones de sal en algunos enfermos.

Dr. Meroni: Quiero hacer un pequeño aporte de la experiencia que hemos recogido trabajando con este tipo de pacientes. Algunos respondían a las características clínicas y tenían los factores fisiopatológicos predisponentes que enunció el doctor Taubenslag. Pero tal vez el azar determinó que la mayor parte de nuestros deshidratados hipertónicos, de 26 niños sobre un total de 54 casos, tenían otras características clínicas un poco distintas y tal vez definitorias. Eran niños del segundo semestre de la vida. Eutróficos. En estos niños, fue el factor desencadenante una diarrea aguda muy intensa, de contenido casi exclusivamente líquido. Y en casi todos ellos figuró también como factor condicionante, el suministro terapéutico de soluciones hidroelectrolíticas de las comunes del comercio, que si bien son hipotónicas en su constitución, pues tienen alrededor de 50 mEq./l. de Na, representan para estos niños que tienen perturbaciones en la reabsorción intestinal del sodio, un aporte exagerado de este catión. Estos niños habían llegado muchas veces con manifestaciones neurológicas que justificaron el diagnóstico previo, en otros servicios, de encefalitis aguda. Este tipo de pacientes creo que se da con bastante frecuencia en los consultorios en que se atienden niños deshidratados y creo que serán todavía más frecuente si es que se sigue abusando del uso indiscriminado de soluciones electrolíticas por boca, sin haber considerado previamente la situación fisiopatogénica del niño.

Dr. Vázquez: En nuestra estadística sobre 1.600 enfermos hemos observado un 3 por ciento de hipernatremias. De ellas, el 95 por ciento estaban condicionadas por la reposición hidroelectrolítica de soluciones que contenían alto porcentaje de sodio.

Coordinador: A continuación el profesor Royer responderá a varias preguntas relacionadas con el potasio.

Dr. Royer: Yo quisiera, antes de responder a la pregunta que me ha sido hecha, agradeceros vuestra acogida en vuestra magnífica ciudad y deciros como me he sentido "touché" de la invitación que recibí, de participar en la fiesta del cincuentenario de vuestra Sociedad de Pediatría.

La primera pregunta es, en apariencia, simple, ¿qué cifra, en mEq, puede ser considerada como patológica de la kalemia? Yo digo que es simple en apariencia, porque es bastante arbitrario responder con cifras exactas a esta pregunta. Sin embargo, para la práctica pediátrica corriente y utilizando como técnica de dosaje la fotometría de llama, se puede considerar en el 95 % de los casos, como casi ciertamente patológica, fuera del período del primer día de vida, una cifra inferior a 3,5 mEq/l y como probable, pero no ciertamente patológica, una cifra superior a 5,5 mEq/l. En el primer día de la vida, ustedes saben que las cosas son muy difíciles de analizar; ciertos autores han puesto bien en evidencia que la kalemia del recién nacido, en las primeras horas en particular, es a menudo más elevada que en

el sujeto normal y que algunos recién nacidos parecen tener kalemias que se elevan hasta 6, 7, 8 mEq/l y las toleran muy bien por un espacio de tiempo muy corto. Sin embargo, otros autores han refutado estas afirmaciones y mi experiencia personal de la cuestión parece mostrar una confirmación del hecho de que hay una hiperkalemia transitoria, sobre todo en el prematuro y en las primeras horas de vida. A decir verdad, las técnicas de recoger sangre, no están al abrigo de hemólisis un poco fáciles en esta edad de la vida. Se puede tener aquí una causa de error, que hará estimar la existencia de una hiperkalemia mientras que la tasa puede ser más normal.

La segunda pregunta que me ha sido hecha, ¿cuál es la conducta a aconsejar para la corrección y cuál es la oportunidad para obtener la corrección de la hipokalemia y de la hiperkalemia? Yo pienso que, en un primer tiempo, nosotros podríamos considerar la pregunta de la hipokalemia, ¿qué conducta terapéutica se debe tomar para corregir una hipokalemia? Esto depende en gran parte de su mecanismo. En las hipokalemias que están ligadas a carencias o pérdidas exageradas de K, si ustedes quieren, las hipokalemias que se observan en la fase de hipostasia de las diarreas, es cierto que la corrección reposa sobre todo en el aporte enteral o parenteral de sales de K. Las sales de K utilizables son variadas: cloruro, fosfato, acetato, bicarbonato, lactato, gluconato, por ejemplo pueden ser utilizadas. De una manera general se utiliza más ampliamente el cloruro de K a causa de su buena tolerancia, de la cantidad elevada de K que contiene en relación con su peso total y por el hecho de que el cloro es en general fácilmente excretado cuando está de más en el organismo. Sin embargo, podéis tener casos particulares, como una hipercloremia de origen renal asociada a la hipokalemia y tener interés de emplear una sal neutra de hecho, como el acetato de K o gluconato de K, o mismo en otros casos, cuando existe una acidosis importante, emplear lactato o bicarbonato de K como para corregir los desequilibrios aniónicos que están asociados a la hipokalemia. Las dosis a utilizar, en las hipokalemias carenciales, son extremadamente elevadas, en general uno es muy tímido a este respecto. Cuando la administración se hace por vía bucal y la diuresis acuosa está conservada y no hay insuficiencia renal, no hay ningún peligro de provocar el accidente de hiperkalemia en el curso de la reparación. En estas condiciones expresas, ausencia de insuficiencia renal, la tasa de reparación debe ser de 300 a 500 mg por kilo de peso y por día de K. La depleción potásica en las diarreas, puede llegar hasta la mitad del K intracelular y mismo con estas tasas importantes la duración de la reparación de la carencia de K, yo no digo de la hipopotasemia, demanda generalmente 10 a 15 días de tratamiento. En nuestra semiología bioquímica elemental, nosotros hablamos muy fácilmente de hipo e hiperkalemia, pero debemos razonar como clínicos y saber que en el balance del K lo esencial se sitúa en la célula y allí los medios clínicos que tenemos para apreciar la pérdida intracelular de K, son mucho menos fáciles de manipular. Los únicos métodos que están a disposición por el momento, uno es la medida del K cambiante por K radioactivo, método clínico puedo decir bastante corriente y el otro, más difícil de emplear, que es el dosaje directo del K en músculo y piel por biopsia. Por consiguiente, hay toda una gimnasia intelectual a hacer, por parte del médico, ya que una hipokalemia no significa una carencia de K y que una hiperkalemia no significa un exceso de K corporal y todas las combinaciones son posibles entre una hipokalemia y un contenido normal de K corporal y a la inversa de hiperkalemia y carencia de potasio muy graves. Es así que el esquema de hipo e hiperkalemia, debe ser permanentemente corregido por la apreciación clínica según la enfermedad, sea por la medida del K cambiante o la biopsia del estado real de depleción o déficit de K en el cuerpo del sujeto. Si nosotros abordamos ahora el problema de otras

hipopotasemias, el tratamiento puede ser completamente diferente. Un tipo de hipopotasemia muy diferente se observa en el curso del síndrome de exceso de acción de algunas hormonas suprarrenales. En particular, observamos ese tipo de hipopotasemias en el tratamiento prolongado con corticoides provocando estados muy graves de hipopotasemia con alcalosis y bien entendido la suspensión del tratamiento es necesaria. Pero cuando esto ocurre en el síndrome de Cushing, donde esto puede verse igualmente, el tratamiento de la hipokalemia va a ser un tratamiento etiológico y consiste en la intervención quirúrgica en la medida en que es posible para suprimir el síndrome de Cushing. Se pueden ver igualmente tales hipokalemias en el curso del síndrome de hiperaldosteronismo, sea primario o secundario y acá también ustedes saben, los casos son menos frecuentes en los niños, pero existen, creo, media docena de casos de hipokalemia crónica, es decir adenomas con hipersecreción de aldosterona a nivel de las suprarrenales. Bien entendido, aquí el tratamiento no es un tratamiento bioquímico, sino un tratamiento de suprarrenalectomía, para extirpar el adenoma responsable de este estado.

Una palabra ahora sobre el tratamiento de la hiperkalemia. Los tratamientos de que uno puede disponer son los siguientes, según se trate de una insuficiencia renal grave, en particular una anuria o en una insuficiencia mineralocorticoide suprarrenal grave. En la insuficiencia mineralocorticoide, la hiperpotasemia se trata con tratamiento sustitutivo con desoxicorticosterona y aporte de sodio.

A la inversa, en la insuficiencia renal transitoria, como en los lactantes afectados de diarrea y de shock vascular, de insuficiencia vascular aguda o en el curso de nefropatías graves, anurias por nefropatías, la terapéutica que está a nuestra disposición comporta muchas cosas. La primera, es inyectar solución glucosada hipertónica endovenosa a grandes dosis, la reconstitución de un trabajo intracelular intenso, en general consume K y permite reducir algunas veces bastante, otras veces muy modestamente, la tasa de la kalemia. El segundo medio de que ustedes disponen en las hiperkalemias más durables, es de utilizar las hormonas androgénicas, que igualmente favorecen la reconstitución del citoplasma al tiempo que consume K. Yo he visto por mi parte, resultados bien netos con este método. En fin, en los casos extremos, ustedes deben ir muy rápido, donde el peligro es muy amenazante, porque la kalemia alcanza tasas superiores a 8 mEq/l, en particular el único método que resta es de utilizar resinas cambiantes de iones que, por vía digestiva, sustraen K. Este método es extremadamente difícil de utilizar en los pequeños lactantes. Nosotros hemos renunciado desde hace 2 ó 3 años, o bien de recurrir a lo que es la mejor técnica de depuración extrarrenal, es decir, sea la diálisis peritoneal, que puede emplearse hasta en los más pequeños lactantes, sea en los niños que han pasado los 2, 2½, 3 años, de utilizar la técnica de hemodialis por el riñón artificial.

Dr. Gianantonio: Yo desearía agregar un comentario muy breve con respecto al problema de las resinas que el profesor Royer mencionara. Nosotros las hemos empleado en el tratamiento de la hiperkalemia en niños muy pequeños y con resultados excelentes. No sé si la que empleamos nosotros —poliestereno sulfónica en fase sódica—, es la misma que usa el profesor Royer, pero de cualquier modo su indicación es la misma en el lactante pequeño que en el niño mayor.

Desearía comentar además sobre la utilidad de las sales de calcio, inyectadas por vía intravenosa como solución de urgencia cuando la hiperkalemia amenaza la vida del niño.

Coordinador: La próxima pregunta relacionada con el potasio dice así: manifestaciones clínicas de la hipopotasemia. Su real valor en el diagnóstico.

Dr. Gianantonio: Las manifestaciones clínicas de la hipopotasemia son muy co-

nocidas y se ven con alguna frecuencia. Si se enfocaran correctamente las situaciones capaces de provocarla, podría evitarse la aparición de estos fenómenos que ya implican depleciones muy severas y cifras muy bajas de la potasemia.

Los síntomas que más frecuentemente se observan son los que derivan del compromiso de la fibra muscular, lisa y estriada. No es raro que algunos pacientes sean remitidos con la sospecha de enfermedad neurológica paralizante. Un signo típico es la distensión abdominal con baja actividad peristáltica.

Hemos hallado niños con fenómenos miocárdicos muy severos, demostrables luego por la electrocardiografía.

De cualquier manera éstos, juntos con los signos de dificultad respiratoria no deben ser esperados para pensar en la posibilidad de hipokalemia. En realidad desde que el potasio forma parte de las soluciones hidratantes, estos síntomas se han hecho menos frecuentes.

Dr. Voyer: El diagnóstico de la depleción de potasio debe hacerse, indudablemente —como dice el doctor Gianantonio— sin esperar los síntomas. Debe bastar para ello el antecedente de pérdidas anormales y la falta de una ingesta que equilibre esas pérdidas. Refiriéndonos ya a los síntomas de la depleción de potasio, los músculos estriados y lisos, dan la manifestación principal, junto con la obnubilación y distensión abdominal e hipotonía muscular. Personalmente le doy mucha importancia a la distensión de vejiga, porque siendo niños deshidratados, dispépticos, la distensión abdominal puede obedecer a otros factores, entre ellos fermentación y meteorismo intestinal. La distensión de vejiga tiene un valor mucho más constante. El practicar un sondaje vesical y obtener en un lactante una cantidad mayor de 20, de 30 centímetros de orina, puede hacer suponer que se trata de una vejiga atónica y así orientar más al diagnóstico de la depleción de potasio.

Dr. Fernández Villamil: Yo quería hacer remarcar que el concepto de déficit y exceso de potasio es un concepto relativo. Es decir, para nosotros, el exceso y el déficit de potasio, están definidos por la relación entre el contenido y la capacidad de potasio. Y llamamos capacidad de potasio a la capacidad que tiene el organismo para mantener ese potasio dentro de las células. Un ejemplo puede aclarar la cuestión: Un chico tiene un contenido normal de potasio, pero ese chico entra en anuria, tiene infección grave y al cabo de cuatro o cinco días tiene un exceso de potasio en su organismo. Sin embargo, el contenido de potasio total de su organismo no ha cambiado porque está en anuria y el balance exterior ha sido prácticamente de cero. En esas condiciones, el exceso de potasio está dado, no por el aumento del contenido, sino por la disminución de la capacidad consecutiva al catabolismo protéico, causado por la fiebre, por el trauma, por la infección, por la hemólisis en caso de transfusión, etc. Viceversa, al déficit de potasio se llega por una disminución de la relación contenido sobre capacidad de potasio. Muchas veces, esa relación cae, porque cae el numerador, es decir cae el contenido, como cuando hay pérdidas renales o extrarrenales; pero en otras ocasiones se llega a la misma situación por un aumento de la capacidad de potasio. Así, por ejemplo, en la fase de descompensación de una diabetes, existe un exceso de potasio a pesar de que el contenido total de potasio del organismo puede estar disminuído, pero en ese momento está disminuída la capacidad de potasio y en esas condiciones está contraindicado el uso de potasio. Cuando se corrige la diabetes mediante insulina, se aumenta la capacidad de potasio del organismo y por ese mecanismo se llega al déficit de potasio. Y en esas condiciones está indicada la administración de potasio. Creo que este concepto puede aclarar un poco esas discrepancias que se observan entre el potasio extra e intra celular y puede llegar a definir exactamente los estados de déficit y exceso de potasio.

Dr. Turró: Quería referirme específicamente a uno de los signos señalados como déficit potásico cual es el ileo paralítico. Es evidente que el ileo paralítico en algunas ocasiones es determinado por hipopotasemia. Pero la práctica clínica en primera infancia nos ha mostrado que en muchas ocasiones el ileo paralítico es un común denominador a una cantidad de situaciones fisiopatológicas diversas. Entre ellas, por ejemplo, enteropatías severas, distonías neurovegetativas como secuencia de infecciones severas, insuficiencias parenquimatosas tales como la insuficiencia hepática por degeneración grasa de hígado. Estas situaciones que hemos visto documentadas desde luego no se corrigen con reposición potásica.

Dr. Meroni: Simplemente, quiero señalar un mecanismo fisiopatogénico y por desgracia iatrogénico, por el cual cada vez estamos viendo con más frecuencia un tipo especial de depleción de potasio. El hecho de que con mucha frecuencia vemos niños a los que se les ha hecho un aporte excesivo de sodio, con soluciones que contienen poca cantidad de potasio, por el temor a su indicación, provocando una situación fisiopatogénica que algunos la designan como intoxicación sódica que consiste en la penetración del sodio dentro de la célula y de algún modo el desplazamiento de potasio de la misma que luego de vertido hacia el exterior es eliminado por vía urinaria y provoca una alcalosis metabólica que también exagera la eliminación de potasio por la orina. Por ese mecanismo, administración terapéutica de exceso de sodio con poco suministro de potasio, creo que con frecuencia estamos viendo, inclusive en nuestros propios enfermos niños con depleciones de potasio severas.

Dr. Taubenslag: Hace 10 años, en las Jornadas Pediátricas de Tucumán, insistimos en lo que nosotros denominábamos entonces "dispepsia de retorno", causa más común del fallecimiento de los deshidratados en nuestra experiencia. Muchos de los elementos que nos llamaron la atención en este cuadro, los explicamos hoy sencillamente por la hipopotasemia, propia de la rehidratación incompleta. La depleción de potasio, que antes era un hecho común, persiste todavía en la actualidad, como bien dijo el doctor Meroni, debido al empleo abusivo de soluciones clorurosódicas y cierto olvido (o temor a utilizarlo) del ion mencionado.

Coordinador: Pasemos ahora a la siguiente pregunta. Interpretación de la potasemia en el recién nacido.

Y a continuación: ¿Es aconsejable y carece de riesgos el tratamiento del shock que padece el recién nacido y el niño del primer semestre con soluciones potásicas inyectadas por vía intravenosa?

Dr. Ballabriga: Señores; en primer lugar permítanme Vds. que les exprese mi agradecimiento por su amable invitación. Vean en mí, únicamente el deseo de representar una —joven no digamos— pero una mediana o madura generación pediátrica que dentro de la afinidad de lengua, de la afinidad de costumbres y de la afinidad de tantas cosas entre nuestros dos países trata de que el nivel pediátrico sea cada día más y mejor.

Me referiré ahora, pues, a la interpretación de la potasemia en el recién nacido.

Proyectora y explica sobre la proyección:

Hemos hecho un estudio acerca de las variaciones de la cifra de potasio, en prematuros de menos de un kilo 250 gramos; en prematuros de más de un kilo 750 gramos, y en prematuros con dificultad respiratoria. Observen Uds. en los correspondientes a prematuros de 1.250 gramos, como alcanza los valores más elevados de la escala. Es decir, tenemos cifras que oscilan entre los 6 y los 9 mEq. l., mientras que en segundo lugar en los prematuros con dificultad respiratoria y en tercer lugar con los valores que podemos considerar basales normales en prematuros por encima de 1.750 g. cifras



el tiempo es la mejor prueba

DELTISONA

el corticosteroide más dúctil y eficaz en el mayor número de situaciones clínicas



Facilita en los niños la
administración de vitamina C
SABOR AGRADABLE A NARANJA

FORMULA

Cada 100 cm³ contienen:

Acido L ascórbico..... 6 g.
Esencia de naranja 0,2 "
Jarabe simple coloreado . c.s.
1 cucharadita = 300 mg. de ácido
ascórbico.

INDICACIONES

Enfermedades infecciosas. Gripe y su convalecencia. Astenia. Osificación y crecimiento del niño. Ciertas intoxicaciones. "Stress" en general.

POSOLOGIA

LACTANTES: 1 a 2 cucharaditas por día.

NIÑOS: 2 a 3 cucharaditas por día.

PRESENTACION

Frascos de 100 cm³

LABORATORIOS CAILLON & HAMONET S.A.C. e I.

Humberto I° N° 101

Buenos Aires



oscilando entre los $4\frac{1}{2}$ y $5\frac{1}{2}$ mEq. l. se refieren a las 24 y a las 48 horas primeras de la vida. Con eso queremos decir, pues, qué objeción al trabajo recientemente en el cual la importancia que podía jugar la hiperpotasemia en la dificultad respiratoria del prematuro, queda balanceada por el hecho de que, en los prematuros de muy bajo peso, sin necesidad de distres respiratorio, existe también hiperpotasemia. Situación que, por otra parte, es extraordinariamente bien tolerada por el niño. Por tanto, como decía antes el profesor Royer, al referirnos a las cifras de normalidad de potasio, son perfectamente toleradas cifras comprendidas entre los 6, 8 y mEq. l en el período neo-natal, 47/72 primeras horas en prematuros de muy bajo peso. Por tanto, se deducirá de aquí si es aconsejable o no inyectar soluciones de potasio. Naturalmente, en el problema del potasio, únicamente el tratamiento se puede hacer refiriéndose a las cifras de potasio plasmático que encontremos por fotometría de llama. Particularmente en el período neo-natal, creo yo sería un grave riesgo, basarse en los datos de si ha podido haber carencia o no en la ingestión o si ha podido haber una buena o no función renal. Existen algunos mecanismos, como el mecanismo de la insuficiencia renal relativa en el período neo-natal y sobre todo el mecanismo de la relación de retención de potasio a bajo peso que, en principio, nos harán pensar que pueda estar contraindicada esa administración.

Dr. Taubenslag: En realidad, más que una acotación es una pregunta la que deseo formular al profesor Ballabriga. Nosotros hemos practicado (con el Dr. Rícea y la Dra. Díaz) el estudio de la función suprarrenal del recién nacido, determinando las curvas de eliminación de los 17 cetoesteroides y de los 17 hidroxicorticoesteroides urinarios. Nos llamó la atención la franca variabilidad de eliminación de estas hormonas y entre las tasas de emisión diurna y nocturna. Estos datos fueron obtenidos en el recién nacido de término, no así en el prematuro de peso bajo. La pregunta que formulo es: ¿Puede interpretarse el aumento de la potasemia del prematuro, como expresión de su disfunción suprarrenal?

Dr. Ballabriga: Para contestar esta pregunta hay que tener en cuenta que las concentraciones de las cifras absolutas estarán en relación con la diversa cantidad de las diuresis que se haya hecho. Por eso los estudios deben ser hechos por períodos de balances de doce horas completos. De lo contrario, yo no me atrevería a juzgar si esas variaciones, realmente sigan un ritmo o no.

Dr. Voyer: En el equipo de hidratación de Casa Cuna durante el último verano, para el tratamiento de la deshidratación aguda grave del lactante, en general distrófico de alrededor de cuatro meses, no hemos tenido mayores recaudos en el suministro inicial de potasio en concentraciones de 20 a 30 mEq/l, aún sin esperar la diuresis. Hemos podido ver que estos niños tienen una gran avidez celular de potasio. Esto no se observa así en los recién nacidos. En efecto, en los pocos que nos ha tocado tratar, la avidez celular de potasio fue mucho menor. Ellos no tienen déficit de potasio anterior como ocurre en los distróficos y por tanto las dosis tóxicas del mismo son mucho menores. En el paciente que tiene déficit de potasio, las dosis tóxicas son 14 veces superiores a las del paciente que no tiene un déficit de potasio. Eso garantiza el suministro de potasio en forma más o menos generosa en el distrófico afecto de deshidratación. Pero en el recién nacido la tolerancia es mucho menor. No aconsejamos el uso de soluciones con un contenido superior a 10 mEq/l en el recién nacido afecto de deshidratación aguda grave y siempre puede ser acá prudente esperar la iniciación de la diuresis.

Dr. Royer: Contestando la pregunta acerca si una insuficiencia suprarrenal puede ser una de las explicaciones posibles de la hiperpotasemia del prematuro y del recién nacido, no pienso que se pueda encontrar en este sentido una respuesta. Los estudios hechos en Ginebra por Müller y que hemos rehecho en París, sobre la eliminación urinaria de la aldosterona en los primeros días de la vida, muestran que el total de excre-

ción de la aldosterona en el recién nacido, es casi idéntica a la que va a ser durante toda la vida, es decir, situada entre 3 a 4 mcrg. por día en vez de 7 a 8 mcrg. empleando la técnica de Müller, más tarde. Es cierto que el recién nacido no reacciona con un hiperaldosteronismo cuando hay una hiponatremia o una baja de volumen importante, pero ésta no existe en las primeras horas de la vida. Yo creo que abordar el problema por el dosaje de 17-cetosteroides, es prácticamente imposible. Es necesario abordarlo por el lado de la hormona mineralocorticoide. Además el recién nacido normal, está en situación de hipercatabolismo tanto más intenso cuando el tipo de parto ha sido más traumatizante y más agresivo y en particular más intenso en los niños que han nacido en las condiciones obstétricas extremadamente malas. Creo que la liberación de K celular a propósito de este catabolismo y el hecho de que el recién nacido esté, durante las primeras horas, en estado de anuria fisiológica, es una de las explicaciones más probables. La segunda pregunta es muy precisa, muy clásica y también muy difícil de responder simplemente. ¿En el niño deshidratado, en estado de shock vascular, en insuficiencia circulatoria grave, en diuresis acuosa reducida o nula es necesario corregir la carencia de K, dando potasio inmediatamente o debe esperarse, como Darrow lo ha propuesto hace ya mucho tiempo, una reparación del estado circulatorio antes de administrar el K? Creo que nosotros debemos definir bien lo que entendemos por shock y por deshidratación. En un niño atacado de diarrea grave, que está profundamente deshidratado, pero que no está shockado, en el sentido de que la diuresis está conservada y que el estado circulatorio es bueno, si en estas condiciones existe una hipopotasemia, yo pienso que existe el mayor interés en hacer una rehidratación general con agua y electrolitos, aportando lo más rápido posible K, porque la célula va a ser capaz de utilizarlo. Por el contrario, cuando existe un estado de shock vascular, de insuficiencia circulatoria grave y en particular, cuando ella entraña una oliguria o anuria, yo creo que hay que ser siempre muy prudente para emplear de entrada la terapéutica de aporte de K, en particular por vía venosa. En efecto, si cuando la célula funciona normalmente, el K inyectado por vía venosa no pasa a la célula en menos de 15 horas, cuando existe un cuadro de insuficiencia renal antes del restablecimiento de la diuresis, se puede crear una hiperpotasemia transitoria, lo que significa un peligro que puede ser, a pesar de la carencia potásica general, extremadamente peligroso para este niño. Pero hay más; en los estados de shock circulatorio intenso pero con la diuresis conservada parcialmente, no se tiene el peligro de la intoxicación kalémica porque el sobrante de K va a ser fácilmente eliminado por el riñón, pero este K no será utilizado por la célula, porque para que la célula retenga el K, es necesario que su trabajo haya vuelto a ser normal. La condición del equilibrio potásico intracelular es, ante todo, una integridad del trabajo celular. Por lo tanto, como en el estado de insuficiencia circulatoria, existe anoxia, la célula prácticamente no puede utilizar el K que se le da al niño. Además, los niños afectados de diarrea grave y en estado de malnutrición previa y fuera de toda anoxia circulatoria, tienen un trabajo celular que es malo y una anoxia de origen celular. Por consiguiente, hay toda una serie de datos, referentes a cuadros muy precisos de diarreas graves del niño, que muestran que puede haber peligro de hacerlo cuando el niño tiene una diuresis desaparecida completamente o anulada. Pero que desde que la diuresis acuosa retorna y se comienza a corregir la acidosis, yo creo que es necesario administrar K, desde la 3ª o 4ª hora de tratamiento. Nosotros ponemos sistemáticamente a los niños que entran en estos estados de deshidratación por diarrea, un colector de orina, y las enfermeras y los médicos jóvenes están habituados a comenzar la inyección parenteral de K desde que la orina aparece en el colector. He aquí nuestra práctica a este respecto.

Pregunta: Interpretación de las variaciones del potasio intracelular e intersticial en el distrófico con diarrea aguda.

Dr. Taubenslag: Las variaciones del potasio deben considerarse en relación con el cuadro global de modificaciones hidroelectrolíticas. El primer concepto que hay que tener en cuenta es que se encuentran directamente relacionadas con el déficit ponderal, adquiriendo jerarquía solamente cuando éste es importante.

En estos casos aumenta tanto el agua total como la extracelular (más en los edematosos). Es fácil comprender entonces por qué el distrófico de tercer grado es hipoelectrolítico. Del otro lado de la membrana, en el espacio intracelular el cuadro se presenta de la siguiente manera, de acuerdo a los estudios experimentales de Careddu y Sereni, la hipopotasia (descenso del potasio intracelular) sería la alteración más precoz. Le sigue la disminución del agua intracelular. A la hipopotasia corresponde un aumento irregular (no proporcional) del sodio intracelular. En los estados de desnutrición extrema se registra además aumento del fósforo.

Dr. Gianantonio: Desearía hacer un breve comentario práctico sobre este problema. Creo que es una observación generalizada el hecho de que es muy difícil corregir la depleción de potasio cuando la desnutrición es muy severa.

Las razones para esto no son bien claras, pero es posible que el concepto expresado por el doctor Fernández Villamil con respecto a la "capacidad de potasio" deba aplicarse aquí. La capacidad para atesorar potasio es muy pobre en el niño desnutrido, hasta tanto no se restablezcan los mecanismos intracelulares de los cuales dependen los cambios energéticos. Es por esto que la reposición del potasio perdido se vincula menos a la premura que sugieren las cifras de su concentración en el plasma que a la consideración global del problema de la desnutrición.

Dr. Voyer: Los estudios del grupo de Metcoff en Méjico, citados por el doctor Taubenslag con relación a la biopsia intratisular en niños distróficos, demuestran efectivamente esa hipopotasia en parte debida al aumento de agua y ella no está siempre relacionada con un aumento de sodio intracelular. Esto lo han observado en biopsias efectuadas en niños fallecidos, en los cuales, a veces, quizá como un estado pre-mortem hay ya un ingreso de sodio a las células en cantidades considerables. Se acepta, que en el distrófico aún no deshidratado, existe una depleción global de potasio aún en forma asintomática y parte del edema nutricional que se ve en algunos distróficos graves incluso en el Kwashiorkor, se han podido vincular a la depleción de potasio y a la retención de sodio en el extracelular y parte en el intracelular. Balances hidrosalinos efectuados en la recuperación de niños distróficos y edematosos, demuestran un balance positivo del potasio, un balance negativo de sodio y una atenuación de los edemas aún sin el suministro proteico que pueda explicar un mejoramiento de la proteinemia.

Dr. Taubenslag: Haré un breve comentario respecto a la patogenia del edema en la distrofia pluricarencial. A todo lo ya conocido (destacamos el énfasis que ha puesto nuestro distinguido visitante de hoy, el profesor Ballabriga, en el aumento de la permeabilidad capilar) conviene agregar el papel de la hipotonía celular con respecto al espacio extracelular, consecutivo a la disminución de los constituyentes proteicos, con el consiguiente paso del agua al exterior de la célula (Lichtwitz y col., Metcoff y col.).

Coordinador: Pasaremos ahora a tratar un grupo de preguntas muy parecidas que dicen así: Criterio actual sobre el uso del plasma en las primeras horas de la deshidratación aguda del lactante. Ventajas o inconvenientes de la plasmotransfusión en el tratamiento de la toxicosis. Indicaciones del plasma en la diarrea aguda. Qué opinión tiene el "panel" del uso del plasma en general.

Dr. Vázquez: Ya sabemos que, dentro de las diversas escuelas argentinas no existe un criterio uniforme con respecto a la indicación del plasma en el tratamiento de la deshidratación aguda del lactante. Pero tenemos que situarnos —para poder hablar con fundamento. Deshidratación aguda es un accidente y en realidad no significa nada si

no se tienen en cuenta otros aspectos. Habrá que ver si ese lactante con una deshidratación aguda es además un niño que presenta shock o si es además un desnutrido. En el caso de la deshidratación aguda grave con shock en un niño desnutrido, nosotros somos decididos partidarios del plasma. Basamos esta afirmación en la experiencia recogida a través de más de doce años de su empleo. Las ventajas que se observan con la plasmotransfusión no las voy a repetir ahora; las hemos expuesto en distintas oportunidades, están publicadas y son conocidas. No hemos tenido inconvenientes con el plasma que empleamos por vía endovenosa exclusivamente en los casos ya indicados. La otra pregunta dice: indicaciones del plasma en la diarrea aguda. No es necesario recurrir al plasma en la diarrea aguda. La diarrea aguda se trata de otra manera. Lo que se trata con plasma es la deshidratación grave con shock en el desnutrido. Por ello, cuando se discute sobre la necesidad o no de plasma habrá que situarse perfectamente sobre el caso clínico y de acuerdo con ello, proceder sobre ese enfermo.

Dr. Turró: El doctor Vasquez ha precisado la necesidad de ubicarse en el problema. El enfermo que menciona es el distrófico grave, shockado del primer semestre. quienes hace años manejamos lactantes sabemos que la patología se va focalizando en el primer año y en particular en el primer semestre. Y que en esa época de la vida es donde se registra la letalidad más alta que es determinada fundamentalmente por estafilococcias parenquimatosas, virosis importantes y tuberculosis, y trastornos digesto-nutritivos graves. Como clínico no puedo menospreciar ningún elemento terapéutico que se muestre eficaz en el tratamiento de estos enfermos. Entre ellos, el plasma ha sido en nuestra experiencia un elemento realmente eficaz durante muchos años para tratar dispepsias graves y toxicosis, entendiendo por tanto que es elemental no prescindir de él para contar con un sustituto igualmente eficaz y práctico ante esta patología en la cual su extrema gravedad se genera al asociar sus efectos: deshidratación, infección y shock al incidir sobre un minorado organismo en extremo. Sintetizamos en seis las ventajas que ofrece el plasma para tratar a estos enfermos, las que se logran con su único concurso. En primer lugar mejora y estabiliza rápidamente al enfermo al neutralizar su insuficiencia circulatoria y posibilitar así, de inmediato, el correcto funcionamiento de sus órganos y síntomas; en segundo lugar aporta albúmina, cationes y aniones en proporciones fisiológicas y por tanto ideales, no solo para el tratamiento del desequilibrio proteico o hidrosalino de las deshidrataciones iso o hipotónicas, sino de las que caracterizan al lactante distrófico; en tercer lugar aporta gammaglobulina, enzimas y hormonas en cantidades y calidades óptimas para reforzar los mecanismos inmunitorios y por su viscosidad protege al máximo la vitalidad de los capilares, severamente comprometida en estos enfermos, con lo cual potencializa la terapéutica antiinfecciosa; cuarto, permite acortar la dieta hídrica y reiniciar precozmente la realimentación con lo que acelera la mejoría integral del enfermo; quinto, permite el manejo del paciente con un mínimo de cuidados de enfermería, con lo que facilita y abarata la asistencia, y sexto, eleva la inmunidad en la convalecencia disminuyendo las posibilidades de recaídas y recidivas en un período de la vida en que ello es muy importante, y mucho más aún por las deficientes condiciones del medio ambiente al cual son reintegrados usualmente estos enfermos.

Coordinador: Pasaremos ahora a tratar un grupo de preguntas muy parecidas: sobre criterio actual sobre el uso del plasma en las primeras horas de la deshidratación aguda del lactante.

Dr. Taubenslag: Hasta hace poco tiempo se consideraba imprescindible el uso del plasma para iniciar la rehidratación. Era como un sello inevitable, solía decir Mario Waissmann. Es mérito indiscutible del malogrado David Fuks, el romper con esta tradición "sagrada" en nuestro medio.

Admito que a la luz de los conocimientos actuales hay más argumentos teóricos en contra que a favor del empleo del plasma por vía endovenosa. Sin embargo he seguido utilizándolo en los casos de deshidratación hipotónica grave, con shock, y creo que ello ha contribuido dentro del esquema general, a que nosotros hayamos podido desterrar prácticamente, la mortalidad por diarrea aguda en nuestro Servicio del Hospital de Vicente López.

Dr. Royer: Yo quería añadir mi experiencia personal a la discusión que acaba de tener lugar sobre el empleo del plasma en el tratamiento de la rehidratación en las diarreas del niño. Por mi parte, comencé a estudiar este método terapéutico para mi tesis de doctorado en medicina. Según nuestra experiencia, rápidamente abandonamos el empleo de plasma y yo estaba muy convencido, hace todavía algunos años, que el shock vascular en el curso de la diarrea grave en nuestros enfermos, reaccionaba tan bien a la rehidratación por el agua y electrolitos como por una solución de plasma o de sangre humana. Después, habiendo tenido ocasión en los últimos años de ir mucho a África y ocuparme de cuestiones de diarrea infantil en niños en estado de malnutrición proteica, he comprobado que, cuando la diarrea afecta a un niño desnutrido proteico, se obtienen resultados muy superiores en la rehidratación con el plasma que las que se obtienen con las soluciones hidroelectrolíticas. Yo expongo la cuestión, aun no resuelta en mi espíritu, si los resultados tan diferentes obtenidos, por los distintos autores, con el empleo del plasma en los niños con diarreas, no es debido al hecho de que ellos observan sujetos completamente diferentes por otra parte y si, cuando se utiliza el plasma con su aporte de proteínas, electrolitos y gamma globulina, uno no interviene con ventaja sobre el estado de malnutrición proteica latente o evidente previo a la diarrea, que sobre el desequilibrio hidroelectrolítico propiamente dicho. Por mi parte yo pienso que en los niños que están en estado de malnutrición proteica latente anterior a la diarrea, es necesario tratarlos más como mal nutridos que como diarreicos y que en estos casos la utilización de plasma es un arma excesivamente útil en el primer tiempo del tratamiento. En cambio, en niños sin malnutrición proteica anterior y que son afectados bruscamente por la diarrea microbiana, en buen estado clínico, uno obtiene resultados tan buenos, posiblemente mejores, sin utilizar el plasma.

Dr. Ballabriga: Nosotros hemos vivido también las dos épocas. En la actualidad, podemos decir que, prácticamente hemos abandonado su uso por las siguientes razones: Primero: limitaríamos la indicación como los doctores Vásquez y Royer han sentido muy claramente, a los casos de lactantes en situación de deshidratación y shock y aún carenciados. Es decir: si el niño está previamente carenciado o no, y aún en el caso de estar previamente carenciado, nuestra experiencia personal en este momento es mejor con el empleo de preparaciones de albúmina humana concentrada, suplementada de la correspondiente cantidad de líquido. Para resumir nuestro criterio diremos: que en niños que presentan una deshidratación, por la sencilla determinación de la resistividad plasmática llegamos a la conclusión de si están en situación de hipoelectrolitemia o hiperelectrolitemia. La determinación de la concentración de proteínas y albúminas nos pone sobre la pista de si al mismo tiempo es hipoproteico o no. La determinación del hematocrito aclara si está hemoconcentrado o hemodiluido. Por tanto, con estos cuatro datos, que se pueden obtener fácilmente en la práctica corriente, hacemos ya la indicación según que se trate de situación de hipoelectrolitemia acompañada de hipoproteinemia y acompañada, por ejemplo, de hemoconcentración; situación de hiperelectrolitemia acompañada de hiproteinemia con o no hemoconcentración. Hay casos que únicamente hará falta soluciones salinas; en otros solamente hará falta agua sin soluciones salinas y casos en que hará falta, además, aportes de proteínas y co-

recepción del shock. Y en este caso, si hay una hipoproteïnemia severa, preferimos el empleo de preparados de albúmina humana concentrada. En lo que más querría llamar la atención es no generalizar con su empleo por el hecho que nosotros hemos vivido unos años en los cuales en nuestra ciudad no moría ningún niño que prácticamente antes no se le hubiera hecho una perfusión de plasma, cuando en realidad habían pasado estados de acidosis metabólica o de alcalosis metabólica totalmente desapercibidos, porque al poder del plasma en el combatir del shock se le había dado un poder milagroso que creemos que tiene una indicación muy precisa.

Dr. Voyer: En la presentación que el doctor Fuks hiciera el año pasado en la Sociedad de Pediatría sobre su experiencia en el tratamiento de la toxicosis sin uso de plasma, hicimos nuestro comentario favorable con esa conducta. Reconocíamos que el plasma ha sido durante muchos años, y puede seguirlo siendo, un recurso útil para tratar el shock pero no indispensable para ello. Nuestro concepto es que cabría rebajar algo los méritos del plasma, disminuir su jerarquía como recurso indispensable de urgencia para tratar el shock, mantener su importancia como recurso biológico que suministre enzimas, anticuerpos y además, a los cuales puede recurrirse en forma más o menos tardía durante la convalecencia de la toxicosis a fin de apuntalar el terreno distrófico del niño. Nosotros hemos tratado 500 casos de deshidratación aguda grave sin transfusión inicial de plasma, solamente con soluciones hidroelectrolíticas con muy buenos resultados. Si consideramos que el shock, en el caso de la deshidratación aguda grave, está fundamentalmente basado en la hipovolemia, la hiposmolaridad y el aumento de viscosidad sanguínea que disminuye el flujo de sangre a los pequeños capilares, todos esos factores pueden ser corregidos por las soluciones hidroelectrolíticas eficazmente. La hipovolemia se combate con el ajustado ritmo en el suministro de las soluciones, el aumento de viscosidad se corrige más eficazmente con las soluciones hidroelectrolíticas que con el plasma y la hiposmolaridad puede neutralizarse con el suministro de las cantidades electrolíticas de cloro y sodio necesarias. Acerca del argumento de que las soluciones hidroelectrolíticas sin suministro de proteínas así como se inyectan escapan del sector vascular al intersticio, en el caso de la toxicosis eso no ocurre. Así lo demuestra la experiencia de la superación del shock mediante las soluciones hidroelectrolíticas y la razón está, posiblemente en que estos niños shockados tienen una hiperproteïnemia en relación a su estado anterior porque la pérdida ha sido de agua y de electrolitos.

Acerca de los recursos biológicos del plasma citados por el doctor Turró, como gamma globulina y otros, cada vez se logra más ir aislando estos factores, pudiéndolos utilizar según convenga. En los casos de extrema gravedad, con anoxia tisular intensa, quizás más útil sería una transfusión de sangre que lleve directamente el oxígeno por medio de los hematíes a las células. Los factores desfavorables del plasma en el tratamiento del shock de la deshidratación, serían el pretender forzar el anabolismo haciendo un suministro proteico en esas condiciones de fase catabólica. Esas proteínas que se inyectan serán destruidas en un organismo en déficit calórico, con la liberación de restos azoados que tendrán que ser eliminados por el riñón, reclamando ello una incrementación de la diuresis. Por otra parte, estos niños que tienen una relativa hiperproteïnemia, ésta se exagera con la transfusión de plasma y aumenta la presión oncótica, lo cual sabemos que dificulta la filtración en el glomérulo. Acerca de las cifras estadísticas citadas por el doctor Taubenslag, creemos que la verdadera orientación no debe salir de la estadística sino del conocimiento de la fisiopatología. Y aún valiéndonos de la estadística, el año pasado el doctor Fuks comentaba: "Si logramos el mismo resultado, para qué usar el plasma si sale más caro". Si fuera necesario sumi-

nistrar proteínas en forma urgente, creemos también que más útil que el plasma es el suministro de aminoácidos o albúmina concentrada.

Dr. Meroni: Yo comparto muchos de los criterios aquí expuestos. Pero dada la importancia del problema, creo que no está demás un pequeño replanteo. El primer aspecto en el que hay que ponerse de acuerdo es la indicación de la plasmoterapia. En ese sentido, estoy absolutamente de acuerdo con el doctor Vásquez. Para nosotros, la discusión sobre la utilidad de este procedimiento, corresponde hacerla frente a los pacientes con shock intenso. Los demás aspectos, desnutrición, aporte de gamma globulina, aporte proteico, factores inespecíficos, aporte hidroelectrolítico, creo no admiten el mismo planteo de discusión que el tratamiento del shock. Todos reconocemos a la insuficiencia circulatoria periférica la primera prioridad en el tratamiento de los deshidratados. Eso significa que estamos acordes en que indudablemente hay que solucionarla a la brevedad posible. Es evidente que el plasma es un magnífico expansor de la volemia y soluciona esta eventualidad. Pero también resulta evidente que las soluciones hidroelectrolíticas, con una concentración similar a los líquidos extracelulares y con un balance entre cationes y aniones acorde con el trastorno del equilibrio ácido base, administrada a un ritmo suficiente, también logra la mejoría de esa insuficiencia circulatoria periférica; es decir que desde el punto de vista conceptual ambos procedimientos son útiles. Pero ya han sido señalados los riesgos de la administración de plasma, y ha sido señalada la ventaja de la terapéutica hidroelectrolítica. No creo que los beneficios puedan juzgarse a través de los resultados estadísticos, porque es evidente que el éxito notable que ha obtenido el doctor Taubenslag en su estadística no se debe exclusivamente al suministro de plasma sino a todas las medidas complementarias que él ha tomado. En consecuencia, de lo ya dicho y para ser breve, resumiré cuál es nuestra conducta: nosotros iniciamos el tratamiento de los niños deshidratados, con la administración de soluciones hidroelectrolíticas del tipo del Ringer lactato o una constituida por dos partes de fisiológica y una de lactato, de modo que la proporción de sodio sea aproximadamente dos tercios de la de cloro, porque habitualmente estos pacientes están en acidosis. Suministramos una cantidad suficiente para expandir el líquido extracelular, decimos esquemáticamente 20 c.c. por kilo de peso pero puede aumentarse según las necesidades. Si al cabo de una hora de esta terapéutica no hemos logrado la restitución de la volemia y queda cierto grado de insuficiencia circulatoria residual, entonces creemos que está justificada la administración de plasma o tal vez la administración de sangre. Hemos tratado con este criterio 190 lactantes shockados; sólo en 10 casos necesitamos hacer la indicación de plasma, luego de esa hora inicial de terapéutica hidroelectrolítica. Otro comentario es con respecto a la cantidad que habitualmente se aconseja de plasma para administrar al lactante. Se habla de 20 a 30 c.c. por kilo de peso. Hay que recordar que, justamente uno de los espacios hídricos que tiene un volumen prácticamente constante para todas las edades, es justamente el volumen plasmático, que asciende a 50 cc. por kilo de peso. A este lactante, que tiene 50 cc. por kilo de peso de plasma, el aporte de 30 cc. por kilo, representa el suministro en breve tiempo, de una cantidad de plasma mayor que la mitad de su propia volemia. Es evidente que muchos de los éxitos de la plasmoterapia, sobre las terapéuticas hidroelectrolíticas se debe a este aporte tan tremendamente considerable de plasma, lo cual por otra parte evidentemente implica riesgos de sobre carga hemodinámica.

Dr. Vasquez: El Dr. Voyer dijo que en el trabajo que presentó el doctor Fuks, él tenía exactamente la misma mortalidad que teníamos nosotros con el empleo de plasma. Sí, es cierto; pero lo que variaba de una manera fundamental era el tiempo de internación que tenían nuestros enfermos que estaba reducido a un 60 ó 70 por ciento en días de internación.

Dr. Ballabriga: Se debe considerar como de importancia, la velocidad de inyección. Experimentalmente, por ejemplo —empleando plasma y albúmina humana concentrada— hemos observado lo siguiente: en el conejo, en situación de sangría experimental o en el conejo manteniendo su volumen plasmático normal, la perfusión de una cantidad de albúmina concentrada al 15 % 13 cc. = 2 gr. albúmina, cuando se inyecta a velocidades superiores a los 4 cc. por minuto ocasiona la muerte por edema agudo de pulmón en el momento que lleva perfundido una cantidad correspondiente a 5 g. x Kg. de albúmina, mientras que tolera una cantidad de 7 g. x Kg. de albúmina cuando la velocidad de inyección disminuye a 2 cc. por minuto.

Dr. Gianantonio: Mi idea al respecto es ésta: la diarrea se presenta en este país no como un problema del individuo sino como un problema de la comunidad. Cuando llega el período epidémico, miles de niños son afectados por una enfermedad muy severa, potencialmente letal. En esas condiciones el ubicar al plasma dentro de los esquemas básicos hace que el médico se sienta imposibilitado para tratar correctamente al niño por no disponer de aquel elemento.

De todo lo dicho resulta evidente que el empleo de soluciones electrolíticas, adecuadas en cantidad y calidad es adecuado en la mayor parte de los casos. Un grupo muy importante de pacientes ven postergado un tratamiento eficaz porque el médico no dispone del plasma que considera indispensable. El fruto de estas demoras es con frecuencia registrado en los ingresos de niños deshidratados, en los que el motivo de su envío ha sido el de la “imposibilidad de inyectarles plasma”.

Cuando se plantea por otra parte el tratamiento individualizado del niño con diarrea, siempre difícil y muy técnico, la consideración de la necesidad de administrar un expansor de volumen, —no necesariamente plasma—, puede surgir al analizar la situación de un niño dado.

Coordinador: En los esquemas de rehidratación que se utilizan hasta ahora, no figura el fosfato. ¿Qué importancia tiene su inclusión? ¿Puede agregarse como fosfato de potasio?

Dr. Gianantonio: Siempre que el organismo se depleciona de potasio, existe una depleción de otros electrolitos intracelulares, entre los cuales el fosfato. Si bien hay soluciones comerciales que tienen fosfato, no conozco de ningún trabajo que haya demostrado la ventaja de incorporarlo precozmente en el tratamiento de la diarrea; con la leche en el período de realimentación se aporta el necesario para cubrir el déficit.

De cualquier manera creo que interesaría escuchar la opinión del Dr. Fernández Villamil con respecto a este punto.

Dr. Fernández Villamil: Yo creo que esta pregunta está vinculada a la siguiente. Ventaja del fosfato de potasio sobre el cloruro de potasio.

Yo creo que cada una de estas sales deben utilizarse en situaciones bien definidas, porque el efecto de las dos es distinto. El cloruro de potasio es una sal acidificante; es decir, produce acidosis hiperclorémica, extracelular y alcalosis intracelular. El potasio entra en las células, las alcaliniza y consecutivamente hay aumento de eliminación renal de potasio con orinas alcalinas. Por eso, la administración del cloruro de potasio está indicada en aquellos casos en los cuales el déficit de potasio se asocia a la alcalosis, como ocurre en la alcalosis hipoclorémica por vómitos. En cambio, el fosfato de potasio, sobre todo en la forma como se da en el comercio, ya sea en fosfato bibásico en su totalidad, o en una solución de ochenta partes de fosfato bibásico y veinte de fosfato monobásico con un pH. 7,4, tiene su indicación en aquellos casos en los cuales el déficit de potasio se asocia al déficit de fosfatos y a la acidosis,

como ocurre por ejemplo, en el coma diabético. En todos los casos de acidosis, hay una transferencia de potasio y de fosfatos, desde las células hacia el líquido extracelular, en cantidades proporcionalmente equivalentes.

Ese desplazamiento se debe a que la acidosis tiene un efecto inhibitorio directo sobre la fosforilación de la glucosa. En esos casos, en los cuales hay un déficit de potasio intracelular, es necesario la reposición no sólo del potasio sino también del fosfato. Y en ese caso el uso del fosfato de potasio tiene supremacía sobre el uso del cloruro de potasio.

Dr. Taubenslag: Creo que las siguientes referencias a trabajos experimentales recientes podrán facilitar la comprensión de los hechos acaecidos en el sector intracelular. En animales de laboratorio sometidos a dieta apteica se comprobó: disminución del agua intracelular, del potasio, del fósforo y del ATP y aumento de la fosfatasa alcalina y de ADP. En los casos muy graves de desnutrición y al prolongarse la carencia (en los preagónicos) tiende a aumentar el potasio y el fósforo y a disminuir la fosfatasa alcalina y el agua llega a valores muy bajos.

El sodio se mantiene bajo en los primeros 15 días y luego muestra tendencia a elevarse.

Dr. Voyer: No existe en nuestro conocimiento razones suficientes que muestren que el fosfato es realmente útil, suministrarlo durante las primeras horas de la rehidratación. Sin embargo, nosotros hemos preparado unos frascos ampollas con el contenido electrolítico, que al ser agregado a la solución glucosada da una concentración de cloro, sodio, potasio más o menos conveniente y que se adapta según la cantidad que se agrega a la osmolaridad que requiere el paciente, y estos frascos ampollas los hemos preparado con cloruro de sodio, con una mezcla de mono y bifosfato de potasio, y lo hemos hecho así por razones de estabilidad de la solución electrolítica, no lograda con ClK. Desde un punto de vista conceptual, parecería ser que la reposición más inteligente del catión intracelular, el potasio, se haga juntamente con el anión intracelular, el fosfato. Y la del catión extracelular el sodio con su anión extracelular el cloro.

Dr. Turró: Quería recordar en forma muy breve solamente, que de las soluciones con que nos manejamos para el tratamiento de los niños deshidratados, el plasma es la única que contiene fosfatos y sulfatos en cantidades fisiológicas.

Coordinador: Las siguientes preguntas se refieren al mismo tema.Cuál es la vía de rehidratación más lógica en la diarrea aguda, cuando es necesario canalizar quirúrgicamente una vena, sobre la técnica preferida para perfusión endovenosa, fisiopatología y tratamiento de la intoxicación hídrica, y si existen peligros o inconvenientes de la terapéutica electrolítica por vía endovenosa.

Dr. Gianantonio: Vamos a tratar de contestar brevemente estas preguntas una a una. La primera se refiere a la conveniencia de la vía intravenosa en la rehidratación del lactante.

Creo que ya no se puede seguir discutiendo sobre este punto. Toda vez que la vía oral esté bloqueada por algún mecanismo, —vómitos, distensión abdominal, parálisis intestinal, gravedad, etc.—, debe recurrirse a la vía intravenosa.

La administración de fluidos hipotónicos por vía subcutánea debe condenarse, toda vez que en estas condiciones se desarrolla un secuestro local de sodio capaz de llevar al colapso y agravar la situación.

Es cierto que la administración de fluidos por vía intravenosa implica una serie

de riesgos. El disponer de suficientes facilidades de control del paciente en tratamiento es una necesidad primaria.

Por otra parte la canalización venosa, con sus riesgos de flebitis, se efectúa con demasiada ligereza. La punción venosa y la infusión a través de aguja pueden ser hechas en la mayoría de los casos. Una de las características que definen a un buen pediatra es la de punzar venas donde otros no las hallan.

Otro problema es de las complicaciones que siguen a la administración de volúmenes excesivos de fluidos o a una velocidad excesiva de infusión.

Ya se ha mencionado la posibilidad de precipitar una congestión circulatoria con edema pulmonar cuando se superan las posibilidades de adaptación hemodinámica.

Otra complicación frecuente es la intoxicación hídrica. Las soluciones empleadas en el tratamiento de la deshidratación de la diarrea aguda son hipotónicas con respecto al fluido extracelular.

Es por esto que en situaciones de antidiuresis, motivadas por la infección, deshidratación, shock, dolor, etc., pueden producirse fenómenos neurológicos serios si el volumen y ritmo de administración no son bien ajustados. En el lactante los signos premonitores no son reconocidos en general y es entonces el episodio convulsivo, frecuentemente severo el que hace pensar en la complicación.

Este accidente debe ser tratado rápidamente con la supresión de la infusión y la inyección intravenosa de soluciones concentradas de cloruro de sodio.

Los barbitúricos, habitualmente empleados para controlar estas convulsiones dificultan, como es sabido, la excreción renal de agua.

Otra complicación, ya mencionada, es la intoxicación por potasio, cuando se administra este electrolito por vía intravenosa, en concentraciones elevadas a pacientes cuya diuresis no es conocida. Hemos observado varios accidentes mortales de este tipo.

Otras complicaciones importantes de la fleboclis son la embolia gaseosa, siempre posible, y la contaminación de las soluciones, sangre o plasma con gérmenes, en general gram negativos o eriofílicos. Esto último da curso a una cuadro grave, con hiperpirexia, shock y fenómenos hemorrágicos que frecuentemente lleva a la muerte.

Dr. Voyer: Los riesgos de la fleboclis más frecuentes son la intoxicación hídrica, y tromboflebitis. De intoxicación hídrica tuvimos tres casos, que se manifestaron con la hepatomegalia, signos de insuficiencia cardíaca y convulsiones por edema cerebral. La intoxicación hídrica, es difícil de ocurrir cuando se inicia el tratamiento del niño shockado con soluciones hiposmolares que aumentan la diuresis.

Los tres casos de intoxicación hídrica que tuvimos, ocurrieron en niños que ya habían pasado su primer período de expansión del extracelular, dos de ellos fallecieron y el tercero se salvó.

Ante un cuadro de sobrehidratación, donde se suman los efectos de la intoxicación hídrica propiamente dicha y de la insuficiencia cardíaca por sobrecarga, manifestándose con hepatomegalia, pulso taquicárdico, a veces edema de las bases pulmonares, a veces convulsiones, debe hacerse el suministro inmediato de solución salina hipertónica al 3 %, 6 cc. x Kg, digitálicos de acción rápida (Sedilanid), y la sangría, que la efectuamos haciendo la sección de la arteria tibial posterior por detrás del maleolo, con una cantidad de sangre extraída de cincuenta centímetros y en forma muy rápida, por sección de la arteria. Este niño se salvó, a las doce horas presentaba una recuperación notable, y a las veinticuatro horas la recuperación era completa. Para evitar este riesgo es indispensable, cuando el control no puede ser hecho en

TOS !!

FENERGAN

EXPECTORANTE

Acción antihistamínica y
antiinflamatoria.

Acción expectorante y an-
tiespasmódica.

Acción sedante y tónica
anestésica.

Sabor agradable

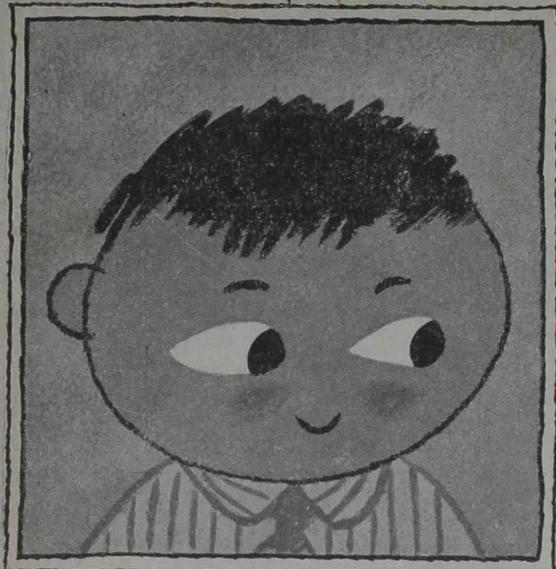
— Frascos de 120 cm³. —

QUIMICA RHODIA S. A.

RIOJA 301

BUENOS AIRES

T. E. 93 - 5011 - 19



Para sus pequeños pacientes...

VEGANIN

**SUPOSITORIOS
NIÑOS**

ANALGESICOS - SEDATIVOS - ANTIPIRETIICOS

Calman sin dañar

- de fácil administración
- se absorben y actúan rápidamente
- no ocasionan intolerancia gástrica, ni molestias intestinales
- no provocan hábito ni irritación.

La fórmula de acción sinérgica CODEINA + FENACETINA + ASPIRINA domina en un tiempo mínimo y con suma eficacia el dolor, la fiebre, la agitación y la ansiedad.

Presentación:

VEGANIN supositorios Niños: Cajas de 5
También supositorios Adultos y Tabletas.



WARNER-CHILCOTT

Laboratories DIV. MORRIS PLAINS, N.J., E.U.A.
MAS DE 100 AÑOS AL SERVICIO DE LA PROFESION MEDICA

forma precisa al lado del enfermo, utilizar tubuladuras que tengan un intermediario de seguridad, como la difundida en el Pediatrics por Fletcher, y que utiliza entre nosotros Maternidad e Infancia. Luego, en lo que se refiere a las tromboflebitis, hemos tenido un gran número de casos en este último verano, frente al escaso número del verano anterior. Para pesquisar la causa realizamos cultivos con el material utilizado para canular y las soluciones transfundidas, los cuales resultaron negativos. Revisando la literatura hemos podido ver la importancia enorme que tiene la inmovilización del miembro: cuando se mueve libremente determina microdesplazamientos de sis. Esta revisión bibliográfica, efectuada por la Dra. Berría, puso de manifiesto además, como factor preponderante, el tiempo de permanencia de la cánula. Cuando la cánula permanece menos de doce horas, o menos de seis horas, las tromboflebitis son muy escasas. Pero pasando las doce horas, y aún llegando a las veinticuatro horas o más, las tromboflebitis, aún de grado discreto, llegan casi hasta el cien por ciento. Es importante también el material utilizado: las tromboflebitis son mucho más frecuentes cuando se utilizan materiales metálicos que materiales plásticos. Así también con tubuladuras de goma que con tubuladuras de plástico. Debe entonces, al canularse un niño, buscarse la brevedad de la permanencia de la cánula, si ella tiene que permanecer largo tiempo, hacer canulaciones sucesivas, hacer una inmovilización absoluta, y al aparecer la tromboflebitis proceder a la inmovilización, si no estaba hecha ya, al suministro de anticoagulantes: heparina y luego Dicumarol; y si ella progresa proceder a la ligadura de la safena a nivel del cayado. Finalmente, por razones anatómicas y por menor contaminación parecen preferibles las canulaciones en miembro superior. Las canulaciones que allí efectuamos no produjeron ningún caso de tromboflebitis.

Dr. Meroni: Ha sido citada la frecuencia de la intoxicación hídrica. Su presunta gravedad, y pronóstico ominoso en los casos severos. Se ha hecho una enumeración de los diversos procedimientos terapéuticos que pueden utilizarse. Pero ha sido omitido uno que quiero señalarlo, porque me parece que en los casos graves, puede tener un papel destacado. Me refiero a la diálisis. Especialmente a la hemodiálisis extracorpórea, que creo que es, probablemente el único procedimiento que puede ofrecer la solución en aquellos pacientes con una intoxicación hídrica que tiene una antidiuresis que no puede controlarse, por la existencia de factores orgánicos de lesión renal, como la necrosis tubular aguda.

Dr. Turró: Los Dres. Gianantonio, Voyer y Meroni, han centrado las mayores dificultades de la fluido terapia intravenosa. Evidentemente, es un método de emergencia. Tiene sus indicaciones precisas, que ha detallado el Dr. Gianantonio. Nos ha llamado la atención una experiencia en la Casa Cuna este año, con la patología venosa. Los pediatras —por primera vez— nos hemos enfrentado en el tratamiento de trastornos digestivos agudos, con tromboflebitis, con flebitis supuradas y con septicemias, a puerta de entrada de la canalización. Debe añadirse que el Dr. Gianantonio mencionaba del peligro de las soluciones potasadas. El Dr. Voyer, de las soluciones con exceso de sodio. Si no hay una certeza del grado de suficiencia renal del niño que se canaliza y se trata con sueros por vía intravenosa, sin duda es una terapéutica riesgosa. En nuestro servicio hemos asistido un caso de anuria, de cuarenta y ocho horas de duración por soluciones potasadas.

Asimismo la fluidoterapia intravenosa retarda la realimentación lo que creemos tiene importancia. Finalmente fue llamativa la baja inmunitaria que observáramos en la convalecencia de enfermos tratados solamente con sueros y que se tradujo en un aumento notorio de las recaídas y en la determinación de varias supuraciones pleuropulmonares en la convalecencia inmediata. En contraste los inconvenientes que deri-

van del uso de plasmotransfusiones son menores. Nunca se observan lesiones venosas y el enfermo cura y se estabiliza en una forma más satisfactoria en un lapso más corto. Solamente hemos observado inconvenientes dignos de mención cuando el plasma se inyecta a una velocidad excesiva, cuando está infectado o si existen pirógenos en el material de transfusión. El riesgo de producción de hepatitis por su uso es estadísticamente despreciable en el lactante.

Dr. Taubenslag: Coincido con los Dres. Turró y Voyer en cuanto a la necesidad de calcular el tiempo máximo de canulación. Parece una paradoja, pero a mi modo de ver este tiempo "máximo" debe ser llevado al mínimo procurando pasar cuanto antes a la rehidratación por vía oral.

En otro orden de cosas y considerando la importancia de extremar los recursos que permitan abreviar el tiempo de internación del deshidratado agudo, nosotros seguimos insistiendo en la utilidad del empleo del plasma por vía oral en las primeras etapas de la realimentación, aprovechando de esta manera la provisión de prótidos homólogos y evitando intolerancias digestivas.

Dr. Meroni: Una aclaración muy breve. Simplemente en mi concepto, el suministro de plasma no representa un aporte proteico capaz de resolver el déficit proteico del distrófico porque creo que está bastante bien demostrado que las proteínas no se metabolizan como tales, no pueden formar parte de los depósitos, sino que se catabolizan rápidamente produciendo agua y energía.

Dr. Voyer: Quería citar simplemente un peligro más del plasma. Ha sido relatado por Manuel Montero en Archivos de Pediatría del Uruguay, acerca de cuadros de intoxicación por citrato de sodio con las transfusiones de plasma citratado, en las cuales los niveles normales de 2 mg. de citrato en plasma pueden llegar hasta 18-53 mg. de citrato, en el niño transfundido, con cuadros de hipocalcemia de convulsiones, espasmo laríngeo y paro respiratorio.

Coordinador: El Prof. Ballabriga responderá varias preguntas sobre el recién nacido: Cuál es la causa del edema del prematuro, esquema de orientación en el tratamiento de la deshidratación del recién nacido, cuáles son los principios que rigen la hidratación, del recién nacido y del prematuro, cuáles son las características del medio interno desde el nacimiento.

Dr. Ballabriga: Cuando se quiere hablar del medio interno del prematuro, el primer problema que cabe plantearse, es el de poseer las técnicas suficientes para poder llegar a realizar esas determinaciones. En nuestro laboratorio, hemos puesto a punto una serie de técnicas por ultramicro-métodos, que permitan hacer tales determinaciones que luego los problemas de rehidratación se resuelven de un modo totalmente dirigido. Con estas técnicas y únicamente bajo esas condiciones, creemos que se puede informar cuál es la situación electrolítica del recién nacido y prematuro. Y nos encontramos con que las variaciones más frecuentes que se presentan, son una hiperpotasemia —como hemos dicho al principio— y una acidosis. El considerar si esta acidosis es de tipo respiratorio o es de tipo metabólico, es ya otra cuestión un poco más espinosa. Y digo ello, porque dependerá también de la situación respiratoria de este prematuro. Las determinaciones del contenido de CO_2 determinados por el micro-gasómetro, no es suficiente información tampoco y tendrá que hacer la determinación del pH. sanguíneo. Para ello hemos adaptado un ultramicro-método que permite a la determinación directa del pH. en el momento de la extracción, sin haber contacto con el aire. En esta forma ante cifras de pH. bajas, se puede saber hasta qué punto la normalidad de la reserva alcalina que podamos encontrar, está debida en parte por la acidosis respiratoria, que nos encontraríamos con una elevación de la reserva alcalina.

lina, y neutralizada, en parte, por el grado de acidosis metabólica existente, debido a un acúmulo de la cantidad de ácidos orgánicos. Luego la determinación por ultramicrométodo de la lactacidemia nos permite determinar cuál ha sido el aumento de una parte del resto ácido —en lo que se refiere a los ácidos orgánicos—, y encontrarnos, como en la situación del distress respiratorio, que no siempre la determinación de la reserva alcalina, puede ser un dato concreto si no va acompañado de las cifras de pH. Todo esto sirve para contestar a las preguntas que se refieren “conducta en la deshidratación del prematuro y del recién nacido”. Podíamos establecer dos conductas. Una muy simple y una muy compleja. En la muy simple, la administración de flúidos por vía intravenosa, dependerá del grado de hemoconcentración o hemodilución. En nuestra práctica realizamos lo siguiente: el examen de rutina por el microhematocrito, que se puede hacer de un modo muy sencillo y nos muestra si el niño está hemoconcentrado o hemodiluido. En caso de hemodilución, se determina la cantidad de hemoglobina, lo cual nos permite entonces ver si es necesario la práctica de una transfusión o no. En caso de hemoconcentración, es preciso saber si esta hemoconcentración está acompañada de una hipoproteinemia o no, lo cual nos descarta por un lado, el empleo de soluciones salinas, o el empleo de soluciones que tengan un mayor contenido plasmático o de albúmina. En caso de que se deban hacer soluciones salinas, la determinación del cloro y de la reserva alcalina, por el crométodo, nos permitirá saber si estamos frente a una acidosis hiperclorémica y la cantidad de líquido que se tenga que profundir. Yo creo que sin el empleo de los ultramicrométodos, medio que ya es una realidad en muchos sectores pediátricos, es extraordinariamente complicado resolver en el recién nacido y prematuro la conducta ante un disturbio electrolítico.

Coordinador: Continuaremos con las preguntas relacionadas con la insuficiencia suprarrenal aguda.

Dr. Royer: Si se quiere precisar el tratamiento mejor adaptado a las insuficiencias suprarrenales agudas del lactante y del niño objeto de la primera pregunta, es necesario precisar ciertos puntos concernientes a la clasificación, puesto que *no hay una insuficiencia suprarrenal, sino tipos diferentes de insuficiencias suprarrenales agudas* y cada una ha recibido la solución terapéutica conveniente. El primer caso, el más simple, *es el caso de una insuficiencia mineralocorticoide pura aguda en un lactante o en un niño más grande.* Este caso es excepcional en la práctica, puesto que el único estado clínico que determina una insuficiencia suprarrenal aguda mineralocorticoide pura en el niño es una enfermedad que hemos descripto el año pasado con nuestros colaboradores y que se llama el hipoaldosteronismo familiar puro y crónico. Una enfermedad excepcional. En este momento hay 4 familias que nosotros atendemos con esta enfermedad, donde los niños vienen al mundo con una insuficiencia suprarrenal mineralocorticoide, de tal manera que no pueden elaborar aldosterona, pero el resto de la función suprarrenal es normal y por consiguiente estos niños pueden ser mantenidos en vida, con la administración de desoxicorticoesteroides y cloruro de sodio. La dosis de reemplazo útil en el lactante afectado de esta enfermedad corresponde a 2 mg. por m² y por día de desoxicorticosterona y es un buen sistema de referencia sobre las necesidades probables de desoxicorticoesteroides del lactante cuando ellos son alcanzados por una enfermedad pura en su tipo.

Un segundo tipo, es la insuficiencia suprarrenal aguda o crónica del lactante producida por la ablación quirúrgica como se lo hace en ciertos síndromes de Cushing. Es una insuficiencia compleja, pero muy característica, que comporta a la vez una insuficiencia mineralocorticoide, glucocorticoide, androgénica y medulosuprarrenal. La terapéutica de reemplazo aquí va a ser fisiológica y comporta un aporte de cortisona de una parte y de desoxicorticoesterona y de aldosterona de otra parte. Además en

el período agudo postoperatorio, indica sistemáticamente al mismo tiempo noradrenalina, cortisona y desoxicorticósterona. Las dosis habituales de cortisona que son necesarias para equilibrar el niño en estas condiciones son estimadas en cortisona y son alrededor de 30 a 40 mg x día x m². La de DOCA es alrededor de 2 a 3 mg x día x m². La noradrenalina en la situación aguda postoperatoria debe ser inyectada de acuerdo con las necesidades, siguiendo el estado de la tensión arterial y de la repercusión vascular, la dosis útil puede alcanzar 2 a 3 mg en las 24 horas de noradrenalina, por vía venosa.

Otra situación, relativamente pura es la *insuficiencia suprarrenal que acompaña a las hemorragias bilaterales idiopáticas de la suprarrenal en el recién nacido*. La destrucción de la suprarrenal es en general masiva y a predominio central medular, y la terapéutica de reemplazo es la noradrenalina, la cortisona y DOCA en las dosis precedentemente indicadas.

Yo terminaré extendiéndome un poco más sobre los casos en realidad difíciles de tratamiento de la insuficiencia suprarrenal aguda. El primero es el de la *hemorragia suprarrenal acompañando una septicemia a meningococos o a otro germen que uno llama habitualmente síndrome de W. F.* Materia de debate muy considerable desde hace muchos años, unos consideran que la destrucción suprarrenal al tiempo que se hace se acompaña de una insuficiencia suprarrenal aguda; otros consideran que la destrucción brutal libera hormonas preexistentes y al contrario que hay una fase de hipersuprarrenalismo que precede a la fase de insuficiencia suprarrenal aguda; en fin la posición más generalmente admitida en la hora actual es que el shock no tiene nada que ver con la insuficiencia suprarrenal, pero se aproxima al shock que se obtiene en el animal por la inyección de la endotoxina de gérmenes Gram negativos. Es todavía muy engorrosa la conducta terapéutica puesto que frente al tratamiento clásico con cortisona, noradrenalina y solución salina y glucosada, se opone la técnica que yo he adoptado, donde al contrario somos muy hostiles al empleo de la cortisona, noradrenalina y perfusiones masivas de soluciones. La causa de esta oposición es que en el síndrome de intoxicación por endotoxina de gérmenes Gram negativos está perfectamente demostrado que la cortisona favorece los accidentes y que en todo caso el estado se caracteriza por una hipersensibilidad vascular a la noradrenalina que convierte a su empleo en excesivamente peligroso.

Esto puede servir de respuesta a la pregunta sobre el empleo de sustancias vasopresoras en el curso de la insuficiencia suprarrenal aguda del lactante. Después de lo que hemos visto se darán cuenta que el empleo de la noradrenalina en particular está ciertamente indicada en la destrucción masiva suprarrenal por hemorragia idiopática en el recién nacido y después de la suprarrenalectomía, pero este empleo se discute, por lo menos, en el curso del síndrome de W. F. dada la incertidumbre actual sobre la fisiopatología del shock en esta enfermedad.

El último problema igualmente difícil de tratar, pero menos que el precedente es el tratamiento de la *insuficiencia suprarrenal aguda mineralocorticoide en el curso de la hiperplasia virilizante congénita suprarrenal*. Esta situación que no es rara, se presenta con un síndrome de virilización y en la niña un síndrome de pseudohermafroditismo femenino desde el nacimiento y accidentes de insuficiencia mineralocorticoide aguda que acompañan una excreción excesiva de 17 cetosteroides y de una manera general una elaboración excesiva de hormona androgénica.

En realidad se sabe muy bien en la hora actual que existen muchos tipos bioquímicos de esta enfermedad, tales como el defecto de 21 beta hidroxidación, de 1 beta hidroxidación y el defecto de 3 beta hidroxidación. Todos estos defectos agudizan una anomalía de síntesis que es primitiva de la cortisona y que es la hipersecre-

ción de ACTH que es secundaria a esta insuficiente elaboración de cortisona que agudiza la formación excesiva de andrógenos y de 17 cetoesteroides. Desde el punto de vista práctico se creyó durante largo tiempo que existía sólo en los primeros meses de la vida. Pero desgraciadamente puede sobrevenir bruscamente en niños grandes que hasta ese momento no han presentado más que una forma inaparente virilizante pura y que pueden morir en algunos minutos o en algunas horas de un brutal accidente de insuficiencia mineralocorticoide. La fisiopatología es todavía extremadamente incierta, se sabe que el sujeto afectado de este trastorno elabora cantidades en apariencia casi normales de aldosterona, al menos que excreta cantidades normales en la orina, pero que si se considera el estado de hipovolemia en el momento en que el dosaje es hecho debería excretar, si la homeostasis es normal, cantidades mucho más considerables, de 85 a 120 microgramos. Hay una insuficiencia de respuesta de secreción de aldosterona a una hipovolemia o a una hiponatremia en este sujeto. Hay un defecto de hormonosíntesis de la aldosterona. Pero esto no explica el conjunto de los hechos observados por que la dosis de DOCA que es necesaria para compensar la hiponatremia y la hiperkalemia en esta condición no es de 2 a 3 mg. por m² de superficie como en el hipoadosteronismo simple sino 15-20 mg. por 24 hs. por m² de superficie, es decir dosis infinitamente más elevadas y que muestran que hay otra cosa que el simple déficit mineralocorticoide para explicar el desequilibrio de hiponatremia e hiperkalemia y de excreción exagerada de sodio en estos casos. Por consiguiente el síndrome de desequilibrio electrolítico en estos enfermos se reduce a 2 aspectos: por una parte un estado insuficiente de elaboración de aldosterona y por otra parte una elaboración excesiva de un factor excretor de sodio, como se lo llama ahora, en cantidad mucho más importante. Las dificultades han comenzado cuando se quiso aislar ese factor: hace 2 años por métodos cromatográficos en la orina se ha aislado una serie de compuestos que son hidroxilados en el C 16 lo que es completamente nuevo en el conocimiento de la hormonosíntesis suprarrenal en general. Estos compuestos pueden ser identificados con gran dificultad por el método cromatográfico y en el interior de este compuesto hay un grupo que indiscutiblemente tiene una acción muy simple para favorecer la excreción urinaria de sodio. Es posible en el estado actual de cosas, pero esto no se ha probado que en la hiperplasia suprarrenal virilizante haya una elaboración excesiva de este grupo de esteroides hidroxilados en el C 16.

Quiere decir que para el tratamiento de este grupo de insuficiencia suprarrenal aguda Uds. procederán como para el caso de insuficiencia mineralocorticoide pura pero la dosis de DOCA que deben administrar alcanza aquí cifras que se aproximan a 30-40 mg. x m² x día, es decir, para el lactante 2-3-4 mg. inyectados cada día y deben bloquear la hipersecreción de ACTH administrando la cortisona que este sujeto no puede elaborar.

Creo haber respondido todas las preguntas. Una última pregunta ha sido expuesta que necesita mucho discusión, cuáles son los elementos mínimos de control de laboratorio en la insuficiencia suprarrenal y la deshidratación aguda. Yo desearía simplemente responder que corresponde a cada uno fijarse esos elementos mínimos de control bioquímicos. Esto depende de la manera en que el médico use la semiología bioquímica en su semiología general, en 2º lugar depende de la rapidez con que el laboratorio realiza los exámenes y depende de la cantidad de sangre que puede extraer regularmente a un niño.

Coordinador: La última pregunta dice así: En qué momento se administran las soluciones glucosadas en el tratamiento de la acidosis diabética.

Dr. Gianantonio: Este problema se vincula con el momento en el cual el diabético

se encuentra en condiciones de reincorporar la glucosa al ciclo energético. Puede administrarse glucosa muy tempranamente, siempre que se calcule este aporte al dosarse la insulina.

En la práctica, comienza a inyectarse dextrosa a partir de la cuarta a sexta hora de tratamiento, y esto depende en gran parte de la respuesta del paciente en cuanto a glucosuria y glucemia durante las primeras horas, con las dosis iniciales de insulina.

Resulta interesante comentar que la falta de administración de glúcidos al niño en acidosis diabética, puede llevar a una situación muy seria; sin haberse superado la deshidratación y la acidosis, puede haberse caído en la hipoglucemia.

Hemos visto varias veces este coma "disociado", que si no es discriminado a tiempo puede llevar a la muerte o a la lesión cerebral permanente.

Pese a no tener experiencia en adultos tengo la sensación de que la administración de glúcidos durante el tratamiento de la acidosis debe ser más temprana en el niño de lo que se aconseja en los esquemas comunes.

De cualquier manera, quizás la inversa sea más interesante comentarla, y es que la falta de administración de glúcidos en forma relativamente temprana en el tratamiento del coma diabético en el niño, puede llevar a una situación extremadamente seria, que es aquella en la cual no se han superado todavía algunas de las características, por ejemplo, la deshidratación, la acidosis, y el niño ya está en hipoglucemia, por haberse dado demasiado insulina y no acordarse de aportar glúcidos. Nosotros hemos visto varias veces ese tipo de coma disociado, en el cual si uno no se plantea las cosas con claridad meridiana, puede seguir con el esquema clásico en el tratamiento del coma diabético, llevando al niño a la muerte o al daño cerebral irreversible, por hipoglucemia sostenida. Yo no tengo experiencia en adultos, pero la sensación es de que la administración de glúcidos en el niño, debe ser quizá algo más temprana de lo que aconsejan los esquemas de tratamiento de adultos en una acidosis diabética.

Coordinador: Y bien Señores, como decíamos al comienzo de esta Mesa Redonda, su objetivo no ha sido extraer conclusiones de los diversos temas tratados sino discutir diferentes enfoques de este fascinante tema que tantas posibilidades ofrece a la interpretación clínica. Sin embargo al final de la reunión quisiera resumir algunos puntos importantes de lo que se ha dicho esta mañana, pero siempre con criterio de generalización.

En primer término surge la importancia de considerar al medio interno como la exteriorización de la actividad de una serie de mecanismos reguladores de orden celular y de órganos y sistemas que son quienes lo producen y al mismo tiempo lo regulan. De ninguna manera podremos lograr la corrección de las alteraciones del medio interno si no tomamos en consideración los diferentes factores que lo componen. Por consiguiente es indispensable el diagnóstico etiológico de la causa desencadenante del trastorno.

Desde este punto de vista debe destacarse el valor del criterio médico que sepa coordinar la parte clínica con los datos de laboratorio para poder llegar al diagnóstico preciso. Las situaciones que se presentan son generalmente complejas de manera que muchas veces el fracaso de un tratamiento o la escasa respuesta del enfermo no se debe al fracaso de un determinado esquema terapéutico sino a que coexisten otros factores patógenos que también deben ser tenidos en cuenta por el médico.

Entre ellos la edad es sin duda importante. El Prof. Ballabriga nos ha mostrado a través de sus magníficos diapositivos, muy demostrativos de los estudios realizados, cómo el recién nacido y el prematuro reaccionan de una manera distinta a la del lac-

tante. Es evidente que la imperfección fisiológica transitoria de los mecanismos reguladores del recién nacido es un factor que de ninguna manera el médico puede descuidar. También nos ha mostrado cómo técnicas especiales, los ultramicrométodos, pueden ayudar a resolver este problema. Así por ejemplo en el recién nacido no pueden darse soluciones electrolíticas con potasio sin hacer previamente fotometría de llama por la tendencia a la retención condicionada por una relativa insuficiencia renal.

De igual manera ha resultado evidente que no es posible ni conveniente llegar a la corrección perfecta del medio interno, sino que la tarea del médico debe más encaminarse a tratar de aliviar la alteración de los distintos elementos, y dejar que los mecanismos homeostáticos del organismo sean los que paulatinamente vayan llevando al organismo a la nueva situación de equilibrio. La excesiva corrección terapéutica puede muchas veces ser perjudicial para el niño y retardar la recuperación de la homeostasis. Ahora bien, esto tiene importancia en varios aspectos. Por ejemplo en el problema del potasio ha surgido a través de todo lo que se ha dicho de que en todos los esquemas de tratamiento se utiliza el potasio, pero que —al mismo tiempo— existen momentos en que la célula no es capaz de utilizar el potasio administrado terapéuticamente como ocurre durante el shock y la anoxia, porque la carencia de oxígeno inhibe los mecanismos enzimáticos intracelulares. Es decir que la indicación de potasio estaría condicionada a la capacidad del organismo para utilizarlo. Y como lo ha expresado el Dr. Fernández Villamil el concepto de déficit o exceso de potasio es relativo porque depende de la relación entre la cantidad de potasio y la capacidad de la célula para metabolizarlo. De manera que en los estados de shock con anoxia y en la anuria debe esperarse hasta tener la certeza de la recuperación funcional de la célula y la iniciación de la diuresis. En cambio en las deshidrataciones sin shock puede darse precozmente.

De igual manera, se ha subrayado, debe saberse diferenciar si un niño está en estado de shock o en estado de deshidratación y el estado anterior de nutrición para la conducta terapéutica, sobre todo en base a plasma. Cuando hay shock con hipoelectrolitemia y desnutrición proteica, es conveniente la utilización precoz de plasma y en cambio en los deshidratados con buen estado de nutrición se puede iniciar la reparación hidrosalina con agua y electrolitos y esperar la respuesta terapéutica antes de decidir la indicación de plasma. Porque evidentemente no todos los casos son iguales. El Prof. Royer nos ha dicho que en París es muy difícil llegar a necesitar plasma porque la mayor parte de las deshidrataciones son hipertónicas. En cambio cuando tuvo oportunidad de salir de Francia a países tropicales ha visto por el contrario —y sobre todo cuando había problemas previos de carencia— que los mejores resultados se obtenían con plasma. Es también la experiencia que se ha tenido entre nosotros.

Otro hecho a recordar frente a un trastorno del medio interno es la posibilidad de perjudicar al niño con una terapéutica agresiva iatrogénica. El peligro de la intoxicación hídrica por un goteo demasiado rápido, la tromboflebitis por técnica defectuosa de canalización son ejemplos frecuentes. Los trastornos del medio interno plantean situaciones urgentes, pero al mismo tiempo, el médico debe ser prudente en sus indicaciones. Esto también está relacionado con la importancia de un buen control del enfermo, que debe ser cuidadosamente vigilada, sobre todo porque son situaciones que cambian rápidamente y obligan a modificar el esquema primitivo. Lo ha expresado bien el doctor Royer. Por consiguiente este control debe practicarse no solo en base a la vigilancia médica con suficientes elementos de laboratorio que nos den los resultados de inmediato —sino pierden actualidad— y también con la ayuda de personal de enfermería suficiente y capacitado. Y siempre teniendo la preocupación de no sobrepasar la capacidad de los mecanismos homeostáticos que en los estados de enfermedad siempre se encuentran alterados.

Sin duda esta mañana han sido tratados otros problemas interesantes pero ante todo he querido subrayar el valor que tiene un correcto diagnóstico etiológico, una exacta comprensión del mecanismo patogénico, la posibilidad de que coexistan situaciones diferentes, la importancia que tiene la edad para la madurez funcional de los mecanismos reguladores, y finalmente el valor del justo criterio médico en la coordinación del tratamiento.

Solamente me queda agradecer profundamente a los doctores Royer, Ballabriga y Fernández Villamil que nos han acompañado esta mañana en esta reunión, y lo mismo a los demás integrantes de la mesa que han colaborado en tratar de responder a las preguntas formuladas. Y también agradecer a los colegas que nos han honrado con sus preguntas y que han contribuido al mayor éxito y lucimiento de la primera Mesa Redonda con que se han iniciado los actos del cincuentenario de la Sociedad Argentina de Pediatría.



Profesores Angel Ballabriga y Alfredo E. Larguía



Dres. Luis Voyer, Ricardo Meroni, Profesores José R. Vásquez,
Angel Ballabriga, Alfredo E. Larguía y Pierre Royer