

SUMARIO

CASOS Y REFERENCIAS

- Loxoscelismo Cutáneo - Visceral. *R. Rosso, C. Avogadro, M. Villanueva, F. Amitrano, J. Marchevsky, F. Di Giuseppe y L. Mileguir* 241
- A propósito de un Caso de Letterer - Christian. *D. Koloditzky, D. Aguilar Giraldes y M. Morgenfeld* 251
- Ruptura Hepática en el Recién Nacido. *D. S. de Cortes, R. Denner, J. C. David y E. Pérez* 259
- Cincuentenario de la Sociedad Argentina de Pediatría. "Asistencia Hospitalaria".
 Iª Parte: Resúmenes de los Relatos 267
 IIª Parte: Mesa Redonda 287
 Coordinador: Prof. *Delio Aguilar Giraldes*.
- Actas de Reuniones Científicas de la Soc. Arg. de Pediatría.
 IIIª Reunión: 30 de octubre de 1962 304
 IVª Reunión: 13 de noviembre de 1962 311
 Vª Reunión: 27 de noviembre de 1962 316



Matersal

KASDORF
 GALACTAGOGO HORMONAL VITAMINICO

Protege madre e hijo

Tres veces al día
 una cucharadita

KASDORF

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

CASOS Y REFERENCIAS

Loxoscelismo Cutáneo Visceral

A propósito de un caso grave tratado con Exsanguíneo-Transfusión

DRES. ROBERTO ROSSO, CARLOS AVOGADRO, MARIO VILLANUEVA, FERNANDO AMITRANO, JAIME MARCHEVSKY, FORTUNATO DI GIUSEPPE y LUIS MILEGUIR. Con la colaboración de los DRES. RAUL FASCETO, EMILIO GARCIA, LUIS CUCCHI, SEGUNDO ROSALES y LUIS GELLON

Se trata de una niña de 4 años de edad cuya enfermedad comienza el día 3 de noviembre de 1960 con una tumefacción en región lateral izquierda de cuello. Examinada ese día en el servicio de guardia del Sanatorio Fleming se diagnostica como parotiditis y se la medica con antibióticos. En horas de la tarde es examinada por uno de nosotros quien observa un infiltrado duro, doloroso a la presión, que se extiende por el cuello desde la zona supra clavicular hasta el mentón y pabellón de la oreja. Se piensa entonces en una celulitis y se refuerza la medicación antibiótica, quedando en observación. Refiere la madre que por la noche la enfermita desmejoró presentando hipertermia, dolor local, insomnio y malestar general, por lo que es internada en nuestro Servicio en horas de la mañana, levantándose el siguiente estado actual: A la inspección resalta el ya referido infiltrado que abarca el tercio superior del hemitorax izquierdo y todo el cuello del mismo lado llegando por arriba hasta mejilla, oreja y párpado. A nivel del tercio medio de región submaxilar se observa una pápula rojiza del tamaño de un garbanzo con un pequeño punto perforante en su centro, rodeada de una zona violácea

de aproximadamente 6 cms. de diámetro. A la palpación se nota duro, doloroso, caliente y sin adenopatías satélites. El resto del examen clínico arroja como datos positivos una subictericia conjuntival, fiebre, taquicardia, hipotensión y oliguria. Ante este cuadro se piensa en una picadura de insecto con reacción hiperérgica, resolviéndose entonces practicar la siguiente medicación: Benadryl y Decadron inyectables, Ampliaetil en gotas, Synkavit inyectable, Suero Dextrosa al 5 % en solución fisiológica con Becozym y Redoxon por venoclisis, carpa de oxígeno. Se pide al Laboratorio: Hemograma, eritrosedimentación, examen de gota gruesa, uremia y hematocrito.

Vista nuevamente en horas de la tarde el cuadro ha empeorado, la niña se encuentra obnubilada, cianótica, en franca hipertermia, notándose en la lesión cutánea un aumento del tamaño de la zona violácea y aparición sobre la misma de manchas de distintos tonos que le dá un aspecto veteadado.

Orientados por la evolución clínica del caso, sospechamos que estábamos en presencia de un accidente por mordedura de araña, por lo que conversamos con el doctor Emilio García, quien en funciones de médico forense había tenido un caso fatal por arañoidismo, y que fue publicado en el apartado del Boletín Chileno de Parasitología de fecha julio-setiembre de 1957, en colaboración con los doctores Hugo Schenone de Chile y



Foto N° 1

Segundo Rosales, de Mendoza. Vista que fue la enferma reafirmó nuestro diagnóstico presuntivo, confirmando que se trataba de un caso de Loxoscelismo Cutáneo visceral grave y aconsejando en esa oportunidad el uso de suero antiarácido polivalente, medicación que no puede efectuarse por carecer del mismo el Hospital Lagomaggiore a donde se solicitara. Al día siguiente por la mañana, el cuadro tóxico se acentúa, con vómitos más intensos e ictericia más marcada. El infiltrado de cuello y cara aumentada y la lesión de inoculación se hace más grande apareciendo flictenas de distintos tamaños distribuidas en forma irregular en el área de la placa, las que al romperse dan salida a un líquido serosanguíneo (Foto N° 1).

La enferma se encuentra en anuria de casi 24 horas y el resultado de la uremia practicada el día anterior es de 2 grs. por mil. Se solicita con carácter de urgente un ionograma que arroja los siguientes resultados: Na 128 mEq/l., K. 4,2 mEq/l. El hematocrito, que el día anterior fue de 42 % ha descendido en la fecha a 26 % y una uremia practicada al mediodía nos da 3,40 grs. por mil. La bilirrubinemia es de 47 mg. % con 37 mg. de indirecta y 10 mg. de directa.

En las primeras horas de la tarde, avocados ante un evidente síndrome de Fallo Renal Agudo, con intensa hemólisis, uremia alta y severo cuadro tóxico se consulta el caso con el doctor Cucchi y se piensa en la Exanguíneo-Transfusión con la seguridad de no contar ya con otro recurso terapéutico de mayor eficacia; como sería el empleo del Riñón Artificial; para resolver el grave problema que la enferma nos planteaba. Consultado a tal efecto el doctor Gellón, comparte nuestro modo de pensar y decide su inmediata ejecución. Razones técnicas demoran la iniciación de la exanguíneo transfusión hasta las 22 horas en que nuestra enferma es llevada a la Sala de Cirugía prácticamente en estado de coma.

Se realiza la exanguíneo, transfundiéndose 5 litros de sangre, lo que demanda un lapso de 7 horas aproximadamente. Como dato de interés, consignamos que la niña, que se hallaba en anuria de más de 24 horas, emite a la hora y media de iniciada la transfusión unos 100 cc. de orina. A partir de ese momento la evolución se hace en forma lenta pero continuada. Al día siguiente ya se nota una mejoría apreciable, con el sensorio más despejado, taquicardia menos intensa y una diuresis de 300 cc. en las 24 horas siguientes a la exanguíneo. Se continúa con la medicación general ya indicada, agregándose una transfusión de 150 cc. de glóbulos rojos desplasmatisados e hidratando por boca con agua con glucosa. Hematocritos efectuados a las 10 y 18 horas de ese día mantienen una constante del 25 %. El día 8 la mejoría clínica continúa en forma por demás satisfactoria notándose un aumento de la diuresis que se eleva a 400 cc. La investigación analítica efectuada ese día arroja los siguientes resul-

tados: Eritrocitos, 2.700.000; Leucocitos, 16.000; Bilirrubina total 20 mg. % con 12 % de indirecta y 8 % de directa; Hematocrito 25 %; Na 140 mEq; K. 3,6 mEq; Cl. 78 mEq; Uremia 2,70. Se repite la transfusión de 150 cc. de glóbulos rojos desplasmatizados y se agrega ClNa y de K por boca. El infiltrado cutáneo se ha reducido de tamaño pero en su centro se nota una franca zona de necrosis con tendencia a la ulceración. En los días subsiguientes la diuresis aumenta cifras prácticamente normales de hasta 800 cc., manteniéndose sin variantes hasta el momento del alta. La Uremia sigue en descenso, siendo de 0,85 al décimo día y llegando a la normalidad al vigésimo. El color icterico va desapareciendo lentamente y el Hematocrito sigue en cifras de alrededor de 27 % llegando a normalizarse recién al mes; detalle este último interesante de destacar ya que nosotros no pudimos dar una explicación satisfactoria a esta falta de paralelismo entre mejoría clínica y hematológica.

La evolución posterior es satisfactoria y es dada de alta a los cuarenta días con un buen estado general y con la lesión necrótica en vías de cicatrización. Los controles posteriores fueron normales y el último efectuado el 9 de noviembre de 1961, además de su normalidad clínica, arroja los siguientes resultados analíticos: Eritrocitos, 4.000.000; Leucocitos, 7.000; Hematocrito, 36 %; Uremia 0,35. Orina normal, practicándose también un Índice de Depuración Uréica que dio la cifra de 60 %. La placa de necrosis ha dejado una cicatriz plana, rojiza, del tamaño de una moneda de 0,50; indolora y sin adherencias a los planos profundos. (Foto N° 2).



Foto N° 2

ETIOLOGIA

El loxoscelismo es una enfermedad producida por la mordedura de una araña llamada LOXOSCELES, en sus cinco variedades: 1) *L. Rufipes* en la provincia de Buenos Aires; *L. Ornata* en la de Córdoba; *L. Hirsuta* en Misiones; *L. Spallicea* en Rosario y la *L. Laeta* en la zona de Cuyo. (Foto N° 3).

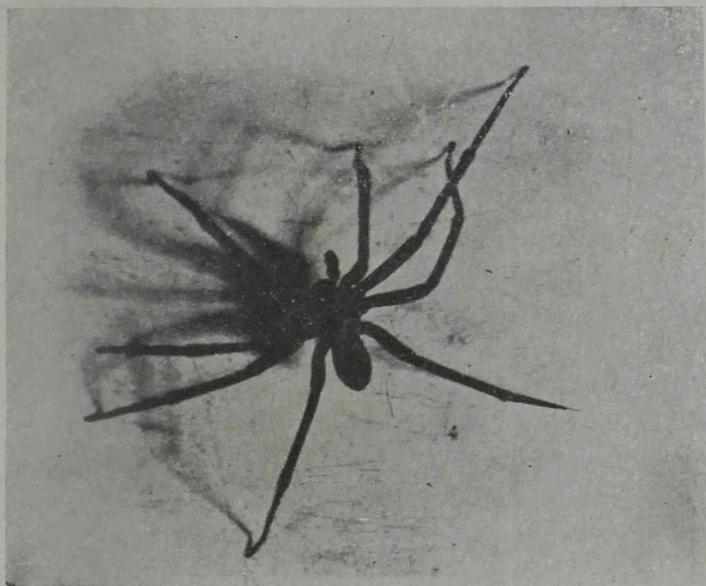


Foto N° 3

Se presenta con alguna frecuencia en Argentina, Chile, Perú y otros países americanos; a pesar de lo cual existe poca bibliografía sobre su evolución y tratamiento como así también poca divulgación de su cuadro clínico. Mazza en el año 1911 hablaba sin mucha precisión de algunos cuadros clínicos producidos por mordedura de arañas e intentaba una clasificación del aracnoidismo en base a cuatro formas clínicas: necróticas, ieterohemorrágicas, neurotóxicas y eruptivas. En 1944 Ibarra Graso se ocupa del problema de las necrosis cutáneas con o sin ictericia producida por una araña a la que denomina "araña homicida", y Vellard en el año 1954 dice en forma por demás categórica que "hasta que no se pruebe lo contrario la casi totalidad de los accidentes cutáneos viscerales causados por arañas en la República Argentina deben ser atribuidos al *Loxosceles*". El *Loxosceles Laeta* es un arácnido de color pardo amarillento o café claro, con el abdomen más oscuro que el cefalotorax, que mide alrededor de 1 ½ cms. y con las patas de longitud proporcionadas al cuerpo. Vive generalmente en las habitaciones, anidando de preferencia en las grietas de las paredes. Araña doméstica, de hábitos pasivos, sólo ataca al ser agredida o molestada, clavando sus quelíferos cilíndricos

y fuertes para inocular el veneno. Las zonas más frecuentemente afectadas son: cara, cuello, parte alta del tórax y región distal de las extremidades; atacando preferentemente en los meses de primavera y verano. En cuanto a la intensidad del cuadro depende no tanto de la potencia del veneno que es bastante constante; sino de la cantidad del veneno inoculado, que depende de las condiciones de la picadura (si es más o menos prolongada) y del estado de repleción de la glándula. En nuestro caso la araña fue capturada en el domicilio de la enferma e individualizada como LOXOSCELES LAETA por el doctor Segundo Rosales.

SINTOMATOLOGIA

En forma general la enfermedad comienza con una sensación de lancetazo con visualización o no del artrópodo causante, seguido de dolor y prurito localizado. Una hora después aparece edema rojizo duro, caliente, observándose a las tres o cuatro horas después en el centro de esta zona eritematosa una placa de color violáceo de extensión que varía entre 2 y 20 cms. en cuyo centro se nota el punto de inoculación. Luego aparecen en su superficie flictemas de distintos tamaños y forma, las que al romperse dan salida a un líquido sero-sanguinolento para después originar una escara negruzca de extensión variable, la que al eliminarse deja una úlcera que cicatriza entre los 30 y 50 días. Un detalle muy a tener en cuenta es que esta lesión cutánea *nunca se acompaña de adenopatía satélite*.

Esta forma descripta corresponde al llamado Loxoscelismo a predominio cutáneo, pero en otros casos como el por nosotros aquí presentado existe concomitantemente un serio compromiso visceral, por lo cual se le denomina Loxoscelismo Cutáneo-Visceral, Sistemático o Hemolítico. Esta forma clínica presenta además de la sintomatología local, que es igual a la anterior, síntomas generales caracterizados por malestar general, fiebre, irritabilidad, cefaleas, dolores difusos, especialmente abdominales, ictericia más o menos marcada, oliguria o anuria, pudiendo llegar al estado de coma y muerte. Sin embargo no es posible diferenciar en forma categórica el Loxoscelismo Cutáneo del Cutáneo-Visceral, ya que son grados distintos de una misma intoxicación. Vellard ha demostrado con el estudio de numerosos casos de Loxoscelismo que siempre existen alteraciones más o menos discreta del hemograma y de la fragilidad globular; y además hemolisis bien compensada. Si la cantidad o dosis del veneno inoculado es pequeña las manifestaciones son tan discretas que sólo llama la atención la reacción local, pero si la dosis del veneno es mayor se acentúan considerablemente estas alteraciones sanguíneas y hepato-renales.

FISIOPATOGENIA

Creemos puede desarrollarse de la siguiente manera :

a) El veneno inoculado por el *Loxosceles* determina una reacción antígeno-anticuerpo que libera, al parecer, enzimas específicas, lo que determinaría una reacción anafiláctica también específica para ese tipo de veneno, de orden general y local. Las reacciones de orden local producidas en el sitio de la mordedura han sido muy bien descritas por los doctores Pizzi, Zacarías, Prats y Schenone en experiencias con conejos y cobayos, donde producen una vasoconstricción pasajera, seguida de vasodilatación con posterior alteración degenerativa de las paredes vasculares, necrobiosis parietal, trombosis y edemas que traducen los síntomas objetivos de la lesión local. En lo que respecta a la reacción general, se suma a los fenómenos anafilácticos la acción directa del veneno manifestada por: destrucción globular con intensa hemólisis, vasodilatación, alteración de la pared vascular, hemorragias viscerales, especialmente en riñón, pulmón y sistema nervioso central. El aumento de la bilirrubinemia por la intensa hemólisis, condiciona la ictericia. La gran cantidad de hemoglobina liberada, como así también la falla hemodinámica determinarían alteraciones del mecanismo de absorción, secreción y excreción renal a predominio del túbulo distal, lo que traería como consecuencia el Fallo Renal Agudo, con anuria y uremia elevada.

El mecanismo por el cual el veneno produce una liberación de histaminas, así como el mecanismo por el que se produce la hemólisis está en estudio, especialmente en fase de experimentación en animales.

DIAGNOSTICO

No plantea dudas cuando el enfermo refiere antecedentes de mordedura de araña y menos aún si se trae el ejemplar o restos del mismo e bien éste es localizado en el lugar del hecho. Si a esto se agrega el aspecto característico de la lesión cutánea ya descrita, el diagnóstico puede hacerse con relativa facilidad, siempre que se piense en él. Aun así debe plantearse el diagnóstico diferencial con algunas afecciones con las cuales se puede confundir :

- a) Picaduras de insecto (avispa, mosquito, hormiga, chinche, vinchuca).
- b) Infecciones (pústulas y edemas malignos, forúnculos, flemones, erisipela).
- c) Edema angioneurótico.
- d) Herpes zoster.
- e) Afecciones gangrenosas cutáneas.

De todas formas, hecho el diagnóstico de mordedura de araña, se hace imprescindible diferenciar la especie a que pertenece para estable-

cer el tratamiento y pronóstico adecuados. Recordemos que una de las arañas más comunes en nuestro medio además del *Loxosceles* es el *Latrodectus Mactans*, llamada también araña del lino, cullulla o viuda negra, fácil de distinguir en su morfología del *Loxosceles*, por tener el abdomen más grande y de color negro con estrías rojizas. Su veneno es de acción marcadamente neurotóxica, actuando de preferencia sobre el sistema vegetativo y produciendo una sintomatología ruidosa y alarmante, pero que generalmente no conduce a la muerte. Este cuadro (del *Latrodectus*) se caracteriza por presentar angustia, dolor generalizado con intensa cefalea, temblor muscular y a veces convulsiones, intenso dolor abdominal con vientre en tabla que puede simular un abdomen agudo, sudoración profusa, hipertensión, etc. Agregaremos como dato de interés general que el tratamiento de este envenenamiento es específicamente con suero anti-*latrodectus*, pero últimamente se está usando con mucho éxito el Neostigmine al 1/4.000, de específica acción parasimpático-mimética.

Otra araña común en nuestro medio y que ataca al hombre es la *Tarántula Pampeana*. De tamaño más grande que las anteriores, su mordedura produce una lesión local caracterizada por una ulceración cutánea pequeña sin alteraciones sistemáticas de importancia.

La *Migalia Habicularis* o araña pollito, produce lesiones locales con anestesia, necrosis y escara. Su veneno es de acción curarizante y el enfermo presenta contracturas generalizadas que pueden llevar a la muerte por asfixia.

La *Ctenes*, que sólo existe en los climas cálidos, pero que pueden llegar al país en los cachos de bananas, tiene acción neurotóxica con alteraciones de tipo centro medular, produciendo también convulsiones.

La *Segestria Perfida* y la *Filistata Hibernalis*, que fueron originariamente acusadas de provocar accidentes graves, especialmente en los trabajos de Mazza y de Argerich, no han demostrado hasta la fecha, en los cuadros clínicos ni en los trabajos experimentales, ser capaces de producir accidentes serios o que pongan en peligro la vida del enfermo. Lo mismo sucede con la *Polybetes Pythagórica*, que puede ocasionar pequeños accidentes locales, especialmente de tipo eritematoso.

TRATAMIENTO

El tratamiento estrictamente específico es con el uso del Suero Anti-*Loxosceles*, empleado por primera vez por el doctor Vellard, en un individuo de 30 años con resultado favorable en el año 1954 en Perú.

En los accidentes por *loxosceles* tratados algunas horas después de la mordedura, la inyección subcutánea de 5 cc. de suero específico será suficiente para evitar la generalización del accidente. En los casos graves, tratados tardíamente será prudente inyectar 10 cc. de suero y si es

necesario repetir la misma dosis 12 horas después. No disponiendo de suero específico, en los casos de Loxoscelismo a predominio cutáneo el uso de antihistamínicos por vía parenteral es aconsejado por la mayoría de los autores con experiencia sobre el tema, por su acción favorable sobre el dolor y edema, no así sobre la placa de necrosis a la que no modifica en su evolución. En los casos intensos debe emplearse simultáneamente los corticoesteroides inyectables. En el Loxoscelismo a predominio visceral, y siempre en el caso de no contar con suero específico; el enfoque terapéutico debe ser más amplio ya que a la medicación antes indicada debe agregarse todo aquello que el cuadro clínico y analítico así lo aconseje. La pequeña experiencia adquirida en este caso nos ha enseñado que se debe establecer una rigurosa vigilancia del medio interno, sobre todo cuando la intensa ictericia nos hace pensar en una gran hemólisis o cuando la oliguria o la anuria nos esté manifestando un fallo renal agudo. Por esto el ionograma, hematoerito, uremia, bilirrubinemia son elementos diagnósticos y pronósticos de gran valía, y que en ocasiones deben repetirse dos o más veces en las 24 horas ya que van dando las causales del plan terapéutico a seguir. En nuestro caso asignamos fundamental papel a la Exanguíneo-Transfusión y pensamos que la curación de nuestra enfermita se debió casi exclusivamente al empleo de esta terapéutica, y que por otra parte creemos haber sido los primeros en aplicar este tratamiento en envenenamiento por mordedura de Loxosceles.

PRONOSTICO

Es muy diferente si se trata de Loxoscelismo a predominio Cutáneo o Cutáneo-Visceral. En el primero la evolución es siempre favorable, cualquiera sea la intensidad de la necrosis producida. En el segundo caso el pronóstico es grave, dependiendo la gravedad del cuadro de la cantidad de veneno inoculado por el arácnido. Como ya lo hemos comentado la aparición de manifestaciones hemolíticas y de complicaciones renales como oliguria con hematuria y anuria ensombrecen considerablemente el pronóstico pues indican importantes alteraciones del funcionamiento orgánico.

RESUMEN

- 1º) Se presenta un caso de mordedura de araña en una niña de cuatro años de edad.
- 2º) La araña causante de la afección es identificada como perteneciente al género *Loxosceles*, variedad *Laeta*, de hábitos domésticos y común en nuestro medio.
- 3º) La mordedura del referido arácnido puede originar dos cuadros clínicos distintos: El primero en donde la manifestación cutá-

nea es predominante, siendo el más frecuente y siempre de buen pronóstico.

El segundo cuadro se manifiesta por mayor participación sistémica general, puede llevar a cuadros de extrema gravedad y llegar a la muerte por sus complicaciones.

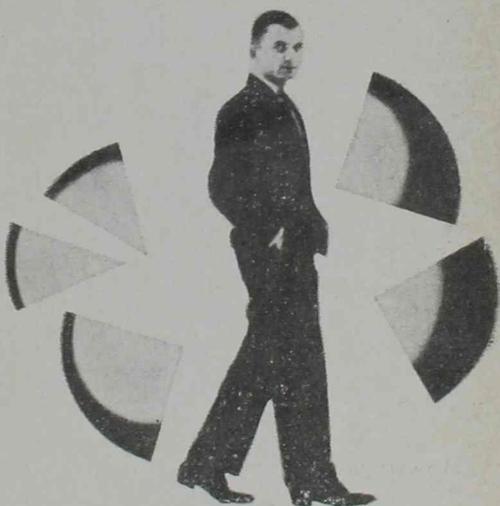
- 4º) El veneno de este arácnido es de efectos marcadamente hemotóxico, siendo su acción más llamativa la producción de intensas hemólisis.
- 5º) La fisiopatogenia puede interpretarse como una reacción antígeno-anticuerpo provocada por el veneno inoculado, lo que determinaría una reacción anafiláctica específica de orden general y local.
- 6º) El tratamiento debe hacerse en base al suero específico, y en el caso de no contar con el mismo, debe usarse antihistamínicos y corticoesteroides. Cuando la hemólisis sea muy intensa, el funcionalismo renal esté muy comprometido y el medio interno muy alterado, con uremia alta y hemotocrito bajo, creemos debe estar indicado el uso del Riñón Artificial, si se cuenta en el servicio o la Exanguíneo Transfusión, que en nuestro caso surtió efectos espectaculares.
- 7º) El pronóstico depende de la forma clínica de que se trate, siendo lógicamente más reservado en la forma a predominio visceral.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Schenone, Hugo.* — Boletín Chileno de Parasitología, XIV, N° 1, enero-marzo, 1951.
2. *Schenone, H. y Prats, F.* — Boletín Chileno de Parasitología, XII, Ne 1, enero-marzo, 1957.
3. *Schenone, H.; Rosales, S. y García, E.* — Boletín Chileno de Parasitología, XII, N° 3, julio-setiembre, 1957.
4. *Pizzi, T. P.; Zacarías, J. y Schenone, H.* — Biología (Chile), Fase. XXIII, 1957.
5. *Schenone, H.; Viedma, G.; Bahamonde, L. y Bonnefoy, J.* — Boletín Chileno, de Parasitología, N° XII, N° 2, abril-junio, 1957.
6. *Buzo, Alfredo.* — Curso de Toxicología, Editorial A. López, 1952.
7. *Willis J. Gertsh.* — Boletín Chileno de Parasitología, XVI, enero-marzo, 1961.
8. *Willis J. Gertsh.* — Boletín Chileno de Parasitología, IV, enero-marzo, 1954.
9. *Fontaines, Hill.* — Líquidos y Electrolíticos en la Terapéutica Infantil, 1955, Soc. Arg. de Pediatría.

Insidón[®] Geigy

Armonizador psicovegetativo



Sin menoscabo de la capacidad física e intelectual del paciente, con Insidón se consigue relajar la tensión psíquica, por cuanto el preparado tranquiliza, eleva el estado de ánimo y estabiliza, en una triple acción que produce un armónico efecto global. La acción estabilizadora se extiende también a las disregulaciones vegetativas, responsables de numerosas molestias orgánicas.

Dosificación:
1 gragea 3 veces al día.

Presentación:
Tubo de 15 y 30 grageas
Envase clínico de 500 grageas



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

Representantes y distribuidores en Argentina:
Geigy Argentina S. A.
Departamento farmacéutico
Avda. L. N. Alem 822, Buenos Aires

en síntomas múltiples

algias

fiebres

infecciones

catarros

estados bronquiales

excitación

medicación combinada

Termobron

supositorios

simple

ANTITERMICO
ANALGESICO
ANTIGRIPAL

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

A Propósito de un caso de enfermedad de Letterer - Christian

DR S. DORA KOLODITZKY, DELIO AGUILAR GIRALDES
y MARCOS MORGENFELD

La rareza de reticulopatías malignas nos mueve a presentar la observación de un caso de una niña de 8 meses de edad, cuyo diagnóstico fue establecido por el Prof. Juan C. Recalde Cuestas, habiendo concurrido la madre con su hija a nuestro Hospital a fin de concretarlo.

El cuadro clínico comenzó un mes antes, con decaimiento general y estacionamiento del progreso ponderal y 10 días antes presentó adenopatía inguinal del tamaño de un poroto y elevación de la curva térmica a 38°, posteriormente, progresiva hepatomegalia. Por tratarse de un caso de adopción se ignoran los antecedentes familiares hereditarios y natales. Antecedentes personales: Alimentación artificial (Babeurre) hasta 6 meses, momento en que se hace mixta. A los 2 meses presentó una forunculosis de cuero cabelludo que evolucionó en 15 días y curó con antibióticos. A los 6 meses presentó laringitis estridulosa.

Al actualizar su estado en el momento del ingreso, la niña presentaba palidez de piel y mucosas, la primera, de tinte ligeramente amarillento mostrando un puntillado de color café con leche en el abdomen y región posterior del tronco, en los grandes pliegues y raíces de los miembros. Este puntillado no desaparecía con la presión y daba al tacto sensación áspera. En el rostro, en especial raíz de la nariz, frente y párpados, existían acúmulos grasos, como se observa en la figura I.

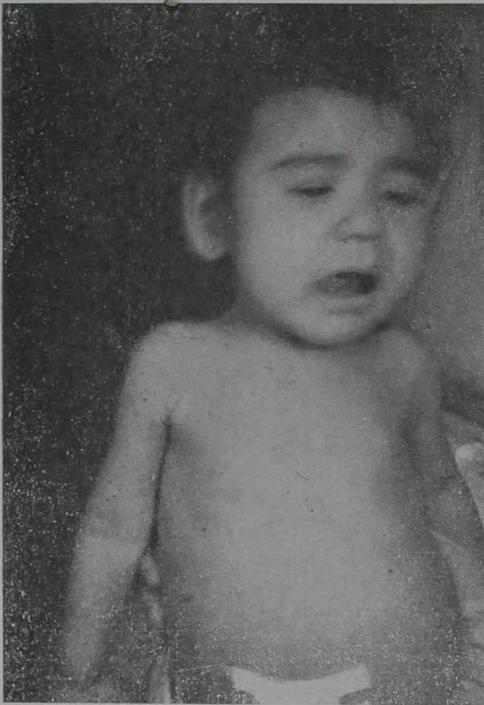


Fig. N° 1

El examen somático general, mostró un aparato cardiovascular normal, y la existencia de roneus y rales gruesos y medianos a la auscultación del aparato respiratorio. El abdomen globuloso, depresible e indoloro, hígado duro que alcanzaba tres traveses del reborde costal y cuyo lóbulo izquierdo muy aumentado cruzaba el epigastrio con la misma dimensión. Superficie lisa, con borde duro y romo. El bazo se palpaba duro, en su polo inferior. El sistema linfático mostró polimicroadenomegalia en todos los territorios explorables, oscilando su tamaño desde el apenas palpable hasta el de 5 cm. de diámetro; duros, no dolorosos, no adherentes.

Las únicas manifestaciones funcionales que se observaron en el momento del examen fueron una anemia discreta, temperatura rectal 38° 8 y desasosiego. Los exámenes complementarios de diagnóstico mostraron:

- A) Hemogramas: a) Citológico de sangre
 b) Ionograma
 c) Tiempo de Protrombina

a) Citológico de sangre (Realizado en el Servicio de Hemat. del Doctor G. Bomchil).

Fecha	Hematíes	Leucocitos	Hb%	N	L	E	M	Plaquetas
29-X	3.980.000	17.600	9,94	64	30	2	4	—
4-XI	4.120.000	21.160	9,51	51	42	2	3	—
12-XI	4.070.000	34.600	8,32	70	28	—	2	90.000
20-XI	3.140.000	36.200	8,30	71	18	—	11	—
1-XII	4.820.000	32.400	14,7	65	22	1	11	144.000
3-XII	---	19.600						

b) Ionograma: Cloro 102 mEq. Na. 141 mEq. K 3,3 mEq.

c) Tiempo de Protrombina: 50 %.

d) Glucemia 0,75 ‰ - Proteínas toles 6,84 % - Colesterolemia 2,28 ‰.

Esteres C. 1,57 ‰ - Proteínas totales 5,98 ‰ - Alb. 3,64 - Glob. 2,34.

Glob. α 1:0,36 % ; α 2:0,66 % β :0,54 γ :0,78 %.

B) Mielograma 20-XI

Neutrófilos segmentados 10 % - Linfocito 11 %

Neutrófilos en cayado 10 % - Monohistiocitos 2 %.

Plasmocitos 7 %.

Metamielocitos 23 % *Células en espumadera* (lipofágicas) 4 %.

Promielocitos 3 % - Para 100 elementos 57 eritroblastos.

C) Estudios Biológicos: Wass-Kahn: negativos

D) Estudio Histopatológico

Biopsia del ganglio inguinal: Notable hiperplasia de los elementos reticulohistiocitarios que reemplazan amplias zonas del ganglio borrando su estructura normal. Dichos elementos están constituidos por células grandes y medianas de citoplasma claro y núcleo excéntrico por desplazamiento del contenido celular. Se observan en menor cantidad células plasmáticas y polinucleares. Neutrófilos y eosinófilos.

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO: Granuloma histiocitario del ganglio linfático (Fig. 2).

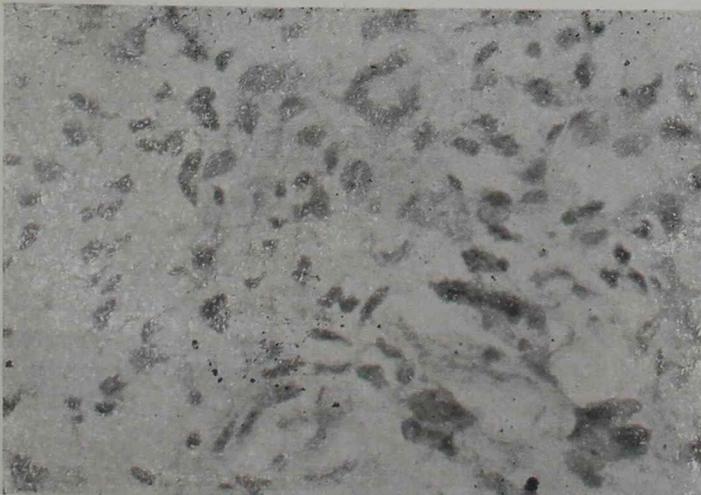


Fig. No 2

E) Radiología: a) Cráneo

b) Rx. Tórax

a) Lesión osteolítica bien circunscripta a nivel del frontal derecho (Figuras 3 y 4).

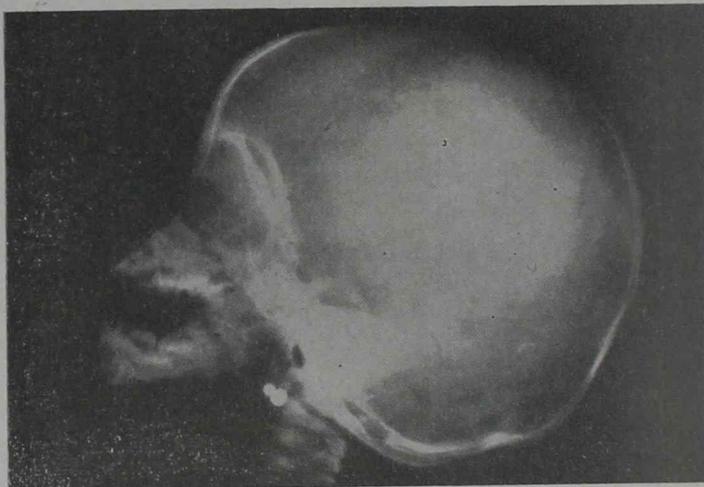


Fig. N° 3

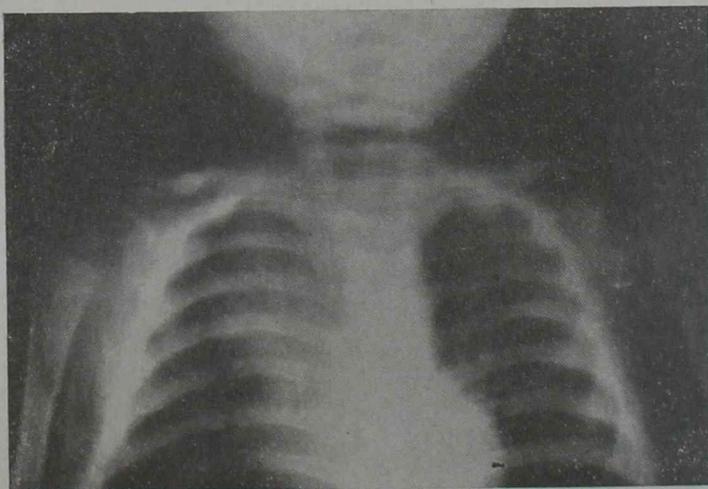


Fig. N° 4

b) Imagen de condensación mediastino pulmonar derecho superior.

F) Fondo de ojo: normal

DIAGNOSTICO SEMIOLOGICO: Lactante distrófico, anémico, poliadenopatía generalizada, hepatoesplenomegalia, febril, desasosiego. Leucocitosis progresiva —anemia moderada— con plaquetopenia. Dermato-sis lipídica. Imagen de condensación mediastino pulmonar. Lesión osteo-

lítica del frontal. Reticuloendoteliosis del ganglio linfático sospechada de ser tesaurismótica. Células espumosas en médula ósea en la que se demuestra contenido lipídico muy probablemente colesterínico.

DIAGNOSTICO CLINICO: Realizado presuntivamente por las constancias semiológicas y concretado a través de los exámenes complementarios para el diagnóstico. Enfermedad de Abt-Letterer Siwe.

TRATAMIENTO: 1) Antibiótico con sigmamicina (dosis diaria 350 mgr. y total 2 gr. 30).

2) Glucocorticoides: Meticorten (dosis 2,5 mg. c/8 hs. Dosis total 225 mgr. durante un mes).

3) Transfusiones, 200 cm. cúbicos por vez en días alternos, 5 transfusiones en total (1.000 cm. cúbicos).

4) Terapéutica específica. A pesar de no estar unánimemente aceptada la posible utilidad del empleo de mostaza nitrogenada oxidada, se la indicó en dosis de 5 mgr. (4 veces) diarias.

COMENTARIO:

El cuadro clínico enunciado, la presencia de células lipofágicas en el mielograma y el resultado histopatológico ganglionar obligaron a la prosecución del estudio clínico. La reticulohistiocitosis comprobada permite considerarla dentro del cuadro de "Reticulocitosis aleucémica" a forma generalizada, según Letterer (1924). El cuadro séptico purpúrico, la hepatoesplenomegalia coexistiendo con otitis supurada y proliferación reticulohistiocitaria fueron descriptos como una infección estreptocócica, por Siwe (1933), quien la denominara "Reticuloendoteliosis aguda diseminada". Abt y Dennenholz (1936) definitivamente como enfermedad de Letterer-Siwe. En nuestro caso —además— existía una condensación mediastino-pulmonar superior derecha, concretada radiográficamente y una lesión osteolítica circunscripta en el hueso frontal derecho. El doctor R. Cabrinó (hijo) basado en la histopatología ganglionar sugirió la posibilidad de rotular este caso clínico como Reticuloendoteliosis (de "patogenia tesaurismótica") basado en que histopatológicamente se hallaron células histiocitarias en cuyo citoplasma existía un contenido finamente granular. Los caracteres de las células espumosas en el mielograma hicieron presumir la existencia de colesterol, que no pudo ser demostrada directamente con la ayuda del microscopio polarizador, sino por exclusión. El estudio de piel —realizado en la Cátedra del Profesor Quiroga, por el doctor Molina— demostró lipoidosis extra e intracelular correspondiente al tipo de las lipoido-proteinosis, con hematoxilina eosina, en cortes obtenidos en las zonas maculosas de la piel abdominal se observó en la dermis superficial y entre las células del infiltrado histiolinfocitario que existían agrupamientos granulares extracelulares e intraplasmáticos con esca-

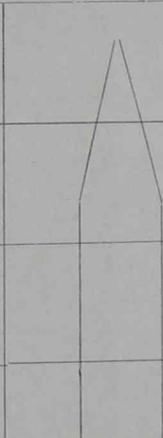
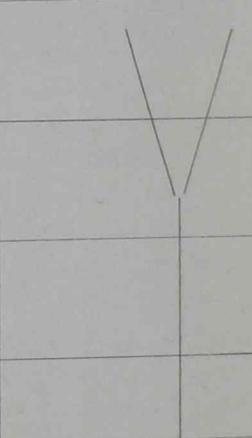
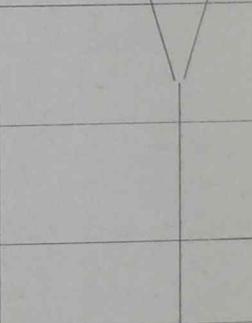
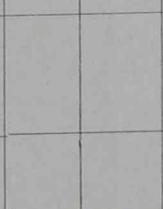
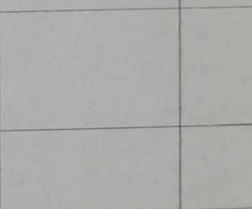
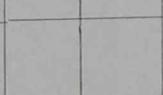
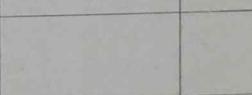
so contenido en melanina y negatividad a la coloración con azul de Prusia con lo que se excluyó un posible contenido hemosiderínico (Figura 6).

En síntesis y para fundamentar la clasificación nosológica del cuadro presentado decimos que:

La semiología, los exámenes de laboratorio y la histopatología permiten considerar el caso presentado como perteneciente a la enfermedad de Abt-Letterer-Siwe.

El diagnóstico diferencial de la Reticuloendoteliosis se concreta histopatológicamente en la proliferación nodular de células reticulohistiocitarias de posible patogenia inflamatoria. Estos granulomas se cargan secundariamente con colesterol que les confiere el aspecto de células espumosas.

El proceso fundamental no es una lipoidosis, sino una reticuloendoteliosis. Se presenta en distintas formas clínicas según su estado evolutivo. Creemos que el esquema de Van Creveld permite resumir lo dicho.

Denom. Clínica	Fenóm. Cutáneos	Edad	Agudeza y letalidad
1) Enf. Abt-Lett. En 30 % Siwe. Ret. endot. diatesis infecciosa.	hemorrágica		
2) "Enf. Hand-Schuller Christian."	30 % granulomas de piel con histiocitos y cél. espumosas.		
3) Granuloma Eosinófilo de huesos.	Con la misma histología en ocasiones que 2.		
4) Reticulogranuloma cutáneo.	En ocasiones igual histología que 2		

Las formas agudas están en relación directa con la menor edad (como ocurre en la enfermedad de L. S.) mientras que en las sub-agudas el depósito de lípidos puede llegar a falta por completo. El proceso se concreta semiológicamente en general por su curso agudo, hepatoesplenomegalia, alteraciones cutáneas, alteraciones óseas y tendencia hemorrágica.

En bibliografía reciente (Edit. The Lancet St. 1955) se propone rotular como enfermedad de Letterer Christian a las observaciones que revistan las características del caso clínico que comentamos.

En dicho artículo se recuerda que la primera entidad descripta correspondió a la enfermedad de Hand Schuller Christian con su tríada clásica sintomática de cráneo "en mapa", exoftalmia y diabetes insípida en el 60 % de las observaciones, ubicándose como un desorden crónico

histológicamente caracterizado por la existencia de histiocitos conteniendo colesterol y configurando a la célula xantomatosa.

Tanhauser (1938) la separa de otras xantomatosis generalizadas por la ausencia de hipercolesterolemia. En cambio la enfermedad de Letterer-Siwe es una RE aguda, generalizada y fatal propia del niño, histopatológicamente caracterizada por la proliferación histiocítica sin acumulación lípida demostrable. Cabría entonces la posibilidad de formas intermedias.

Por último Jaffe y Lichenstein (1940) describen el granuloma eosinófilo esquelético, lesión solitaria de crecimiento lento en niños mayores, clínicamente semejando una neoplasia pero curable, en oportunidades, por tratamiento local y a veces hasta sin tratamiento.

Histopatológicamente está caracterizado por células eosinofílicas aunque también la presencia de algunos histiocitos le confiere más parecido con las lesiones inflamatorias que con las neoplásicas.

Los tres cuadros descriptos son reconocibles actualmente como pertenecientes a un mismo proceso y las descripciones casuísticas de la literatura parecen deberse a cuadros de transición cuyo aspecto común es la hiperplasia de RE y la acumulación posterior o no de colesterol; pudiendo observarse desde la lesión ósea solitaria, no progresiva hasta las lesiones óseas múltiples más o menos evolutivas y hasta por fin, observarse formas diseminadas de curso agudo en las que el cuadro clínico no está absorbido por las lesiones esqueléticas.

Hubo una serie de intentos de interpretación etiopatogénica hasta llegar a Lechtenstein, que admite que la naturaleza de la enfermedad es desconocida, pero que reconoce la existencia de un agente infeccioso y en base a la proliferación histiocitaria más o menos evidente en todos los casos y de la etiología ignorada propone la denominación de "HISTIOCITOSIS X".

La familiarización con el denominativo de enfermedad de Letterer-Christian, puede no ser justiciera en cuanto a la denominación exacta que podría serle atribuida a otros investigadores que han contribuido al estudio de este proceso pero concordamos con el espíritu de la Edit. The Lancet, pues que hasta la actualidad esta denominación es conveniente y no comprometedor. Oportunamente podrá ser precisada cuando se conozca definitivamente su etiología y patogenia.

La observación que comentamos presenta características que permiten asimilarla a las clásicas descripciones de Abt-Letterer-Siwe con la sola particularidad de la riqueza en contenido lipóidico, que pudo demostrarse en los órganos histopatológicamente explorados, coincidiendo con la hiperplasia Retículo-histiocitaria. Hemos rotulado esta aportación como enfermedad de Letterer Christian siguiendo a E. Rewald como lo hace en el tratado de Medicina Interna publicado por Heimeyer Schoen y Rudder.

BIBLIOGRAFIA

1. *Abt, A. E. and Denenholz, E. J.* — Letterer Siwe disease Am. J. Dis. Child., 51:499-1936.
2. *Alnquist, G. and Holyoke, J. B.* — Congenital Letterer S. disease recticulo endotheliosis in a term stillborn infant. J. Pediat., 57:897, dic. 1960.
3. *Baber, Margaret D.* — Two cases of R. E. L. S. Arch. dis. Child. 35:6, dic. 1960.
4. *Bretan, M. and Antoleczy, Z.* — Patogenesis of reticulohistiocis, Wien Ztschrift Inn Ter Med. 36-257-266, junio, 1956.
5. *Denys, P. Y.; Haliot, J. and Schullier Chon L. S.* — Pediatre, 15-815, No 7, 1960.
6. *Semprevivo, L. y col.* — Retículoendoteliosis en el lactante. Consideraciones sobre 5 casos de enf. de Letterer. Rev. Chilena de Ped., 28-486, 1957.
7. *Soto Pradera, E. y col.* — Enf. de Letterer S. Rev. Cubana de Ped., 31-329, junio, 1959.
8. *Siwe, S.* — The recticuloendoteliosis in children; Advances in pediatrics, 4-117-1949.
9. *Scholz, J. Schwartz.* — Clinical aspects and morphology of Letterer Siwe disease acta pedit., 44-101-108, 1955-6.

A CLARACION

En el número de "Archivos" correspondiente al mes de Mayo de 1962, el trabajo titulado Transfusión a chorro, por los Dres. A. E. Petit, M. Freiria, E. Iturrieta y E. R. Fernández, figura por error al pie de la página 225, la leyenda Hospital de Niños de Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba, Cátedra de Pediatría, Prof. Dr. Alberto Chattas. Se deja constancia que el trabajo fue realizado en la Casa Cuna de Córdoba adonde trabajan sus autores y no en el Hospital de Niños o en la Cátedra de Pediatría.

Director de Publicaciones



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

ASPIRINA
INFANTIL

LAICH

Analgésico - Antitérmico

Cada comprimido de 0111 g. contiene:

<i>Acetilsalisílico</i>	<i>0.10 g.</i>
<i>Sacarina soluble</i>	<i>0.001 „</i>
<i>Almidón</i>	<i>0.01 „</i>

*Es un analgésico y antitérmico especialmente dosificado
y de grato sabor para uso infantil*

CIRULAXIA

Suave LAXANTE a base de jugos de frutas

*Por su eficacia, es un laxante que no exige dieta
en sus dos formas para todas las edades.*

JARABE

Fascos de 120 cm.

GRAGEAS

Tubos x 30 grageas

AZUFRE TERMADO

*Preparado a base de azufre laxativo
y depurativo*

*En afecciones de la piel: Acné, puntos
negros, sarpullidos, granos, forúnculos,
eczemas, etc. En el estreñimiento y estados
hemorroidales.*

BICARBONATO CATALIO

*En enfermedades del estómago: Digestivo,
antiácido y en las Dispepsias, Gastralgias,
Hiperclorhidria. Ejerce una acción estimu-
lante mecánico - laxativa en todo el tubo
digestivo y sobre el higado.*

Laich & Cía. BELGRANO 2544 - T. E. 47 Cuyo 4125 - BUENOS AIRES

Ruptura Hepática en el Recién Nacido

DRES. DORA S. DE CORTS, ROBERTO DENNER,
JUAN C. DAVID y EDUARDO PEREZ.

El objeto primordial de este trabajo es llamar la atención del obstetra y del pediatra hacia esta entidad nosológica: del primero porque es al parecer un hecho indiscutible que este accidente se debe a un factor traumático natal o postnatal (Dra. Potter), del segundo porque depende de la precocidad con que haga el diagnóstico e instituya el tratamiento la ulterior evolución de caso, o sea la vida del niño. Se considera esta afección una verdadera urgencia pediátrica.

FRECUENCIA: En la literatura mundial hay publicados 60 casos de los cuales solo 10 curaron, lo que demuestra su gravedad.

En necropsias efectuadas por la Dra. Potter la encuentra 24 veces en 2000 autopsias o sea 1,2 por ciento; Gruenwald encuentra 8 casos en 121 autopsias (6,6 %); autores cubanos citan 24 casos en 1000 autopsias o sea 2,4 %; Henderson en 130 autopsias encontró 47 casos; Junquist en 49 hemorragias abdominales la encuentra 19 veces.

CUADRO CLÍNICO DE NUESTRO ENFERMO: J. R. N. Nace el 2 de Octubre de 1961 en la Maternidad del Hosp. Iturraspe. Su ficha obstétrica dice lo siguiente: Presentación vértice. Parto *distócico* prolongado. Peso: 4.150 kg. Al nacer el niño está intensamente pálido y con apnea por lo que se efectúa *maniobras de respiración artificial*. El niño se reanima, se envía al Servicio para su tratamiento.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

ESTADO ACTUAL LEVANTADO AL INTERNARSE:

Estado general: regular. *Facie:* inexpresiva quejoso. *Piel:* palidez cianótica. *Abdomen:* ligeramente meteorizado. *Tono muscular:* disminuído. *Reflejos:* débiles. Llanto débil. *Tonos cardíacos y pulmón:* sin particularidades. Frialdad periférica ligera. El Test de Apgar dio un puntaje de 6 a la $\frac{1}{2}$ hora de nacer en que se interna. Una radiografía de tórax sacada el día de su ingreso sin particularidad. Un recuento efectuado ese mismo día dio 5.700.000 rojos con 110 % de Hb. Medicado con Penici-

lina, estreptomocina, vitamina K 4 mg por día, oxígeno, reposo y dieta absoluta.

Evolución: Al segundo día el niño está mejor, se comienza a alimentar con suero glucosado, succiona bien el biberón y tiene algunos vómitos aislados mucosos. Al tercer día el niño está intensamente pálido, las extremidades frías y cianóticas, el pulso taquicárdico, ligeramente disneico. Afebril. Al inspeccionar su abdomen se nota una marcada distensión abdominal, con matitez franca en el lado derecho que se extiende hacia el izquierdo. El cuadro era realmente de shock por anemia aguda, de modo que sin esperar ningún dato de laboratorio (solamente se solicitó grupo sanguíneo) se le efectuó 75 cm³ de sangre fresca con 75 cm³ de suero fisiológico. Se continuó con la misma medicación general. Al cuarto día el niño continúa intensamente pálido, se solicita conteo de rojas y Hb. que dio 2.150.000 con 40 % de Hb. Su estado general era muy grave. El abdomen muy tenso; se solicita radiografía directa de abdomen (fig. N° 1);

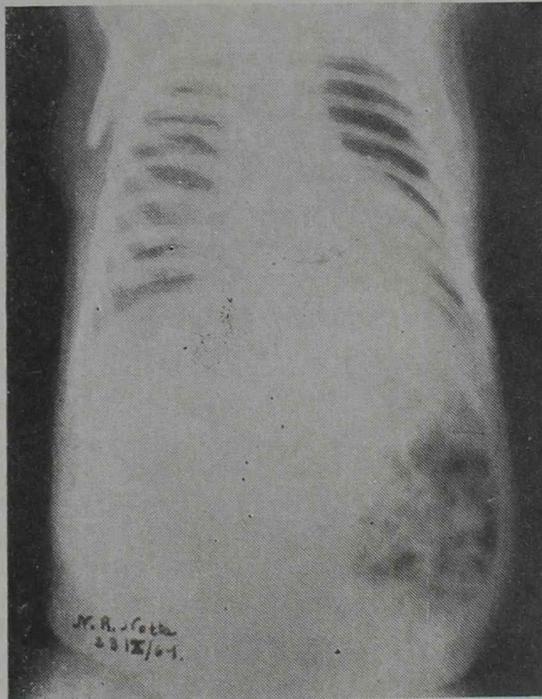


Fig. N° 1

se constata en ella una gran sombra hepática que rechaza las vísceras abdominales. Se lo medicó con 100 cm³ de sangre fresca por la mañana. Por la tarde el niño continúa muy pálido, un nuevo conteo de rojos dio 2.670.000 con 60 % de Hb; se indica otra transfusión de 100 cm³ de sangre con 70 cm³ de suero fisiológico. Se obtiene otra Rx de abdomen donde se constata el abdomen muy globoso. No tuvo hematemesis, ni melena, ni petequias. Al quinto día el niño continúa muy pálido a pesar de habersele transfundido en total 275 cm. de sangre. Un nuevo conteo dio 2.670.000 rojos con 60 % de Hb. Se consulta con el cirujano, quien aconseja esperar hasta la tarde. Se indica otra transfusión de 125 cm³ de sangre. El niño mejora, su piel comienza a perder el tinte pálido, sus extremidades menos frías. El abdomen persiste distendido pero en menor grado. La matitez persiste. Al séptimo día un nuevo conteo de rojos de 4.000.000. Se indicó otra transfusión de 100 cm³. Una nueva radio-

grafía muestra disminución de la sombra hepática. A partir de ese día la evolución fue muy favorable. El niño comienza a alimentarse bien. Su abdomen fue normalizándose. Al 12º día se le da de alta, luego de habersele transfundido 495 cm de sangre en total. Se le hicieron recomendaciones muy estrictas a la madre sobre la necesidad de manejar al niño con cuidado y recurrir dos veces por semana al Servicio. Una madre muy correcta, que cumplió estrictamente. A los 45 días, a pesar de la buena ganancia de peso, tiene 2.900.000 rojos. Se le efectuó otra transfusión de 100 cm. Desde este momento, hasta los siete meses, en que presentamos su trabajo junto con su fotografía, ha evolucionado muy bien. La fig. N° 4 es una nueva ra-

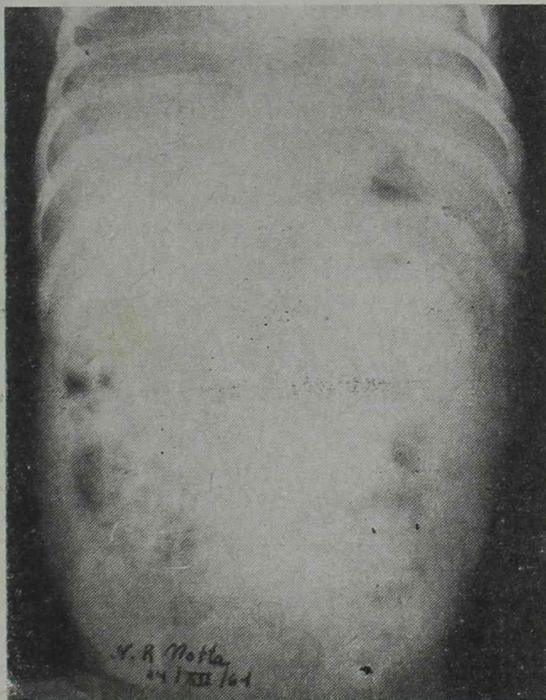


Fig. N° 4

diografía de abdomen, a los tres meses, que demuestra la normalización de la imagen hepática.

ETIOPATOGENIA

Cuáles son los mecanismos que producen la ruptura hepática. Son varios, a saber: El más común es el trauma directo producido por la parrilla costal sobre el lóbulo derecho hepático (A); otras veces (B) al traccionar indebidamente el cordón umbilical, entonces se desgarran el borde inferior del hígado por la vena umbilical (fig. N° 5). El primer caso ocurre de preferencia con los movimientos de Respiración Artificial. El segundo en la presentación de nalgas con dificultad al pasaje de la cabeza fetal. El tercer mecanismo lo constituye la distensión de los ligamentos que

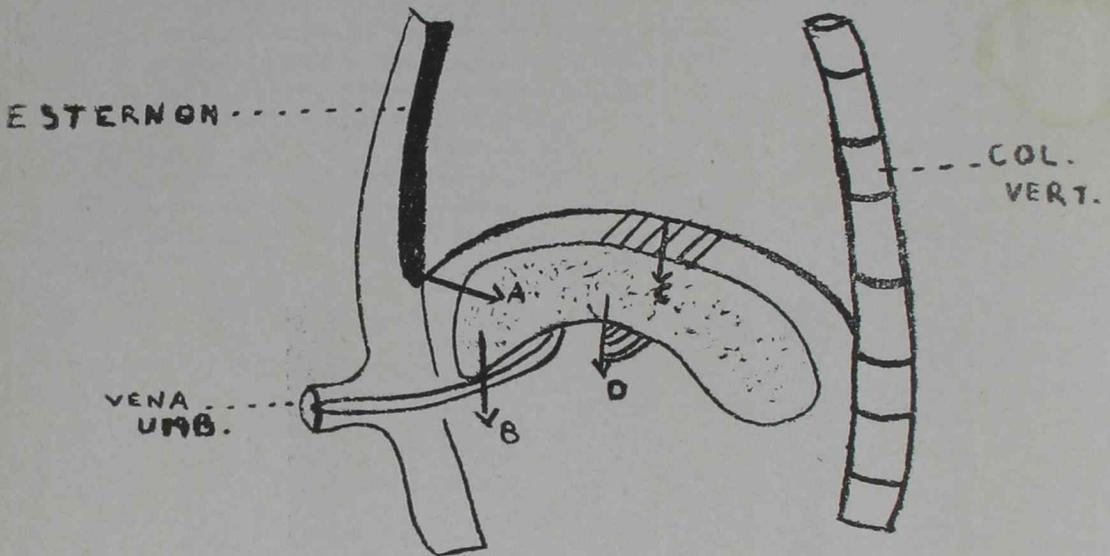


Fig. N° 5

fijan al hígado en su posición intraabdominal, como son los ligamentos coronarios, que fijan el hígado en su parte superior, y el ligamento hepatoduodenal por su cara inferior. Hay una cuarta posibilidad, que es el estallido de la víscera hepática, al aumentar bruscamente la presión intraabdominal; esto es raro en el recién nacido: ocurre en los niños mayores, generalmente por accidentes.

ASPECTOS ANATOMOPATOLÓGICOS

Difiere según sea el mecanismo que la produce:

- a) Cuando es la parrilla costal la que presiona sobre el lóbulo derecho, se observa debajo de la cápsula de Glisson un verdadero hematoma subcapsular;
- b) Cuando es la vena umbilical la que se rompe, se nota que la sangre fluye a partir de la herida hepática hacia la cavidad peritoneal;
- c) Cuando es por desgarramiento ligamentario, se observa la ruptura de la cápsula de Glisson a nivel de su continuidad ligamentaria;
- d) Finalmente, si es por estallido, la lesión se observa en cualquier parte.

ETIOLOGÍA

Según la Dra. Potter, en la mayor parte de los casos por ella autopsiados encuentra como antecedente común el parto de nalgas con dificultad al pasaje de la cabeza última, el parto distósico con feto grande, y los métodos traumáticos de respiración artificial. Otrs autores, citan

también: la versión durante el embarazo y los accidentes en la mujer embarazada (raro).

Hay otros estados que predisponen a la ruptura hepática, como son aquellos donde la fragilidad vascular está perturbada, como son la hiper-madurez y la inmadurez. También existen ciertos estados que por poseer una hepatomegalia patológica son también predisponentes, como ocurre en la lúes congénita, eritroblastosis fetal y los hijos de madres diabéticas mal tratadas, estos últimos llamados gigantes con pies de barro. Existe otra posibilidad, y es en los niños con severa hipoprotrombinemia, como ocurre a veces en los hijos de madres con dietas carenciales, o que tienen un trastorno en la absorción de vitamina K, por afecciones hepato-vesiculares, uso abusivo de laxantes minerales, etc. Pero en estos casos son acompañados de otras hemorragias (hematemesis, melena, etc.). Existen casos raros, por cierto, en que la etiología es desconocida en la actualidad.

SINTOMAS CLINICOS

Antecedentes: Parto distócico, o maniobras de respiración artificial.

Síntomas fundamentales: Existe siempre un intervalo libre, que puede ser de 2 a 5 días, y luego bruscamente se instala un cuadro de anemia aguda, palidez, pulso rápido, frialdad y cianosis de extremidades.

Laboratorio: Constata un descenso súbito de glóbulos rojos y Hemoglobina.

Examen físico: Distensión abdominal, con matitez en flanco derecho.

Exámenes complementarios: a) *La punción abdominal*, preconizada por Rogers con técnica aséptica, corrobora la presencia de sangre en la cavidad peritoneal. Otros creen innecesaria y peligrosa esta técnica. b) *La placa simple de abdomen sin preparación*, muestra una opacidad difusa o circunscripta en el lado derecho del abdomen.

La explicación del *intervalo libre* es la siguiente: la hemorragia producida por el desgarramiento hepático se acumula debajo de la cápsula de Glisson; ésta se va distendiendo lentamente, formando un hematoma subcapsular de tamaño variable. Cuando la cápsula se rompe, sea espontáneamente o por el manejo del recién nacido, se provoca el cuadro de hemoperitoneo.

DIAGNOSTICO

Es eminentemente clínico. El laboratorio y la radiografía confirman el diagnóstico.

PRONOSTICO

Depende de la rapidez con que se haga el diagnóstico y se instituya el tratamiento. Hay casos publicados en la literatura de niños fallecidos

de 15' a una hora después de haber comenzado el cuadro. Hay 10 casos sobrevivientes sobre 60 publicados, esto demuestra plenamente la gravedad del cuadro.

DAGNOSTICO DIFERENCIAL

Con la hemorragia ventricular: Puede dar un cuadro semejante, pero no hay anemia, ni síntomas abdominales; predominan los síntomas neurológicos.

Con ciertas malformaciones congénitas del corazón: En especial, la estrechez aórtica, pueden tener un intervalo libre y luego bruscamente entrar en colapso, pero hay más cianosis que palidez y no hay anemia.

Con la anemia por hemorragia fetoplacentaria o Síndrome Chowr (de): No tiene síntomas abdominales y generalmente aparece el cuadro anémico más precozmente.

Con la anemia de la enfermedad Hemolítica: Puede presentar un cuadro de palidez intensa y hepatomegalia y prestarse a confusiones; la ictericia y la presencia de datos de laboratorio confirman el diagnóstico.

Con la anemia aguda curable del recién nacido tipo Lelong y Joseph: Comienza bruscamente, pero recién al quinto día, y los fenómenos físicos son negativos.

Con el hemotórax: Se diferencia por la polipnea, matitez torácica y cianosis.

Con los hemangiomas hepáticos: Pueden romperse y producir un cuadro de shock por hemoperitoneo, puede haber angiomas cutáneos, también generalmente hay ausencia de antecedentes traumáticos en el parto o postparto.

T R A T A M I E N T O

1º) Las transfusiones de sangre fresca. 2º) La intervención quirúrgica: consiste en una laparotomía, localización y sutura del desgarró si es posible, taponar y dejar drenaje. 3º) Los correctores de la erasis sanguínea: vit. K: 1 a 2 mg por Kg y por día, vit. C: Rutín; se utilizan siempre como coadyuvantes. 4º) Antibióticos.

Existen dos tendencias con respecto a la conducta a seguir: por un lado los abstencionistas dicen que se debe comenzar con transfusiones, y luego, si el cuadro no cede, agregar la intervención; por otro lado los intervencionistas opinan que se debe comenzar el tratamiento con la intervención quirúrgica y transfusión sanguínea concomitante.

En la literatura mundial hay 10 casos curados, 4 con transfusiones y 6 con transfusiones e intervención. Nuestro caso viene a engrosar la

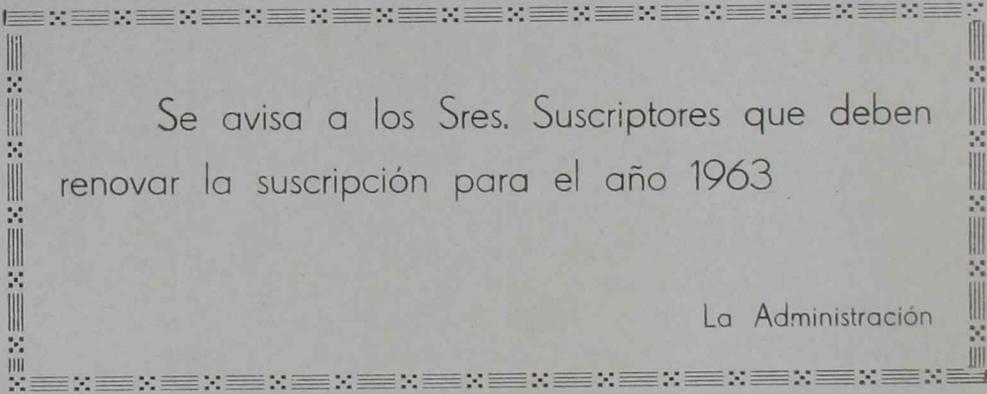
lista de los curados con transfusiones únicamente. Las dos tendencias utilizan los otros medios terapéuticos coadyuvantes, vitaminas, antibióticos, etc.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

La ruptura hepática en el recién nacido constituye un cuadro de extrema gravedad, caracterizado por síntomas de anemia aguda, después de un intervalo libre de dos a cinco días, y cuyo antecedente etiológico más común es la distocia de parto o maniobras de respiración artificial. El obstetra debe tratar adecuadamente las distocias del parto y prohibir las maniobras inefectivas y perjudiciales de respiración artificial.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Aballi, A. J.; Moreno, O.; Fernández, M.; Tolero, J. y Borrajero, J.* — Rev. Cub. Ped., 27:651, 1955.
2. *Arden, F.* — M. J. Australia, 2:632, 1951.
3. *Belohradský, H.* — Zentralbl. f. Gynak. 61:2430, 1937.
4. *Breton y Couple.* — Presse Medicale, 64:1.339, 1956.
5. *De la Torre, Y.* — Enf. del Rec. Nacido. Ediciones del Hospital Infantil de México, pág. 100.
6. *Ehrenfest, H.* — Birth Injuries of the Child, New York and London, 1931, D. Appleton and. Co.
7. *Gruenwald, P.* — J. Pediat., 33:195, 1948.
8. *Genell, S.* — Acta Obst. Scandinav., 9:331, 1930.
9. *Greaves, J. L.* — Lancet, 269:1227, 1955.
10. *Henderson, J. L.* — J. Obst. & Gynec.; Brit. Emp., 49:337, 1941.
11. *Kaplan, L.* — Am. J. Dis. Child., 65:258, 1943.
12. *Lundquist, B.* — Acta Obst. Scandinav., 9:331, 1930.
13. *Silverio Latour, J. y Portela, J.* — Rev. Cub. Ped., 27:641, 1955.
14. *Potter, E. L.* — J. A. M. A., 115:996, 1940.
15. *Parmelee, A. H.* — Management of the Newborn, Year Book Publishers, 1952, pág. 208.
16. *Potter, E. L.* — Pathology of the Fetus and Newborn, The Year Book Publishers, 1952, págs. 336-337.
17. *Robers, G.* — Am. Obst. & Gynec., 27:841, 1934.
18. *Ritter von Reuss, A.* — The Diseases of the Newborn, William and Wood, 1922.
19. *Schmitt, F. J.* — Ztsch. f. Geburtsh. u. Gynak., 114:70, 1936.
20. *Silver, H. P.* — J. Pediat., 13:542, 1938.
21. *Steih, F. E. and Wright, L. T.* — Harlem Hosp. Bull, 6:32, 1953.
22. *Soto Pradera, E.; Grande, León C.; Silverio Latour, J. y Carbonell Salazar, A.* — Archivos de Medicina Infantil, La Habana, XXVI, 2:110, 1955.



Se avisa a los Sres. Suscriptores que deben
renovar la suscripción para el año 1963

La Administración

Cincuentenario de la Sociedad Argentina de Pediatría

Tema; Asistencia Hospitalaria

Coordinador: PROF. DR. DELIO AGUILAR GIRALDES

1ª Parte: Resúmenes de los Relatos.

I. Asistencia Hospitalaria

DRES. GUILLERMO LOZANO, EMILIO ARMENDARIZ
y PROF. JULIO A. MAZZA (*)

Puede considerarse que los Centros de Higiene Materno-Infantil creados hace 20 años fueron el comienzo de la Asistencia Organizada en el ámbito bonaerense con su reglamentación acción preventiva, educativa y social.

Como fundamento para ello se estudiaron las tasas de mortalidad infantil altas en 110 partidos de la Provincia con distribución geográfica equidistante. Creándose con ello la Dirección de Maternidad e Infancia en el año 1947.

A los primitivos cinco Centros se agregaron 62 más en los distritos de mayor tasa de Mortalidad Infantil.

Los resultados prácticos al terminar el ciclo de acción (1958) demostraban que si bien mejoraban los índices biodemográficos en los distritos de acción no traducían un ahorro numérico significativo en vidas infantiles.

(Sociedad de Pediatría Filial La Plata).

(*) Motivos editoriales han obligado a reducir el texto de los Relatos presentados y las respuestas habidas en el cuestionario a la Mesa Redonda. En ambos casos han sido resumidos y ordenados por el coordinador, conservándose el sentido de los artículos originales y de las exposiciones de acuerdo al texto fiel de la grabación efectuada. En caso de haber incurrido en involuntario error presentamos desde ya nuestras más cumplidas excusas. (N. de la R.)

Una revisión posterior de esta política sanitaria malograda en sus resultados (costosa inversión de fondos) demostró un enfoque biodemográfico unilateral por asignar un valor absoluto a las tasas de Mortalidad Infantil sin apreciar la cantidad de vidas perdidas, por lo que fue orientada en un sentido bio-socio-económico-geográfico.

La disminución de los índices de morbilidad y mortalidad en una población depende de los conocimientos y de la técnica médica como en nuestro país dada la jerarquía de la medicina y de los médicos argentinos.

La disminución de los índices de morbilidad y mortalidad en una población depende de los conocimientos y de la técnica médica como en nuestro país dada la jerarquía de la medicina y de los médicos argentinos.

La escasez o falta de Técnicos Sanitarios entre los profesionales y la dedicación eminentemente asistencial de ellos ha relegado la Medicina Preventiva.

Otra razón del poco éxito se debería a condiciones económico-sociales y ambientales insuperables que no es nuestro caso. Puede obedecer finalmente a fallas de organización, mala administración de recursos o insuficiencia de medios: tal es nuestro caso.

En la provincia de Buenos Aires los índices que miden el estado de salud de madres y recién nacidos permanecen prácticamente estacionarios desde hace 25 años.

Las tasas de mortalidad materna (uno por cada mil nacidos vivos) y neonatal (menos de 1 mes) alcanza a 20 por cada mil nacidos vivos. Comparando con dos países opuestos en cuanto a condiciones económico sociales —Chile e Inglaterra— durante este mismo período ha descendido en la primera de 100 a 30 ‰ y en la segunda de 30 a 15 ‰ lo que demuestra el fracaso de la Acción Preventiva Materno-Infantil en nuestra provincia.

PLANTEO ACTUAL

A partir del 1° de septiembre de 1961 se pone en marcha un programa de atención Materno-Infantil cuyas líneas generales son las siguientes:

1. — *Objetivos:*

1.1. — *Atención pre-natal y natal eficientes.*

1.1.1. — Programa de control pre-natal del 50 ‰ de las embarazadas en el área de influencia de los establecimientos de su jurisdicción: Hospital con servicio obstétrico ginecológico, maternidades, Centros de Salud, Centros servicios y dispensarios de Higiene Materno-Infantil.

1.1.2. — Control pre-natal precoz, integral, continuo y completo.

- 1.1.3. — Control pre-natal del 25 % de embarazadas antes del quinto mes de gestación.
- 1.1.4. — Cumplimientos de estos objetivos en la siguientes forma: 25 % del primer trimestre, 50 % segundo trimestre, 75 % tercero y 100 % cuarto trimestre.
- 1.1.5. — Ración de leche en polvo y derivados y vitaminas al 10 % de embarazadas controladas.
- 1.1.6. — Asistencia en maternidades del 100 % de los partos ocurridos en las áreas controladas.
 - 1.1.1.1. — *Recursos:*
 - 1.1.1.2. — Los actualmente existentes en la citación 1.1.1.
 - 1.1.1.3. — Recursos adicionales de personal, para trabajo en equipo.
 - 1.1.1.4. — Recursos financieros adicionales.
 - 1.1.1.5. — Apoyo de estos controles por entidades: (sindicatos, clubes, asociaciones vecinales y congregaciones religiosas, etc.).
- 1.2. — *Atención eficiente del Recién Nacido.*
 - 1.2.1. — *Objetivos:*
 - 1.2.1.1. — Coordinación de Servicios para control precoz del Recién Nacido.
 - 1.2.1.2. — Mantenimiento de Salud eficiente del 50 % de los lactantes en el área.
 - 1.2.1.3. — Creación de nuevas áreas, hasta cubrir el 20 % del total de la población infantil de la provincia con Postas de Salud Infantil (1 médico, 1 enfermera, 1 visitadora).
 - 1.2.1.4. — Ración de leche en polvo al 10 % de todos los lactantes.
 - 1.2.1.5. — Participación de estas Postas como servicio de hidratación en época estival.
 - 1.2.2. — *Recursos:*
 - 1.2.2.1. — Los actualmente existentes en los citados establecimientos.
 - 1.2.2.2. — Recursos adicionales de personal.
 - 1.2.2.3. — Recursos adicionales de personal para nuevas áreas.
 - 1.2.2.4. — Recursos financieros para raciones alimenticias.
 - 1.2.2.5. — Apoyo del Programa de Atención Eficiente del Lactante.

EJECUCION DEL PROGRAMA

Veamos cómo se aplica en la realidad:

Existen actualmente 36 centros Materno-Infantiles con 3 categorías y dotación completa y suficiente para internación y Servicio Social 30 ser-

vicios y Dispensarios de H. M. I. incorporados a establecimientos asistenciales generales con 6 Consultorios Externos y Servicios Sociales. Además Centros de Salud escalonados en el Gran Buenos Aires y, finalmente Dispensarios y Hospitales Municipales que conjuntamente con entidades privadas (Centros de Fomento, Clubes, Entidades Religiosas) aportan, aisladamente su contribución.

Existe el proyecto de unificar el trabajo de todas estas entidades dispersas para una mejor acción.

Como el número de establecimientos se hizo insuficiente dado el tumultuoso crecimiento de las zonas conurbanas se promulgó la Ley 6437 dando nacimiento a pequeñas células sanitarias denominadas Postas de Salud Infantil.

Estos establecimientos mínimos constituyen "puntas de avanzada" en barriadas y villas con no menos de 10.000 habitantes y en áreas no mayores de 60 a 80 manzanas. Se ajustan a las siguientes normas:

- a) Acción integral de salud.
- b) Integración de funciones en establecimientos del área.
- c) Control de niños sanos y morbilidad menor.
- d) Puericultura y Educación Sanitaria en la familia.
- e) Control de enfermedades transmisibles.
- f) Ración de leche en polvo.
- g) Saneamiento ambiental.

El personal de una Posta está integrado por 1 médico, 1 enfermera y 1 visitadora con funciones de Medicina preventiva hasta un 70 % del total y el 30 % restante de reparación. En época estival actúa como posta de hidratación menor (gastroclisis) por períodos no mayores de 6 a 8 horas. Actúan con un criterio de coordinación concéntrico a un hospital base.

Si se alcanzan los objetivos previstos se cumplirán las metas fundamentales en la política sanitaria del país.

mejor efecto
sedativo
en pediatría

con



PLEGICIL

CALCIUM
1678 CB

JARABE

(Maleato ácido de Propiomacina) nuevo compuesto

FORMULA

Cada 100 c. c. contienen:

Maleato ácido de Propiomacina (corresponde a 0,1 g de base activa)	0,1341 g
Glucosheptanoato de calcio	2,5 g
Hidroxí-4-benzoato de metilo	0,1 g
Extracto natural de grosella	1 g
Azúcar	65 g
Aguá destilada c. s. p.	100 cm ³

INSOMNIO REBE. DE

INESTABILIDAD MORIZ

ESTADO DE EXCITACION

VOMITOS DELLACTANTE

Representantes en la República Argentina:





EN JARABE...Y GOTAS...

LEDERMICINA*

Demetilclortetraciclina Lederle

UNIVERSALMENTE ACEPTADA EN INFECCIONES PEDIÁTRICAS

DESDE ALEMANIA. Los resultados obtenidos en 74 niños de diversas edades confirman su superioridad en lo que se refiere a aceptación por el enfermo, eficacia terapéutica y conveniencia de administración. En la mayoría de los casos sólo fueron necesarias 2 tomas al día.¹

AL JAPÓN. En 75 enfermos, los resultados fueron superiores o iguales a los de otros antibióticos de amplio espectro... aun con dosis muy inferiores en miligramos. Todos los casos de neumonía atípica y disentería bacilar respondieron bien.²

A ESPAÑA. Los resultados obtenidos en 10 niños con infecciones resistentes a otros antibióticos fueron francamente

buenos y en ocasiones impresionantes. No se observaron efectos secundarios.³

Y A NOROCCIDENTE DE AMÉRICA. Todos los 42 niños con escarlatina se restablecieron con LEDERMICINA demetilclortetraciclina extra activa; 32 niños estaban afebriles a las 48 horas de iniciada la terapéutica.⁴

CAPSULAS: 150mg • JARABE: 75mg/5cm³ • GOTAS PEDIÁTRICAS: 60mg/cm³

1. Kienitz, M.: *Med. Klinik* 55:2064 1960. 2. Fujii, R., y col.: *En Antibiotics Annual 1959-60*, Antibiotica, Inc., New York, N. Y., p. 433. 3. González Meneses, A.: *Rev. Esp. Pediatr.* 16:695-701 (septiembre-octubre) 1960. 4. Lichter, E. A., y col.: *A.M.A. Arch. Int. Med.* 105:601 (abril 1960).

* Marca Registrada



LABORATORIOS LEDERLE División de CYANAMID DE ARGENTINA
CHARCAS 5051/63 • T. E. 772-4031 • BUENOS AIRES



II. Función Técnica Asistencial del Hospital de Niños

DRES. BERNARDO MOVSICHOFF, ALBERTO J. GARDELLA
y CLAUDIO FERRARI *

- a) Se define al Hospital y a la Asistencia Médica.
- b) Se insiste que en el Hospital y en Departamento Pediátrico, debe hacerse medicina preventiva, curativa y rehabilitante.
- c) Se dan razones para ubicar un Hospital de Niños autónomo o un Departamento Pediátrico dentro de un Hospital General.
- d) La Dirección y Administración de un Hospital o de un Departamento Pediátrico debe contar con la colaboración de la comunidad y debe realizarse con "Mentalidad Pediátrica".
- e) Toda reorganización debe hacerse con sentido práctico y de acuerdo a las posibilidades económicas de cada lugar.
- f) Se insiste que en el Hospital debe suprimirse la laguna entre la medicina preventiva y curativa.
- g) El Hospital debe extenderse al exterior por intermedio de los consultorios externos y visitas domiciliarias.
- h) Se establecen las condiciones especiales que deben poseer los médicos, enfermeras y personal auxiliar de un Hospital de Niños, insistiéndose sobre la Mentalidad Pediátrica.
- i) Se le da importancia a la unidad familiar, especialmente madre e hijo.
- j) Se insiste sobre los perjuicios del Hospitalismo.
- k) Se habla de las áreas de internación y de los factores que hacen variar la relación cama por habitante.

* (Sociedad de Pediatría Filial San Luis).

- l) El Departamento de Obstetricia debe contar con una sección para el recién nacido patológico y otra sección para el prematuro.
- ll) Se incita a un criterio uniforme sobre donde debe estar internado un recién nacido sano.
- m) Se le da importancia fundamental a los Servicios de Higiene Mental, Social, Readaptación y Rehabilitación, Odontológico Estadístico.
- n) Se insiste sobre la necesidad de una ficha clínica tipo para todos los Hospitales de la República.
- ñ) Se propone un nuevo sistema de fichaje para identificación de las personas.

III. Función Científica y de Investigación del Hospital

DRES. JESUS A. LAJE, M. T. B. DE LUCERO, CARMELO RIGATUSO,
OMAR A. TOMASINI y LEONARDO VANELLA *

INTRODUCCION

Dado el adelanto de las Ciencias Médicas el hospital ha dejado de tener su característica puramente asistencial para convertirse en un Centro de Salud, es decir abordando además la parte de medicina preventiva, investigación, actividades científicas, adiestramiento de personal, medicina social, educación sanitaria y Hospital Escuela.

Trataremos solamente las funciones científica y de investigación.

FUNCION CIENTIFICA DEL HOSPITAL

Esta actividad debe ocupar un lugar destacado entre las funciones que el Hospital cumple. Eleva el nivel científico de los profesionales, de los técnicos, de los auxiliares, etc. capacitándose para un mejor desempeño de sus labores específicas. Comprende una faz teórica y otra práctica. La primera se cumple con las mesas redondas, ateneos, cursillos, simposios, jornadas, dotación de biblioteca, educación sanitaria. Debiendo desbordar el Hospital proyectándose en la comunidad.

La faz práctica se desarrolla mediante las revistas periódicas de Sala y la tarea diaria.

Biblioteca: Es concepto universalmente aceptado que no se concibe un hospital de prestigio sin una biblioteca actualizada.

Es en los hospitales alejados de los centros científicos donde esto más se hace sentir ya que ella brindará las informaciones más recientes. Debe contar con material destinado a los profesionales, al personal auxiliar y a los pacientes en general para sí ser de real autoridad.

* (Sociedad de Pediatría Filial Río Cuarto).

Educación sanitaria: Esta faceta debe ser realizada por el Hospital y consiste en divulgar por medio de conferencias y charlas, conocimientos elementales para un mayor bienestar físico, psíquico y social de la población.

Proyección del hospital: Debe hacerse esta proyección en su zona de influencia, para facilitar el acercamiento de los colegas rurales a los centros médicos (razones económicas, sociales, médicas, etc. a veces la impiden).

La complejidad de un hospital moderno es tremenda, es fundamental la organización sin olvidar "hay una cosa peor que la ausencia de organización: es la excesiva organización, esta última mata toda iniciativa y no permite desenvolverse con eficacia".

INVESTIGACION CIENTIFICA EN EL HOSPITAL

Siendo la investigación una función creadora del hombre puede ser ejercida en todo hospital a pesar del carácter asistencial que ellos tengan. Esta puede ser pura y aplicada, la primera que busca conocimientos nuevos, se realiza en Universidades y Centros de Investigación, la segunda eminentemente práctica se realiza en Institutos Oficiales, Privados, Industriales, Hospitales, etc.

No son necesarios complejos y costosos gabinetes, ni equipos de hombres altamente capacitados, cualquier hospital la puede realizar, simple observación clínica, creación de nuevas técnicas, descripción de entidad nosológica, etcétera.

Las autoridades sanitarias al compenetrarse del problema deben mejorar los equipos y cuerpos médicos de los hospitales, instrumentales y terapéuticos.

Un elemento importante de investigación es la Necropsia al punto que hay opiniones actualizadas que sostienen que para ser considerado hospital de primera debe hacerse el 60 % de necropsias.

Para ello necesita un Anatómo-patólogo del que lamentablemente carecen muchos hospitales del Interior.

La investigación debe ser fomentada, orientada y controlada en cada hospital por un "Comité de Investigación" el que debe estar en contacto permanentemente con el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

CONCLUSIONES

El hospital moderno para que cumpla una función asistencial de primera categoría no puede ni debe descuidar, bajo ningún concepto, las actividades científicas y de investigación, pues éstas representan un adelanto significativo y de capital importancia en la actual Medicina Hospitalaria.

IV. Etica y Control de la Natalidad

DR. SAMUEL GONZALEZ AGUIRRE

Trataremos un tema que se viene debatiendo desde 1789, cuando el clérigo Malthus, planteó la necesidad de solucionar el problema que se avecinaba en los próximos siglos, debido a que mientras la población aumenta en forma geométrica, los medios de producción lo hacen sólo en proporción aritmética.

Pese a las divergencias suscitadas por esas conclusiones de Malthus, aún hoy ellas promueven profundas discusiones, no solamente bajo el punto de vista demográfico y sus implicancias socio-económicas, sino por la repercusión de orden moral, político y filosófica, que determina el uso de prácticas anticonceptivas. Hoy, se agregan a los problemas planteados por Malthus la indicación o no del Control de la Natalidad, como consecuencia de la interferencia de agentes medicamentosos o determinadas enfermedades, durante diferentes épocas del embarazo.

En efecto es conocida por todos la influencia de la rubeola y otras virosis, cuando ello sucede antes de los tres meses del embarazo. Lo mismo, la relación entre administración de oxígeno y fibroplasia retrolenticular o el uso de estrógenos y el hermafroditismo pseudo masculino o la radioterapia y su influencia sobre los cromosomas, etc. Todo lo cual administrado durante los primeros meses del embarazo, puede ser de graves consecuencias, sea para la madre o para el niño.

Las sospechas, luego confirmadas, de la responsabilidad de la Talidomida en la producción de malformaciones, peligro que puede extenderse al uso de otros somníferos, aviva aún más la controversia, acerca de si se debe autorizar o no, el uso de prácticas anticonceptivas, es decir si es ético o no para el médico efectuar esa indicación.

Expondremos a continuación, los distintos puntos de vista, con que se enfocan estos problemas.

Visto bajo el punto de vista religioso

La religión católica se opone decididamente al uso de anticonceptivos. En la Encíclica del Papa Pío XI (1930) *Casta Connubis*, que se refiere especialmente a los problemas matrimoniales de la época que vivimos, al mencionar lo que respecta al Control de Natalidad, condena su uso, partiendo del principio de que el ser humano es sagrado desde el instante de su concepción, y del bíblico de "no matarás". Aunque en alguna parte, hace alguna concesión, cuando aconseja al matrimonio aprovechar los períodos femeninos infeundos (que no son seguros, como se sabe).

En lo referente al uso de determinadas operaciones quirúrgicas, llevadas a cabo para interrumpir el embarazo, lo califica como crimen, ya que al niño lo matan como si fuera un agresor, de la vida mental y física de la madre. Argumenta que el seno de la madre, es la casa natural del hijo que debe nacer. La naturaleza lo ha colocado allí. Es una aberración, dice, sugerir el homicidio, en nombre de sentimientos humanitarios.

Los protestantes no participan totalmente de esta tesis y el Dean de Canterbury admite la limitación de nacimientos, entre las prácticas permitidas dentro del matrimonio cristiano.

Visto bajo el punto de vista político

En los comienzos del Malthusianismo y Neo malthusianismo, los gobiernos tomaron disposiciones represivas contra la difusión de la literatura anticoncepcional. Suecia modifica esta conducta en 1935 y Holanda un poco más tarde.

Los países totalitarios combaten con gran energía la propaganda anticonceptiva, basados en que con el aumento de población, aumenta su poderío militar. Demás está decir que Hitler y Mussolini así lo propugnaron. Rusia en cambio autorizó su uso en forma oficial y en los Centros Materno Infantiles, se instruía a las madres acerca de la práctica del aborto y del uso de anticonceptivos, basados en el principio de que la madre es dueña de su embarazo. Luego se suprimieron todas estas leyes, con el argumento de que la práctica del aborto, aumentaba según sus estadísticas, el cáncer de cuello.

En cuanto a EE UU ha habido grandes controversias en ese sentido. Han tomado partido en pro y en contra, entidades católicas, asociaciones anticonceptivas, religiones no cristianas. Hemos visto, en el episodio del matrimonio que solicitó autorización oficial, en el Estado de Arizona, para interrumpir el embarazo de la madre que el fallo judicial fue negativo. La ley en cambio, en Suecia la protegió.

Resulta interesante mencionar que en el caso de la criatura que iba a nacer deforme y cuyo nacimiento se interrumpió en Suecia, se meditó grandemente acerca de si ello era voluntad de Dios o el error de los hom-

bres. Muchos opinan que había sido sólo interferencia del hombre. Y si el error era humano, ¿acaso el hombre no tenía derecho a corregirlo? En realidad, en este caso se constataba el fracaso de la metodología, en la que basa el médico su aplicación en el ser humano.

Visto bajo el punto de vista demográfico

El malthusianismo y neo malthusianismo han sido muy objetados. No parece cierto, que la población aumente en proporción geométrica. Suele suceder, para algunos, algo parecido a lo que sucede con el crecimiento de las células, que se detiene en el organismo, en un momento determinado. Influyen en todo ello, los factores ecológicos, higiene, economía, cultura, moral, filosofía religiosa, índices de natalidad y mortalidad, susceptibles de modificar la edad productora del hombre, etc. Se establece así, un cierto equilibrio entre la producción y el número de habitantes.

¿Es el Control de la Natalidad el único recurso para resolver el problema demográfico?

Dice la F A O, que aún poniendo en juego los últimos descubrimientos de la Ciencia, ello sólo sería un paliativo. La transformación de las hierbas que comen las vacas, en alimentos para los humanos. Las máquinas que en Inglaterra transforman remolachas y zanahorias en proteínas; o la celulosa de las plantas en glucosa asimilable, o el petróleo transformado en grasas, previa eliminación de lo nocivo.

¿En qué proporción puede ayudar la enorme riqueza del mar aún inexplorado, y los procedimientos modernos de conservación y transformación del pescado?

No debemos olvidar, además que los gobiernos oponen trabas aduaneras de tipo proteccionista para la importación de ciertos productos, y en muchos casos otorgan subsidios para los agricultores, con el objeto de evitar el exceso de producción, que podría abaratar el producto. Todo esto distorsiona la distribución de alimentos, determinando la existencia de hambre en muchas regiones del mundo especialmente en el Oriente.

¿Cuándo resulta lícito el uso de prácticas anticonceptivas?

Veamos lo que dice nuestra Legislación médico legal.

Art. 65. — El que causare un aborto, será reprimido con reclusión de 3 a 10 años. Se exceptúan:

- a) Si se hace por médico diplomado, para evitar peligros de la madre y si no puede ser evitado, por otros medios lícitos.
- b) Si el embarazo proviene de una violación a una idiota o demente. Sería en este caso un Estado de Necesidad, para evitar un daño mayor.

Quedan aún en pie algunos interrogantes, ante determinadas situaciones.

Por ejemplo: Si un medicamento es autorizado por el Estado e indicado por el médico, durante el embarazo, originando un niño con deformidades monstruosas causadas por aquél, es el Estado o el médico, el culpable de los sufrimientos morales de los padres y del niño?

En nuestra opinión, si la Medicina Legal permite en casos determinados el derecho de segar una vida, sucede lo mismo que cuando la Justicia, con los necesarios recaudos, resuelve una muerte.

V. Aportaciones a la Mesa Redonda sobre Asistencia Hospitalaria

Colaboradores: D85.: DELIO AGUILAR GIRALDES, JAIME AVERBACH, E. A. BALDI, NORBERTO BARANCHUK, MIGUEL S. BELAGA, HECTOR CACERES, LEONOR CAMPORI, JOSE DALMASTRO, dietista MARIA ELENA DELLE DONNE, MANUEL DRAN, asistente social CARMEN FERRER, CARLOS A. FIGUEROA, JOSE GALLI, ANA R. GUIBOUR, DORA KOLODITZKY, RAUL LOBO VON GOLDEREN, FIDEL LOPEZ, JULIO CESAR LOZA COLOMER, ROBERTO F. MARCUCCI, MARIA LUISA MOGUILNER DE WEIS, MARIA ELENA NAFFÉ, NORBERTO PEREIRA, ANDRES VAL y JULIA ZWILLINGER.

PALABRAS PREVIAS

Nos resulta altamente grato que una de las entidades rectoras de la pediatría sudamericana haya organizado para festejar su cincuentenario, una mesa redonda sobre "Asistencia Hospitalaria".

La evolución asistencial de la infancia universalmente ha tenido enormes adelantos. Nuestro estancamiento condiciona una separación creciente con el progreso asistencial que merece el ciclo vital del niño.

Existen en nuestra legislación sabias leyes y ordenanzas sobre aspectos médico-sociales; la intención de los gobernantes y de las instituciones encargadas de vigilar el curso normal o curar los procesos patológicos que afectan a la niñez, está íntegramente animada por un noble y humano propósito. Sin embargo, la observación hospitalaria de los problemas que nos ofrece cada niño en particular nos muestra que nuestros mecanismos técnico-asistenciales y de protección social no tienen el ajuste ni la interrelación que les permita rendir finalmente el beneficio que de ellos debe sperar una sociedad bien organizada.

La práctica de una pediatría integral es vital, porque no sólo trae aparejada la ganancia individual de vida, sino también la armoniosa incorporación a la sociedad, de los hombres del mañana, con salud somática, psicológica y conductorial.

Los resultados que en este aspecto han conseguido países de muy diferente standard de vida y de cultura, como son Chile, Estados Unidos de América, países nórdicos, etc. nos demuestran los beneficios que se obtienen cuando se aplican normas de sanitarismo moderno.

Creemos que el problema asistencial que ofrece nuestro medio puede ser solucionado pronta y útilmente, si se logra la conjunción realizativa de un trípede concebido de la siguiente manera: 1º) Conciencia de la realidad biológica del niño; 2º) Conciencia de que la única forma de lograrlo es mediante una organización de carácter sanitario conforme a los postulados del sanitarismo actual; 3º) Conciencia de que los problemas anteriores conjugan en su génesis factores culturales y económicos sin la solución de los cuales es inaccesible la pretensión del logro del objetivo propuesto.

Traemos una serie de síntesis de colaboraciones que tal vez puedan resultar en algunos de sus aspectos, elementales, pero reflejan con objetividad la realidad del funcionamiento de una Sala de Pediatría de un Hospital Municipal de nuestra Capital.

En base al conocimiento de cuanto sucede en cada centro asistencial y con la disposición de romper viejas estructuras, es que podremos elaborar un plan sanitario efectivo que reclama con urgencia nuestra población.

En ese orden de ideas nos resulta irresistible no enunciar las fallas, lo que hacemos a través de las colaboraciones parciales y también dar algunas pautas que permitirán solucionarlas o remediarlas.

En ese sentido, creemos que se debe:

- a) Actualizar algunos puntos del articulado de las leyes existentes, a fin de ponerlas a tono con los modernos conceptos de la atención al niño. Pero, sobre todo, aplicar las ya existentes con toda rigurosidad.
- b) Ajustar los presupuestos en concordancia a los costos de explotación que demanda la asistencia a la primera infancia.
- c) Racionalización y programación de una obra de asistencia maternal e infantil ya contemplada en la legislación vigente; evitándose la tendenciosidad política y los criterios e intereses personales.
- d) Supresión del régimen asistencial de puertas abiertas para sustituirlo por Centros de Salud, funcionando según las regulaciones del sanitarismo actual, sobre zonas de actividad perfectamente determinadas y de población conocida, en los que se prestará asistencia de acuerdo a necesidades reales, según un planteo demofiláctico integral médico y social y dando a la edad infantil, la

predominancia que merece.

- c) Incrementar los conocimientos acerca de los problemas del niño, insistiendo acerca de ellos ante los poderes públicos, la publicidad y todos los medios de difusión cultural.
- f) Preparación técnico-pediátrica y exigencia documentada de aptitud especializada, para el ejercicio profesional; tanto en los centros de carácter público como en los privados.

En trabajos anteriores hemos señalado muchos otros puntos a tener en cuenta, pero tal vez todo pueda ser resumido diciendo que deben aplicarse con urgencia las normas de sanitarismo moderno, si se quiere "el completo bienestar físico, mental y social y no sólo ausencia de enfermedades o afecciones", según la definición de la salud que nos da la Organización Mundial de la Salud.

En el Capítulo I:

- a) El trabajo social: Factor imprescindible en la asistencia pediátrica - Dres. Delio Aguilar Giraldes, Jaime Averbach, Ana R. Guibourg, Asist. Social Carmen Ferrer.

La trabajadora social debe colaborar junto al médico en un mismo rango de valía para la protección humana integral. El hospital en que ejercemos no tiene el enfoque ni dispone de medios que le permitan un rendimiento eficiente de su servicio social. Se analiza la: 1º) protección materno-infantil y 2º) el aspecto pediátrico.

- b) Trabajo social y Régimen de Puertas Abiertas - Dres. Delio Aguilar Giraldes, Jaime Averbach, Ana R. Guibourg, Asist. Social Carmen Ferrer.

El actual sistema de puertas abiertas hace imposible una organización efectiva y el útil rendimiento de su trabajo social única posibilidad para un planteo de asistencia integral.

Es necesario una planificación zonaria para determinar las características de cada grupo de población con el fin de adecuar el desenvolvimiento de las obras médico-sociales a cada período del ciclo vital.

- c) Nueve factores a tener en cuenta para la organización eficiente del trabajo social - Dres. Delio Aguilar Giraldes, Jaime Averbach, Ana R. Guibourg, Asist. Social Carmen Ferrer.

Se señalan nueve fallas fundamentales que han encontrado los autores y que no se pueden descuidar si se quiere realizar una tarea médica integral.

- d) Mortalidad en la niñez - Década 1950-1959 - Dres. Norberto Barranchuk, J. M. Galli.

Después de analizar las causas de mortalidad infantil, su relación con la mortalidad neonatal concluyen que aunque la Ciudad de Buenos Aires presenta tasas de mortalidad realmente favorables en relación con el resto del país, no resiste la comparación con otras ciudades civilizadas del mundo, lo que obliga a luchar y renovar los esfuerzos asistenciales.

- e) Morbimortalidad en primera infancia en la Sala de Niños del Hospital Ramos Mejía - Dras. Leonor Cámpori, Dora Koloditzky y María L. Moguilner de Weis.

Comentan la prolongación de días de internación en razón de exámenes complementarios o por escatimar medicamentos costosos. Las enfermedades infecciosas constituyen el grupo mayoritario en la morbilidad y mortalidad. Le siguen en importancia las enfermedades debidas a alteraciones del metabolismo y nutrición en cuya importancia ponen acento y las enfermedades debidas a influencia prenatal. Llamam la atención sobre las dificultades para establecer comparaciones con otros trabajos por nomenclaturas diferentes. Indican la imperiosa necesidad de adoptar una clasificación standard.

- f) Asistencia Hospitalaria, Centros de Salud y Protección sanitaria integral al niño - Dres. Delio Aguilar Giraldes, Jaime Averbach, Dora Koloditzky.

Creen que los hospitales deben concretar su actividad a la reparación de la salud y toda otra tarea debe ser realizada por el Centro de Salud. De estos principios de ortodoxia sanitaria están alejados la mayoría de los hospitales.

- g) La Seguridad de los Hospitales - Dres. Norberto Baranchuk, María Elena Nafé, Julia Zwillinger.

Destacan la importancia de los accidentes en la infancia y la necesidad de tomar urgentes medidas preventivas en todos los medios. Señalan las medidas preventivas para los accidentes comunes al hospital y al hogar y concluyen que creen que los accidentes inherentes a la actividad hospitalaria tienen solución en un ambiente de disciplina y ORDEN, con el suficiente CONTROL para que no se desvirtúe el mismo.

- h) Costos Hospitalarios Pediátricos - Dr. Andrés Val.

Sostiene que son imprescindibles estudios contables para conocer con exactitud costos asistenciales, adecuar la oferta a la demanda y efectuar la explotación económica de la reparación de la salud humana.

- i) Sondeos recientes en clientela pediátrica del consultorio externo pediátrico - Dres. Leonor Cámpori, José Dalmaestro.

Estudian un muestreo realizado en los consultorios externos del hospital sobre condiciones económicas sociales y nivel cultural sanitario. Concluyen que un estricto cumplimiento de las disposiciones vigentes,

horarios y lugares adecuados e intensa campaña de educación profiláctica. Así se podrá conseguir el adecuado cumplimiento de la población y elevar el nivel cultural sanitario.

- j) El Servicio de Guardia de un hospital y su Clientela pediátrica - Dr. Carlos Augusto Figueroa.

Analiza las consultas pediátricas en la Guardia del Hospital J. M. Ramos Mejía y concluye que cree que las consultas de tipo pediátrico en una guardia llegan a ser casi la cuarta parte del total de consultas por lo que los servicios de guardia deberían tener un médico pediatra y las comodidades e instrumental adecuado para la atención de estos pequeños enfermos.

En el Capítulo II: Función Técnica Asistencial.

- a) Asistencia médica permanente en servicios para niños - Dres. Delio Aguilar Giraldes, Jaime Averbach, Norberto Baranchuk, Dora Koloditzky.

Consideran que el gran número de pacientes tratados (dan cifras correspondientes a los meses de noviembre de 1960 a marzo de 1961 fuera de los casos de deshidratación y diarrea en los que la presencia del residente permitió su rápida y favorable evolución permite aseverar la necesidad de la presencia de un pediatra permanente en los Servicios de Niños y en la Guardia de un Hospital General.

- b) Dosecientas encuestas realizadas en domicilios de niños distróficos internados - Dr. Jaime Averbach, Dietista María Elena Delle Donne.

Concluyen que en el grupo estudiado existen:

- 1º) Problemas económicos - salarios insuficientes.
 - 2º) Problemas sociales - analfabetismo y semi-analfabetismo 71 %.
Madres solteras 33 %.
 - 3º) Problemas de salud pública: promiscuidad, falta de higiene alimentaria, falta de consultas al puericultor, falta de educación alimentaria.
 - 4º) Problemas sanitarios: falta de cloacas 41 %.
- c) Factores técnicos a tener en cuenta en la Asistencia de niños con distrofia - Dres. Delio Aguilar Giraldes, Jaime Averbach, Leonor Cámpori.

Después de analizar una serie de cifras: a) Provenientes de la atención en 10 Centros Asistenciales desde el 1º de noviembre de 1958 al 31 de marzo de 1959; b) De 14.043 fichas clínicas revisadas en 1958; c) De las correspondientes a los niños internados en el Hospital Cosme Argerich; d) De señalar la baja cantidad de niños alimentados específicamente

te concluyen: Que el peligro alimentario es muy severo y que la asistencia en primera infancia engloba: 1º) Previsiones para evitar la producción de la desnutrición; 2º) Previsiones para que el niño esté adecuadamente cuidado durante la internación; 3º) Evitar infecciones cruzadas; 4º) Previsiones para una dietética adecuada; 5º) Previsión para la internación durante mayor tiempo del plazo medio para que el niño reintegre al medio ambiente en mejores condiciones; 6º) Disposición para que la trabajadora social controle el niño en el domicilio, que es el ambiente distrofiante. Señalan que el trabajo social inicia y cierra el círculo.

- d) Experiencia en la internación de primera infancia de madre e hijo - Dres. Jaime Averbach, Leonor Cámpori, Dora Koloditzky.

Enumeran las ventajas e inconvenientes de la internación de la madre con su hijo y concluyen que si bien cada madre internada junto a su hijo significa una erogación para la Municipalidad, sin embargo, las ventajas que significa para la salud mental del lactante compensan ampliamente esa erogación.

- e) Utilización de tablas de requerimiento - Dr. Delio Aguilar Giraldes y Dietista María Elena Delle Donne.

Presentan las tablas de requerimientos que se utilizan para niños de 1 a 13 años en la Sala II del Hospital Ramos Mejía. Entre sus ventajas figuran que pueden ser manejadas por una enfermera o empleada administrativa además condiciona un mejor control económico.

- f) Profilaxis de las infecciones en las Salas de Pediatría - Dr. Miguel S. Belaga.

Está convenido y utiliza datos que demuestran que el Sector de Aislamiento y Cuarentena es de suma utilidad y debiera ser implantado en todo Servicio de Internación de Pediatría, máxime en un Hospital General donde el personal del Servicio de Guardia carece de la experiencia pediátrica necesaria.

En el Capítulo III: Función Científica y de Investigación.

- a) El hospital, la pediatría y la función científica y de investigación. Dres. Delio Aguilar Giraldes, Jaime Averbach, María L. Moguilner de Weis.

Hacen un resumen del aporte en trabajos médicos de la Sala de Pediatría y los premios a que se han hecho acreedores y concluyen que no toca discutir el aspecto moral y científico ni la utilidad de esos aspectos pero sí debe destacarse que como inquietud filosófica es desanimante ante la desproporción del esfuerzo realizado y frente a los resultados obtenidos, cuando todo debiera confluir fácilmente para mantener viva la llama del espíritu médico y la utilidad y progreso de la medicina asistencial que realiza el hospital moderno.

En el Capítulo IV: Función Docente y Cultural.

- a) Los Ateneos dentro de la función docente y cultural del hospital - Dres. Delio Aguilar Giraldes, Jaime Averbach.

Después de un serie de consideraciones concluyen que les llama la atención que el médico se preocupe mucho más por lo científico que por cultural y considera que ello contribuye enormemente en detrimento de su eficacia.

- b) Hospital General - Sala de Niños - Función Docente y Cultural - Dres. Jaime Averbach, Norberto Baranchuk, María L. Miguilner de Weis.

Dan los datos de la actividad del Ateneo que funciona en la Sala de Niños y opinan que la integración de todas estas actividades con las similares realizadas por otros Ateneos redundan en una mejor formación médico cultural del graduado.

- c) Los médicos jóvenes - El Hospital y la Función Docente - Dres. Manuel Dran, Fidel López, Roberto Marcucci.

Exponen su criterio sobre las condiciones para contribuir a una formación rápida y eficiente del recién graduado.

En el Capítulo V: Aspectos Etico-profesionales.

- a) Anotaciones a tener en cuenta en la estructuración ético-profesional de la pediatría hospitalaria - Dres. Delio Aguilar Giraldes, Jaime Averbach, Dora Koloditzky.

1) El hospital debe cubrir las necesidades de la población en todas las horas del día.

2) La actual estructuración de las carreras no lo contempla y la racionalización está hecha sobre el número preexistente de camas de los servicios y no sobre el número de usufructuarios (estudian la población infantil de la capital, la duración media de internación, zona de influencia del Hospital Ramos Mejía, etc.).

3) Consideran la necesidad de realizar un estudio profundo y actualizado de la pediatría hospitalaria. Enumeran las ventajas que esto proporcionaría.

PALABRAS FINALES

DRES. DELIO AGUILAR GIRALDES y JAIME AVERBACH

El Servicio de Medicina Infantil Sala II del Hospital Ramos Mejía ha intentado estructurarse de acuerdo al planteo y finalidad del hospital moderno.

La plausible intención de las autoridades comunales es la de organizar sus hospitales en el mismo sentido. El Hospital Ramos Mejía es el

primero de ellos dentro de un plan piloto.

Toda política debe conjugar puntos importantes: 1º) Necesidades sanitarias de una población determinada; 2º) Aplicación de los conocimientos científicos y sociales; 3º) Disponibilidad de medios económicos adecuando la oferta y la demanda; 4º) Aplicación racional a los grupos etarios que asiste.

Aplicar estos conceptos a la realidad y particularidades de nuestro medio, entraña una amplia tarea reestructurativa en la que cuesta sobremanera romper viejas estructuras como también imponer nuevas ideas.

La asistencia médica implica la valoración equivalente de los problemas sociales, como de los problemas médicos.

La atención de la población se debe dividir en dos aspectos: En primer lugar, vigilancia del sujeto sano, y en segundo lugar, tratar al individuo enfermo. Es decir, promover y fomentar la salud por un lado y repararla por el otro: tareas del centro de salud y del hospital respectivamente.

El moderno hospital debe estar planeado y organizado para esta última función, lo cual no puede cumplirse sin una atención zonaria de la población y con un estudio social acabado.

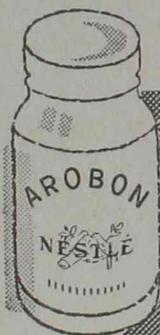
En lo técnico-asistencial ha de restaurar los desequilibrios físicos, psíquicos y sociales interactuantes en la enfermedad. Por la esencia misma de la función médica, promueve y aplica la actividad científica y la investigación.

Con respecto a la función docente y cultural, forma al médico y lo utiliza. Todo esto dentro de la relación humana que genera los aspectos éticos y profesionales propios de la evolución social.

En estos respectivos capítulos hemos dividido nuestras colaboraciones que traen el reflejo de una realidad, porque estamos convencidos de que: "Ningún departamento de salud estatal o local puede prevenir efectivamente o controlar la enfermedad sin el conocimiento de cuando, dónde y bajo qué condiciones ocurren las cosas" (Public. Health Reports U.S.A.). Promover, fomentar y reposar la salud es una conquista de la civilización, una obligación estatal, un derecho humano y una responsabilidad personal.

Para la "prevención" y el "tratamiento" de las diarreas

Para los lactantes, el Arobón en polvo (producto natural a base de algarroba), actúa con máxima eficacia en las dispepsias. Asociado a la alimentación normal (al 2%) el Arobón constituye el mejor "preventivo" de las gastroenteritis.



Frasco de 140 grs.

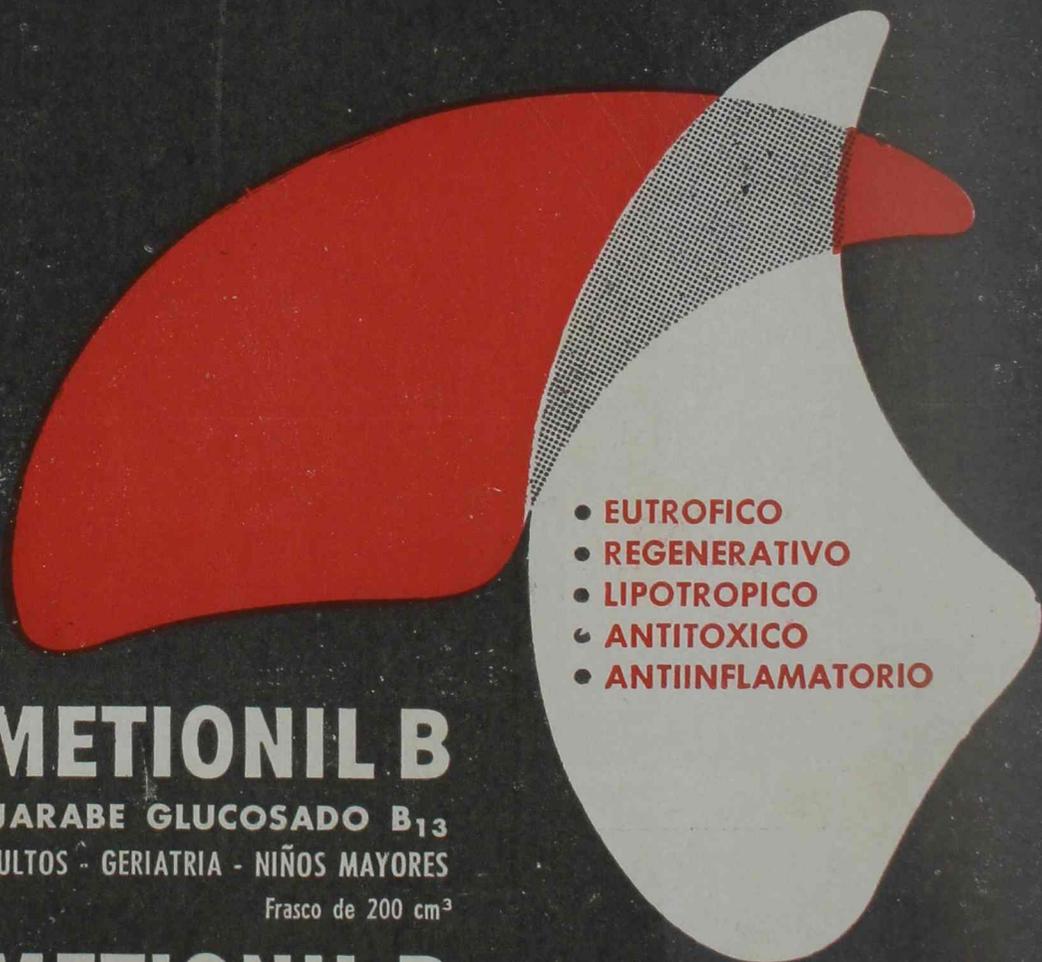
A base de pulpa de algarroba
(Ceratonia Siliqua)

AROBON



con
ACIDO
OROTICO
VITAMINA **B** **13**

nuevo
eutrófico
específico
de la
célula
hepática...



- EUTROFICO
- REGENERATIVO
- LIPOTROPICO
- ANTITOXICO
- ANTIINFLAMATORIO

METIONIL B

JARABE GLUCOSADO B₁₃
ADULTOS - GERIATRIA - NIÑOS MAYORES

Frasco de 200 cm³

METIONIL B

INFANTIL B₁₃ (GOTAS)
LACTANTES Y NIÑOS DE 1a. y 2da. INFANCIA

Gotero de 30 cm³

QUIMICA

DUMONT FRERES-DUFREY S.R.L.

CHARCAS 5013/15 - TEL. 71-3269 - BUENOS AIRES

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Todos los trabajos publicados en "Archivos" serán examinados por el Comité de Redacción y su aceptación estará subordinada a la calidad del material científico y a su forma de presentación. La Dirección de la Revista se reserva el derecho, con el conocimiento de los autores, de hacer todos los cambios editoriales usualmente exigidos por la tipografía, compaginación o el presente reglamento, así como distribuir los artículos en las diferentes secciones de la Revista.

Las Comunicaciones a las Reuniones Científicas serán publicadas en la Sección de las Actas de las Reuniones, seguidas de la discusión correspondiente. La tensión máxima para las Comunicaciones y Trabajos Originales será de ocho páginas y para los Casos y Referencias de cinco páginas. El Comité de Redacción resolverá en cada caso, tanto para las Comunicaciones de la Sociedad o Filiales y Secciones como para los trabajos originales e inéditos no presentados en las sesiones científicas, si el límite máximo de páginas, cuadros e ilustraciones establecido en el presente Reglamento puede ser ampliado.

Los originales deben ser presentados escritos a máquina, tamaño carta, con un espacio en blanco, sobre un solo lado de las hojas, en páginas numeradas en orden sucesivo. Deberá indicarse en cada caso el lugar en que se efectuó el trabajo, así como su dependencia de otras instituciones. Se aconseja ajustar la exposición al siguiente orden: introducción y delimitación del tema, exposición de técnica y resultados en forma sintética, historias clínicas muy resumidas, discusión directamente relacionada al tema en estudio, resumen y conclusiones, referencias bibliográficas. El resumen que debe acompañar a cada trabajo no excederá de diez a quince líneas y de ser posible traducido al inglés y francés. Los autores que deseen apartados (a su cargo) podrán pedirlos al entregar el trabajo, en número no menor de treinta.

Las citas bibliográficas consultadas se conformarán al estilo del Quaterly, (por ejemplo: Smith J. P., J. Of Ped. 20-342-1961). Las citas de libros y monografías indicarán también en orden sucesivo, autor, título, editor, ciudad, año de publicación y edición. Las citas llevarán un orden

de acuerdo a su presentación en el texto y correspondiente a la numeración de la bibliografía colocada al final.

Las ilustraciones (fotografías, radiografías, microfotografías) deberán hacerse en papel satinado y positivo, tamaño uniforme (6 x 9 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 como "figura". En el texto deberá indicarse claramente el lugar que corresponde a cada ilustración. Cada trabajo llevará como máximo dos (2) figuras. Los cuadros deberán ser en la medida de lo posible comprensibles y poseer un título explicativo además del encabezamiento. Se admitirán dos (2) cuadros por trabajo. Tanto los clisés como los cuadros excedentes serán por cuenta de los autores, así como también los cuadros que ofrezcan dificultades técnicas.

Las pruebas serán corregidas por la secretaría, salvo pedido especial del autor. Se devolverán los textos que no se ajusten a las recomendaciones presentes para que los autores se ajusten a las normas establecidas.

Asistencia Hospitalario

2a. Parte: Mesa Redonda

COORDINADOR: Prof. Delio Aguilar Giraldes.

RELATORES: Sociedades de Pediatría: Filiales La Plata, Río Cuarto, San Luis y Santa Fe.

La Mesa Redonda responderá a través de los equipos integrados por las Filiales y según al orden de exposición. En el caso de que no hubiera en el pannel quien pudiera responder a la pregunta, éste discriminará entre los asistentes a la Sala quien hará la respuesta de la misma.

PREGUNTA:

Dr. Kaufman. — ¿Cuáles son los denominadores que se utilizan actualmente para la obtención de las distintas tasas de mortalidad? ¿Qué edades comprenden las distintas tasas de mortalidad? ¿Qué definición de “nacido vivo” es la más aceptable en la actualidad?

RESPONDE:

Dr. Val. — Respecto a las tasas de mortalidad, la de mortalidad infantil es aquella que se expresa relacionando el número de muertos de menos de un año de edad, se multiplica por mil y se relaciona por el número de nacidos vivos, es decir que viene a ser muertos de menos de un año de edad multiplicado por mil dividido por el número de nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil comprende la mortalidad infantil precoz y la mortalidad infantil tardía. La mortalidad infantil precoz es la ocurrida dentro de los treinta días, para otros ya dentro de la primera semana. La mortalidad de niños de menos de un año, de menos de treinta días, insume alrededor de las tres cuartas partes de la tasa de mortalidad infantil. A su vez la mortalidad dentro de la primera semana de vida, insume, en algunas estadísticas, alrededor de la mitad de los muertos de menos de un año. Otra tasa de mortalidad infantil es la tasa de mortalidad fetal tardía, que incluye los nacidos muertos del último período de la época fetal, multiplicados por mil y relacionados al número de nacidos vivos. Otra, es la tasa de mortalidad neo-natal que significa la relación que existe entre los muertos de menos de una semana, multiplicado por mil y dividido por el número de nacidos vivos. La suma de la tasa de mortalidad fetal tardía más la tasa de mortalidad neo-natal constituye lo llamado “mortalidad perinatal” y sobre lo cual todavía no hay un acuerdo a nivel internacional, si bien, convencionalmente es lo que está aceptado.

La tasa de mortalidad pre-escolar comprende los niños muertos de tres a seis años multiplicados por mil, relacionados con la población de cien mil habitantes. Pero también, igual que con respecto a las tasas de mortalidad infantil, pueden establecerse tasas de mortalidad relacionándolas ya en forma específica con la población infantil de cero a catorce años de un determinado lugar y establecer la relación que existe entre muertos en las distintas edades con esa población de cero a catorce años y referirla a un índice que se utiliza como proporcional que es el mil, generalmente en cifras chicas de población. A veces puede utilizarse para establecer tasas específicas de mortalidad a distintas edades, la cantidad cien mil. La variación entre mil y cien mil depende de la cantidad de casos que se tenga a referir según las oportunidades. Con respecto a la tasa de mortalidad escolar se relaciona los muertos comprendidos en edad escolar, que es de seis a catorce años o de siete a catorce años que puede dividirse en una tasa de mortalidad escolar precoz y en una tasa de mortalidad escolar tardía, en relación a los muertos en esa edad, con relación a cien mil habitantes.

Con respecto a la definición que se me ha pedido de "nacido vivo", la definición aceptada actualmente es la de la Organización Mundial de la Salud que dice que "nacido vivo" es el que en el período expulsivo y aún unido a la madre por el cordón umbilical, presenta signos de vida, tales como latidos cardíacos, movimientos respiratorios o movimiento de músculo estriado o cualquier otro signo de vida.

Coordinador. — El Dr. Mazza hará una aclaración.

Dr. Mazza. — Conviene aclarar el concepto de la proporcionalidad de la mortalidad neo-natal, que si bien es cierto ocupa las tres cuartas partes de la mortalidad infantil total no lo es para los países que tienen mortalidad infantil muy baja. Cuando se estudian las tasas de los países con baja mortalidad infantil, la mortalidad neo-natal es las tres cuartas partes —o a veces más, las cuatro quintas partes— de mortalidad neo-natal. Es decir que prácticamente los que mueren, lo hacen dentro del primer mes de vida. Pero ello ocurre, naturalmente, en países muy desarrollados que presentan tasa de mortalidad infantil muy baja. Cuando la mortalidad infantil es muy alta, y al contrario, la mayoría de los niños mueren tardíamente. Lo que equivaldría a decir, para sintetizar que con tasas de mortalidad infantil muy baja, la mortalidad neo-natal es la más importante y con tasas de mortalidad infantil muy alta la mortalidad es predominante en los otros sectores del primer año de vida.

PREGUNTA:

Dr. Baranchuk y Dra. Pellitero. — ¿Conviene que los servicios asistenciales de previsión estén ubicados dentro de los establecimientos hospitalarios o fuera de los mismos? ¿No se cree que el niño de primera infancia por su mayor vulnerabilidad exige servicios asistenciales dedicados exclusivamente a funciones preventivas independientes de los Centros de Salud, cuya acción es multiforme? ¿Cuál es la razón por la cual los relatores han sustentado el criterio de derivar la acción preventiva hacia las unidades extra-hospitalarias?

RESPONDE:

Dr. Lozano. — A la primer pregunta, desplazamiento de las acciones preventivas fuera de los medios asistenciales, es una posición dialéctica. Entiendo que todo servicio médico, cualquiera sea su nivel o categoría, debe hacer funciones integrativas para la salud. De esta manera queda implícito, en toda acción asistencial, las otras implicancias de las actividades médicas. Por razones técnicas de prioridades sobre terreno entendemos que las acciones periféricas, que concurren o que sirven de vías a los hospitales bases, deben ser desplazados periféricamente, porque es la mejor manera de lograr economías de vida. Es decir, mediante una política sanitaria descentralizada no se necesita crear grandes instalaciones asistenciales. De nada sirve que se multi-

pliquen las camas, los hospitales, los médicos y las enfermeras, etc. si las motivaciones afectadas a esos servicios no son modificados. Y esas modificaciones deben cumplirse en la medida que se cumpla actividad periférica, "in-situ", de los problemas que determinan la cuantía de los problemas asistenciales. En una palabra, el concepto actual es desplazar los presupuestos asistenciales hacia los que promueven el fomento y la protección de la salud.

PREGUNTA:

Dr. M. Baranchuk. — ¿Incumbe a los servicios de pediatría ocuparse del niño sano, a los efectos de su asistencia preventiva?

RESPONDE:

Dr. Lozano. — Lo he contestado en la respuesta anterior. Es una posición que por mucho tiempo ha creado un artificio entre actividades preventivas y actos asistenciales. Pero los usuarios no lo viven así. Cuando una madre concurre a un consultorio no hace separación de qué es preventivo y qué es asistencial. Su engrama interpretativo es un chico que está sano o enfermo, con las implicancias que pueda tener en ambos sentidos. Sería artificial que el médico creara instituciones que hicieran a una u otra ambivalencia de este sentir que no tiene realidad práctica ni vital. De manera que yo entiendo que, por razones prácticas muchas veces habrá que acoplar actividades preferentemente sanitarias, en el sentido de promoción y fomento y, en otro caso, preferentemente asistenciales, como es la actividad de los hospitales, pero sin que en ambos casos se pierda el sentido integral que deben cumplir todas las acciones de salud.

Dr. Aguilar Giraldes. — Agregó que la actividad de proteger integral de la salud del niño sano — como la del adulto sano — corresponde al Centro de Salud. Una serie de Centros de Salud conectados con la unidad reparativa hospitalaria, es lo que dará cumplimiento en lo expresado por el Dr. Lozano. Por razones de economía, de funcionamiento, de técnica, o de un plan demofilático a cumplir, en alguna circunstancia el hospital puede actuar como Centro de Salud, en cuyo caso su tarea es excéntrica. Conviene que sea concéntrica, es decir, concentrar en los Centros — y esto viene a raíz de otra pregunta y motivada por la caducación de los Dispensarios de Lactantes. Lo que se trata es de no perder el contacto de la obra asistencial a la madre con la del niño, para que sea integrativa: cumplible por los Institutos Materno-Infantiles. Y el contacto directo del médico tratante con su paciente, tanto en estado de enfermedad como de salud. En otras palabras: cuando el niño, atendido como sujeto sano en el Centro de Salud llega a enfermarse, el médico no debe estar desconectado en su actividad pediátrica cumplida en el Centro de Salud con el centro hospitalario. Los pediatras, para el planteo técnico de la organización hospitalaria deben poder actuar en ambas partes. Porque el necesitado de asistencia hospitalaria, no puede romper el vínculo que tiene con su médico. Ello lleva al régimen de hospitales abiertos, motivo de otro capítulo de este planteo.

PREGUNTA:

Dr. Milione. — ¿Se cree que será conveniente la libreta sanitaria?

RESPONDE:

Dr. Lozano. — No solamente creo que es necesaria sino que es un imperativo de la hora actual, de nuestra sanidad, que está en ese sentido en un retardo como en tantos otros aspectos. La pregunta es alentadora porque da oportunidad de expresar que en este momento, en la Provincia de Buenos Aires, existe ya una ley vigente (y están las libretas sanitarias en prensa, que incluso han sido corregidas y este mismo año serán puestas en vigencia en toda la Provincia de Buenos Aires), con carácter obligatorio para los recién nacidos y opcional para niños de segunda infancia. Mediante algu-

nos arbitrarios, de tipo estatal, creemos que va a ser generalizada a toda la Provincia mediante su exigencia en la etapa escolar. Creemos que significará un gran adelanto y posibilitará encauzar uno de los grandes problemas que hacen a la sanidad infantil, mediante un documento sanitario que tenga, incluso, perspectivas futuras para el adulto y que, en última instancia, la libreta de salud infantil sea el primer paso para una estructura sanitaria de la población, que deberá contar dentro de sus documentos personales, con la libreta sanitaria personal.

Dr. Aguilar Giraldes. — Hace veinte años, con el Dr. Fernando Ugarte, planteamos y concretamos en el Congreso Nacional de Medicina y luego en el Primer Congreso Nacional de Puericultura, todos los aspectos referentes a la Libreta Sanitaria del Niño. Es importante la aclaración del Dr. Lozano y la pregunta reviste crecido interés, puesto que en el avenir de la asistencia al niño, la Libreta Sanitaria será el único documento posible de unión entre la asistencia oficial, estatal y la asistencia privada. En pediatría el médico no puede perder el contacto con su asistido, por lo tanto creo que el médico en el ejercicio privado de su profesión, tiene una amplísima misión a cumplir. Todo ello necesita que haya un reajuste entre la medicina estatal y la medicina privada que permita que se documente en la Libreta Sanitaria y tenga controles en períodos de la vida que la hagan eficiente. Creemos que es un documento de una importancia capital. Ella fue implantada por ordenanza municipal. Ordenanza que propiciaron los concejales Bullosa, Malvar y Turano.

Dr. Val. — Respecto al problema de medicina preventiva, la Libreta Sanitaria es la exteriorización material de esos exámenes, y en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, en conversaciones que hemos mantenido con el Ministerio de Salud Pública, se está trabajando para realizar justamente un plan en combinación con el Ministerio para la Capital Federal, plan que se va a tener en primera etapa, una zonificación sanitaria de la Capital Federal, la distribución de los Centros de Salud que funcionarán extra-hospitalarios algunos, intra-hospitalarios otros y ya está materializado también el modelo de libreta sanitaria e historia clínica para hacer el examen periódico, no solamente en lo que respecta a la población pediátrica sino también al resto de la población.

Dr. Lozano. — Dadas las inquietudes que varias provincias tienen en este mismo sentido sobre la Libreta Sanitaria creo que debiera convocarse a una reunión conjunta, o tratar de coordinar ideas para que no haya tantas libretas sanitarias como provincias. Aquí se suscitara el problema de la Capital Federal con la zona del Gran Buenos Aires, que tendrían distintos documentos sanitarios. Deberíamos conectar la actividad ya realizada en la Provincia y que ya está en prensa, y acercársela a la Capital a través de los municipios, para tratar de homogeneizar y hacer un documento que tenga sentido similar.

PREGUNTA:

Dra. Koloditzki. — ¿Dado que el sesenta por ciento de los lactantes internados son distróficos, no sería aconsejable la creación de un centro de estudio y prevención de la distrofia?

RESPONDE:

Dr. Lozano. — Personalmente creo que no, creo que la mejor forma de estudiar el distrófico es curándole y que no haya distróficos. Nosotros sabemos cuáles son las motivaciones que determinan la creación de esta entidad nosológica de manera que debemos ir a combatirlos y no a estudiarlo digamos, académicamente y aunque pudieran obtenerse conclusiones de interés científico, el problema social nos golpea con demasiada urgencia como para resolverlo en estos términos. Yo haría un símil con lo que se refiere a algunas enfermedades, como pudo haber sido la difteria. En Norte América, a

principios de siglo, esta enfermedad significó una cantidad de vidas inmoladas y cuantiosa cantidad de dólares que llegó al orden de los mil millones de dólar, cifra fabulosa. El gobierno de Estados Unidos, con muy buen criterio, entiendo que creó una política sanitaria que hizo imperativa la vacunación y no crear a un instituto para estudiar a los diftéricos. Son hechos que están perfectamente esclarecidos a través de la historia sanitaria.

Coordinador. — El Dr. Lajé quiere hacer una aclaración.

Dr. Lajé. — Me permito disentir algo con la opinión del colega. Indudablemente nuestra función específica es la asistencial, pero negar y restar valor a la investigación y al estudio del problema me parece que es estar completamente equivocado. Sólo podremos tratar mejor al distrófico y darle solución cuando conozcamos a fondo e íntimamente el problema de la distrofia.

PREGUNTA:

Dr. M. Baranchuk. — ¿Qué se opina desde el punto de vista sanitario y asistencial sobre la reducción del número de Dispensarios de Lactantes en la Protección a la Primera Infancia de la Capital y de su actual distribución?

RESPONDE:

Dr. Aguilar Giraldes. — El rápido avance de la medicina de espíritu social, desbordó los aspectos técnicos de la actividad hospitalaria, lo que es, en realidad, protección integral de una población. Ello se cumplía perfectamente por la Protección a la Primera Infancia en la Ciudad de Buenos Aires, con veinte dispensarios y cinco Institutos. La traducción, en índices de mortalidad infantil, disminuyó considerablemente. Estos dispensarios actuaban como verdaderos Centros de Salud infantil e igualmente los Institutos Materno-Infantiles, porque estaban conectados con las Maternidades. Creemos que ha habido un perjuicio porque se trasladó al hospital una función que no debe cumplir. La pregunta está intencionadamente muy bien hecha, puesto que si tomáramos el ejemplo del Hospital Ramos Mejía de la Ciudad de Buenos Aires y actuara en protección integral del niño, tendría que realizar un promedio de cuatrocientas consultas diarias. Para ello tiene asignada una superficie para Consultorios Externos de cincuenta y cuatro metros, el comentario es obvio.

PREGUNTA:

Dra. Koloditzki. — ¿Qué medidas concretas propone la Mesa Redonda para la organización de la atención materna infantil en la Ciudad de Buenos Aires?

RESPONDE:

Dr. Aguilar Giraldes. — Oportunamente nos hemos ocupado del tema: la asistencia materno-infantil debe ser una obra conjunta. Pero no sólo conjunta en el sentido de la prestación del servicio sino de una unificación legal para que así pueda realizarse. Tal vez en una nueva Ley de Maternidad e Infancia, en que se compendiará cuanto se refiere a la madre y al niño, se encontrara la fuerza legal para poder actuar. Es fundamentalísimo para ello actuar sobre zonas demográficas, demofiláticas mejor dicho, perfectamente determinadas. En el año 1944-1945, con el arquitecto Carlos A. Quiróz, estudiamos un plan integral para la asistencia materno infantil hasta con su correspondiente Instituto Gineco-Tocológico-Infantil para la Circunscripción 15ª. Han pasado desde entonces aproximadamente tres lustros y esa circunscripción que es una de las secciones más importantes a proteger en la Ciudad de Buenos Aires está desprovista de obras y las maternidades no la cubren suficientemente. Es evidente que el adelanto de la asistencia tocológica ha permitido un mejor rendimiento funcional de las maternidades. Pero si se tiene en cuenta de acuerdo a los nacimientos, que las maternidades aumentan su capacidad asistencial, en cambio las Secciones Puericultura, para el recién nacido y para lactantes, no están proporcionales a esta nueva distribu-

ción asistencial. Creemos que ello debe ser unificado, en lo legal y para la prestación de los servicios.

PREGUNTA:

Dr. M. Baranchuk. — ¿Qué porcentaje de niños han recibido íntegra y oportunamente todas las aplicaciones inmuno-profilácticas del total atendidos en Consultorios Externos e Internados?

RESPONDE:

Dr. Mazza. — La respuesta que pueda darse a esta pregunta, es absolutamente parcial, y referida exclusivamente al medio en que se actúa. En cuanto a los niños internados en el hospital, podría decir que la mayor parte de ellos no reciben vacunaciones profilácticas —sobre todo en lo que se refiere a los niños pequeños, los lactantes— porque sus condiciones precarias de salud, mientras están en hospital, no permiten hacer unas vacunaciones con probabilidades efectivas. En cuanto al resto del procedimiento de vacunación se realiza en el hospital en forma harto rutinaria y sin seguir un criterio racional. Diríamos así que las vacunaciones se realizan sobre todo según la demanda y tienen particular importancia las que se refieren a la profilaxis de la poliomielitis, debido a que conocemos perfectamente la especie de psicosis que hay dentro de la población con respecto a esta enfermedad, que lleva a la gente a reclamar la vacunación. En el resto de las enfermedades previsibles existe una total desorganización respecto a la forma de administrar estas vacunas. Creemos que es muy importante la acción que en este campo desempeña el médico en el ejercicio privado de la profesión donde se vacuna en forma mucho más racional. Por lo tanto, la vacunación preventiva o profiláctica de las enfermedades previsibles, debe estar sometida, creo yo, a una reglamentación o a una organización un poco más efectiva.

PREGUNTA:

Dr. Torres. — ¿Qué ofrece la Capital Federal y la Provincia de Buenos Aires para asistir al prematuro? ¿Son esos servicios suficientes? ¿Se conoce al respecto la situación en otras Provincias?

RESPONDE:

Dr. Mazza. — Puedo referirme exclusivamente a lo que ocurre en la Provincia de Buenos Aires y más especialmente en la Ciudad de La Plata, no así adelantar información en lo que se refiere a la Capital Federal. Pero en lo que a nuestro territorio comprende, podríamos decir que la asistencia al prematuro está, no diré que desorganizada, sino que no está organizada. Nunca lo ha estado. En este sentido creo que se impone el imperativo de que se dictaran normas de asistencia a esta categoría de niños. Conducente a ello sería muy importante que los propios médicos recibieran una educación al respecto. Y no sólo los médicos sino todas las personas que se encargan de la asistencia de éstos niños, por ejemplo las obstétricas, las parteras. Nosotros hemos podido comprobar en nuestra práctica hospitalaria, que —para mucha gente— el hecho de que un niño sea prematuro significa lisa y llanamente llevarlo al hospital, que es un profundo y grave error. Si consideramos que la mayoría de los prematuros —hecho que está comprobado estadísticamente— pertenecen al grupo de los prematuros de primer grado, es decir los que nacen entre dos kilos y dos kilos quinientos, sabemos perfectamente que son absolutamente pasibles de brindársele asistencia domiciliaria y que se benefician más en el domicilio que en el hospital, siempre y cuando en este domicilio se puedan obtener las garantías necesarias de control y asistencia. Nosotros asistimos cotidianamente al hecho de que un prematuro nacido en cualquier punto de la ciudad (muchas veces distante del centro hospitalario adonde se lo transporta) y por el solo hecho de pesar dos kilos trescientos, dos kilos cuatrocientos, es transportado en ambulancia que no ofrece las menores

garantías para el niño de esas condiciones y que es transportado a treinta, cuarenta, cincuenta y a veces cien o doscientos kilómetros de distancia, a los efectos de depositarlo en una cama de hospital, servicios que, por otra parte, no ofrecen las garantías necesarias de higiene y de confort para los mismos y donde muchas veces están mezclados con niños enfermos. De modo tal, correspondería que las autoridades sanitarias dictaran un código de procedimiento —diríamos así o normativo, de cuál debe ser la conducta a seguir frente a estos niños y que, por otra parte, los médicos y las obstétricas estuvieran mejor informadas respecto también de la conducta que se debe asistir con los nacidos en estas condiciones. Felizmente como digo la prematuridad de primer grado es la más frecuente y por lo tanto la que necesita menos asistencia. Los otros grados de prematuridad —los niños ya absolutamente pequeños— deben ser internados en servicios bien organizados. Por otra parte las maternidades existentes, con el objeto de defender —diríamos así— sus tasas de mortalidad en prematuros, se niegan a recibir niños nacidos fuera de las mismas, es decir los prematuros que se suponen sucios o infectados. De manera que correspondería habilitar, en esos servicios, salas o camas especiales para los que se consideren infectados.

Dr. Aguilar Giraldes. — Los índices de prematuridad de las grandes ciudades muestran que, en realidad, su reducción se consigue mediante una asistencia obstétrica eficiente sobre las grávidas. Si se aplica la real cantidad de prematuros nacidos usufructuarios del medio hospitalario, no se justifica la creación de centros especiales para prematuros. Creemos que cada maternidad pública, debe estar eficientísimamente organizada y dotada para asistir a todos los recién nacidos por igual y acrecentar el cuidado de los prematuros extremos, por lo cual voy a pedir al Dr. Minujín una muy breve respuesta respecto al resultado técnico en estos niños que realmente necesitan de un cuidado especializado.

Cifras extranjeras, como las de Bundsen, de Duncan y Bierman, etc., muestran que a pesar del incremento en la asistencia hospitalaria del prematuro extremo se consiguen reducciones que justifican el aumento de gastos para el cuidado de estos niños.

PREGUNTA:

Dr. Yanzón. — ¿Es indispensable el uso de incubadoras complejas y costosas para la asistencia del prematuro?

RESPONDE:

Dr. Minujín. — Está dicho por los Dres. Maza y Aguilar los conceptos que en este momento rigen en el mundo pediátrico. Quiero agregar dos datos informativos interesantes. Uno de ellos es el del tipo de incubadoras a usar y a quién debe darse las incubadoras. En un folletito que se ha hecho distribuir acá, que se refiere a quince centros para prematuros en Europa, se puede leer en las páginas 8 y 9: En Zurich, ciudad pequeña, existen dos centros para prematuros. Uno, el que dirige el Prof. Willy anexo al Cantonal Hospital y otro que pertenece al Kinder Hospital, que dirige el Dr. Fanconi. El primero, el del Profesor Willy, hombre que ha consagrado su vida entera a estudios de fisiología y patología fetoneonatal; no utiliza incubadoras complejas, costosas, tipo Isolet; usa sencillamente una especie de calentacunas. En cambio, en el Kinder Hospital de Zurich, muy lujoso, se emplean incubadoras tipo Isolet. Pues bien: las estadísticas son exactamente iguales en el servicio del que no tiene incubadoras y aquel que tiene incubadoras complejas y costosas. El hecho de que las incubadoras están destinadas, en la hora actual, únicamente a aquellos nacidos por debajo de los dos kilos de peso, y que las tres cuartas partes de los clasificados como prematuros pesan entre dos kilos y dos kilos y medio, es decir, que prácticamente las tres cuartas partes no necesitan incubadora, ha hecho que la utilización de las incubadoras pase a ser un elemento de segundo orden en la tarea asis-

tencial del prematuro. Lo que importa es quien y cómo se cuida a un prematuro, y ello puede organizarse en cada una de las maternidades, tal como acaba de decirlo el Dr. Aguilar. No es cuestión de organizar grandes centros para prematuros, complejos y costosos, sino organizar la asistencia en cada uno de los centros maternales puesto que no existe ninguna diferencia entre la asistencia del recién nacido a término, patológico, y la del recién nacido prematuro, que es una cuestión simple de proporciones propias.

PREGUNTA:

Dra. Galán. — ¿Es indispensable el uso de incubadoras complejas y costosas para la asistencia del prematuro? ¿Qué importancia se le asigna a la residencia dentro de un plan docente de formación médica?

RESPONDE:

Dr. Mazza. — La residencia hospitalaria ha probado ser un sistema excelente de educación médica, y, como tal, debe implantarse. Es necesario dejar perfectamente aclarado que la residencia hospitalaria es un elemento de formación del graduado y que no se trata de la rendición de un servicio remunerado. La prueba de ello es que las mejores residencias son las peor pagas. Es decir: las más requeridas, donde se aprende más son las residencias que, justamente, tienen una remuneración más baja. Esto, en los países que han desarrollado este sistema. La importancia del sistema de residencias y de internado rotatorio no puede ser dejada de lado y en ese sentido debemos decir que, entre nosotros, en el país, en la ciudad de Buenos Aires y también ahora en la Provincia de Buenos Aires, ha comenzado a ponerse énfasis en este sistema. Al respecto debo manifestar que en la Provincia de Buenos Aires se ha creado una comisión de educación médica, que se encarga, justamente, de la elaboración, control y vigilancia de todos los planes de educación médica post-graduada, elaborando, para el Ministerio de Salud Pública de la Provincia, un régimen de internado rotatorio y de residencias que va a ponerse en práctica en los hospitales piloto de Mar del Plata y de Gonet. Se ofrece, de esta manera, la oportunidad de implantar un sistema nuevo en un hospital nuevo, es decir, donde se trata de evitar el choque de dos maneras diferentes de encarar la medicina, la asistencia del enfermo y el aprendizaje de la misma, con la enorme ventaja de no tener que luchar contra las tareas y las rutinas del viejo sistema. En este sentido nosotros tenemos fe en la acción de esta comisión y pensamos que en un futuro no lejano podremos dar los resultados de este excelente sistema de educación médica.

PREGUNTA:

Dr. Huarque Falcón. — ¿Qué medidas aconseja el panel para lograr la autorización o prácticas de necropsia, en los departamentos u hospitales de niños, atento a la falta de una legislación positiva?

RESPONDE:

Dr. Mazza. — Tal vez la respuesta sea difícil en lo que atañe aconsejar una medida de carácter general. Creemos que la realización de la autopsia es siempre una operación difícil, más difícil que la más difícil intervención quirúrgica. Entendemos que tal vez lo más práctico es no dar una categoría de hecho consciente —desde el punto de vista del familiar— a la realización de esta operación desagradable. Se evitarían complicaciones de carácter legal, si el familiar o el enfermo que se interna en nuestros hospitales firmara —a lo mejor inclusive sin saberlo— una conformidad desde el punto de vista de la realización de la autopsia. Pero, en la práctica —y ello es lo importante— firme o no el enfermo (o el familiar) una autorización, haya o no haya una reglamentación, la cuestión es practicar la autopsia. Y la dificultad reside, precisamente en hacerla. Puedo decir —porque llevo algunos años de experien-

cia en el problema— qué es lo que hacemos nosotros: lisa y llanamente la practica- mos podría decir que casi en el cien por ciento de los enfermos que nos proponemos realizarla y las que no, es por falta de oportunidad de quien quiera realizarla. En la mayor parte de los casos (casi en la totalidad) la familia ni se entera que se la realiza. No se entera porque el procedimiento es sencillo: el cadáver se entrega vestido, y la familia no se apercibe que el niño ha sido autopsiado. Creemos que el método de pedir autopsia es absolutamente negativo porque ningún familiar lo autoriza. Por otra parte, en cuanto a la ejecución material de la necropsia, los médicos se equivocan al pensar que la realización de la misma debe ser realizada en un servicio de anatomía patológica. El patólogo nunca está disponible en el momento que muere un niño, de modo que no se puede ir en su busca (y hacerlo significa pérdida de tiempo) y ese tiempo es precioso para la realización de la operación. Creemos que los mismos médicos que atienden al niño —“todos” los médicos— deben hacer autopsia. Y eso es lo que hacemos nosotros. Médicos y practicantes son los que realizan esta intervención y siempre se hace con carácter de urgencia, mientras el familiar, en esos momentos de angustia y desesperación, se dedica a realizar los trámites necesarios a las finalidades de retirar el niño del hospital. Hemos creado en nuestro servicio una conciencia en cuanto a la necesidad de necropsia, y de esa conciencia participan incluso las religiosas del hospital, que a veces nos entretienen a la familia o las que nos llaman cuando ha muerto un niño, para que practiquemos la operación. Desde luego que el médico podrá hacer la parte macroscópica y la evisceración del cadáver, queda luego al patólogo el estudio de las piezas, la microscopía, etc. Nosotros nos encargamos incluso hasta de la parte fotográfica. Ello naturalmente exige un gran sacrificio, muchas molestias, pérdida de horas que podrían ser dedicadas a otras actividades pero entendemos que es la única manera de poder realizarla.

PREGUNTA:

Dr. Souilla.—¿En qué consiste el sistema de regionalización implantado en la Provincia de Buenos Aires?

RESPONDE:

Dr. Armendariz.—Estando en la sala el doctor Korach, le pediría que contestara esto él. ¿Doctor Korach? Brevemente, por favor.

Dr. Korach.—Agradezco mucho a la Mesa Redonda, pero respecto a esta pregunta lo único que puedo decir es que está en marcha, en estos momentos, en la Provincia de Buenos Aires, un sistema que no hace más que responder a indicaciones que, en los países sanitariamente avanzados, ya se ha implantado como sistema de organización médica. Ayer, con satisfacción, he escuchado relatos de los doctores Ivaldi, Troncoso y colaboradores, relatos de la Sociedad de Pediatría de Mar del Plata y, en general, las inclinaciones de los pediatras argentinos —es satisfactorio escucharlo— están dentro de la tónica moderna, en lo que se refiere a medicina integral de la salud pública. Es decir: promoción, protección y recuperación de la salud. Regionalización; para responder las necesidades del tiempo. Es un problema que encara la salud pública con un sentido integral. La Provincia de Buenos Aires, específicamente hablando, ha encarado y siguiendo las diez regiones sanitarias que el Colegio de Médicos de la Provincia había dividido la Provincia y siguiendo condiciones únicamente de política económica, política geográfica, pero que, para un sistema de regionalización con sentido de medicina integral, deberán proseguirse de estudios muy detenidos de orden económico, social, geológico, antropológico, etc. En la Provincia de Buenos Aires se piensa que solo mediante un estudio integral en estas condiciones podrán eventualmente formarse las regiones sanitarias en este orden de cosas. Cuando se proceda a ello, tendremos: primeramente, que habrá coordinación de servicios. En estos momentos hay establecimientos provinciales, municipales y na-

cionales que superponen funciones. Servicio de pediatría, servicio de cirugía y otras especialidades. Seguidamente, sabemos que Salud Pública es la cenicienta de los presupuestos. Sin embargo sobran recursos humanos y materiales en muchos aspectos. Si nosotros uniéramos, en un esfuerzo extraordinario como está haciéndose ya en algunas regiones de la Provincia de Buenos Aires (caso por ejemplo, de la Cuarta Región Sanitaria) ya está lográndose que establecimientos nacionales y provinciales se pongan de acuerdo; que establecimientos comunales no superpongan servicios, estudiémoslos presupuestos, recursos y normas como he oído recién expresar con mucha satisfacción al doctor Mazza, a los integrantes de la Mesa doctores Lozano y Armendáriz. Cuando estudiemos estas posibilidades de coordinación de servicios, habremos cumplido la primera etapa de regionalización. Al final, los médicos estamos trabajando todos para la salud pública y no nos interesa si lo realizamos en servicios municipales, nacionales o provinciales, o aún en servicios privados, que también habrá que incorporarlos con el tiempo. El doctor Mazza se refirió recién a la experiencia de Mar del Plata y esta ciudad va a dar probablemente un ejemplo de organización médica-sanitaria que estamos esperando los médicos que hemos trabajado siempre en los gremios. Ha encaminado sus esfuerzos para que en el sistema de regionalización se implante el sistema de reforma hospitalaria. Este es un tema muy amplio y lamento no ser más explícito. Si Uds. desearan aclaraciones, cuando termine la mesa redonda yo podré hacérselas con mucho agrado, pero estoy seguro que por los minutos que me han dado, me ha sido imposible exponer el tema con más claridad, muchas gracias.

PREGUNTA:

— ¿Organización tripartita de la sanidad, gobierno, técnicos y organizaciones populares?

RESPONDE:

Dr. Armendáriz. — Creo que es parte del planteo de regionalización. Regionalización significa descentralización administrativa, centralización normativa y una coordinación de servicios municipales, nacionales, provinciales y privados. Y, además, una coordinación con las entidades de bien público y con las entidades médicas, como ser federaciones médicas, federaciones odontológicas y, digamos, con las fuerzas populares. Lo creo fundamental para obtener buenos resultados en materia de salud pública. Si el gobierno actúa como ente aislado nunca podrá conseguir, sin la colaboración de la comunidad, buenos resultados.

PREGUNTA:

Dra. Zwillinger. — ¿Relaciones entre la mortalidad infantil y la mortalidad neonatal. Evolución de las mismas y posibilidades de reducir dichas tasas?

RESPONDE:

Dr. Armendáriz (muestra gráficos). — La relación de la mortalidad infantil y la neonatal es variable en casi todos los países. En Chile es casi la tercera parte mientras que en EE. UU. la proporción de la mortalidad infantil de uno a once meses es mínima respecto de la neonatal. En este gráfico se muestra la tendencia al descenso en la Provincia de Buenos Aires y es muy significativo cuanto que muestra que la mortalidad neonatal ha sufrido un incremento; en cambio la mortalidad infantil de uno a doce meses ha manifestado tendencia al descenso. Esto mismo ocurre en Estados Unidos donde la mortalidad de uno a once meses ha descendido y la de uno a cuatro años ha descendido más aun. En cambio la neonatal se mantiene en una curva de menor descenso. Así a la lucha contra la mortalidad neonatales se la ha llamado *cara* con respecto a la lucha contra la mortalidad infantil total que es la *lucha barata*, y así se las denomina porque la lucha contra la mortalidad de uno a once meses se debe fundamentalmente a factores infecciosos y nutritivos, que pueden ser con-

trolados con medidas de educación sanitaria, distribución de alimentos, etc., o sea, fenómenos sociales fundamentalmente. En cambio, en la neonatal, contribuyen problemas del orden del traumatismo obstétrico, malformaciones congénitas, prematuridad, contra los cuales es difícil y oneroso luchar. En los gráficos se observa que la mortalidad infantil, comparada con la de uno a cuatro años, es un fenómeno puramente social. En cambio, la de un año, es un fenómeno que entra fundamentalmente en la actividad pediátrica.

PREGUNTA:

Dr. Quesada. — ¿No se cree que la burocracia es un elemento perturbador y parásito de los hospitales?

RESPONDE:

Dr. Aguilar Giraldes. — Cuanto se dice, en el hablar corriente, indica que la burocracia es un factor de impedimento y de trabazón en el trabajo diario, en cada una de sus especificaciones técnicas. Llamo la atención que en el estricto sentido de la palabra, "burocracia" significa la continua aplicación de los reglamentos. Reglamentariamente, está bien hecho, prácticamente, es ineficaz y entorpecedor. Aprovecho la pregunta para dejar sentada mi queja en el sentido de que se debe acabar con este manejo, por lo menos en lo que se refiere a técnica asistencial hospitalaria.

Dr. Quesada. — Conuerdo con lo manifestado. Es vergonzoso que incluso señores directores de hospital, médicos, sean también partícipes de esa burocracia. No es concebible que siendo primordial la atención del enfermo, se la obstruya por mecanismos reglamentarios.

PREGUNTA:

Dr. Barquín. — ¿Cuáles son las necesidades hospitalarias para una ciudad de trescientos mil habitantes de zona conurbana? Número de camas. Distribución por edades. Personal mínimo técnico-médico; personal auxiliar y social.

RESPONDE:

Dr. Aguilar Giraldes. — Debe calcularse una cama por mil niños y media cama más por mil niños para enfermedades infecciosas, por lo cual puede calcularse una cama y media por mil niños. A ese número debe hacerse la reducción de los reales usufructuarios de los hospitales, salvo que el régimen hospitalario sea abierto y toda la población pueda usufructuarlas. De esta manera puede adecuarse, con bastante exactitud, oferta y demanda, reducirse los costos de atención de cada enfermo con lo que el hospital se enriquece y mediante una administración sabia dispone de los elementos para asistir a los realmente necesitados.

PREGUNTA:

Dr. Muñagurria. — ¿Quién debe atender al recién nacido en las maternidades?

RESPONDE:

Dr. Morsichof. — Sobre este problema ya hay juicio formado y en el que se está de acuerdo. Depende también de las posibilidades prácticas de cada región. En nuestro relato, expresamos que debe ser el pediatra quien debe atender al recién nacido. Y así lo hacemos en una población que tiene alrededor de cuarenta mil habitantes y en un hospital relativamente pequeño. Creo que en todo Departamento Pediátrico, dentro de un hospital general, debe actuar un médico que se dedique especialmente a la atención del recién nacido y el Servicio de Obstetricia debe estar en conexión directa con el departamento pediátrico.

-Coordinador. — Ruego al doctor Yanzón, por su amplísima experiencia en el capítulo, que nos dé una impresión muy concreta respecto del tema.

Dr. Yanzón.— Es este un capítulo que no puede contestarse en una sola respuesta, porque es un problema complejo de organización sanitaria y lo conocemos así y en términos comunes, desde hace treinta años. Porque antes figuraba, en las historias clínicas, como “nacido vivo” y “se va con su madre”, o “nació muerto macerado”. De manera que estas tres décadas se han esclarecido extraordinariamente el concepto de lo que es el recién nacido. Pero no se ha convencido a los médicos sobre quién debe atenderlo. Tan es así que aún hay Jefes de Maternidad que se lamentan de que se les haya privado de la atención de los recién nacidos y de que los asista Medicina Infantil, digamos, para nuestro caso, en la Capital Federal. Naturalmente que en el interior del país cada situación es particular. De manera que debíamos preguntarnos más bien quién es el que está capacitado para atender al recién nacido. La Facultad forma médicos, no forma pediatras. Los pediatras van siendo formados por estos centros, la Sociedad Argentina de Pediatría, la Sociedad de Puericultura, los diversos cursos, ateneos, etc., que se desarrollan en todo el país. De manera que diríamos: debe atenderlo el que esté capacitado para hacerlo. ¿Quién es el que está capacitado? El que haya sido formado como médico por la Facultad, que haya actuado —siquiera por breve tiempo— en la clínica; que haya atendido niños de segunda y de primera infancia. Y, al fin, la culminación: el que atienda los recién nacidos en la Maternidad. Para ello hay que tener conceptos sociológicos, conocer economía política; que conocer psicología es decir conocer “todas” las especialidades. De manera que la atención del recién nacido, este ser de los más débiles de la sociedad, debe ser atendido por el que esté más capacitado.

PREGUNTA:

Dr. Quesada.— ¿Se ha estudiado la razón de las deficiencias de los laboratorios centrales?

RESPONDE:

Dr. Quesada.— Esta pregunta está relacionada con la mala racionalización de los hospitales en nuestro país, que recién merece preocupación. Faltan en los hospitales técnicos, personal auxiliar, instrumental y toda la labor del hospital se concentra en el Laboratorio Central. De manera que muchas veces, el servicio pediátrico, el departamento pediátrico, no tiene la respuesta oportuna y debe dejar internados a sus pacientes más tiempo que el necesario. Por eso sostenemos, aunque sea antieconómico, que el departamento pediátrico debe disponer de un Laboratorio para la atención de sus enfermitos. De esta manera se resolvería el problema.

Dr. González Aguirre.— Uno de los graves inconvenientes que tienen los hospitales en general, sobre todo los de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, es la deficiencia de los servicios auxiliares. Sobre todo, el laboratorio. En distintas oportunidades se ha buscado la solución de este problema radicándolo en el Laboratorio Central. Convocados los Jefes de los Laboratorios se ha expuesto que uno de los motivos fundamentales no es precisamente la carencia de elementos ni la carencia de personal. Es, y en el hospital donde yo trabajo es importantísimo, que un cuarenta y cinco por ciento de los exámenes que se realizan en el hospital son enviados para enfermos que no están internados ni figuran dentro del hospital. Además diez a quince por ciento, todavía, son análisis que exigen trabajo y después no son retirados. Problema sumamente serio que incide evidentemente sobre la tarea hospitalaria. Además, en el hospital, el Laboratorio trabaja sólo dos horas o tres horas, cuando la labor debiera ser mucho más larga, seguir por la tarde el trabajo de la mañana y con ello podríamos disponer de un Laboratorio Central eficiente y ser evidentemente mucho más útil que un laboratorio en un Servicio que generalmente está dirigido o por aficionados o por laboratoristas que no siguen carrera y no llegan a poseer las condiciones necesarias para exámenes de alta jerarquía y que resulta, al fin de cuentas, que muchos

de esos mismos análisis pasen al Jefe del Laboratorio Central.

Dr. Aguilar Giraldes. — La organización de los Servicios Centrales Conexos para el Diagnóstico y Tratamiento, pecan todos de el mismo defecto y depende: primero de la falta de control de los ingresados de público. Cualquiera entra al hospital y pide el análisis que se le ocurre por contar con la amistad de cualquier médico. Segundo, falla del Departamento de Orientación del enfermo. Es remitido a servicios que no le corresponden, se lo evacúa y se solicitan una radiografía o cualquier examen "con tal de sacarse el enfermo de encima", como decimos en buen criollo. Discúlpeame este lenguaje gráfico pero real. En tercer lugar, los pedidos innecesarios. Yo he controlado personalmente que un ochenta por ciento de radiografías son pedidas innecesariamente, ello sobrecarga y encarece. Por último, no es solamente el problema del laboratorio. Todos los Servicios Centrales de Diagnóstico y Tratamiento fallan por la misma causa. Por ejemplo: La gran mayoría de las radiografías de tórax demandadas, salvo que sean Hospitales netamente especializados en pediatría como ocurriría en el Hospital de Niños o en la Casa de Expósitos, están mal centradas. Se solicitan exámenes de orina y se contesta lo que no se pregunta o faltan respuestas. Creo que en cada laboratorio o en cada servicio radiológico o de necropsias, en cualquier servicio central conexo de diagnóstico y/o tratamiento debe contar con el pediatra que actúa para conocer qué es lo que pide. O un especializado en laboratorio, en técnica radiológica, etc., que conozca la manualidad propia y necesaría para el niño. Esto no excluye los pequeños laboratorios de sala, que no sólo agilizan el trámite sino que también disminuyen el trabajo del Laboratorio Central y además permiten al médico integrarse con el laboratorio diario, para el mejor conocimiento de sus enfermos y completar así su educación médica.

Dr. Quesada. — El problema que se acaba de exponer es bien complejo. Hemos estudiado y hecho informes sobre reorganización del laboratorio. Lo que ocurre con los laboratorios de sala, es que evitan los trámites burocráticos del Laboratorio Central con la consiguiente gran demora. Nosotros, en nuestro proyecto, propiciábamos una manera que quizá es un poco ecléctica. Los laboratorios de sala son servicios especializados para un determinado análisis; deben trabajar en coordinación con el Laboratorio Central para que todos los análisis especializados sean enviados al Laboratorio de Sala y de esa manera obtener el máximo de provecho del que se especializó. El Laboratorio Central debe ser agilizado y controlado como se acaba de referir. Hay más: propiciábamos que en el Laboratorio Central hubiese un delegado de cada Sala, para coordinar los resultados y estos fueran informados incluso por teléfono. En lo que se refiere a la guardia que acaba de mencionar el doctor González Aguirre creábamos, incluso, un laboratorio de guardia con un practicante y un bioquímico de guardia pasiva, para ser consultados en cada momento. El laboratorio se entrega bajo recibo, con todo su material. Se observará como es una cuestión burocrática la que obstaculiza el debido funcionamiento de los laboratorios centrales.

PREGUNTA:

Dr. Amenta. — ¿Qué coordinación se considera más conveniente entre los servicios de pediatría y maternidad? Opinión sobre la transformación de los servicios de maternidad y pediatría en centros de lucha materno-infantil. Opinión sobre la dependencia "ejecutiva" sobre los actuales dispensarios de lactantes. ¿Deben depender directamente del hospital de la zona o de un organismo ajeno al hospital?

RESPONDE:

Dr. Movsichof. — Respondo siempre dentro del criterio de unificación en la ejecución de todas estas tareas. Creemos que el dispensario —contestando la última parte de la pregunta— debe depender de la Dirección de Maternidad e Infancia. Y como nosotros propugnamos que el Departamento Pediátrico dependa, también, de la mis-

ma Dirección, en definitiva, ese dispensario va a depender del hospital, con una supervisión de la Dirección de Maternidad e Infancia. Consideramos importante la transformación, en el interior de la República especialmente, de los servicios maternos-infantiles en centros de lucha materno-infantil. Y en ese sentido está organizado con un plan que se aplique en toda la República, por lo menos en principio, para que sea atendida la madre y el niño desde el momento de nacer éste.

PREGUNTA:

Dr. Amenta. — Distribución, concreta en números, del personal médico, enfermeras, puericultoras, de acuerdo al número de camas y de niños por consultorios externos.

RESPONDE:

Dr. Movsichof. — Hemos dicho en el Relato que debemos ser realistas y acordes con las posibilidades económicas. Si consideramos este aspecto desde el punto de vista de lo que se establece teóricamente deberíamos decir, por ejemplo, que para un prematuro se necesitaría una enfermera, para cada dos prematuros una enfermera, o para tres lactantes una enfermera. Pero el problema está en que deben adaptarse las necesidades y las realizaciones de acuerdo a realidades. No podemos estar en el aire planteando problemas. Nosotros creemos que en problema del binomio madre-hijo, nos aplicamos, en el interior del país, para resolver en gran parte este problema de la falta de enfermeras; porque con una preparación práctica, que ellas aprenden muy bien, puede solucionarse la falta de enfermeras. No podemos tampoco contestar en forma afirmativa o categórica cuántas enfermeras se necesitan para un Consultorio Externo. Es conocido por los que trabajan en el interior del país, que a veces un pediatra, en forma anaerónica, debe atender veinte o veinticinco niños en un tiempo que no le es posible hacerlo. Lo ideal sería que por cada diez o doce niños se dispusiera de una enfermera y al mismo tiempo de una Visitadora Social para la parte preventiva que le corresponde.

PREGUNTA:

Dra. Canova. — ¿En qué se fundan las recomendaciones sobre seguridad hospitalaria que propone la Mesa?

RESPONDE:

Dr. Movsichof. — Partimos del concepto de que todo enfermero o personal auxiliar es instruido en la seguridad que debe mantener en la Sala, especialmente en un servicio pediátrico. Hablamos — y en eso queremos insistir — acerca de la mentalidad pediátrica que debe regir, no solamente al médico sino a la enfermera. Por ello creemos que es la forma de que la enfermera actúe con esas precauciones y con esa instrucción. Además, en toda construcción de un servicio pediátrico, las ventanas, las camas, los tomacorrientes, se disponen con el sentido de no provocar ningún accidente. Manifiesto que esta es una cuestión quizá teórica. En veinte años que trabajo en el Hospital de Niños, en la Sección Pediatría del Hospital de Niños de San Luis, no conozco o recordamos ningún accidente debido a falta de seguridad.

PREGUNTA:

Dr. Baranchuk. — ¿Qué medidas propone la Mesa, para organizar y coordinar la actividad de los numerosos Ateneos y Asociaciones que se dedican a la educación del graduado en la Capital Federal?

RESPONDE:

Dr. Aguilar Giraldes. — La pregunta es interesante porque la función docente cultural del hospital generalmente no es ubicada en su real importancia. El hospital, en su función docente-cultural, se dirige a promover los conocimientos técnicos y mé-

dicos de una parte y por la otra los elementos de cultura que permitan al médico trascender en su clientela, hospitalaria o privada. Dentro del aspecto de lo docente, debe enseñarse lo universitario, es decir la preparación de médicos, de lo que es instrucción dirigida al personal subalterno y de lo que es educación del público para el uso hospitalario como así para el cumplimiento de las disposiciones hospitalarias. Todo ello, exige un conocimiento y una didaxis especial, que debe ser ampliada. Creemos que los ateneos, como su nombre lo define, con intercambios académicos de ideas de cualquier naturaleza, en este caso científicas, o de problemas hospitalarios que promueven debate entre personas de la misma preparación técnica. Creo que se ha de llegar a una unificación de los Ateneos reunidos en una sola sociedad del mismo carácter, con tratamiento especial de temas para que todos puedan actuar en el mismo. Muestran un alto afán de cultura, de consubstanciación con los problemas y entre los hombres por ello los Ateneos cumplen una misión sumamente útil. El nuestro, en el Hospital Ramos Mejía, trata de satisfacer esta función y estamos halagados con los resultados que obtenemos en los aspectos científicos, no así en los culturales, no porque todos no nos prodiguemos, sino porque no se valora el esfuerzo que está cumpliéndose y cuánto él puede reditar. Es una cuestión de mentalidad, pero creo que poco a poco iremos entrando en ello. Pienso que quizá estemos abusando del número con desmedro de la calidad de los Ateneos, pero como intención de espíritu merecen un aplauso franco y el tiempo mostrará que los Ateneos cumplen realmente la misión a la que están destinados. No he podido permitir que esta pregunta, que es realmente importante, quedara sin respuesta.

PREGUNTA:

Dr. Quesada. — ¿No se cree que la organización de los límites de orientación en la investigación, en nuestro medio, se presta a interferencias?

RESPONDE:

Dr. Aguilar Giraldes. — Evidentemente, toda investigación debe ser orientada. La clásica frase de Richet lo define: "Se busca lo que se sabe y se sabe lo que se busca". En este momento la extensión del temario médico es grande e impide absorber todas las fuentes de conocimiento y de especialización por lo que creemos que debe haber algunas prioridades para los estudios. De esa manera, un Comité de Organización es de razonable requerimiento, y es de desear que funcione cuanto antes para preparación técnica de todos nosotros.

Dr. Quesada. — La razón de la pregunta es esta: Sabemos perfectamente que todo Comité se presta a ideas exclusivamente personales, no puede ser nunca un comité el orientador de la investigación. La investigación que se haga en un hospital, debe ser motivo de debate público entre las personas que demuestren interés en intervenir. De esa manera, se evitan interferencias de índole política, de intereses creados, de Salas, etc. Consideramos, vista la experiencia vivida en nuestro país, que toda orientación debe ser pública y sin límites de las personas que participen en ellas.

PREGUNTA:

Dr. Milione. — ¿Es conveniente hablar de reglamentar el curanderismo, o lo es más propiciar en el sector estatal y privado la educación sanitaria, formando educadores sanitarios en cada una de las Salas o Servicios de Pediatría?

RESPONDE:

Dr. González Aguirre. — La intención que ha guiado al trabajo sobre curanderismo, ha sido provocar una reacción de tipo como la que acaba de evidenciar el inquiriente, es decir, de estimular en todo lo posible la creación de estos centros de educación sanitaria que, indudablemente, harán obra útil. No se crea, sin embargo, que con ello se consiga el total de las aspiraciones de suprimir el curanderismo, por la

simple razón de que el curanderismo está cultivado no sólo por personas de cultura inferior, sino también, como lo dice el trabajo a veces por espíritus selectos que lo cultivan. Hay muchas razones que no es solamente la educación sanitaria. Intervienen problemas económicos, sociales, de vivienda, que a veces no es posible solucionar con consejos. Por otra parte, intervienen también factores adversos a la medicina oficial, como podrían ser la fe en ciencias de otro carácter: homeopatía, naturismo, acupuntura, etc.

PREGUNTA:

Dr. R. Márquez. — ¿Al hacerse investigación científica en un hospital puede pedirse consentimiento al enfermo adulto? Pero, si el enfermo es un niño, si no se solicita el consentimiento al padre, ¿el investigador toma un derecho de la persona del niño, de modo que debería recabarse la autorización del padre? Se solicita la opinión de la Mesa y del colega de Río IV. (Este último no está en la Sala).

RESPONDE:

Dr. González Aguirre. — No se si podré contestar con la misma eficiencia del colega de Río Cuarto, pero este problema precisamente se planteó ayer a raíz de la pregunta que yo mencionaba en el trabajo: Hasta qué punto el padre tiene derecho a dirigir la salud de su hijo y no permitir, por ejemplo, una operación de carácter urgente. Evidentemente hay un vacío en la legislación que debe ser llenado. El problema se lleva a la realidad haciendo que el médico recurra al Juez de Menores y éste puede —y está autorizado para ello— permitir la realización de esa operación cuando ve que los argumentos son de valor. Mientras no exista un procedimiento de orden legal claro y firme, el Juez de Menores es el recurso que tiene el investigador y el médico para esas emergencias.

Coordinador. — Como veo un gesto de disconformidad al doctor Márquez propo- nente de la pregunta, quiero aclarar lo siguiente: Nuestro Código Civil tiene bases romanas. La potestad tiene plena vigencia y solamente se pierde por expresión legal. Por lo tanto es difícil discriminar y pronunciarse médicamente sobre la cuestión. Pero el mal a evitar puede serlo por el camino que acaba de señalar el doctor González Aguirre, hasta que en nuestro Código, revisado y actualizado, exista un camino para el espíritu satisfago del pedido del doctor Márquez. Ocurre con esto como con la prodigalidad frente a la legislación inglesa. Nuestro Código no la previó y en este aspecto no está actualizado ante el avance de la ciencia y la posibilidad que da el campo médico aplicado directamente en bien de la salud de un sujeto.

PREGUNTA:

Dr. Milione. — ¿No se cree conveniente la formación de un Colegio Médico de la República Argentina, que legisle en la parte ética?

RESPONDE:

Dr. González Aguirre. — Encuentro muy interesante la pregunta porque es evidente que hay un vacío dentro de estos aspectos, que no lo llenan ni las entidades científicas ni las entidades gremiales. La represión del curanderismo, los falsos especialistas, los anuncios desmedidos, todos esos problemas no son tratados ni por unos ni por otros y quedan entonces casi siempre, en la impunidad. Un Colegio Médico de esa naturaleza es absolutamente necesario. Hay que fijar, naturalmente, sus límites y saber, además el carácter que puede dársele. Si es solamente de carácter oficioso o, como sucede en algunas provincias, con carácter oficial, entidad para-estatal y con capacidad para producir sanciones. Me parece muy bien que pueda llegarse un día a disponer de un Colegio Médico de la República Argentina.

PREGUNTA:

Dr. Invaldi. — ¿Por qué no debe realizarse el contralor de la natalidad?

RESPONDE:

Dr. González Aguirre. — No creo que sea una pregunta demasiado escabrosa. Para mí, precisamente. Porque el espíritu que ha guiado mi trabajo ha sido, precisamente, no llegar a esa pregunta. He tratado, y me ha parecido lógico, que antes de llegar a ese extremo, se podría buscar otras etapas que pudieran solucionar el problema. El problema es un problema de alimentos, en relación a la natalidad y a la población. Por consiguiente: si, como yo lo dijera en mi trabajo, se puede conseguir que los alimentos sean suficientes para permitir una vida sana al hombre, entonces no tendremos necesidad de llegar al problema que es evidentemente escabroso, que es latente, y que es muy discutido y seguirá siéndolo en muchas sociedades, y que yo, en estos momentos, ni me considero lo suficientemente preparado para discutirlo ni tampoco creo que sea de actualidad. De manera que no entro al problema de la represión de la natalidad.

Coordinador Dr. Aguilar Giraldes. — Señores: Agradezco la concurrencia a esta Mesa de indudable actualidad médica argentina. Prácticamente un cuarenta por ciento de nuestra población recurre al hospital para su asistencia médica y estoy sumamente reconocido a las Filiales y a sus relatores, que nos han traído con erudición, inquietud y agudeza, los problemas que vivimos de continuo. Y a los Secretarios que tan eficientemente se han desempeñado esta mañana. Dejo una inquietud: es posible que antes de un año volvamos sobre este tema. Quede como una inquietud muy personal, pero en esa vivencia, en esa enorme amistad que siento por mis colegas, la necesidad de estudiar, profundamente, el problema hospitalario. Vivimos más de un tercio de nuestra vida, desde que entramos a la Facultad de Medicina, dentro del hospital. Y muy pocas personas están interiorizadas de la necesaria integración que debemos realizar entre nuestra función técnico-asistencial y lo que es el lugar en que la cumplimos. Creo que no sólo en el campo médico, en nuestra satisfacción de espíritu y de humanidad de hacer el bien, tenemos que disponer también de la herramienta, manejada con amor, para que podamos ser más eficientes, más útiles, más económicos. De esa manera, esta Mesa no ha tenido solamente un mero interés temático de exposición y de erudición. Creo que es en realidad, de honda necesidad, que agucemos toda nuestra intención porque justamente, en el trance de enfermedad, es donde los valores humanos, en la emotividad y en la efectividad, se juegan con mayor fuerza. Vuelvo a agradecerles. Quedamos amigos, en un problema de tanta trascendencia, sobre todo que se refiere a los niños, a los hijos, hijos de amigos, hijos de argentinos, hijos de conciudadanos. Nada más. (Aplausos).

Actas de Reuniones Científicas de la Sociedad Argentina de Pediatría

3ª REUNION: 30 DE OCTUBRE DE 1962

1º) *Prof. Dr. Enrique Sujoy, Dr. Alfredo Pizzia y David Becker.* ESTUDIO DE LA FIEBRE TIFOIDEA EN EL HOSP. DE NIÑOS DE BUENOS AIRES DURANTE EL LAPSO 1940-1960. Modificación de la dinámica de la enfermedad por el uso del cloramfenicol.

Se realiza un estudio retrospectivo de los últimos 20 años (1940-1960) sobre 259 niños afectados de Fiebre Tifoidea e internados en el pabellón de enfermedades transmisibles del Hospital de Niños de Buenos Aires.

Las diversas variables en estudio fueron analizadas en función de la presencia o ausencia del cloramfenicol y por tal razón los casos fueron agrupados en un período que lo llamamos precloromicetínico (1940-1949), con 145 casos, y un lapso postcloromicetínico o cloromicetínico (1950-1960), con 114 enfermos.

FIEBRE: Hemos observado, al igual que la mayoría de los autores, la caída de la fiebre en 4 días, aproximadamente, luego de instalada la terapéutica con el cloramfenicol.

ESTADO TÍFICO (astenia, somnolencia, depresión mental): Este conjunto de signos y síntomas, si bien no sufrió modificaciones en su frecuencia de presentación en las dos épocas en estudio, su duración fue notablemente disminuida con el uso del cloramfenicol.

SINTOMATOLOGÍA ABDOMINAL: Únicamente el llamado Síndrome Apendicular Mínimo

(*) Con el objeto de asegurar la inmediata publicación de las Actas de las Reuniones Científicas (Resumen y discusión), en el presente número correspondiente al mes de Junio de 1962, aparecen las Actas de las reuniones realizadas en los meses de Octubre y Noviembre. La tardía iniciación del período de Reuniones en el corriente año ha impedido momentáneamente respetar el orden cronológico.

(Dolor en Fosa Derecha) fue significativamente reducido en su ocurrencia por el Cloramfenicol, 16,6 % en el período precloromicetínico a 6,2 % en el lapso durante el cual se administró el antibiótico.

TAQUICARDIA E HIPOTENSIÓN: De frecuente observación durante la etapa precloromicetínica (44,1 %), fue marcadamente reducida con el uso del antibiótico (14,0 %).

COMPLICACIONES:

a) *Miocarditis:* Su presentación se vio disminuida por el cloramfenicol del 15,8 % al 1,3 %

b) *Hemorragia intestinal:* No se observaron diferencias significativas en su ocurrencia durante las dos épocas en estudio (6,9 % y 7,0 %), pero sí en lo que hace a la evolución de aquellos que la padecieron pues la letalidad en el lapso precloramfenicol fue del 50,0 %, mientras que en los años posteriores a su introducción se redujo al 12,5 %.

c) *Perforación intestinal:* Al igual que para la hemorragia intestinal, el antibiótico no modificó la frecuencia de su presentación pero en cambio el pronóstico cambió radicalmente, ya que su letalidad descendió del 80,0 % al 16,6 %.

RECRUDESCENCIAS: No experimentaron grandes variaciones en lo que hace a su presentación durante los años pre y postcloromicetínico (2,1 % y 1,4 %, respectivamente). Sin embargo interesa señalar que en un grupo de 44 niños en los cuales se empleó la combinación cloramfenicol-vacuna antitífica no se observó ninguna recrudescencia.

RECAÍDAS: Al igual que algunos autores, no hemos observado modificación en la ocurrencia por efectos del cloramfenicol, aunque sí pudo comprobarse que la administración del mismo yuguló rápidamente su curso evolutivo.

COPROCULTIVOS: De los coprocultivos realizados en el momento del egreso del enfermo, solo el 41,6 % resultó negativo durante los años anteriores al uso del cloramfenicol, mientras que en el período durante el cual fue administrado la negatividad alcanzó al 100 % de las muestras realizadas.

LETALIDAD: Su reducción por el uso del antibiótico fue ampliamente significativa como que del 13,1 % descendió al 2,6 %.

Lapso de internación en el hospital: Su duración promedio, que fue de 42 días durante el período 1940 - 1949, se redujo a 28 días con la administración del cloramfenicol en los años 1950 - 1960.

Tratamiento: En nuestro estudio el Cloramfenicol se administró a una dosis media de 60 mg.Kg./día, con un promedio de duración de 14 días y en forma ininterrumpida.

Desde que se comenzó a utilizar el antibiótico, el arsenal terapéutico se vio notablemente reducido, abandonándose los analépticos, cardiotónicos, estriénina, astringentes intestinales y los mineralocorticoides, mientras que el empleo de la bolsa de hielo y la balneoterapia se observó en pocas oportunidades, abandonándose definitivamente en los últimos años.

Respecto de los regímenes alimenticios, si bien la dieta blanda siguió predominando, se ha observado en los últimos años la tendencia a su reemplazo por el régimen completo sin residuos.

D I S C U S I O N

Dr. Babich. — Pregunta acerca de las dosis empleadas y desea saber si los autores no han observado casos de colapso en el empleo del cloramfenicol en las dosis preconizadas por algunos esquemas terapéuticos.

Dr. Becker. — Responde: No todos los enfermos fueron tratados por los autores, por lo cual la conducta terapéutica no ha sido unívoca en ciertos aspectos, pero en toda forma en los últimos años han empleado una dosificación de 75-100 mg./kg./día. Nunca observaron colapso a consecuencia de la terapéutica, y aclara que no emplearon en ningún caso la dosis masiva de ataque que algunos preconizan, y que sin duda ha sido la responsable del incremento en la aparición de shock y colapso.

2º) *Dres. Luis E. Voyer, María I. Berria y Ricardo Carmona Gómez.* **RIESGOS INHERENTES A LAS FLEBOCLISIS EN PEDIATRIA.**

La fleboclisis, excelente recurso terapéutico no exento de riesgos, debe ser limitada a aquellos casos en que constituye una indicación precisa e irremplazable. La institución y prosecución de toda fleboclisis estará subordinada a normas de carácter general y objetivo profiláctico:

I) Si una fleboclisis debiera prolongarse más de veinticuatro horas, habrá de variarse el sitio de perfusión.

II) La flebopuntura, por menos riesgosa, deberá ser preferida a la canulación.

III) Se observará estricto control de asepsia en las maniobras de canulación así como de esterilidad en los elementos empleados.

IV) Se preferirá realizar la intervención en miembro superior y a nivel del pliegue del codo.

V) Se utilizarán cánulas de polietileno y tubuladuras de plástico debiendo evitarse, además, el empleo de soluciones hipertónicas o con adición de antibióticos a elevadas concentraciones.

VI) Se procederá a inmovilizar el miembro canulado.

VII) La sospecha de tromboflebitis impone el retiro de la cánula y, si su posterior evolución así lo indicara, la institución de tratamiento anticoagulante-antiinflamatorio.

VIII) Si, pese a una medicación adecuada la tromboflebitis no remitiera o mantuviera carácter progresivo, se recurrirá al tratamiento quirúrgico.

IX) Los apósitos y vendajes deberán ser renovados frecuentemente con el fin de evitar la contaminación de la herida.

X) Se aconseja el uso de novocaína al 1%, en infiltraciones locales o por vía endovenosa, con el objeto de atenuar el espasmo venoso y el consiguiente riesgo de necrosis o gangrena.

XI) En la rehidratación de ciertos enfermos (postquirúrgicos, hiperelectrolíticos) se extremarán las medidas de adecuación concernientes a volumen y osmolaridad a fin de evitar la posibilidad de intoxicación hídrica.

XII) El brusco y masivo aporte de líquido, accidente pasible de provocar insuficiencia cardíaca por sobrecarga, se limitará con el empleo de tubos intermediarios de seguridad.

XIII) La composición de las soluciones debe adecuarse a la fisiopatología del enfermo, a fin de evitar alteraciones humorales.

D I S C U S I O N

Dr. Rc. — Desea saber las indicaciones y contraindicaciones de la fleboclisis en vena profunda.

Dr. De Santo. — Pregunta si los autores tienen experiencia sobre el empleo de

la punción tibial o de calcáneo y si pueden expresar alguna relación de ventaja entre el empleo de este método y la venopuntura.

Dr. Voyer. — Responde: Por canalización a nivel de una vena profunda entiende la que se realiza a nivel de la safena en su cayado introduciendo la cánula 10-15 cm. en forma tal que su extremo llegue a la cava inferior. Ello tiene algunas ventajas: empleo de soluciones hipertónicas, larga permanencia del cateter, extracciones periódicas de sangre con la simple desconexión de la tubuladura. Presenta por otra parte algunos inconvenientes graves: tromboflebitis de la cava (con propagación a las venas renales o hepáticas), y septicemia. Las indicaciones para su empleo estarían dadas exclusivamente por los casos en los cuales es necesaria una larga permanencia del cateter o cuando se requiera la administración de soluciones hiperósmolares, p. ej. en lactantes con falla renal aguda, en las resecciones de intestino, y después de haber agotado las posibilidades de utilización de la venopuntura.

Los autores no han efectuado nunca transfusiones intraóseas, y creen que no son recomendables. De las dos punciones la del calcáneo es más factible pues tiene abundante tejido esponjoso. El método tiene contraindicaciones: producción de osteomielitis en primer lugar; luego el dolor que acompaña a la transfusión, la lentitud forzosa del goteo que no permite compensar rápidamente la hipovolemia. Estos métodos han sido abandonados y reemplazados por la venopuntura o, cuando no es posible, por la canalización de venas superficiales.

3^o) *Dres. E. Astolfi, Rómulo Márquez, Oscar Gutnisky y Norma Malacalza de Tinelli.* CONDUCTA Y PELIGRO EN LA TERAPEUTICA DE LA INTOXICACION ACCIDENTAL POR ANOREXICOS.

Presentan dos niños que ingirieron accidentalmente medicamentos usados para adelgazar, sufriendo el cuadro de una intoxicación anfetamínica. En su tratamiento el exceso de sedantes los llevó a la intoxicación barbitúrica y atropínica. Concluyen que ante un niño excitado por una intoxicación anfetamínica o similar, mientras los síntomas se mantengan en la esfera psicomotriz que no involucre compromisos vegetativos, se contemporizará al máximo, evitando dominar el cuadro a costa de una nueva y más peligrosa intoxicación como es la causada por las drogas depresoras del sistema nervioso.

DISCUSION

Dr. Pizzio. — Desea saber la concentración de la solución bicarbonatada empleada.

Dr. Márquez. — Responde: En adultos se han empleado concentraciones del 14 ‰ y en casos más graves y en personas intubadas se ha llegado a concentraciones del 30 ‰. Los autores no han podido concretar la aplicación exacta de las dosis en los niños y por ello se lo refiere así en la comunicación.

4^o) *Dres. I. Borenzstein, E. Hernández Barrera, E. Berenguer y R. Camps.* NEUMOPATIA BULLOSA POR PSEUDOMONA AERUGINOSA (BACILO PIOCIA-NICO).

Presentan el caso que consideran el primero, de una neumopatía quística por bacilo piociánico. La enferma ha presentado un cuadro radiológico bulloso evolutivo que prácticamente cura sin tratamiento adecuado de acuerdo a los resultados del antibiograma. En el curso de la evolución se encontraron las lesiones dérmicas descritas como típicas en las neumopatías piociánicas ni la leucopenia mencionada en algunos trabajos. Creen necesario recalcar la poca influencia del polimixin B en la evolución clínica, lo que hace más importante los cuidados médicos generales durante la evolución.

DISCUSION

Dr. Babich.—Hace consideraciones sobre la evolución de las neumopatías bacterianas y cree que dicha evolución está condicionada ante todo por la obediencia del germen al antibiótico. En su experiencia figuran bullas por neumopatías especialmente estafilocócicas, pero también en otras debidas al estreptococo y al neumococo; ello depende en gran parte como ya dijo, de la relación germen-antibiótico.

Cree que se puede hacer una crítica al tratamiento, por el empleo de corticoesteroides sin saber si se dominaba al germen agresor, lo que puede favorecer la propagación de la infección. Además el enfermo fue severamente irradiado, y es necesario poner el acento en el peligro de la irradiación masiva en el lactante. Cree que se puede seguir clínicamente a estos niños sin necesidad de someterlos a radiaciones que pueden ser nocivas. La bulla que se observa en el pulmón izquierdo probablemente a lo que se describió como neumopatía bullosa extensiva y los autores que la refirieron en Francia hicieron notar que las bullas podían durar 6 ó 7-meses antes de desaparecer totalmente; no es posible irradiar durante 6 ó 7 meses a un niño para ver si la bulla se reabsorbe. La dosis de R. que absorbe es demasiado importante.

Dr. Taubenslag.—Aporta un caso de su experiencia, severamente afectado en cuanto a la cantidad de parenquima comprometido y a su funcionalismo. Había recibido diversos antibióticos, y durante su internación pudo demostrarse la existencia de estafilococo en el líquido de aspiración; fue tratado según el antibiograma. Más tarde se encontró pirocánico en gran cantidad, sensible a polimixin y colistina. Cree necesario destacar 2 problemas: primero, que la terapéutica enérgica con polimixin intramuscular y luego en nebulizaciones permitió mejorar notablemente el cuadro clínico, aunque no el bacteriológico ya que en los últimos exámenes aún se encuentran colonias de pirocánico, y segundo que se vive una época de iatrogenia en todos los campos y la aparición del pirocánico en nuestro caso sea posiblemente producto de una extraordinaria e indiscriminada cantidad de antibióticos que recibió hasta que se realizó el diagnóstico, aún durante la internación (no nos disculpamos ni nosotros mismos). No tenemos derecho hoy en día a manejar a los enfermos sin control bacteriológico y sin utilizar los antibióticos que sean los indicados.

Dr. Borenstein.—Responde: Creo que la polémica acerca de la radioterapia antiinflamatoria aún sigue en pie, y aunque superado, no es un método al que se lo deba desechar, sobre todo si el antibiograma es negativo. Por otra parte, la serie se hizo previa consulta con el radiólogo.

Dr. Barrera Hernández.—Responde mencionando trabajos que demuestran que no siempre el empleo de corticoesteroides agrava un problema infeccioso no controlado por antibióticos (cita trabajos referentes al bacilo de Koch). Como el pirocánico es un bacilo poco estudiado, cree que es un poco aventurado suponer la influencia que pueda tener el corticoesteroide. Han hallado a través de la lectura de 120 trabajos, que las lesiones que puedan producir las pseudomonas es más un problema de terreno que de la terapéutica que se emplee. La antibioterapia en este niño no fue la de elección y se le dio polimixin cuando estaba ya casi curado; ello es muy llamativo. En algunas fichas hemos visto, en casos de septicemia por pseudomonas que dándole penicilina desaparece el bacilo de la sangre, pero continúa el síndrome clínico séptico; se le añade entonces polimixina y desaparece todo por completo. Es un poco complejo, entonces, especular con esto que no está bien aclarado.

Con respecto a la aportación del Dr. Taubenslag, debe señalarse que en muchos casos de la bibliografía, la polimixina, no fue útil, sobre todo en lesiones de piel, anginas gangrenosas o en casos avanzados y graves. Evidentemente hay que tomar en cuenta el bacilo pirocánico como causa frecuente en diversos procesos, tal vez por el empleo indiscriminado de antibióticos. Abundan trabajos serios al respecto en

EE. UU. donde se ha buscado la vía de contagio incluso en aparatos refrigeradores. Actualmente se le reconoce el tercer lugar en patología infecciosa, después del estafilococo y el bacilo coli.

El caso que se presentó tiene importancia por ser una neumopatía bullosa, de por sí rara, y porque el niño evolucionó prácticamente sin tratamiento, mejorando las defensas y el terreno. En últimos trabajos japoneses se dice que no hay relación entre la patogenicidad y el antibiograma y se habla de los mecanismos de defensa disminuidos.

5º) Dres. Carlos Gianantonio, Margarita Vitacco, Fernando Mendilaharsu, Arnaldo Ruty y Javier Mendilaharsu. SINDROME UREMICO HEMOLITICO EN NIÑOS.*

Se incluyen en el presente trabajo 47 niños observados desde 1957. Sus edades oscilaron entre 5 y 36 meses, con una media de 12.8 meses. Veintiséis eran varones y veintiuna mujeres.

El cuadro clínico fue similar en todos los casos. Se trataba de lactantes o niños pequeños sanos que bruscamente enfermaban, presentando fiebre moderada, vómitos, diarrea y deposiciones mucosanguinolentas. Una infección de vías aéreas superiores precedió o acompañó en muchas oportunidades los signos anteriores. Este cuadro remitió parcialmente en dos a seis días, para instalarse en forma brutal una intensa palidez, acompañada de oliguria y edemas, hematemesis, melena, púrpura y fenómenos neurológicos graves.

Los enfermos se presentaron en forma de pequeñas "epidemias", menos frecuentes en el verano que durante el resto del año.

Por otra parte se ha observado un aumento absoluto y progresivo del número de casos a lo largo de los años. (1957: 4 casos; 1962: 18 casos). Todos los niños de la serie presentaron fallo renal agudo. La duración media del período oligúrico fue de 11.5 días (rango: 3/27). La mortalidad aumentó al prolongarse los días de oliguria.

Las cifras de úrea en la sangre fueron muy elevadas al ingreso (media: 267 mg %), sugiriendo, junto con la hiperkalemia precoz y la acidosis, un ritmo catabólico anormal.

El sedimento urinario fue nefrítico en todos los casos.

En todos los casos pudo demostrarse una anemia hemolítica, la que evolucionó por brotes. La cifra media de hemoglobina al ingreso fue de 6.45 gm. %. Pudo demostrarse reticulocitosis e incremento de la bilirrubina indirecta del suero. El test de Coombs fue negativo en todos los casos.

Fue sumamente característica la presencia de numerosos hematíes crenados y fragmentados en la sangre circulante.

De los 44 niños en los que este dato fue registrado, se halló trombocitopenia marcada en 20; moderada en 18 y plaquetas normales en 6.

El médulograma mostró hiperactividad eritropoyética y una cantidad normal de megacariocitos no funcionantes en los 11 casos en los que se efectuó este examen.

La tendencia hemorrágica fue demostrable en 38 niños, bajo la forma de melena en 32 casos, hematemesis en 11 casos; equimosis en 9 casos y Petequias en 4.

Siete pacientes presentaron hemorragias retinianas que no pudieron vincularse a la hipertensión. Estos niños tuvieron síntomas neurológicos severos y difusos.

Veintinueve niños presentaron hipertensión arterial. En 11 pudo atribuírsela a

la sobrehidratación.

La insuficiencia cardíaca fue frecuente al ingreso (19 niños). Pudo vincularse a la hipervolemia y/o anemia en 15 casos.

El marcapaso de la enfermedad está dado por la lesión renal. La mortalidad global fue de 32 %. La duración de la anuria, la anuria absoluta, la hipertensión arterial y los signos neurológicos sostenidos son elementos de mal pronóstico.

El cuadro hematológico, cuya gravedad no guarda relación con la magnitud del daño renal se resuelve en dos a seis semanas. No se han observado recurrencias hasta la fecha.

Treinta y ocho de los 47 pacientes presentaron signos neurológicos: 17 convulsiones; 11 estupor; 6 coma; 4 obnubilación y 2 rigidez descerebrada.

Constituyeron un motivo frecuente de admisión al hospital, al sugerir diagnósticos tales como encefalitis, meningitis, etc. No pudieron vincularse en general a problemas metabólicos. Dos de los niños tienen ahora secuelas cerebrales severas.

Siete pacientes presentan insuficiencia renal crónica compensada, 1 a 4 años luego de la fase aguda.

El tratamiento de estos niños fue el de su insuficiencia renal aguda. Requiere además múltiples transfusiones para compensar la hemólisis. El empleo de esteroides adrenales en siete casos no pareció influir sobre la evolución o el pronóstico.

El substracto anatomopatológico es en unos casos la necrosis cortical simétrica de los riñones y en otros grados, variables de necrosis glomerular y destrucción fibrinoide de las pequeñas arteriolas de este órgano, con trombosis secundaria. Lesiones vasculares similares han sido halladas en otros órganos.

La etiología del proceso permanece en la mayor oscuridad. Los hallazgos clínicos, patológicos e inmunológicos permitirían vincularlo al púrpura trombocitopénico trombótico del niño mayor y del adulto.

DISCUSION

Dr. Brignardello. — Solicita que los autores amplíen detalles sobre el tratamiento.

Dr. Gianantonio. — Estos niños han sido enfocados básicamente desde 2 puntos de vista: 1º como niños que están en fallo renal agudo, con la particularidad de ser siempre muy pequeños (de modo que no se pueden utilizar algunos de los procedimientos que empleamos en niños mayores) y tener una fase catabólica muy pronunciada comportándose como grandes atriccionados o como grandes quemados especialmente en la primera semana; los problemas que presentan entonces son muy graves. En el manejo de la insuficiencia renal nos hemos atendido al tratamiento conservador clásico, se ha recurrido a la administración de resinas para combatir la hiperkalemia y hemos ensayado los procedimientos de diálisis peritoneal con buen resultado. Hemos dializado 2 niños con riñón artificial y tenemos un gran número de exsanguíneotransfusiones realizadas para disminuir la volemia cuando en el momento del ingreso el motivo de gravedad era la hipervolemia; muchas veces nos llegan niños moribundos porque han sido sobrehidratados y en esa situación el tratamiento inicial puede ser la exsanguíneotransfusión.

2º) El otro problema es que estos niños hemolizan activamente y tienen tendencias a sangrar, muy frecuentemente en aparato digestivo, lo que puede agravar bruscamente la anemia urémica, y ser causa de muerte. El control hematológico debe ser muy estricto y es necesario transfundirlos periódicamente. No hemos podido controlar los fenómenos hemorrágicos, porque creemos que la sangre que empleamos no debe tener muchas plaquetas. Conviene recordar que existe además una microangiopatía generalizada y ello probablemente agrava la tendencia hemorrági-

para. Es importante comentar también, al hablar de tratamiento, que los barbitúricos u otro tipo de medicación depresiva no rinden buen efecto. Algunos niños que tenían sintomatología neurológica y fueron dializados por acidosis muy intensa, uremia muy alta o intoxicación hídrica, mostraron desaparición de los fenómenos neurológicos luego de la diálisis; en otros niños ello no ocurrió así.

Hasta hace poco, todos nuestros niños con problemas neurológicos graves, habían curado sin secuelas; luego hemos tenido dos niños con secuelas de tipo post-encefálico que han quedado profundamente dañados, sin que tengamos explicación para ellos, ya que era prácticamente iguales a los otros.

En los niños que han curado, el 70 % de nuestros casos, la mitad se ha recuperado totalmente, y en el resto, 4 niños tienen hipertensión arterial crónica, 7 niños insuficiencia renal crónica compensada pero con signos de nefritis crónica demostrados por la biopsia renal, y 2 niños tienen secuelas neurológicas severas.

Existe un grupo de casos que no figura en este trabajo y que es importante reseñar: son aquellos que llegan sin estar en insuficiencia renal, a veces en la fase poliúrica, han pasado tal vez un día de anuria en su casa y la han superado; el examen de orina suele ser anormal y el cuadro hematológico completo. Es importante seguir esos casos; hemos visto ya a uno de ellos que hace 6 años tuvo este cuadro y tiene actualmente una insuficiencia renal crónica; si no conociéramos aquel antecedente pensaríamos en una nefritis oscura de evolución insidiosa, cuando en realidad esto no es más que la secuela de una forma muy leve de esta enfermedad cuya fase inicial, por lo atenuada, pasó desapercibida.

4ª REUNION CIENTIFICA - 13 DE NOVIEMBRE DE 1962

1º) *Dres. A. E. Larquía, H. A. Millone, E. Roy, M. Lapaco, M. Bejarano y L. Alonso.*
EL PROTEINOGRAMA EN EL SINDROME HEMOLITICO UREMICO DEL NIÑO.

Se presentan ocho lactantes de 7 a 10 meses con el cuadro clínico y humoral del síndrome hemolítico-urémico: anemia hemolítica extracorpuseular nefropatía, trombocitopenia y convulsiones. Se describen alteraciones muy características del proteinograma encontradas en todos los casos: 1. — Aumento de las globulinas alta 1. 2. — Hipogama y agamaglobulinemia adquirida y transitoria. 3. — Albúminas normales. 4. — Normalización del proteinograma durante la convalecencia. Por la constancia con que se repiten se consideran estas alteraciones como un elemento más del síndrome de valor diagnóstico.

De los ocho casos, cuatro fallecieron y cuatro curaron completamente. Dos de ellos eran hermanas mellizas que enfermaron casi simultáneamente. En todos los casos la enfermedad tuvo un período de invasión con fiebre, síntomas digestivos y enterrorragias en cuatro de ellos. De los síntomas básicos han sido motivo de preocupación la intensidad de la anemia y la anuria con sus consecuencias. La intensidad de la patología neurológica ha estado en relación con la gravedad de la evolución. En los casos más leves pueden no estar presentes todos los síntomas del síndrome o aparecer en forma muy leve, salvo la disproteinemia. En la autopsia se han encontrado lesiones en glomerulos que recuerdan la glomerulonefritis y necrosis cortical simétrica.

Por la fragilidad y susceptibilidad a las infecciones de estos niños se propone un tratamiento intenso pero poco agresivo y conservador.

DISCUSION

Dr. Taubenslag.— Felicita a los autores por el estudio que han realizado. Las alteraciones del proteinograma constituyen un problema poco considerado hasta aho-

ra y a través de las conclusiones de los autores dicho estudio ofrece un interesante planteo diagnóstico. Desea añadir dos casos de su experiencia, uno completo y otro que se presentó con síntomas renales y exteriorizó un compromiso hemolítico luego de una semana. Cree conveniente sugerir el empleo de la vitamina E como factor anticatabólico y hace consideraciones sobre la hipogamaglobulinemia transitoria, preguntando a los autores cual ha sido en sus casos la evolución del cuadro electroforético.

Dr. Prieto.— Sugiere a los autores la conveniencia de estudiar simultáneamente el proteinograma urinario y pregunta si han notado alguna relación entre la evolución del proteinograma y el empleo de corticoesteroides.

Dr. Cedrato.— Presenta el estudio efectuado en cinco niños empleando el gel de acrilamida. En todos los casos encontraron hipogamaglobulinemia por disminución de las gama 2 globulina. Sugiere a los autores estudiar en los próximos casos, cuando sea posible, por métodos inmunoquímicos, si en el parenquima renal se fija gama-globulina.

Dr. Elizalde.— Felicita a los autores, y recalca la importancia del tema que se ha presentado. Añade dos casos observados en el Hospital de Clínicas cuyo cuadro clínico era similar al referido y que fueron estudiados histológicamente mediante punción biopsia del riñón, mostrando las lesiones anatómicas características del proceso.

Dr. Millone.— Como coautor del trabajo desea aclarar, respondiendo al Dr. Taubenslag, que ellos creen que la normalización del trazado se produce entre los dos y cuatro meses pero que la estadística de ellos es muy pequeña y la evolución de los enfermos demasiado breve como para poder ser muy categóricos.

Dr. Larguía.— Agradece las contribuciones aportadas, y se refiere a la importancia del tema cuya etiología hasta el momento es poco precisa, no habiéndose demostrado hasta ahora una causa viral o bacteriana. A los estudiosos del tema seduce la etiología viral acompañada de una respuesta alérgica que ocasionaría la hemólisis, las perturbaciones renales y la trombopenia. En algunos enfermos el problema no llega más allá por efecto del tratamiento o por la misma evolución del cuadro, pero a veces se agrava la sintomatología renal, se añaden síntomas neurológicos severos y una angiopatía capilar que resulta mortal. Todo el cuadro puede ser una forma de GNDA especial del lactante, pero resta mucho todavía por precisar a propósito del tema. De acuerdo con lo que expresó el Dr. Millone responde que la normalización del proteinograma se efectúa probablemente entre el segundo y el cuarto mes de evolución. No se realizó en estos enfermos proteinograma urinario a pesar de que en su servicio existe la costumbre de efectuarlo coincidiendo con el proteinograma sérico porque los hallazgos fueron sorprendentes. Tampoco se correlacionó el efecto de los corticoides sobre la evolución del proteinograma ya que solo en cuatro casos se emplea prednisona y no pueden llegar a una conclusión sobre la evolución de los trazados. Cree necesario insistir en que el tratamiento de esta afección debe ser conservador y poco agresivo evitando medidas que puedan afectar secundariamente; en uno de sus casos por ejemplo: durante el período de reparación luego de una canalización venosa se desarrolló una septicemia y en otro una bronconeumonía, ambos con resultado fatal.

2º) *Dres. Leónidas Taubenslag, Luis Brignardello, Eduardo Cerutti, Horacio Kottjer, Julio Hariasiadi, Adolfo Tybak y Bernardo Kraselnik (Pediatras) y Casimiro Rechiniewski.* IMPORTANCIA DE LAS DISBACTERIOSIS INTESTINALES EN LAS DIARREAS AGUDAS DEL DISTRÓFICO. SU TRATAMIENTO.

1. Se realizó un estudio clínico y bacteriológico en una serie constituida por 12 lactantes eutróficos y 36 distróficos que presentaban diarrea aguda severa.

Con criterio comparativo se estudió además la flora bacteriana fecal de un grupo de lactantes sanos.

2. Llama la atención que en los distróficos, la incidencia de disbacteriosis halladas fue de 67 % y solamente de 25 % en los eutróficos. Ello coincide con una mayor incidencia de diarreas parenterales en los distróficos (83 %) que en eutróficos (33 %) y debe ser vinculado a los tratamientos previos con antibióticos de amplio espectro que fueron demostrados en todos nuestros casos.

3. La prueba del chi cuadrado demuestra que la diferencia entre ambas muestras es real y no fruto de una fluctuación del azar. Por lo tanto estamos en condiciones de afirmar que se ha demostrado estadísticamente que los distróficos presentan más disbacteriosis intestinales que los eutróficos.

4. Dentro de las disbacteriosis se destacan por su severidad y frecuencia en la presente serie, las ocasionadas por *Aerobácter Aerogenes* (10 casos) y por *Estafilococo* patógeno (6 casos), siguiéndole las provocadas por *E. Freundi*, *Proteus Morgagni*, *Alcalígenes faecalis*, *Coli mucoso*, *Paracoli*, etc.

5. Los exámenes coprobacteriológicos practicados en los niños normales muestran la presencia de flora banal en proporciones usuales.

6. Las disbacteriosis por *Aerobácter Aerogenes* han resultado sensibles al tratamiento con Neomicina (de elección) y con los compuestos a base de diyodo y dibromohidroxiquinolina (en segundo lugar).

Las estafilococias intestinales evolucionaron favorablemente en base a todo un conjunto de medidas terapéuticas entre las cuales se destacan la Eritromicina y la Gamma Globulina.

Las diarreas por *E. Freundi* obedecieron a la colistina, por *Coli mucoso* y *Paracoli* a la Humatina y por *Proteus Morgagni* a sulfas intestinales.

Las micosis intestinales (por monilias) evolucionaron favorablemente con Nistatina y con los quimioterápicos mencionados en el texto.

7. La profilaxis de las disbacteriosis se debe realizar procurando resolver en toda su dimensión el problema de la tendencia a infecciones repetidas de cada distrófico en particular. El empleo de los antibióticos de amplio espectro debe ser reservado a los casos en que el estudio bacteriológico los justifica.

Creemos que se debe abandonar su empleo "por si acaso", actitud netamente iatrogénica. En general se debe preferir toda vez que el caso lo permite iniciar el tratamiento de la diarrea aguda con los derivados de la hidroxiquinolina cuya inocuidad sobre la flora banal es absoluta.

DISCUSION

Dr. Feitelvich. — Hace referencia a su experiencia privada y recalca la importancia de la patogenia no infecciosa de las diarreas agudas sobre todo la alimentación y la alergia. Cree conveniente insistir sobre la iatrogenia como desencadenante de la diarrea por el abuso terapéutico en que se incurre muchas veces. Hace referencia a éxitos terapéuticos que consigue mediante el empleo de sales de cobre.

Dr. Becker. — Pregunta como se hizo el análisis estadístico y si se aplicó la estratificación. Muestra extrañeza por la discrepancia que los autores hallan entre la disbacteriosis del distrófico y la del eutrófico.

Dr. Elizalde. — Felicita a los autores por el desarrollo del tema y destaca la importancia del factor iatrogénico por abuso de antibióticos. Pregunta acerca del estado alimentario de los niños estudiados y desea saber que influencia puede tener la etiología viral en la diarrea.

Dr. Taubenslag.— Responde. Todos los casos estudiados eran graves y estaban internados en servicios hospitalarios, y no cree que sea posible compararlos desde el punto de vista bacteriológico o terapéutico con lo que se observa en enfermos privados.

Los datos vinculados a la confección estadística los contestará el Dr. Cerutti. En cuanto a la discrepancia entre lo que se observa en los distróficos y en los eutróficos creo que el examen estadístico y los exámenes bacteriológicos son de por sí explícitos. Agradece los conceptos del Dr. Elizalde y responde que los enfermos estaban alimentados en forma artificial o mixta, en general deficiente. No tiene información virológica pero supone que la etiología viral pudo gravitar en aquellos casos bacteriológicamente negativos y hace de él, los conceptos del Dr. Elizalde sobre el empleo abusivo de antibióticos.

Dr. Cerutti.— Aclara conceptos sobre análisis estadístico y llega a la conclusión de que los datos hallados tienen significación estadística.

Dr. Reschniewski.— A pedido del Dr. Beranger explica la disbacteriosis con criterio bacteriológico, señalando la gran importancia que tiene y su proyección médica. El empleo de antibiótico de amplio espectro produce indudablemente el crecimiento abusivo de gérmenes aparentemente saprofitos. Señala muy especialmente que hoy en día casi no se puede hablar de gérmenes patógenos y/o saprofitos ya que los antibióticos vuelven patógenos a gérmenes clásicamente considerados como incapaces de producir patología aguda.

3º) *Dres. Alberto L. Cohen, Prof. Dr. Víctor Miatello.* DIABETES FOSFO-AMINICA.

Se presenta la historia clínica de una niña de cuatro años de edad con un cuadro de diabetes fosfoamínica, forma clínica incompleta del síndrome de De Toni-Debré-Fanconi. Desde los dos años de edad ha presentado polidipsia, poliuria, astenia, hipotonía, irritabilidad, escaso desarrollo pondoestatural y deformaciones óseas. Los principales datos de laboratorio han sido: fosfatemia 2 mgr. %, Calcemia 10,5 %, fosfatemia 10 u. Bodansky, uremia 0,29 gr. ‰. En orina: fosfaturia 3,40 ‰, calciuria 250 mg. ‰. La aminoaciduria determinada por cromatografía sobre papel muestra una hiperaminoaciduria con aumento de la excreción de metionina, ácido glutámico, glutamina, serina, glicina, taurina. Es tratada con hierro y altas dosis de vitamina D con lo que se ha logrado mantener la fosfatemia, calcemia y calciuria en límites normales.

DISCUSION

Dr. Brignardello.— Pregunta si los autores hicieron estudios de cromatografía en plasma y con qué técnica.

Dr. Taubenslag.— Pregunta qué valores normales de aminoaciduria aceptan los autores, qué valores patológicos hallaron, y qué técnica usaron para la determinación cuantitativa de aminoácidos.

Dr. Cohen.— Responde. Que no hicieron estudios de cromatología en plasma, que no puede responder sobre problemas de técnica ya que ello es del resorte del bioquímico que intervino en las determinaciones.

4º) *Dres. Emilio Astolfi y Augusto Giussani.* URGENCIAS DEL TRATAMIENTO EN LAS INTOXICACIONES POR FORMOL.

Presentan el caso de un niño de cinco años de edad que engirió una solución con formol indicada para uso externo. A la hora presentaba violentas epigastralgias, hematemesis, seguidos de obnubilación, palidez, midriasis, congestión de la mucosa bucal, contracción de abdomen. Con la medicación adecuada reaccionó en las 36 horas

y fue dado de alta a los 20 días. Se establece que la dosis tóxica para un niño equivale a "un trago" de 3-5 cc. El tratamiento inmediato consiste en agua albuminosa, papilla de bananas y carbón activado. Como antídoto se le dio 20 gr. de úrea, 40 gr. de carbonato de amonio, al 2 %, y agua destilada hasta 500 cc. Debe internarse y vigilar cuidadosamente el medio interno del intoxicado, administración de alcalinos con adición de gluconato de calcio al 1 % y prevenir estrecheces residuales del tubo digestivo.

DISCUSION

Dr. Elizalde. — Desea referirse a la importancia de la divulgación mediante trabajos, conferencias o cursos del problema de las intoxicaciones en la infancia y comenta favorablemente la reciente creación de un centro especializado en el Hospital de Niños.

Dr. Astolfi. — Agradece sus conceptos y concuerda con lo expresado.

5ª) *Dres. Emilio Astolfi y Sergio Varando.* NUEVA TERAPEUTICA EN LAS INTOXICACIONES DIGITALICAS (A RAIZ DE UN OBITO).

Presentan el caso de una niña de dos años que ingirió una cantidad grande de grageas de digalene que utilizaba su abuela, determinando una grave intoxicación y la rápida muerte de la niña. Con tal motivo los autores concluyen: 1. Los medicamentos digitálicos deben conceptuarse como muy peligrosos, si hay una ingesta accidental. 2. El hecho que al comienzo el niño pueda no experimentar ningún signo de gravedad, no invalida el punto anterior. 3. La muerte puede sobrevenir de manera intempestiva. 4. Resulta importante un diagnóstico precoz y tratamiento inmediato. 5. No debe homologarse la intoxicación aguda con la crónica iatrogénica. 6. El varenato sódico puede ser un elemento, según el Prof. Alberto Calabrese, que aporte una novedad trascendente a la terapéutica clásica.

No hubo discusión.

6ª) *Dres. Oscar Pierri, María I. Berría, Ricardo Carmona Gómez, Jorge R. Periés y Teresa Estrada.* A PROPOSITO DE UN CASO DE ENCEFALITIS ASOCIADA A INFECCION GRIPAL.

Se trató de un niño que, al segundo día de una afección respiratoria leve, presentó signos meningoencefalíticos progresivos hasta configurar un cuadro convulsivo y comatoso.

Habiendo recibido terapéutica antibiótica, corticoidea e hidroelectrolítica, evolucionó hacia la curación, con regresión de toda sintomatología anterior y sin otra secuela que un temblor intencional tipo parkinsoniano, temblor que paulatinamente se hace menos manifiesto.

El resultado de los exámenes serológicos, efectuado para pesquisar una eventual etiología viral, sugiere la vinculación del cuadro considerado con una infección producida por el virus gripal. El aumento de la tasa de anticuerpos inhibidores de la hemaglutinación para el caso de la cepa A/Japón/1957 y de la cepa B/Lee autoriza, con un criterio clínico virológico, la sustentación de tal posibilidad en cuanto a la relación causal entre el cuadro clínico del paciente y el virus gripal de tipo A/Japón/1957.

DISCUSION

Dr. Taubenslag. — Desea hacer resaltar el valor del estudio virológico presentado por los autores. A propósito del tratamiento concuerda su experiencia de los años 1956/58 sobre encefalitis medicadas con clorpromazina: la evolución de estos enfer-

mos se realizó sin secuelas motoras, hecho atribuible presumiblemente a la medicación.

Dr. Berría. — Agradece los conceptos del Dr. Taubenslag e insiste en la importancia de la determinación de anticuerpos inhibidores de la hemoaglutinación en diagnóstico virológico.

5ª REUNION CIENTIFICA - 27 DE NOVIEMBRE DE 1962

1º) *Dra. Adalgisa Fernández, Dres. Rubén Landivar* (para optar a miembro Titular) y *Miguel A. Gamboa.* ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA ENFERMEDAD DE HIRSCHPRUNG EN ESPECIAL EN EL RECIEN NACIDO Y EN EL LACTANTE.

Los autores se refieren a aspectos actuales del megacolon congénito, referentes a los síntomas y diagnóstico, al significado de la achalasia y al tratamiento de la enfermedad en el recién nacido y en el lactante. Destacan la importancia del estudio con enema baritado en el niño de pocos días que muestra discreta dilatación de la porción más baja del colon y sobre todo un retardo en el vaciamiento del medio de contraste. Otro síntoma de valor es la aparición de la pseudodiarrea por rebasamiento. Consideran la biopsia de especial indicación cuando el cuadro clínico no es característico y con segmento estrechado escaso. Destacan que la achalasia es debida a un trastorno de la inervación parasimpática pelviana y debe ser tratada después de la operación mediante dilatación con gruesas bujías. Su carácter de enfermedad congénita hace que se presente ya en recién nacidos y lactantes, a veces con cuadros atípicos o poco conocidos, que pasan a menudo sin ser diagnosticados a tiempo. Tanto el pediatra como el cirujano de niños debe acostumbrarse a pensar en el megacolon congénito, frente a un cuadro de íleo o de abdomen agudo o crónico.

No hay discusión.

2º) *Dr. Alberto L. Cohen.* PURPURA TROMBOCITOPENICA POR RUBEOLA.

Se presenta la historia de una niña de 8 años de edad, en la cual se presentó dos días después de desaparecido el exantema una púrpura trombocitopénica, con epixtasis, petequias, hematuria y melena. Fue medicada con córticoesteroides y transfusión de sangre, evolucionando bien.

No hay discusión.

3º) *Dres. Julio C. Blaksley, Alfredo Rabinovich, David Becker, Jorge Molinedo y Alfredo Pizzia.* PRIMERAS EXPERIENCIAS CON VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA ORAL A VIRUS VIVOS EN NUESTRO PAIS.

En la República Argentina, tras seis años de experiencia con vacuna antipoliomielítica, a virus muerto se ha observado que la misma, si bien ha mostrado una protección efectiva en los expuestos inoculados —como que de cada 100 enfermos de poliomyelitis parálitica, sólo el 7 % de ellos ha recibido la inmunización básica con 3 dosis o alguna de ellas— lamentablemente se producen 1000 nuevos casos por año, cifra que no se ha conseguido disminuir mediante la administración de vacuna parenteral.

Este hecho se halla plenamente justificado si consideramos que se han aplicado en todo el país más de 11.000.000 de dosis de vacuna Salk durante el período 1956-1961, pero sucede que de 6.000.000 de niños de 0-14 años que actualmente posee nuestro país, solamente un 25 % han completado la inmunización básica con 3 ó más dosis, a pesar de los esfuerzos realizados.

En base a estas consideraciones y a la eficacia e inocuidad de la vacuna antipoliomielítica a virus vivos atenuados, avalada por la extensa experiencia realizada en varios países con más de cien millones de dosis aplicadas, se decidió comenzar su

aplicación en nuestro país.

Antes de la realización de un Programa Nacional de Vacunación Antipoliomielítica Oral es necesario efectuar una serie de programas pilotos con el fin de poder evaluar con acierto las cualidades del antígeno administrado y la planificación de las campañas desarrolladas.

Para ello se realizaron campañas en distintas provincias usando diferentes antígenos (mono o trivalentes).

Se realizó la aplicación en los grupos de edades más susceptibles a la poliomielitis, de acuerdo a la región a ser vacunada.

Con la intención de evaluar la efectividad de la Vacuna se efectuaron estudios serológicos de muestras pareadas, extrayendo una antes de vacunar y otra un mes después de completada la vacunación, siguiendo dos criterios: a) dos muestras pareadas a un mismo individuo; b) dos muestras pareadas de una comunidad o grupo vacunado.

Para la valoración de la inocuidad de la vacuna se confeccionó una ficha cuestionario que se distribuyó entre los médicos, efectuándose una encuesta sobre la aparición de síntomas durante los 30 días posteriores, a la vacunación.

DISCUSION

Dr. Fernández. — Desea informarse acerca de lo ocurrido con la vacuna con grupo III en EE. UU., cual es la edad mínima para iniciar la vacunación y características de la conservación de la vacuna.

Dr. Blaksley. — Contesta a la primera pregunta leyendo el informe del grupo médico que investigó lo ocurrido en Atlanta, EE. UU. Observaron 16 casos de poliomielitis paralítica en posible relación con la vacunación. 2 que aparecieron luego de 30 días (uno de ellos dudoso) relacionados con el tipo I; 1 caso relacionado con tipo II (más tarde se demostró que fue causado por el tipo III) y 13 relacionados con tipo III. De estos últimos 13, 11 desarrollaron enfermedad paralítica y 2 fueron dudosos. 11 de ellos se desarrollaron en adultos entre 7 y 30 días luego de la vacunación. En 9 meses se aplicaron 40.000.000 de dosis oral, y era dable esperar la aparición de casos de polio coincidentes. Algunos pudieran haber sido causados por vacuna tipo III; en ese caso la incidencia sería de menos de 1 caso por cada millón de dosis. Aconsejan vacunar con tipo I y II a todos los grupos de edad y con tipo III a los niños.

La edad mínima aconsejable es la de 2 meses. En épocas de epidemia puede hacerse en el recién nacido.

La vacuna, antes de usarse, se conserva a -20° ; luego de comenzar su uso, mantiene su efectividad entre algunas horas y 1 semana a temperatura ambiente.

Dr. Becker. — Aclara que en algunos planteos se prefiere iniciar la vacunación en el recién nacido para disminuir el número de personas susceptibles, revacunando a las 4 semanas. En cuanto a la conservación de la vacuna, aclara que utilizan una vacuna concentrada mantenida a -20° (se conserva así hasta 1 año) y que la diluyen para su empleo.

4°) *Dres. Alberto L. Cohen y B. A. Rabinovich.* SINDROME DE GUILLAIN BARRE.

Se presenta un caso de Guillain-Barré en un niño de 11 años y se hacen consideraciones etiofisiopatológicas, clínicas y diagnósticas. Fue medicado con bromhidrato de nivaline. La cromatografía sobre papel demostró hiperaminoaciduria de ciertos aminoácidos.

No hay discusión.

5º) *Dres. Alberto L. Cohen, B. A. Rabinovich, I. L. Grinzpan y M. Altman.* ESCLE-
RODERMIA.

R E S U M E N

Se presenta la historia clínica de un niño con esclerodermia y se hacen consi-
deraciones sobre esta colagenopatía, enfermedad poco frecuente en los niños.

No hay discusión.