

SUMARIO

REUNIONES CIENTIFICAS
 ACTAS DE REUNIONES CIENTIFICAS DE
 LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

Sesión Conjunta de la Sociedad Argentina de Tisiología. -
 10 de diciembre de 1963:

- Mesa Redonda: "Profilaxis de la tuberculosis mediante la vacuna B.C.G. por vía bucal". Coordinador: *Dr. José Peroncini* 155
- La Vacuna B.C.G. del Inst. Nacional de Microbiología Carlos G. Malbrán. *Dr. Antonio M. Vilches* 160
- Valoración del estudio tuberculínico post-vacunal. *Dr. A. Howard* 165
- Reacciones tuberculínicas en los vacunados con B.C.G. por vía oral al nacer. *Dr. O. Anzorena* 168
- Resultados de la encuesta realizada en la República Argentina sobre complicaciones de la vacuna B.C.G. oral. *Doctores Jorge R. Rovere y Aldo Milic* 170
- Cuadros respiratorios en los vacunados con B.C.G. oral. *Doctores O. Anzorena, C. Gianantonio, M. A. Caria y J. Mendilaharsu* 180
- Cuadros otológicos en los vacunados con B.C.G. oral. *Dres. J. J. Badaracco y N. Ragozza* 183
- Adenitis por B.C.G. Cuadro clínico, humoral y tratamiento. *Dres. J. M. Ucha, A. R. de Salama y E. Pirotta Ucha* 186
- Diseusión 189



Matersal

KASDORF
GALACTAGOGO HORMONAL VITAMINICO

Protege madre e hijo

Tres veces al día,
 una cucharadita

KASDORF

Envase de 80g
 de granulado

El alimento que cura Eledon

El alimento-medicamento indicado para el tratamiento dietético de los trastornos digestivos del niño.

Con todas las propiedades terapéuticas del "babeurre" natural, y la ventaja sobre él de un mayor contenido graso, lo que permite una administración más prolongada sin riesgo de hipocalimentación.



CALIDAD
NESTLÉ
SEGURIDAD

Fichado

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA

PUBLICACION MENSUAL

Organo de la Sociedad Argentina de Pediatría

REUNIONES CIENTIFICAS

Sesión Conjunta de la Sociedad Argentina de Pediatría con la Sociedad Argentina de Tisiología

14ª REUNION CIENTIFICA: 10 DE DICIEMBRE DE 1963

Presiden: Dres. Juan J. Murtagh y Andrés A. Santas.

Dr. Andrés A. Santas (Presidente de la Sociedad Argentina de Tisiología). — Si alguna prueba era necesaria para demostrar la oportunidad e interés en una reunión para tratar el tema que se ha considerado y se está considerando esta noche, bastaría echar una mirada a la concurrencia que llena este salón y que lo llena por completo, no solamente por su número sino por su calidad.

En nombre de la Sociedad Argentina de Tisiología agradezco a todos Uds. el que hayan concurrido, pediatras y tisiólogos. No es una casualidad que el coordinador de esta mesa redonda sea un miembro conspicuo de las dos sociedades. Les agradecemos a todos los participantes de esta Mesa Redonda por la profundidad con que han tratado cada uno de estos temas y sobre todo por la concisión con que lo han hecho. Le agradecemos también a la Sociedad Argentina de Pediatría la hospitalidad que nos ha brindado en esta casa, su casa, hecha con el esfuerzo de todos los pediatras argentinos y personalmente agradezco a la Sociedad Argentina de Pediatría que en mi carácter de Presidente de la Sociedad Argentina de Tisiología pueda dirigir la palabra a los pediatras recordando que mi padre, el Prof. Dr. Manuel Santas, fue fundador de la Sociedad de Pediatría y uno de sus presidentes. Muchas gracias.

Mesa Redonda: PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS MEDIANTE LA VACUNA B.C.G. POR VIA BUCAL.

Coordinador: Prof. Dr. José Peroncini.

La Sociedad Argentina de Pediatría en reunión conjunta con la Sociedad Argentina de Tisiología, por pedido de un grupo de pediatras, ha propiciado esta mesa redonda, de la cual participan sanitaristas, bacteriólogos, clínicos, pediatras y tisiólogos.

La comprobación de observaciones clínicas de aparición de adenopatías cervicales, de reacciones inflamatorias del aparato auditivo con o sin respuesta inflamatoria ganglionar, cuadros respiratorios del aparato auditivo con o sin respuesta inflamatoria ganglionar, cuadros respiratorios inmediatos a la administración bucal del B.C.G. o hallazgos radiológicos posteriores con imágenes variadas, en recién nacidos a los cuales se le había administrado vacuna B.C.G. bucal en los primeros días de vida y posteriores estudio de Laboratorio efectuados con material de biopsia o punción justifican esta reunión, buscando precisar dentro de lo posible, las características, la relación, la frecuencia y el significado de estos hallazgos.

En la lucha anti-tuberculosa el pediatra cumple un cometido de fundamental importancia, él debe aconsejar e insistir sobre las ventajas de la vacunación con BCG en el recién nacido en medio sano y asociado al tisiólogo intensificar su consejo profiláctico cuando el recién nacido proviene de un medio tuberculoso.

En el plan de vacunación con BCG por vía bucal todo hecho anormal que en el niño se observa, el pediatra es el primer consultado y quien debe explicarle a los familiares. Ello justifica plenamente que sean los pediatras quienes hayan promovido esta consulta y los más interesados en el conocimiento y la interpretación de los hechos, para una vez más reafirmar su convencimiento pleno de la importancia profiláctica de la vacunación con BCG, recurso que correctamente aplicado por vía oral o intradérmica se puede afirmar sin caer en la exageración, que con su empleo ha disminuido en forma manifiesta la incidencia de formas graves iniciales de tuberculosis primaria, ha logrado, en algunos países, desterrar la meningitis de la primera infancia y trasladado la infección primaria más allá de los primeros años de vida permitiendo al niño mejores posibilidades de defensa.

No traemos una idea nueva, ni original sobre la eficacia profiláctica del BCG, existe en el mundo ya una enorme experiencia justificando el valor de su empleo. Hasta el momento actual su acción preventiva no ha sido reemplazada en forma definitiva por otro procedimiento.

No pretendemos postergar o interrumpir la profilaxis con BCG correctamente ejecutada.

Esta reunión tiene como justificativo de la misma el hallazgo de hechos inesperados e inexplicables que juzgamos deben ser conocidos y aclarados buscando precisar si existe o no una relación de los mismos con la administración de BCG bucal, dilucidar claramente las circunstancias de su presentación, en función de la edad, dosis, forma de administración, número de vacunados y número de los que han presentado alguno de los hallazgos descriptos.

Si bien hemos logrado un acuerdo en la presentación de los hechos

reconocemos que la dilucidación de los mismos está limitada a las siguientes circunstancias: no tomemos la absoluta seguridad de la incidencia directa del BCG bucal en su aparición, no omitimos pensar si el terreno, factores agregados: virosis, infecciones secundarias, contagio temprano con portadores de bacilos tuberculosos, nacimiento en un medio tuberculoso inaparente, presencia de bacilos hemónimos no ha podido intervenir en la aparición de los hechos.

En materia de vacunación por BCG deben consignarse dos medidas recientes: la resolución del Consejo asesor y coordinador de la lucha antituberculosa de junio de 1961 sobre normas de vacunación y administración de 200 mlg. en una sola dosis y la puesta en vigencia desde fines de 1961 y comienzos de 1962 de la ley de vacunación antituberculosa obligatoria.

Comprobaciones verificadas

1º) Aumento evidente del número de recién nacidos vacunados con BCG por vía bucal en las distintas maternidades. A mayor número de vacunados mayor incidencia de posibles complicaciones.

2º) Apreciable cambio en el número de respuesta positiva a la alergia tuberculínica con reacciones al 1 por mil y por 5.000 de 15 a 20 mm.

3º) Mayor frecuencia de adenopatías cervicales.

4º) Cuadros inflamatorios supurados de oído medio, otitis externas y mastoiditis entre el 2º y el 6º mes de vida.

5º) Algunas observaciones de accidentes respiratorios tipo sofocación con la introducción bucal de la vacuna y reconocimiento posterior en algunos vacunados por vía bucal de imágenes pulmonares del tipo de las neumonitis, aneumatosis o siembras nodulillares.

6º) Presencia en algunos casos en el examen de pus ganglionar o de oído de mastoides de bacilos, alcohol, ácido resistentes.

7º) Relativa benignidad del proceso en sus distintas localizaciones sólo puede señalarse en algunos casos la evolución prolongada.

8º) Hallazgo en algunas de esas observaciones de bacilos que por su capacidad patogénica se asemejan a los bacilos tuberculosos de tipo humano o a los rotulados como indeterminados y que presentan características distintas del típico BCG.

9º) Presencia en el material del pus ganglionar de bacilos tipo BCG por tener Test de Niacina negativo y no desarrollar lesiones en el cobayo.

CONCLUSIONES

1º — El empleo del BCG bucal a dosis de 200 miligramos en el recién nacido en medio sano y a igual dosis seguido de vacunación con-

corriente en el recién nacido en medio enfermo constituye un método profiláctico eficaz que debe ser preconizado y divulgado como el arma más útil en la lucha antituberculosa.

2º — Es fundamental la administración oral correcta y a partir del 3er. día de vida, en dilución o con el biberón.

3º — Las reacciones ganglionares pueden ser adenitis por BCG, habiéndose comprobado en algunos casos la presencia del bacilo BCG.

4º — Las reacciones auditivas pueden ser ocasionadas por bacilos BCG, bacilos anónimos o por causa aún no determinada.

5º — Los cuadros de aparato respiratorio son por aspiración canalicular no hay certeza de su etiología.

6º — Los bacilos ácido alcohol resistentes aislados en las lesiones ganglionares auditivas y de mastoides, son en algunos casos bacilos BCG típicos y en otros poseen características de bacilo tuberculoso tipo humano.

7º — No pueden desecharse en algunas circunstancias una infección secundaria por otros gérmenes o una infección tuberculosa asociada.

8º — Relativa benignidad del proceso en sus distintas localizaciones sólo puede señalarse en algunos casos la evolución prolongada.

9º — Hallazgo en algunas de esas observaciones de bacilos que por su capacidad patogénica se asemejan a los bacilos tuberculosos de tipo humano o a los rotulados como indeterminados y que presentan características distintas del tipo BCG.

10º — Presencia en el material del pus ganglionar de bacilos tipo BCG por tener Test de Niacina negativo y no desarrollar lesiones en el cobayo.

CONCLUSIONES

1º — El empleo del BCG bucal en el recién nacido en medio sano y en el recién nacido en el medio enfermo, constituye un método profiláctico eficaz que debe ser preconizado y divulgado como arma útil en la lucha antituberculosa.

2º — Es fundamental la administración oral correcta y a partir del tercer día de vida en dilución o con biberón.

3º — Las lesiones ganglionares pueden ser curadas por el bacilo BCG pues se ha comprobado en algunos casos su presencia.

4º — La etiología de la patología otológica no se conoce con certeza.

5º — Los bacilos ácido alcohol resistentes aislados en las lesiones ganglionares, son en algunos casos bacilos BCG típicos y en otros poseen características de bacilo tuberculoso tipo humano, o bacilos atípicos.

6º — Conducta a aconsejar: En el momento actual no se considera justificada la interrupción de la administración bucal de vacuna BCG.

7º — Se ha constituido una comisión designada por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública para coordinar los estudios que se espera llegarán a aclarar este problema.

La Vacuna B.C.G. del Instituto Nacional de Microbiología Carlos G. Malbran

DR. ANTONIO M. VILCHES

Desde que la preparación del B.C.G. fue descripta originalmente por Calmette, pocos son los cambios básicos de técnica que han adquirido uso general, a pesar de que los laboratorios bien organizados han adoptado detalles de procedimiento que permiten una cierta uniformidad e inocuidad del producto. Debe reconocerse que, por falta de criterio biológicos e inmunológicos precisos, la estandarización de esta vacuna no tiene toda la perfección que sería deseable. Sin embargo, hay una tendencia constante al mejoramiento de esa estandarización.

Trataré de describir rápidamente las distintas fases de la producción y control de la vacuna B.C.G. tal como se realiza en el Instituto Nacional de Microbiología desde hace varios años.

Como es sabido, el B.C.G. es una variante "poco virulenta" obtenida por Calmette y Guérin partiendo de una cepa bovina típica que ellos pasaron repetidamente por medio biliado. Sus cultivos son disgénicos y no-pigmentados en medio de papa Sauton; es catalasa positiva, peroxidasa positiva, niacina negativa o débilmente positiva e isoniazido sensible. Produce infección local en el cobayo, la que se limita al sitio de inoculación y, ocasionalmente, con altas dosis (superiores a 10 mg.), a los ganglios locales.

Existen varias sub-cepas conocidas de B.C.G., las que tienen entre sí diferencias en distintos aspectos, tales como el grado de formación de cordones en la periferia de las colonias, intensidad y duración de las lesiones producidas por inoculación intraeútea en cobayos, difusión, multiplicación y sobrevivencia de los bacilos en el ratón. Estas diferencias de laboratorio no siempre presentan una buena correlación con el com-

portamiento de las cepas en el hombre, pero pueden servir para verificar si una subcepa conserva sus caracteres típicos. Hasta ahora no se ha comprobado nunca que una cepa de B.C.G. haya sufrido una mutación a la inversa para convertirse en una cepa virulenta, con los caracteres "invasores" de la cepa original de bacilo patógeno bovino.

Conviene desde ya reconocer que todas las cepas de B.C.G. conocidas conservan cierta capacidad de acción patógena local en el cobayo y en el hombre. La sub-cepa danesa pareciera causar adenitis con más frecuencia que otras y se ha sostenido que la cepa Moreau, traída en 1925 a Sud América y usada hoy en Brasil, Uruguay, Cuba y el laboratorio argentino de Jujuy, causa menos complicaciones de ese tipo. En el Instituto Nacional de Microbiología se emplea una subcepa traída del Instituto Pasteur en mayo de 1957 por el Dr. Arena, la que se ha comportado en todo momento con los caracteres típicos del B.C.G. que le dio origen y ha demostrado repetidamente su capacidad inmunizante frente a sobreinfección con cepas virulentas (de laboratorio o salvajes) en el cobayo. En estos momentos se están realizando las etapas iniciales de obtención de vacuna a partir de un cultivo nuevo de la misma cepa, recibido recientemente, del Instituto Pasteur de París, que es quien provee a la mayoría de los laboratorios productores de B.C.G. en el mundo entero.

La preparación de la vacuna se hace siguiendo en todo las normas recomendadas por el Comité de Expertos de la OMS. El personal, laboratorio y equipo utilizados cumplen con todos los requisitos para evitar posibles contaminaciones y cada etapa es sometida a pruebas de control adecuadas.

MANTENIMIENTO Y CONTROL DE LA CEPA

La cepa se mantiene pasándola cada dos semanas en medio de Sauton-papa con pasajes ocasionales en papa biliada. Esa semilla se somete cada mes a la siguiente prueba de inocuidad y potencia: se inoculan 3 cobayos por vía i.p. con 5 mg. de bacilos y otros 3 cobayos por vía s.c. con 10 mg. de bacilos; 5 semanas más tarde se practica a cada animal la reacción de Mantoux (1 mg. de tuberculina), la que debe ser positiva (5 mm). Los cobayos se van sacrificando en el curso de 6 meses y la única manifestación hasta ahora observada es un nódulo local en los animales inoculados por vía subcutánea.

PRODUCCION DE LA VACUNA

Para producir la vacuna se hacen dos repiques sucesivos: a) el primero en frascos de Erlenmeyer de 300 ml con 100 cc. de medio de Sauton; éste se mantiene a 37°5 ó 38°C durante siete días. b) de cada

uno de esos frascos se toman trozos de película y se siembran en frascos de Erlenmeyer de 1 litro con 250 cc. de medio de Sauton.

Después de 11 días a 37°5 ó 38°C se cosechan estérilmente las películas. Otros laboratorios usan entre 10 y 14 días de incubación y algunos emplean otros medios de cultivo, como el IVM de Arlindo de Assis (con extracto de papa), el que da cultivo más abundante y con pigmentación pardusea.

Las películas se comprimen en un embudo de Birkhaug y la masa bacilar se pesa. Se la coloca luego en frascos de Kitasato que contienen bolillas de acero inoxidable. Se hace rotar los frascos a 60 revoluciones por minuto y se va agregando medio de Sauton diluido al $\frac{1}{4}$ en agua destilada; esta operación dura unos 20 minutos.

Esto constituye la vacuna terminada para uso bucal, cuya concentración es de 100 mg. por mililitro.

CONTROL Y ESTANDARDIZACION

La suspensión se somete entonces a la prueba de pureza sembrándola en medios para gérmenes aerobios y anaerobios, los que se observan durante 5 días; si no hay crecimiento de gérmenes la vacuna pasa a ampollarse directamente para uso bucal, o se diluye previamente hasta 1 mg/ml. para uso intradérmico.

Después de ampollada, la vacuna es sometida a las siguientes pruebas de control (24 ampollas de c/1000 en 2 laboratorios diferentes).

1.— Prueba de pureza en medios para aerobios y anaerobios; si al 3er. día los cultivos son negativos se libra la vacuna para el uso, pero los cultivos se siguen observando por 7 días con el fin de descubrir posibles contaminaciones durante el transporte de la vacuna; en la práctica los resultados no varían nunca entre el 3º y el 7º día.

2.— Prueba de vitalidad o viabilidad. Se hacen diluciones decimales de la vacuna y se siembran en medio de Loewenstein para determinar el número de bacterias vivas; por supuesto en este recuento, si existen grumos con varias bacterias, cada uno de ellos da una sola colonia y se cuenta como tal. Los resultados oscilan siempre entre 30 y 50 millones por mg. (promedio 40 millones). Conviene hacer notar que otros laboratorios dan cifras distintas, en general inferiores a las del Instituto; esta diferencia puede deberse a distintos factores en el proceso que dejan una menor proporción de células vivas o a una menor disgregación de los grumos y, sobre todo, al método usado para eliminar el líquido del cultivo antes de hacer la pesada de los bacilos.

3.— Prueba de inocuidad que se realiza como fue descrito antes para la semilla.

4.— Prueba de potencia. Se inoculan cobayos por vía intradérmica

con 0.1 ml de la vacuna intradérmica i.d. pura y con diluciones al 1/10, 1/100 y 1/1000. Si la vacuna es satisfactoria se puede observar lo siguiente al cabo de 2 ó 3 semanas; con la vacuna pura (0.1 mg): área no-supurada de induración, con escara; con la vacuna diluida al 1/10: nódulo más pequeño, a veces con escara pequeña; con la vacuna diluida al 1/100: un nódulo apenas palpable sin escara; con la vacuna diluida al 1/1000 no se observa nada. Cuatro semanas después de la inoculación los cobayos deben dar Mantoux positiva (5 a 10 mm).

PRESENTACION Y FECHA DE VENCIMIENTO

Las vacunas del I.N.M. se suministran en dos formas: (1) para la vía oral las ampollas contienen una sola dosis de 2 ml con 100 mg/ml. Esta es la dosificación usada desde el 5 de septiembre de 1962 por decisión del Consejo Asesor y Coordinador de la Lucha Antituberculosa; con anterioridad la dosis era sólo de 1 ml, es decir 100 mg en total.

(2) para la vía intradérmica las ampollas contienen 10 dosis de 0.1 ml, con 1 mg/ml, es decir 0.1 mg por dosis.

Si bien las vacunas conservadas en la heladera mantienen perfectamente su potencia por 30 días, se da 20 días como período de vencimiento.

EL PROBLEMA DE LA ESTANDARDIZACION DEL B.C.G.

Es importante señalar que, aun para el B.C.G. intradérmico, cuya administración asegura una infección uniforme (0.1 mg. de bacilos en un punto limitado de la dermis cutánea), la única forma de establecer normas útiles y generales para la estandarización de la vacuna es por comparación de los resultados obtenidos en el hombre (porcentaje del viraje tuberculínico y reacciones locales o a distancia) con la información que puede dar el laboratorio (edad de los cultivos, número de bacilos vivos por miligramo, actividad fisiológica de los bacilos medida por el consumo de oxígeno o por algún otro índice, acción patógena y viraje tuberculínico en los animales de experimentación, etc.); los datos de laboratorio por sí solos nunca permitirán una adecuada definición de las condiciones ideales que debe cumplir una vacuna; debe observarse que no existen estudios de ese tipo para establecer normas adecuadas.

En efecto, a pesar de las normas dadas por la OMS y por el Instituto Nacional de Salud americano, aparecen de tanto en tanto nuevos problemas en la estandarización de la vacuna intradérmica. Esa dificultad para establecer normas de estandarización es aún más seria en el caso de la vacuna de empleo bucal, que emplea dosis enormes (1000 a 2000 veces mayores que la vacuna de uso intradérmico) por una vía que puede en circunstancias especiales (técnica defectuosa de administración) cul-

minar en el depósito de gran número de bacilos en alguna superficie mucosa (de la boca, las fauces, el árbol respiratorio o el tracto digestivo), y en otras ocasiones (llegada de toda la dosis a un estómago con gran acidez o con tránsito acelerado) en cambio, puede no llegar a causar infección. Como se comprenderá, una estandarización basada solamente en el peso de los bacilos, ignora todos los otros factores arriba señalados; sin embargo es el único criterio hasta ahora usado en todo el mundo; esa situación deberá corregirse mediante investigaciones coordinadas de la clínica y del laboratorio.

Si, por razones de práctica sanitaria fuera indispensable emplear la vía oral, que por lo señalado es mucho más irregular que la intradérmica, sería en principio preferible dar varias dosis de 100 mg. suspendidas en 4 ó 5 cm.³ cada una, que una sola dosis de 200 mg. suspendida en pequeño volumen.

Valoración del Estudio Tuberculínico Post-Vacunal

DR. ALFREDO HOWARD

Las vacunas preparadas en distintos laboratorios tienen un diferente poder alergénico para el individuo que la recibe. El Dr. Vilches acaba de hacer alusión a algunos de esos aspectos, pero hay otros, en la vacuna misma; por ejemplo: no es lo mismo la alergia tuberculínica que se establece por una vacuna cuyos cultivos se han tomado para la preparación a los once días que la alergia tuberculínica que produce una vacuna cuyos cultivos han sido dejados durante más días. La alergia tuberculínica provocada por la vacuna B.C.G. preparada en el Instituto Pasteur que deja casi el doble de días del utilizado en el Instituto Bacteriológico Nacional de nuestro país, no puede ser la misma reacción tuberculínica que la que se obtiene con la vacuna preparada en la Argentina.

Una de las vacunas que más alergia produce es a la que se ha referido el Dr. Vilches, preparada en el Instituto de Copenhague. La alergia tuberculínica también depende de la cantidad de bacilos que ingresan al organismo. No es lo mismo vacunar a la manera de Calmet, con escasa cantidad de bacilos, que a la manera de Arlindo de Assis, con 100 mg. dados reiteradamente durante los seis primeros meses de la vida. De modo que todos estos factores propios de la vacuna que pueden modificar la alergia tuberculínica. También depende del hecho, y el Dr. Vilches lo ha dicho, que no sólo haya gérmenes vivos sino que los gérmenes también sean vivaces, es decir que el germen debe tener vitalidad. En muchos laboratorios se ha observado que en el transplante de las siembras sucesivas los gérmenes van perdiendo vitalidad, de tal modo que hay que hacer siembras en diferentes medios para que vuelvan a tomar la vivacidad primitiva. También tiene importancia el tiempo transcurrido entre

la preparación de la vacuna y la ingestión o inyección de la misma. Cuanto más tiempo transcurre menos alergia tuberculínica se encontrará. Tiene importancia, también la vía de administración de la vacuna. Es sabido que la vía intradérmica es la que ha demostrado tener una mayor sensibilidad tuberculínica, la cual además es más precoz. La vía oral, especialmente cuando usábamos 100 mg., es la que menos reacción trae y más tardíamente produce el viraje de la alergia tuberculínica. En estos últimos tiempos, cuando se han empezado a usar los 200 mg. siguiendo las ideas de Arlindo de Assis de la vacunación masiva, se ha visto que la alergia tuberculínica ha aumentado. Esto en cuanto a relación exclusivamente de la vacuna, pero hay también causas del propio individuo que recibe la vacuna, que modifica la alergia tuberculínica que produce dicha vacuna. Por ejemplo, si se toma la alergia tuberculínica intradérmica en un recién nacido o en una mujer embarazada en donde los tejidos están muy embebidos, seguramente la alergia tuberculínica ha de ser menor que en un niño de segunda infancia. Eso está comprobado en los casos de segunda infancia y juventud en donde se produce el mayor número de virajes tuberculínicos y en donde los mismos son de mayor intensidad.

En cuanto a la vacuna oral, que es la que en estos momentos interesa a todos nosotros, es la que menos y más tardías reacciones produce. Hay un trabajo muy interesante realizado en Praga por los doctores Krausse y Dvorak en donde realizan una vacunación simultánea intradérmica en la espalda y por vía oral con 100 mg. A continuación testifican el viraje de la alergia tuberculínica y el viraje de la alergia a los cuerpos bacilares por medio del B.C.G.

De esa manera, no solamente controlan el viraje de la alergia tuberculínica, sino la verdadera adquisición de inmunidad por el individuo vacunado. Han llegado a una conclusión extraordinaria y es que la casi totalidad de los niños controlados menos uno, han desarrollado un test a los cuerpos bacilares mucho más precoz y más intenso o de la misma intensidad de la alergia tuberculínica y solamente en un niño han encontrado una reacción tuberculínica inversa, es decir la reacción tuberculínica de mayor intensidad que la reacción a los cuerpos bacilares. Por otra parte, la experiencia que personalmente hemos hecho en el grupo con el cual trabajamos establece que la alergia tuberculínica que da la vacunación B.C.G. por vía oral al principio con 100 mg. y desde hace 10 años con 200 mg. es una alergia de baja intensidad, de muy poco diámetro, de muy poca duración, es fugaz en el estadio inmediato, no deja prácticamente marca y desaparece también con cierta velocidad; se acepta que esta alergia tuberculínica desaparece entre uno y tres años después de producir el viraje de la alergia tuberculínica.

¿A qué se puede deber entonces la intensificación de la alergia tu-

berculínica en los vacunados? En primer término, no sólo la intensificación sino la precocidad en la aparición de esa alergia tuberculínica hace sospechar como primera causa la posibilidad de que junto con la vacunación se haya establecido una infección patógena. En segundo lugar, las infecciones en general, tanto bacterianas como virósicas son capaces, según Max Furestier y Blanck Belair, de transformar la reacción tuberculínica en un individuo vacunado. En general se acepta que las virosis, por ejemplo el sarampión, es anergizante pero no en forma absoluta. En algunos casos, cualquiera de estas enfermedades bacterianas o virósicas es capaz de exaltar temporariamente la alergia tuberculínica. Nosotros sabemos que en estos últimos tiempos han aumentado la alergia tuberculínica encontrada en la Capital Federal especialmente. Creemos que esto se debe a algún defecto, no sabemos si de la vacuna, no sabemos si de la técnica de vacunación, no sabemos si de los individuos vacunados, ya que con la gran cantidad de individuos vacunados que hay, es posible que existan muchos que reaccionen en forma disímil al grueso de la población.

Sabemos que hay gente que tiene resistencia natural a la infección tuberculosa y también que hay gente que tiene resistencia natural a la infección al B.C.G. Debemos aceptar también que haya gente que tenga una predisposición natural a la vacunación con B.C.G. como hay gente que tiene predisposición natural a infectarse con tuberculosis. De modo que creemos que todos estos factores habrá que tenerlos en cuenta para juzgar la alergia tuberculínica post-vaccinal, pero sobre todo queremos dejar bien establecido que la alergia tuberculínica post-vaccinal es tardía, de poca intensidad; hay que buscarla con grandes concentraciones de tuberculina en general. Si se trata de un recién nacido generalmente es más positivo el empleo de parche Vollmer que la propia reacción intradérmica tuberculínica y que esta alergia es fugaz en forma inmediata y fugaz también el tiempo.

Reacciones Tuberculinicas en los Vacunados con B.C.G. Oral al Nacer

DR. OSCAR ANZORENA

Como aporte a este tema quisiéramos informar el resultado obtenido en las pruebas tuberculínicas de 4.300 niños que, vacunados con B.C.G. vía oral al nacer, concurrieron al control a los tres meses de edad.

Esta observación se efectuó en niños nacidos en una clínica privada vacunados con B.C.G. 0.20 gr. proveniente del Instituto Malbrán, habiendo realizado e interpretado las reacciones una sola persona

Nos indujo durante el corriente año a efectuar reacciones con P.P.D.I.N., Parche Vollmer y diluciones al 1/10.000, el hecho de haber encontrado un franco aumento de reactores con tuberculina al 1/100, durante el segundo semestre del año pasado. En efecto: de un 35 % positivos que se obtenían desde mayo 1959, aumentó el porcentaje al 65 % en un grupo de 700 niños vacunados durante el semestre antedicho.

El resumen de los resultados es el siguiente:

1) 100 casos controlados con parche Vollmer y tuberculina al 1/100 simultáneamente. Existe marcada coincidencia tanto en el porcentaje de positivos (alrededor de 65 %) como en cuanto a la intensidad de la reacción (6 % de hiperérgicos).

2) 450 casos controlados con P.P.D.I.N., 18 % positivos.

3) 80 casos controlados con tuberculina al 1/10.000, 15 casos positivos.

4) Agregamos, además, el resultado de un control de 250 casos al

**ESTIMULANTE FISIOLÓGICO DEL
APETITO Y DEL ANABOLISMO**



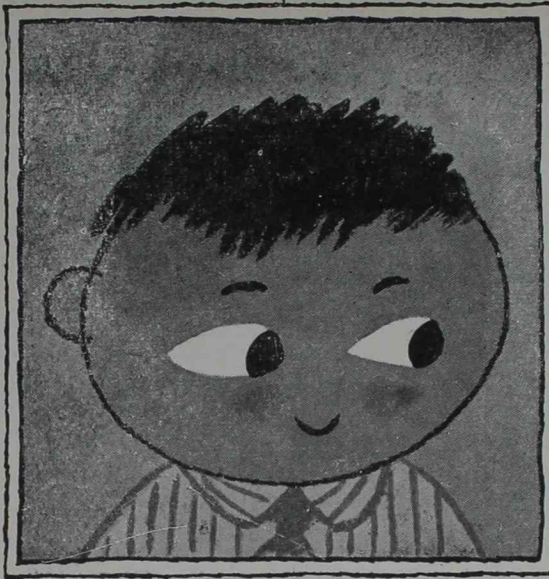
- **Clorhidrato de DL Carnitina**, principio natural de acción específica en la restauración del apetito y en la normalización del balance nitrogenado (1), (2).
- **Aspartatos de potasio y magnesio**, agentes fisiológicos defatigantes (3).
- **Vitaminas B₁ y B₁₂**, estimulantes del apetito y crecimiento (4), (5).
- **Glicerofosfatos de calcio y sodio**, nutrientes estimulantes de la célula nerviosa.

(1) Gulewitsch y col.: Ztschr. f. Physiol. Chem., 1905, 45, 631.
(2) Fraenkel, G. y col.: Arch. Bioch. Biophys., 38, 405, 1962.
(3) Wetsel y col.: Science 110: 651, 1949.
(4) Kruse, C.: Northwest Med., p. 597, June 1961.
(5) Laborit, H. y col.: La Presse Medicale, 66, 2125, 1958.

Espartamen



LABORATORIOS ANDRÓMACO
AV. ING. HUERGO 1145 - T. E. 33-2571 - BS. AIRES



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

año de edad, sin discriminación de fecha de vacunación, con 50 % positivos y otro grupo de 55 casos de iguales condiciones, controlados con P.O.D. 1.u. con 25 % positivos en ese primer control.

Queda dicho con esto, que la vacunación da virajes a veces hiperérgicos y que se prolongan en la mayoría de los casos después del año, aun controlada con P.P.D. 1 u., lo que idica que debe variarse el concepto un tanto rígido de que todo niño objeto de tratamiento con tuberculostáticos, aun en ausencia de signos clínicos y radiológicos y de foco contagiante detestable.

No debe olvidarse que en la mitad de los casos de tuberculosis activa de la primera infancia es posible encontrar el foco contagiante y que la vacunación otorga un grado de inmunidad que debe ser tenido en cuenta en la valoración clínica de cada caso. Ee evitará de ese modo falsos diagnósticos de tuberculosis, con las consecuencias de orden iactrogénico, afectivo y económico que esto involucra.

Resultado de la Encuesta Realizada en la República Argentina sobre Complicaciones de la Vacuna

DRES. JORGE R. ROVERE y ALDO MILIC

La Dirección de Lucha Antituberculosa como entidad normativa en lo concerniente al cumplimiento de la Ley 14.837 y ejeptiva en lo relativo a la distribución y contralor de la vacuna B.C.G., en conocimiento de la aparición de ciertos trastornos en niños vacunados con B.C.G. bucal al nacer, inició una investigación mediante una encuesta con formularios impresos al efecto que se remitieron a todos los Centros que reciben dicha vacuna por intermedio de su organización.

RESUMEN BIBLIOGRAFICO

En 1934, Kostic, Yorsic, yugoeslavo, cita que el 4 % de los vacunados que pudieron ser controlados luego de la administración oral de B.C.G., padecieron de Adenitis Cervical supurada y un 2,5 % presentaron hipertrofia de los ganglios traqueobronquicos. Además, un 0,6 % tuvieron un infiltrado afebril de pulmón. Este último tipo de lesión ha sido citado por Immerslung en el Acta T. Scandinava en 1943 con el aspecto de Ensanchamiento hilar, aumento de tamaño de ganglios paratraqueales. Hassmank en 1948 describe imágenes radiológicas transitorias análogas a la tuberculosis. Otros autores han descripto enfermedad de Besnier Boeck y Schaumann. En 1948, este mismo autor, Yorsic, en el Congreso Internacional de B.C.G. informa su experiencia de 20 años comunicando 110 casos de adenitis cervicales aparecidas entre el segundo y el décimo mes de vida, con el hallazgo de Bacilos Acido Alcohol Resistentes Típicos pero no patógenos. Al examen histopatológico comprobó granulaciones de tipo tuberculoso. Además describe en niños (2) que fueron revacunados,

un cuadro seudoapendicular; uno de ellos fue operado y se encontró con ganglio caseificado y el apéndice normal.

Administrada la vacuna B.C.G. por vía bucal a conejos con escarificaciones en la mucosa bucal, aparecieron adenopatías cervicales semejantes a las descriptas.

—En 1950, Bhiler, polaco, informa que desde 1924, fecha en que comienza a aplicarse la vacuna en Polonia, hasta 1936, no observaron adenitis consecutivas a la misma. En 1937 comenzaron por primera vez con una incidencia del 3 % de los vacunados. Se continuó vacunando hasta 1939, en que se suspende por la guerra. En 1945 se continúa con otra cepa. (Notar que las complicaciones aparecieron antes del cambio de cepa).

En 1953, Hallo, holandesa, comunica que sobre 1.100 niños vacunados oralmente y controlados periódicamente, encuentra en la ciudad de Geii, 33 niños con adenitis cervicales supuradas (3 %); 31 casos de adenitis no supuradas (3 %); 6,3 por mil otitis medias y un caso de pólipo en el bronquio principal. Calcula que el porcentaje de complicaciones graves alcanza a un 4,5 %. *Esta vacunación había sido efectuada por personal instruido y con todas las recomendaciones que recomienda la técnica.* Esta experiencia fue realizada entre 1950 y 1951. A mediados de 1951 la administración masiva de B.C.G. oral es *definitivamente abandonada en Holanda.* Cuando es necesario se emplea la vía intradérmica.

Hamelburg en 1952, publica un caso de otitis media consecutiva a la administración de B.C.G.

—En 1953 Van Deirse publica una experiencia realizada en París entre 1946 y 1951 para investigar la frecuencia de adenitis provocadas por B.C.G. oral con las siguientes conclusiones: Sobre 400.000 dosis de B.C.G. *entregadas* por el Instituto Pasteur de París, observaron sólo 18 adenitis; el número de las mismas fue, por lo tanto, de 4 por 100.000 (dosis entregadas) anuales, con una variación de 0 a 7 por 100.000 según el año. La aparición de las adenopatías ocurrió entre el mes y medio y los 11 meses de edad. En 7 casos se encontró bacilos ácidos-resistentes en el pus, sin otros exámenes. En 5 casos el cultivo y la inoculación resultaron negativos y en dos casos el cultivo del pus dio un bacilo ácido resistentes y los cobayos inoculados no se afectaron. Este autor considera que las diferencias tan notables con respecto a lo que sucede en Holanda no se debe a dosis puesto que han sido iguales: 10 miligramos x 3 veces, sino que incremento observado en Holanda *coincide con un cambio de cepa.* Con respecto a este punto aclara que la posibilidad de una diferencia biológica entre las cepas que se utilizan en distintos centros ha sido encara por el Comité de Expertos en Standardización Biológica de la ONS. A raíz de tal posibilidad el Comité resolvió en 1949 que el Instituto Pasteur de París envíe a todos a todos los centros de producción del

mundo, una ampolla de B.C.G. liofilizada a intervalos regulares. Recomienda que todos los laboratorios utilicen la misma cepa. En Utrech se experimentaron 3 vacunas preparadas en el *mismo lugar y con el mismo método* a partir de cepas danesa, francesa y sueca y *NO* se comprobó ninguna diferencia de comportamiento frente al cobayo. (A pesar del diferente número de complicaciones que c/u de ellas provoca en el ser humano).

El Instituto Pasteur experimentó cepas de distintos laboratorios del mundo y *tampoco* comprobó diferencias de comportamiento frente al cobayo. Por lo tanto Van Deinse afirma que el cobayo *no es apto* para investigar diferencias entre cepas.

En Brasil, dice Van Deinse, se administran 600 miligramos y no se han producido adenopatías por lo menos en frecuencia notable. Por lo tanto el problema de las complicaciones no está necesariamente correlacionado con la dosis.

—En 1955, Gormsen, en el Acta Patológica Scandinava comunica que como prueba adicional de la propagación hematogina de la vacuna B.C.G., en el 50 % de los casos investigados encontró granulomas específicos en distintos órganos.

—En 1956, Zapasnik y Kobierska, polacos, informan que las adenitis supuradas después de la vacunación bucal eran prácticamente desconocidas antes de la guerra. Después de 1948, a continuación de grandes campañas de vacunación, el número de esta complicación alcanzó un 3 % de los vacunados. (Recordar que Bihler comunicó que en 1937 obtuvo también un 3 % aunque de los casos informados por este último sólo en un caso hubo supuración). Simultáneamente aparecen una gran cantidad de abscesos retrofaríngeos y otitis medias. Estos hechos provocaron entre el público y pediatras polacos una marcada hostilidad hacia la B.C.G. (Bulletin, 1955, t. 53, pp. 1628). Por todo ello se decide comparar las cepas danesas, francesa y brasilera pero por vía intradérmica a fin de investigar su comportamiento con las mismas dosis (0,1 mg), comprobando que el número de complicaciones eran para la cepa danesa un 12 %, para la francesa 8,9 % y para la brasilera 0,5 %. Con la mitad de las dosis los porcentajes fueron respectivamente de 4, 9-2, 4 y 0,3 %. *Se comprobó así definitivamente que existe una relación directa entre cepa utilizada y el porcentaje de complicaciones.* También se comprobó una relación directa entre frecuencia de complicaciones y dosis para las cepas francesas y danesas que aproximadamente triplicaron las complicaciones al duplicar las dosis, cosa que no se comprobó al duplicar la dosis de la cepa brasilera, la que sufrió un aumento menos que proporcional.

En base a estas experiencias, los polacos decidieron cambiar la cepa que estaban utilizando por la brasilera. (Las vacunas comparadas si bien lo fueron a partir de distintas cepas, fueron preparadas las 3 en el mismo lugar).

—En 1957, Danielewicz informa en Varsovia que las adenitis supuradas son más frecuentes en los niños vacunados en estado catarral, sucediendo lo mismo con las otitis medias. Con respecto a esta última describe dos tipos: exudativa y exudativoprodutiva más frecuente.

—En 1956, un chino, Ch'en, describe la aparición de adenitis cervicales luego de la administración de B.C.G. oral.

—En 1957, Brault, en Francia, se pronuncia *contra* la utilización de la vacuna intradérmica en los recién nacidos por dificultades y peligros en su técnica de inyección intradérmica en esta edad. Refiere una sola adenitis en miles de vacunados en muchos años.

—En 1961, Stuart Willis y Margaret Vandiviére, del Nort Caroline Sanatorium System, entre otras consideraciones referentes al distinto poder inmunizante de las diferentes vacunas B.C.G. utilizadas, refieren que cultivos prolongados de 2 años con transferencias cada 7/14 días a un medio conteniendo la facción V de suero bovino, modificará la capacidad de los cultivos del B.C.G. por restauración parcial de las propiedades originales poseídas por la cepa. B.C.G. Estos autores dicen que una cepa puede llegar a no llamarse B.C.G. si no se le añade un denominador de standardización; tal es la variabilidad en sus propiedades.

—En 1962, Rosenthal publica en Acta Tub. Scandinava lo siguiente: “todo lo relacionado con la producción de la vacuna B.C.G. concierne a la estabilidad y potencia del producto. La posibilidad de una mutación de la cepa cultivada es una constante amenaza.

—Khron, citado por Spiess en su tratado sobre las vacunaciones, consigue cultivar una cepa B.C.G., que inoculada por vía intradérmica provoca 4,3 W de adenopatías regionales en relación al 0,4 % de los observados en el grupo de comparación que fueron vacunados con la cepa testigo, es decir 10 veces más. Spiess considera que las complicaciones frecuentes observadas en *algunos* lugares se deben a la constitución del vacunado y edad del mismo y a las características de la vacuna. Afirma que la vacuna “Behringer” no lo produjo ninguna caseificación en 10.000 inoculados.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA

Se enviaron 113 cuestionarios a todo el país, siendo destinatarios de los mismos, los Centros que son provistos de vacuna B.C.G. por la Dirección de Lucha Antituberculosa. Además se remitieron a las provincias de Córdoba, Buenos Aires y Jujuy que obtienen vacunas de los laboratorios locales. De los 129 Centros encuestados, 45 no contestaron a nuestras reiteradas solicitudes, 13 contestaron que no practicaron la vacunación oral y 71 respondieron a los cuestionarios, en su gran mayoría con datos imprecisos, sobre todo en lo que concierne a fechas y números de vacunados en cada año y otros incompletos en lo relativo al estudio de los casos.

En resumen, sólo el 66 % respondieron a nuestra encuesta, pese al

empeño y reiteradas solicitudes. Algunos que habían prometido enviarnos los resultados por una visitadora de la Dirección de Lucha destacada al efecto, esta mañana informaron no tener los datos disponibles y contestaron que esta noche los presentarían en la Mesa Redonda.

2) El total de niños que presentaron complicaciones atribuibles a la B.C.G. fue de 147, según los datos recibidos, calculando que el número real debe ser mayor en una medida que desconocemos, dado que han sido comentados en forma verbal por algunos colegas.

De estos 147 casos, según los informes, 116 corresponden a adenitis cervicales puras y 31 a otitis combinadas con adenitis. Puede suponerse que algunos casos informados sólo como adenitis, pueden haber presentado además otitis, que ha sido ignorada, o pasado a segundo plano por la magnitud de las adenopatías.

3) No hemos podido establecer por esta encuesta, el número exacto de niños recién vacunados con B.C.G. en períodos determinados y tampoco conocemos el número real de niños que presentaron complicaciones, por tanto no podemos suministrar el dato de *incidencia real*.

Sólo podemos informar respecto a un cálculo que hemos efectuado considerando como lo hizo el Instituto Nacional de París en una encuesta similar a la nuestra, el total de dosis *enviadas* por la Dirección de Lucha Antituberculosa en los últimos 3 años que representan algo más de 200.000 ampollas.

Como la época de la aparición de las complicaciones está informada en forma poco exacta, hemos tomado el total de ellas en los últimos 3 años y de esta manera llegamos a una incidencia de 148 en 200.000 dosis de vacunas entregadas, es decir 0,7 por mil.

Creemos que el número de complicaciones reales es mayor que el informado y estamos convencidos que una gran parte de las dosis entregadas no se aplican, por lo tanto la incidencia real es mayor que la mencionada, pero aun aceptando este cálculo como verdadero, estamos muy por encima de los resultados arrojados por la encuesta francesa.

Por otra parte, datos parciales de ciertos Centros, como por ejemplo una comunicación del Dr. David Kurlat del Policlínico de San Martín a la Dirección de Lucha Antituberculosa, sugiere una incidencia del 5 % del total de vacunados. De no haber error en la información la alta diferencia entre dicha información y lo por nosotros observado puede deberse a 2 causas. Una, que exista mayor porcentaje en ese Centro que en los demás, y otra, a que los médicos allí destacados han buscado estas complicaciones con extrema minuciosidad, lo que puede no haber ocurrido en otros establecimientos, en los cuales los médicos no estaban prevenidos sobre dichos trastornos, o bien porque se ha adoptado distinto criterio en su consideración. Esta incidencia observada por los médicos del Policlínico San Martín es similar a la que comunica Hallo en Holanda.

4) No se ha podido establecer la distribución cronológica de los casos puesto que sólo en 50 se informó la fecha de vacunación. Esta falta de información por parte de los Centros encuestados ha impedido determinar si la incidencia va en real aumento o si el mayor número de casos que aparentemente se observa a partir de mediados del año pasado, está simplemente determinado por un aumento proporcional de las vacunaciones efectuadas, manteniéndose invariable la incidencia. (De comprobarse que existe un aumento real de la incidencia habría que investigar si ella no está determinada por el hecho de que últimamente los médicos estén prevenidos de la posibilidad de esta complicación y la investiguen con más detalle que épocas pasadas.)

5) Con respecto a la distribución geográfica de los casos de complicaciones *informados* se debe destacar que, de acuerdo a los datos de que disponemos, un 4 % corresponden al interior del país (1 en Rosario, 2 en General Pico y 2 en Santa Rosa) y el 96 W al Gran Buenos Aires y a la Capital Federal. Esta diferencia resulta a pesar de que aproximadamente el 70 W del total de vacunas enviadas lo son al interior del país. De los casos correspondientes a Capital Federal y Gran Buenos Aires, salvo en el Policlínico San Martín, no se observa una acumulación especial en algún Centro donde se administre la vacuna B.C.G. oral a los recién nacidos. Este dato puede no ser real.

6) Con respecto a diferencias o similitud entre los niños, cabe destacar que resulta interesante la referencia de lo que sucedió con 2 pares de mellizos. Un par de ellos del Hospital de Adrogué, sufrieron los dos adenopatías y el otro par referido por el Dr. Pagano Gutiérrez, uno de los niños hizo adenitis y otitis supurada y el otro evolucionó normalmente.

7) El momento de aparición de las complicaciones varió entre 1 y 8 meses luego de la vacunación con B.C.G. oral con una latencia más frecuente de dos a cuatro meses.

8) En lo que respecta a la alergia tuberculínica post-vacunal de los niños que presentaron complicaciones, si bien no se pueden sacar conclusiones uniformes por las distintas técnicas empleadas o por los informes imprecisos, puede afirmarse que casi todos los casos presentaron reacciones positivas hiperérgicas superiores a los 10 mm con P.P.D. 1 U.T. o con solución T.B. al 1 por mil. En un caso se informa 5 mm con P.P.D. 20 U.T. y en otro 6 mm con 1 por mil.

8) Con respecto al medio familias, nuestra encuesta indica que, en los que se hizo el control de contactos familiares, en ningún caso se encontró enfermos; en otros casos no se efectuó el control o no se informó al respecto.

9) El control radiográfico de los niños que presentaron complicaciones en general ha sido normal; en algunos casos no se ha efectuado o no se informó.

10) Los exámenes bacteriológicos de materiales extraídos de las lesiones no se efectuaron en muchos casos, o por lo menos, no se informó al respecto.

No obstante ello, podemos dar la siguiente información:

En 3 casos el examen directo fue positivo.

En 4 casos el examen directo fue negativo.

En 1 caso el examen directo fue positivo y el cultivo e inoculación negativa.

En un caso se informa: positivo.

En un caso examen directo y cultivo negativo.

En un caso examen directo negativo y cultivo positivo.

En un caso examen directo negativo e inoculación positiva.

En 7 casos todos los exámenes fueron negativos.

En un caso se informa examen directo negativo y cultivo positivo con bacilos tipo humanos.

En 17 casos no se informa al respecto y en los restantes no se practicaron.

11) Hemos tratado de averiguar la relación entre la aparición de complicaciones y la técnica empleada y, salvo en 1 caso en que se asegura la administración con jeringa, los informes al resto son muy inseguros o faltan.

12) También hemos tratado de averiguar la relación entre la aparición de complicaciones y el día con respecto al nacimiento en que se administró la vacuna. En este sentido, los datos son muy imprecisos pero parece existir una mayor frecuencia en los niños en que se administró en los niños a los que se dio la vacuna en los primeros 24 ó 48 horas.

13) No hemos podido determinar causales con respecto al personal que administró la vacuna.

14) Todos los informes parecen coincidir y nuestra experiencia al respecto es similar, en que todos los niños presentaron un óptimo estado general y ausencia de sintomatología agregada.

15) Efectuando una estadística en los cuestionarios contestados en los que figura el sexo del niño, parece existir una cierta predominancia entre los de sexo masculino. No se pudieron generalizar estas presunciones dado que en muchos cuestionarios no se hace constar este dato.

16) Las provincias de Córdoba y Buenos Aires, que no emplearon la vacuna del Instituto Bacteriológico Nacional, contestaron que no observaron ningún caso de complicaciones. La provincia de Jujuy no contestó al respecto, pese a reiterar los pedidos de datos en varias oportunidades.

Con respecto a la vacuna B.C.G. preparada por la Liga Argentina contra la T.B.C., los que estamos allí no hemos observado ningún caso, pero el hecho es que esta Institución proporciona vacuna a particulares que no concurren a controlarse posteriormente a los consultorios de la

misma. Por otro lado, en el dispensario de P. y Asistencia de la Infancia, generalmente se atienden a niños de más de un mes y en ello no hemos observado ningún tipo de complicaciones luego de la administración de B.C.G. oral.

CONCLUSIONES

1) De acuerdo a la bibliografía mundial consultada, *puede responsabilizarse* a la vacuna B.C.G. bucal de la aparición de cierta clase de adenitis cervicales y otitis en los niños vacunados al nacer.

Para homologar esta conclusión en nuestro país debe iniciarse un severo estudio epidemiológico y prospectivo, de acuerdo a normas uniformes en todo el país.

2) La patología observada parece presentar una incidencia creciente a partir de una época determinada, 1961.

La encuesta realizada por nosotros, aunque incompleta, así parece indicarlo.

El estudio propuesto dará la respuesta definitiva.

3) Dicha patología es idéntica a la observada por los autores extranjeros, tanto en su cronología de presentación, como en sus características clínicas y de evolución; puede así suponerse con bastante fundamento que es provocada por la vacuna B.C.G.

4) La encuesta realizada por nosotros arroja una incidencia de 147 casos *informados* sobre algo más de 200.000 dosis de vacunas entregadas a los distintos Centros por la Dirección de L. A. en los últimos 3 años, o sea una incidencia de 0,7 por mil dosis entregadas.

a) Algunos Centros de Vacunación no informaron al respecto (sólo lo hicieron un 66 %).

b) Algunos Centros informaron no haber observado patología, si bien vacunan a los niños, no los controlan posteriormente a la misma, desconociendo por lo tanto su evolución.

c) Podemos dar la cifra de vacunas expedidas por la D. de Lucha pero desconocemos la cifra exacta de ampollas suministradas; en general se solicita mucha mayor cantidad que lo que realmente se emplea.

Todos estos datos podrán ser certificados o modificados si se efectúa el estudio que preconizamos.

5) La patología observada parece, según los datos de nuestra encuesta, tener una distribución geográfica predominante en Capital Federal y Gran Buenos Aires. En efecto, el 96 % son de Capital y Gran Buenos Aires, siendo sólo un 4 % en el resto del país a pesar de que un 70 % de la vacuna se remite al interior.

Hay que hacer notar que la provincia de Buenos Aires se provee del

Instituto Bacteriológico de La Plata y no de nosotros; Córdoba de su Instituto Bacteriológico y Jujuy, del Laboratorio de B.C.G. de dicha ciudad. (Córdoba y Buenos Aires informan no haber tenido casos, conocidos).

¿Esta distribución especial (geográfica) de la patología es real o aparente?

a) Emitiendo la hipótesis de que es real, su explicación hay que buscarla en las siguientes incógnitas:

La vacuna pierde valor biológico en el recorrido y ulterior conservación y por ello no produce complicaciones en los Centros más alejados, o bien, si la vacuna llega a todos lados con igual poder biológico existe un factor humano o geográfico que desconocemos o, por último, habría que poner en duda que la B.C.G. sea la causa de la patología observada (Patología regional).

Para contestar estas incógnitas es menester efectuar una investigación bacteriológica con el fin de medir la viabilidad de los bacilos en las vacunas que llegan a los distintos puntos, o bien un preciso estudio postvacunal de los niños que la reciben y de las complicaciones que pudieran aparecer. Si se llegara a comprobar que esa viabilidad es correcta y uniforme en todo el país, habría que aceptar un factor coadyuvante en su aparición en ciertas zonas, o que *no* se debe al B.C.G.

Si no se comprueba una viabilidad correcta y/o uniforme, se deberán extremar los cuidados en su remisión y conservación ulterior, por la que venimos empeñándonos desde el comienzo de nuestra gestión y que por factores burocráticos no se han podido ajustar todo lo deseado por nosotros.

Emitiendo la hipótesis de que la diferencia de incidencia entre interior y capital sea aparente, el estudio que preconizamos podría confirmarla o descartarla.

6) La bibliografía consultada muestra bien a las claras que la dosis administrada no tienen incidencia sobre la aparición de las complicaciones, en lo que respecta a la vacuna B.C.G. bucal, teniendo importancia en la aplicación de la intradérmica.

7) La bibliografía consultada demuestra que la causa del mayor porcentaje de complicaciones B.C.G., tanto bucal como intradérmica, *debe buscarse en la distinta manera de comportarse las distintas cepas*. Debe realizarse un estudio previo *cambio* de la cepa que se usa actualmente. La bibliografía consultada permite deducir que el cobayo *no* debe utilizarse para el estudio de los materiales de laboratorio, en lo que respecta a *complicaciones* de la vacuna B.C.G., provocadas por *distintas* cepas. Debe buscarse otro animal para estos estudios.

9) En todos los casos comunicados por los autores extranjeros se informa el hallazgo de bacilos ácido resistentes no patógenos, Kostic, Yor-

sic informa que el pus de las adenitis contiene bacilos B.C.G. típicos, no patógenos.

En nuestro país, el estudio respectivo, debe realizarse en 2-3 centros de bacteriología especializados, que deberán efectuar el análisis del mismo material, con técnicas uniformes.

10) ¿Se ha producido un aumento correlativo en las complicaciones en relación proporcional con el aumento de vacunados? (¿o es más que proporcional?).

El estudio que preconizamos dará su última palabra al respecto; aparentemente el aumento de las complicaciones es independiente del incremento de la vacunación en sí.

11) Debe iniciarse un meticuloso estudio comparativo entre las distintas cepas usadas en nuestro país, con la colaboración de los Institutos extranjeros: Instituto Pasteur, Fundación A. de Palma, OMS, etc.

12) Una variante del estudio propuesto, por exclusión, podría ser suspendiendo la vacunación oral durante 4 meses y estudiando meticulosamente los niños recién nacidos, para observar si se producen modificaciones en la incidencia de las complicaciones.

13) La vacuna B.C.G., a pesar de los problemas que nos están ocupando, sigue incólume en cuanto a sus virtudes e inocuidad; no se debe confundir vacuna B.C.G. en general con cepa B.C.G. que acarrea complicaciones en un porcentaje mayor.

Si bien en nuestro país el estudio no se ha concluido, la bibliografía expuesta nos permite enunciar este postulado. En el estudio propuesto deben colaborar pediatras, fisiólogos, anatomopatólogos, bacteriólogos, epidemiólogos y médicos en general, dejando de lado todo pasionismo y, lo que es más importante, dejando de lado localismos, para que los resultados de la encuesta sean reales.

"Cuadros Respiratorios en los Vacunados con B.C.G. Oral"

DRES. OSCAR ANZORENA, CARLOS GIANANTONIO,
MARIA A. CARIA y JAVIER MENDILAHARZU

En el curso de los últimos cuatro años hemos observado diez y ocho lactantes pequeños, quienes, vacunados con el B.C.G. cuando recién nacidos, desarrollaron una neumopatía crónica muy particular.

Los comunicantes tomaron contacto directo con muchos de estos niños en forma ocasional, por lo que la recolección de los datos que se incluyen y el material radiográfico que se expondrá, ha sido posible merced a la gentileza de los pediatras que los atendieron directamente.

Todos los pacientes habían recibido vacuna B.C.G. en el período neonatal salvo uno que lo hizo al mes y medio de edad. Con la excepción del eso N- 11 se desconoce la técnica de administración de la vacuna.

Se trataba en cada instancia de recién nacidos de buen peso y vitalidad, con una historia prenatal normal.

Procedían en su mayor parte de hogares en buena situación económica, de modo tal que el parto había sido atendido en sanatorios particulares, en que se vacunó al niño.

Los padres y el médico no advirtieron anormalidad alguna durante los primeros días de la vida. Sin embargo, entre la segunda y octava semana, catorce niños comenzaron a presentar algunos síntomas: rinitis, leve tos, etc., los que se manifestaron algo más tarde en los casos restantes.

La acentuación de la tos, junto con la aparición de la disnea y cianosis, tiraje y pérdida de peso, determinaron la consulta médica, que llevó al diagnóstico. Es importante mencionar que en la mayoría de los niños, estos síntomas clínicos, por su escasa intensidad, estuvieron permanente-

Para suprimir el

prurito

tacaryl

Clorhidrato de Metilazina Mead Johnson

ASEGURA AMPLIO ESPECTRO DE EFECTIVIDAD INHIBE LA ACCION DE LA HISTAMINA - SEROTONINA - BRADICININA

En diversos estudios realizados Tacaryl demostró la particularidad de inhibir la histamina y serotonina, tanto como la bradicinina,⁽¹⁻²⁾ recientemente indicada como otro de los mediadores químicos probablemente responsables de las reacciones alérgico-inflamatorias.

Clínicamente comprobado: Informes y trabajos clínicos, incluyendo estudios comparativos en más de 500 pacientes, han demostrado que la eficacia de Tacaryl para aliviar el prurito "...es francamente espectacular..."⁽³⁻⁶⁻⁹⁾

Una experiencia clínica⁽⁵⁾ llevada a cabo con 373 pacientes bajo los efectos de una amplia variedad de desórdenes pruríticos de origen alérgico y no alérgico, demostró que Tacaryl fue "...sustancialmente efectivo en el control del prurito en 301 casos (80,6 %)..."

La eficacia de Tacaryl ha sido comprobada en: urticaria,⁽⁵⁻⁷⁾ dermatitis atópica y de contacto, varicela, prurito anal y vulvar y otros estados pruríticos.⁽⁵⁻⁶⁾

DOSIS RECOMENDADA:

Grageas - dos grageas dos o tres veces al día.
Jarabe - dos cucharaditas dos a tres veces al día.
Niños - la mitad de la dosis.

PRESENTACION:

Envases de 25 grageas de 4 mg c/u. y frascos de 120 cm³ (5 cm³, 4 mg).

CONTRAINDICACIONES: No se han observado.

EFFECTOS SECUNDARIOS Y PRECAUCIONES:

La administración de dosis elevadas o por largos períodos no produce efectos tóxicos, hepáticos o hematológicos. Howell refiere el caso de un paciente de 79 años que tomó Tacaryl dos veces al día de modo ininterrumpido durante 14 meses, sin incidentes de ninguna índole.

En algunos pacientes se ha observado ligera somnolencia, manifestación que desaparece al continuar el tratamiento.

Tacaryl se desvanece de los tejidos con suficiente rapidez y evita el peligro de toxicidad crónica debido a la acumulación, sin disminuir su acción prolongada.

Bibliografía: (1) Lish, P. M.; Albert, J. R.; Peters, E. L., and Allen, L. E.: Arch. Internat. Pharmacodyn., 129:77-107 (Dec. 1) 1960. (2) Lish, P. M., and McKinney, G. R.: The Pharmacological Significance of Certain Model Inflammations, abstracted, The Pharmacologist, 3:63 (Fall) 1961. (3) Frohman, I. P.: M. Times, 90:25-28 (Jan.) 1962. (4) Stürmer, E., and Cerletti, A.: Am. Heart J., 62:149-154 (Aug.) 1961. (5) Wilhelm, R. E.: M. Clin. North America, 45:887-906 (July) 1961. (6) Howell, C. M., Jr.: North Carolina M. J., 21:194-195 (May) 1960. (7) Friend, D. G.: Clin. Pharmacol. & Therap., 2:605-609 (Sept.-Oct.) 1961. (8) Crepea, S. B.: J. Allergy, 31:283-285 (May-June) 1960. (9) Spoto, A. P., Jr., and Sieker, H. O.: Ann. Allergy, 18:761-764 (July) 1960.



Mead Johnson
Símbolo de servicio en medicina

‘En la cuna está el porvenir de la patria’

RICARDO GUTIÉRREZ

“La leche de vaca debe ser sometida previamente a adecuados procedimientos fisicoquímicos (como predigestión enzimática, acidificación, homogeneización, etc.) para que sus prótidos formen en el estómago un coágulo blando, finamente dispersado, lo que facilita su digestión y aprovechamiento.”

H. Finkelstein McKim Marriott, G. Bessau, A. Adam

“Un alimento artificial adecuado debe favorecer la flora intestinal bifidoacidófila, porque ella constituye para el lactante un simbioita indispensable que regula el pH intestinal, favorece el aprovechamiento de los aminoácidos, lípidos y electrolitos, provee vitaminas del complejo B, aumenta la resistencia y protege contra las infecciones.”

G. Bessau, A. Adam, P. Petuely, G. György, C. Elvehjem.

**Todas estas condiciones indispensables
las cumple en forma Inmejorable únicamente**

P R E D I L A K

K A S D O R F

la leche ácida predigerida desecada

debido a

su composición cuali y cuantitativa completa y equilibrada, la predigestión enzimática de sus prótidos y glúcidos (una digestibilidad similar a la de la leche humana),

su enriquecimiento con aminoácidos azufrados, betalactosa, minerales y vitaminas,

su gran efecto bifidógeno.

lo que asegura

el óptimo crecimiento y desarrollo del lactante, gran resistencia y mayor protección contra las perturbaciones gastrointestinales.

Los innumerables éxitos clínicos obtenidos durante las últimas décadas demuestran que **PREDILAK** es el alimento artificial más perfecto para el lactante cuando falta la leche materna.



... y siempre sobre la base de las investigaciones más recientes

mente en franca discordancia con los llamativos signo radiológicos que sorprendieron al médico tratante.

La auscultación pulmonar fue notablemente escasa en signos, sobre todo frente a la magnitud de las lesiones pulmonares demostrada por la radiografía.

La evolución ulterior se caracterizó por la repetición de episodios de agravación de la insuficiencia respiratoria, con motivo de infecciones respiratoria intercurrente; fiebre moderada e irregular; dificultades en la alimentación y estancamiento o muy lenta progresión en el peso.

La maduración motriz se vio también retardada.

Uno de los niños (caso N° 10) con baciloscopia positiva, falleció con estafilococia pulmonar intercurrente; el caso N° 1 falleció en el curso del sarampión y el caso N° 4 en ocasión de un viaje en avión, sufrió un grave episodio de cianosis que obligó al aterrizaje de emergencia. Marcamos estos hechos que sugieren las medidas profilácticas pertinentes.

En general, se advirtió una mejoría lenta pero progresiva a partir de los primeros meses del segundo semestre. Todos los síntomas de enfermedad desaparecieron entre el año y año y medio de edad. En ese momento los niños habían compensado su retardo en el crecimiento y desarrollaban una actividad normal. Radiológicamente se observan imágenes nodulares calcificada múltiples bilaterales.

Los casos Nos. 12, 13, 15, 17 y 18, que han sido controlados durante 30, 48, 34, 18 y 48 meses, respectivamente, están normalizados al examen físico y desarrollan una actividad normal sin signos objetivos de insuficiencia respiratoria.

En estos niños se han descartado diagnósticos tales como: enfermedad fibroquística del páncrea, fístula traqueo-esofágica, micosis broncopulmonar, agamaglobulinemia, neumonía bacteriana, cardiopatía congénita. La etiología del Neumociaticarini, es un problema planteado y no resuelto para los nueve casos en que no se encontró bacilo o aún no calcificaron las lesiones.

Durante la primera observación o en las exacerbaciones intercurrentes, se pudieron cultivar por aspiración laríngea o bronquial, diversos gérmenes patógenos y no patógenos en ocasiones moniliales. Estos hallazgos no fueron consistentes, y estuvieron en relación con infecciones sobreimpuestas.

Ocho casos fueron tratados en forma intermitente e incompleta con tuberculostáticos.

En dos de los niños tratados actualmente con isoniacida (casos 11 y 14), la evolución parece ser desusadamente benigna. En los restantes se usaron diversos antibióticos, corticoesteroides, gamma globulina, etc., los que parecieron influir en la marcha de la enfermedad,

El cuadro radiológico fue absolutamente característico. Ya en el primer examen sorprendió el hallazgo de grandes densidades micronodulares confluentes, de gran radiopacidad, conglomeradas en regiones parahiliares y extendidas a la mayor parte del parénquima. Tan sólo pudieron demostrarse áreas ventiladas en las zonas más periféricas del pulmón. Las lesiones fueron siempre bilaterales, aunque no absolutamente simétricas. No existían signos de compromiso pleural, ni se observaron imágenes de ostensibles adnomegalias.

La evolución radiológica fue lenta, más que la clínica. Las imágenes nodulares, fueron endureciéndose a lo largo de los meses, para comenzar a calcificarse a partir del año y medio de edad. Esta nota de tendencia a la calcificación ha sido documentada en los casos Nos. 3, 4, 5, 12, 13, 15 y 17.

En cuanto a las pruebas tuberculínicas tomamos como índice las efectuadas en el momento de la consulta (entre el 2º y 3º mes) y las efectuadas después de los 5 meses de edad. Sobre los 18 casos, presentaron Mantoux positiva lo en la primera ocasión, agregándosele 1 caso en el segundo control, dejando establecido que no pudo efectuarse el segundo control en 8 casos. Los tres niños que presentaron baciloscopia positiva, no fueron reactivos a la tuberculina en la primera investigación.

Como queda dicho, tres pacientes en los que esta investigación pudo ser realizada, se ha podido obtener un cultivo abundante de bacilo ácido alcohol resistentes, a partir del material extraído por lavado gástrico. Estas cepas están actualmente en estudio, para probar su identidad con el B.C.G.

Los comunicantes piensan que esta enfermedad pulmonar se debe a la aspiración de vacuna B.C.G. en recién nacidos. La hipótesis de que pudiera ser debido a deficiencia en la técnica de administración, tendría apoyo en la observación N° 11 en que la vacuna fue administrada en presencia de los padres, provocando un leve cuadro asfíctico seguido durante varias horas por tos y estertores traqueales. Queda, sin embargo, planteada la observación para las investigaciones y medidas profilácticas pertinentes.

En resumen: el antecedente de vacunación B.C.G., unidad a la edad de los síntomas, la evolución crónica y bien tolerada, la radiología tan característica y excepcional, la falta de antecedentes de todo tipo, la negatividad de las investigaciones de laboratorio, la tendencia a la curación espontánea de las lesiones con depósito masivo de calcio y el hallazgo de bacilos ácido alcohol resistentes, en condiciones tan excepcionales en los casos en que éstos fueron estudiados con una técnica correcta, sugiere a los autores la necesidad de efectuar esta comunicación, previa a la espera que estudios posteriores permitan definir más acabadamente las características de las neumonías por aspiración de B.C.G. y al mismo tiempo delimitar su importancia como problema de salud pública.

"Cuadros Otológicos en los Vacunados con B.C.G. Oral"

DRES. JOSE J. BADARACCO y NORBERTO RAGOZZA

La observación de 27 lactantes en el curso de los últimos años, con una sintomatología básica similar, que configura un cuadro clínico aún no descrito ni observado hasta este momento en nuestro país, salvo otros que coincidentemente con los de nuestro Establecimiento fueron llegando a diversos Servicios de la Capital, obliga a traer a vuestra consideración y estudio la descripción de los mismos, a efectos de aclarar un etiología y logrado esto, abocarnos ulteriormente a reevaluar la conducta terapéutica si el tratamiento actualmente instituido no fuera el adecuado.

Se trata, como hemos dicho, de lactantes de 2 a 6 meses de edad con buen estado general, es decir, *eutróficos*, pertenecientes a distintos niveles socio-económicos que entre los 30 y 45 días de vida, aproximadamente, comienzan con una supuración de oído uni o bilateral con las características que vamos a describir:

a) Supuración persistente, purulenta, frecuentemente acompañada de estrías de sangre;

b) La limpieza del C.A.E. que, como dijimos, está ocupado por pus franco, da siempre abundante cantidad de sangre. Ayudándonos mediante el empleo de algodones impregnados en líquido de Hirsch, se llega a visualizar una imagen polipoidea que ocupa todo el fondo del C.A.E. e impide en la mayoría de los casos visualizar el tímpano.

Casi siempre se trata de pólipos de tipo granulomatoso que, por supuesto, sangran fácilmente al menor contacto. En otras ocasiones, mucho más raras, el pólipo sangra menos y parece estar recubierto por epitelio de tipo epidérmico.

Coincidentemente con este síntoma, se observan adenopatías satélites

que se localizan tanto en la zona preauricular como en la retroauricular o sub-ángulo maxilar.

Hace aproximadamente 2 años, cuando vimos los primeros casos, la interpretación nos fue difícil, inclinándonos de entrada hacia la probabilidad de un proceso neoplástico, que fue desvirtuado por los sucesivos estudios anatomopatológicos, que revelaron la existencia de un tejido de granulación inespecífica.

Otra característica típica de estos casos es la sistemática recidiva de los granulomas pocos días después de extirpados y además, la ineficacia del tratamiento antibiótico instituido, aun hasta los de amplio espectro. estuvieran afectadas las cavidades anexas al oído medio y con tal motivo practicamos la punción del antro mastoideo según la técnica del Profesor Yago Franchini y en casi todos los casos, salvo 4 excepciones, la aguja

Frente a estos casos, se nos ocurrió pensar en la posibilidad de que de punción penetraba fácilmente, no quedando la misma firmemente mantenida en punción por el plan óseo como sucede comúnmente.

Dejamos constancia que el segundo tiempo de esta técnica diagnóstica consistente en la introducción en antro de lipiodol al 50 % como sustancia de contraste para la ulterior radiografía, no la efectuamos por temor a la posible difusión de la misma en los espacios subdurales.

En todos los casos, salvo 2 de ellos (que curaron con la extirpación del granuloma y tratamiento general), practicamos una amplia mastoidectomía. Fue característico el hallazgo de un proceso de necrosis de la cortical externa del antro, con una pérdida de sustancia que en algunos casos llegaba al tamaño de una moneda de 5 centavos. Entramos en la cavidad mastoidea simplemente con la cureta y eliminamos todos los tejidos neoformados, secuestros óseos y secreciones de aspecto caseoso que siempre hemos encontrado.

En algunos casos, el proceso de necrosis había provocado, incluso, la destrucción de la cortical cerebral, quedando la duramadre al descubierto; este detalle es el que nos hace insistir en no inyectar lipiodol al hacer la punción antral por el peligro de su pasaje a los espacios meníngeos. Cureteamos inclusive cuidadosamente la zona del aditus que siempre está llena de fungosidades y finalizamos taponando la cavidad con gasa yodoformada y dejamos cerrar por segunda; terminamos el acto quirúrgico con la extirpación de los pólipos que ocupan el C.A.E., tratando de seccionarlos en su base, cuidándonos de no tironearlos a fin de evitar la lesión de órganos nobles del oído medio, ya que la simple tracción del pólipo puede traer consigo la cadena de huesecillos.

En cuanto al tratamiento de los adenopatías, nuestro criterio es de ser conservadores, manteniéndolos con terapéutica médica, con la cual han retrogradado la mayoría de los observados, salvo en 2 casos, en los cuales

los ganglios llegaron a la absedación, lo que motivó su amplia abertura quirúrgica, curando su fistulización.

Respecto al tratamiento médico instituido, y basándonos en los siguientes hechos:

- 1) fracaso de los antibióticos de amplio espectro,
- 2) hallazgo en los exámenes complementarios de todos los casos de hipergergia a la reacción de Mantoux al 1/100,
- 3) aparición de bacilos ácido alcohol resistentes aún no tipificados, y en algunos de los casos tratados, el tratamiento, como decía, consistió en la administración del soniazida en dosis acordes a peso y edad y otros casos (la mayoría) en que la destrucción ósea era muy acentuada, se agregó estreptomycina, por supuesto, asociada a antibióticos de amplio espectro durante los primeros días subsiguientes a la intervención antral, llegando a las siguientes

CONCLUSIONES

1º) Frecuencia con que últimamente hemos tenido ocasión de observar casos de pólipos de oído en lactantes pequeños pese a la rareza de su descripción en la casuística mundial.

2º) Que contra la opinión generalizada, respecto a que la formación de pólipos necesita una supuración de muy prolongada data, hemos visto la formación de los mismos en lactantes pequeños en el término de escasas semanas de evolución de un proceso infeccioso.

3º) Coexistencia de excelente estado general del enfermito con serios procesos locales y lesiones de necrosis ósea.

4º) Necesidad de un estudio sistemático del estado de las cavidades anexas al oído medio en todo caso de pólipo de oído en un lactante, por cuanto la mayoría de nuestros enfermos sólo lograron la curación luego de una amplia y minuciosa mastoidestomía.

5º) Aparente asociación de esta entidad nosológica con la aplicación de vacuna B.C.G. bucal al recién nacido, ya que todos los lactantes tratados la habían recibido dentro de las 72 horas de vida; iniciaron la enfermedad entre los 30 y 45 días de su inoculación; daban prueba hipérgica a la Mantoux 1/1000 y respondían en forma relativamente favorable al tratamiento específico.

Corresponde, consideramos, en consecuencia, efectuar un estudio de los 2 fenómenos para determinar si existe una real correlación entre los mismos o se trata sólo de una simple coincidencia.

Adenitis por B.C.G. Cuadro Clínico - Humoral y Tratamiento

DRES. JUAN MANUEL UCHA, ANA R. DE SALAMA
y ENRIQUE A. PIROTTA UCHA

Desde el año 1959, en que empezó a funcionar nuestro consultorio de Puericultura, se administra la vacuna B.C.G. a todo niño nacido en nuestra maternidad al segundo o tercer día de vida, siempre que su peso sobrepase los 2.800 g. La vacuna es suministrada por el Instituto Malbrán.

Desde entonces comenzamos a ver con frecuencia adenitis crónicas de cuello en lactantes de menos de seis meses de edad, que adjudicábamos al bacilo de Koch.

Al cabo de dos años de estudio de estos niños reunimos treinta casos, que daban las características de la enfermedad. El hecho de que el 100 % de ellos había recibido B.C.G. y que siempre nos resultó negativa la inoculación al cobayo del material obtenido de los ganglios, llegamos a la conclusión que el causante de esta afección estaba en la vacuna B.C.G.

Un hecho nos llamó la atención: el tratamiento con estreptomocina e isoniacida que recibieron, no parecía influir mayormente en su evolución.

Tomando en cuenta la benignidad de la afección en el orden general y en cambio las dificultades que presenta en tratamiento, es decir largo costoso, innumerables inyecciones, etc., resolvimos plantear un trabajo para decidir en definitiva, si estos niños deben ser o no sometidos al tratamiento antibereuloso.

Establecimos dos grupos siguiendo un orden de acuerdo a una tabla de números aleatorios. Tomamos en cuenta todos los enfermos que reunían las siguientes condiciones:

- 1) Motivo de la consulta: adenopatías de cuello, es decir que tuviera tamaño suficiente para ser preocupación de los familiares.
- 2) No tener carácter de adenitis aguda, ni presentar otitis, adenoiditis u otras inflamaciones agudas como puerta de entrada.
- 3) No convivir con enfermos bacilosos.
- 4) No presentar síndrome clínico de impregnación. Es decir: afebril, buen estado general, buen apetito.
- 5) No presentar complejo primario radiológico.
- 6) Haber recibido vacuna B.C.G.
- 7) Mantoux positiva al 1%, dos o más cruces.
- 8) No haber recibido tratamiento específico.

En estas condiciones, durante los años 1962-63 hemos tabulado 21 niños. Para cada niño se confeccionó una ficha especial donde se consignaron los siguientes datos: edad, estado general, peso, fiebre, apetito, características de la adenopatía (unilateral, bilateral, única o múltiple, tamaño valorado en cruces, consistencia fístulas), eritrosedimentación, recuento de hematíes, leucocitos, relación N/L, eosinófilos y monocitos. Además de tener en cuenta todas las condiciones anteriormente anunciadas para entrar en este trabajo, anotamos también donde se había suministrado la B.C.G.

El control clínico se trató de repetir cada quince días. El examen de laboratorio se repitió más o menos a los dos o tres meses y luego a los seis meses.

Hemos obtenido los siguientes datos: a) Comienzo clínico de la adenopatía: entre los dos y cuatro meses de edad. Solo dos niños presentaron antes la afección, uno a mes y medio y otro a los veinticinco días de edad, ambos con adenopatía unilateral y única y en los dos la Mantoux al 1%₀₀ fue positiva cuatro veces.

b) De los veintiun casos, en once la adenopatía fue única, generalmente subánguloaxilar, tres casos fueron unilateral múltiples, cuatro fueron bilaterales pero con un solo ganglio en cada lado y en tres casos había varios ganglios en ambos lados del cuello.

b') En tres casos durante la evolución aumentó el número de las adenopatías; dos de ellas estaban recibiendo tuberculostáticos.

c) Los ganglios que evolucionan hacia la caseificación comienzan a presentar fluctuación hacia los dos o tres meses de iniciado el control.

c') Este tipo de evolución se presentó con la misma frecuencia en los dos grupos. Ni aún el comienzo precoz del tratamiento específico pudo modificar la evolución.

d) Las adenopatías llegan a fistularse más o menos a los ocho meses de evolución. Tampoco aquí hemos observado diferencias entre los que recibían tratamiento o no.

d') De los veintiun enfermos, once presentaron fístulas. Seis de ellos estaban en el grupo que recibía tratamiento específico. Los otros cinco no recibían tuberculostáticos.

e) El tiempo de curación de las fístulas es variable. En nuestra casuística el mínimo fue de tres meses. Otros llevan ya nueve meses y no han cicatrizado todavía.

e') En relación al tratamiento no hay diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos.

f) El estado general de estos niños es muy bueno y se mantiene igual durante toda la evolución. Solamente dos de ellos desmejoraron. Uno de ellos estaba recibiendo tuberculostáticos, el otro no.

g) La curva de peso y el apetito tuvieron la misma evolución que el estado general.

h) La eritrosedimentación, al comienzo, la hemos encontrado en más de 20 mm. en la primera hora en el 36 % de los casos.

h') Todos los niños que al comienzo de nuestro control habían tenido eritrosedimentación mayor de 20 mm., habían experimentado un importante descenso al segundo control, o sea a los dos o tres meses, hubieran o no recibido tratamiento específico.

i) El recuento de glóbulos rojos nos ha dado cifras entre 3.200.000 y 4.200.000 hematíes por mm³, acorde con la anemia fisiológica del lactante.

j) En el 20 % de los niños hemos encontrado leucocitosis (más de 12.000 blancos). Esta desciende en el segundo control en todos los casos.

k) En el 70 % de los casos hemos encontrado franca neutrofilia, entre 55 y 73 % de neutrófilos (no nos olvidemos que son lactantes). La neutrofilia desciende lentamente. A los seis meses todavía no hay predominio linfocitario, sin ser influido por el tratamiento.

1) Nos hemos encontrado con más del 5 % de eosinófilos en el 30 % de los casos.

m) De todo este grupo de niños, solo tres de ellos no habían recibido la B.C.G. en nuestro Policlínico. Ellos habían sido vacunados en el Alvear, Rivadavia y Salaberry.

Nuestro trabajo nos ha llevado a concluir lo siguiente: 1º) Hemos deducido de nuestra casuística un síndrome clínico y humoral que caracteriza a la adenitis por BCG.

2º) Llegamos a la conclusión que no hay diferencia estadísticamente significativa entre estas adenitis tratadas con estreptomycin e isoniacida y la evolución de un grupo control. Por lo tanto creemos estar en condiciones de afirmar que el tratamiento con estas drogas es absolutamente inoperante para esta enfermedad iatrogénica.

MESA REDONDA

Dr. Peroncini. — En primer término hay dos aportes. Uno de ellos pertenece al equipo de médicos del Policlínico de San Martín y otro que pertenece al Dr. Pagano Gutiérrez. Luego vamos a entregar las preguntas por escrito que han llegado a la mesa a las personas que consideramos más capacitados para responderlas, trataremos de que la respuesta sea breve solicitando su conformidad al autor de cada pregunta. Al final de la reunión la Mesa Redonda hará conocer las conclusiones que se han elaborado sobre el tema tratado y que ha despertado tanto interés en el curso de la misma.

Dr. Pagano Gutiérrez. — Voy a proyectar unos diapositivos pertenecientes a un niño que a los 15 ó 20 días de vida padeció de una otorrea izquierda; a los 8 ó 15 días del comienzo de dicha otorrea apareció una adenopatía preauricular y luego otra cervical que fueron aumentando paulatinamente de tamaño. ¿Qué conducta se adoptó con este niño?

Se ha seguido un criterio distinto al sustentado por los Dres. Badaracco y Ragozza. Hemos leído un trabajo de Tallianz de Lausana en la cual todas las adenitis tuberculosas eran sometidas a exéresis quirúrgica cervical. A nosotros nos llamó la atención dicho vaciamiento cervical pensando en los vaciamentos que realizamos en las neoplasias. Este niño fue examinado por el Dr. Agra y el Dr. Jorquers que es un distinguido otólogo holandés, quien indicó la extirpación quirúrgica o sea el vaciamiento ganglionar. Primero realizamos la antrotomía, haciendo después una incisión con la idea de extirpar las masas ganglionares. En el curso operatorio nos encontramos con la existencia de una gran zona de periadenitis en la cual asomaban todos los ganglios con aspecto de racimo de uvas. Esta conducta fue adoptada, ya que pensamos en su oportunidad que este proceso no podía evolucionar espontáneamente.

Hace escasamente una semana intervenimos en el mismo niño su adenopatía preauricular, puesto que la misma continuó aumentando de tamaño. Hago la salvedad que este niño ha recibido el tratamiento médico correspondiente, a cargo de una pediatra durante tres meses continuando en tratamiento y no obstante ello, el ganglio preauricular aumentó de tamaño y se hizo fluctuante. Fue imposible la extirpación del ganglio ya que el mismo estaba íntegramente fusionado. Se aspiró todo el pus enviándose para su estudio a la Liga Argentina de Lucha contra la Tuberculosis. La cápsula ganglionar fue también enviada para su estudio histológico.

El informe anatómopatológico correspondiente al material obtenido en el curso de la antrotomía es el siguiente: granuloma gigante-celular de mastoides de probable etiología tuberculosa; ganglios: adenitis productiva de probable etiología tuberculosa. Igual informe fue dado verbalmente sobre la histología de la cápsula ganglionar.

DISCUSION

Dr. Peroncini. — Vamos a dar comienzo a las preguntas y rogamos a quienes se encarguen de contestarlas la mayor brevedad en homenaje al tiempo y que manifieste quien la ha formulado su conformidad o no, así como su ampliación o modificación.

Dr. Babich al Dr. Gianantonio. — No entiendo por qué se atribuye al BCG esa patología pulmonar; ¿cómo se tipificó el germen?

Dr. Gianantonio. — Deseo aclarar en primer lugar como se anticipó en la presentación, que se trata de una comunicación preliminar. Comprendemos la importancia pediátrica que tiene esta nueva entidad pulmonar descripta y es así que deseamos reservar el título de comunicación preliminar. La observación de estos pacientes se remonta a cuatro años atrás y durante todo ese período el conjunto de todos estos niños que aparecían en consultas esporádicas planteó numerosas hipótesis diagnósticas que nunca fueron confirmadas. Ya fue citada en la exposición el conjunto de enfermedades que fueron desechadas. Los autores tienen el firme convencimiento, sobre la base de estudios más acabados de los últimos pacientes, que se encuentran frente a una neumonía de evolución crónica motivada por la aspiración de BCG. La caracterización de estos gérmenes está en estos momentos en manos de laboratoristas especializados y lo único que podemos decir es que los tres pacientes que en este momento tienen baciloscopia positiva ésta ha sido documentada por cultivos en medios que permiten aislar el bacilo de Koch. Yo personalmente desearía, conociendo la experiencia del Dr. Babich, plantearle a él la pregunta en este sentido: ¿qué entidad conoce el Dr. Babich capaz de producir esta evolución radiológica clínica, etc., en lactantes y recién nacidos que haya sido descripta previamente en la literatura?

Dr. Babich al Dr. Gianantonio. — La pregunta la hice porque realmente en este momento, según opiniones muy autorizadas no es posible diferenciar ni siquiera el bacilo bovino del bacilo humano por los medios corrientes del laboratorio; es decir, uno podrá suponer que está en presencia de un bacilo BCG, pero de ninguna manera afirmarlos rotundamente. Por empezar, yo quisiera agregar que en los casos en que no se recuperó bacilo deben ser descartados porque les falta el mínimo rigorismo científico que se puede exigir cuando se hace un acerto de esta naturaleza; seguramente había que tratar de probar en otra forma si no ha existido otro tipo de contaminación. Esto podrá servir también con fines especulativos, pero de ninguna manera da bases firmes para un razonamiento científico.

En los casos en que se recuperó al bacilo, ahí sí se pueden plantear varias posibilidades; en primer lugar, es el bacilo BCG para saber si es el BCG deberíamos emplear todos los medios posibles y modernas técnicas de laboratorio inoculación, cultivo y morfología microscópica la cual dice muy poco debido a la modificación de bacilos por los antibióticos. Finalmente agregar los métodos de la perfusión de nitritos. El test de la niacina que no es suficiente y sobre todo el equipo de la desaminación de enzimas propuesto por Bentick. Entiendo que en esta forma es posible hablar con rigorismo científico para poder afirmar que estamos en presencia de un bacilo BCG.

¿Qué otra enfermedad puede producir este tipo de lesión pulmonar? La primera que se me ocurre que debe ser muy tenida en cuenta es la contaminación en primer lugar por un bacilo de Koch. En segundo lugar por un bacilo atípico; existen 400 cepas de bacilos atípicos tipificadas últimamente, sobre todo empleando los métodos modernos de laboratorio, de manera que no creo que se pueda afirmar así muy resueltamente que estos casos son debido al BCG.

Dr. Gianantonio. — Yo creo que la exposición del Dr. Babich es útil para ubicar este problema en su justa medida. Nosotros estamos firmemente convencidos, pese a la exposición del Dr. Babich, que se trata de una neumonía por aspiración de BCG y tenemos la seguridad que el estudio más completo de los pacientes que sigan a és-

tos, no va a ser sino confirmar la importancia de esta nueva entidad clínica en nuestro medio. En primer lugar, con respecto a etiología en medicina el Dr. Babich se ha aferrado a un concepto fundamental que debe estar siempre presente cada vez que se habla de enfermedades: los postulados de Koch. Desgraciadamente, con bastante frecuencia los médicos solemos hacer diagnósticos tales, como por ejemplo poliomielitis paralítica en niños, simplemente porque sabemos que estamos en medio de una epidemia de poliomielitis y sabemos que los virus poliomiélicos son tales y cuales, etc. Entonces sin necesidad de cultivar en cada caso nos sentimos ciertos de que así es. Descartaría además mencionar el hecho importante de que la mayor parte de la discusión habida esta noche se basa sobre hallazgos bacteriológicos de similar valor. Muchos trabajos extranjeros citados aquí expresan que las complicaciones del BCG no siempre pueden ser seguidas de una confirmación bacteriológica ajustada a los requerimientos más rigurosos. Nosotros tenemos esperanzas fundadas de poder documentar con los recaudos mencionados la verdadera naturaleza BCG de esta enfermedad. Yo comprendo por otra parte, y en este sentido quiero dejar sentada mi posición a este respecto, la renuncia de tisiopediatras a aceptar que el BCG, arma esencial y básica para el control de la tuberculosis en nuestro medio, pueda producir patología y en ese sentido comparto en un todo las exigencias que el Dr. Babich plantea antes de aceptar en su conciencia la entidad que hemos descrito.

Dr. Gutiérrez al Dr. Gianantonio. — ¿Cuál es el tratamiento instituido en los 18 casos?

Dr. Gianantonio. — Como comenté al principio el tratamiento fue muy variado y dependió de la orientación diagnóstica en un momento dado. Las placas de algunos de estos pacientes fueron enviadas unas a Estados Unidos y otras a Suiza por mediación de los padres re estos niños. Se recogieron diferentes consejos: unos sugerían tratarlos con yoduros pensando en la posibilidad de una micosis, otros enviaban contestaciones sumamente simplistas, como sugiriendo el estudio del sudor para ver si tenía el cloro alto. En esas condiciones recibieron variados tratamientos, antibióticos, gamma globulina, etc. En algunos casos los pediatras que los atendían pensando en la posibilidad de que esta lesión fuera tuberculosa (“nadie piensa que esto sea tuberculosis”) fueron tratados con isoniazida. Siete casos fueron tratados en forma intermitente. Ultimamente, en la certeza que estamos frente a una infección por BCG, tratamos estos niños con isoniazida, asociada o no a otra droga tuberculostática. Un niño está siendo tratado adecuadamente en este momento y tenemos la impresión de que la evolución clínica y sobre todo la radiológica ha sido modificada favorablemente.

De cualquier manera, como ustedes comprenden, la faz terapéutica de esta enfermedad pulmonar está totalmente en sus comienzos. Por lo tanto, nosotros no podemos contestar adecuadamente cuál es el correcto planteo terapéutico.

Dr. Mesenngisseed al Dr. Anzorena. — ¿Los casos de patología pulmonar prolongados lo fueron pese al tratamiento antibacilar?

Dr. Anzorena. — Dicha pregunta ha sido ya contestada por el Dr. Gianantonio.

Dr. Jáuregui al Dr. Vilches. — ¿Se ha podido obtener una nueva cepa BCG de la original de los investigadores franceses? ¿Si esto no fue posible no hablaría en favor de la idea de una cepa estable e inmutable?

Dr. Vilches. — Yo no tengo información de que se haya tratado de obtenerlo, pero indudablemente no se ha obtenido. Si se hubiera obtenido tampoco significaría que se trata de una cepa inmutable, porque no cabe ninguna duda de que existen múltiples BCG en el sentido de cierto grado de diferencia en cuanto a su capacidad de invasión a su multiplicación en distintas especies animales a algunas características morfológicas muy típicas como por ejemplo la formación de cordones que se han relacionado con la patogenicidad y algunos otros elementos de formación sobre todo en ratones sometidos a dietas en las cuales se le administra citrato de sodio en cantidad o

también en ratones a los cuales se han administrado tiroides en dosis perfectamente tolerables por el animal. pero que conducen a evolución mortal en algunas cepas y a evolución mucho menos seria en algunas de las otras cepas. Las variantes del BCG son múltiples y por lo tanto eso indica que el BCG a su vez está mutando, como en cada laboratorio existen criterios un poco distintos y aún aunque no fuera distinto el problema del mantenimiento de una mutación es un problema de selección natural, después que la mutación ha ocurrido el cual no es un fenómeno fácilmente controlable por quien está trabajando; por lo tanto no es de extrañar que las distintas líneas bacilares sean diferentes unas de otras.

Pregunta al doctor Vilches. — Posibilidad de obtener BCG liofilizado en un futuro inmediato por intermedio del Instituto Bacteriológico Nacional.

Dr. Vilches. — Las posibilidades existen. Si se le puede dar un cierto valor cuantitativo a la forma en que me voy a expresar se podría decir que para dentro de 6 meses es imposible, que para dentro de un año improbable, para dentro de dos años posible y para dentro de tres años probable.

Pregunta al Dr. Howard. — ¿Relación de las complicaciones de las vacunaciones con hipogama globulinemia?

Dr. Howard. — Yo no conozco que exista ningún trabajo específico que relacione complicaciones del BCG con hipogama-globulinemia, pero confieso que he tenido la misma inquietud de quien hace la pregunta y yo mismo le hice la misma pregunta al Dr. Anzorena la primera vez que nos hemos entrevistado sobre estos casos que ellos han mostrado. El Dr. Anzorena en aquella oportunidad me dijo que ellos no habían usado la gamma globulina, pero hoy el Dr. Gianantonio ha aclarado que ninguno de ellos presenta hipogamma globulinemia. Sin embargo, la inquietud subsiste porque es evidente que en todas las vacunas hechas con gérmenes vivos, las complicaciones más frecuentes y sobre todo las complicaciones mortales especialmente en la vacuna antivariólica, han sido descritas precisamente en individuos hipogamaglobulinémicos. De modo que la inquietud subsiste y me parece que es uno de los puntos a estudiar si existe un factor gamma globulínico que pueda influenciar la evolución de estos casos.

Doctora. — Existe un trabajo uruguayo, de Ramón Guerra y colaboradores, el cual describe casos de becegeitis concomitantemente con hipo gamma globulinemia.

Dr. Howard. — No conocía el trabajo, doctora, pero por ejemplo los cuatro casos publicados en el Norte de Europa cuya muerte se atribuyó al BCG, que Van-Dennis discute enormemente y dice que no es tal BCG, sino que es una infección sobre agregada junto con el BCG (son todos por vía intradérmica por otra parte), no hace el estudio de la gama globulina; en cambio si manifiesta que en uno de los niños previa a la vacunación se estableció una eritrosedimentación acelerada.

Dr. Gianantonio. — La agammaglobulinemia es una rara e interesante enfermedad familiar y recesiva ligada al sexo.

Las lesiones ganglionares, oticas y pulmonares aquí presentadas no estuvieron relacionadas con el sexo. Por otra parte los niveles de gamma globulina en el recién nacido, debidos al pasaje de esta globulina a través de la placenta hacen que aún en los casos probados de esta enfermedad los síntomas de infección recurrente no se presenten sino después del primer trimestre de la vida.

Dr. Babich. — Es muy curioso el problema, porque evidentemente la inmunidad antituberculosa es muy distinta del resto de latinidades, no es la misma inmunidad que para los gérmenes comunes, de manera que no se hace por medio del sistema de las gammas globulinas, sino que parece hacerse por medio del sistema properdina, que no tiene nada que ver con la gamma globulina.

Dr. Babich al Dr. Howard. — ¿Hay métodos de calmetización mediante nebulización de bacilos?

Dr. Howard. — El Dr. Babich creo que se refiere específicamente a un trabajo

presentado en la Sociedad Argentina de Tisiología en 1947 por el Dr. Echemendi Garay de Entre Ríos, que vacunó a una serie de niños con nebulizaciones. Por otro lado, Middlebrook, cuando estuvo acá hace dos años, estaba haciendo la vacunación por vía nasal con nebulización según tengo entendido y el grupo que integraba Corach en Río IV, provincia de Córdoba, presentó a un Congreso de Pediatría un grupo de niños vacunados por vía nasal cuyos resultados eran bastante favorables y sin ninguna complicación.

Dr. Gianantonio al Dr. Howard. — ¿Cuál era la dosis de vacuna BCG que se nebulizaba en los trabajos por Ud. mencionados?

Dr. Howard. — Desconozco la dosis por el hecho de que el Dr. Echemendi Garay no dio la dosis que él empleaba, pero creo que más o menos se atenía a la dosis de vacunación de Calmette por vía oral.

Dr. Odriozola al Dr. Howard. — ¿Qué tratamiento aconseja para la adenitis BCG de cuello?

Dr. Howard. — Para la adenitis BCG de cuello en su período inicial cuando todavía no está reblandecida, indiscutiblemente el tratamiento quimio-antibiótico tiene que dar un resultado óptimo. El BCG es sumamente sensible a la acción de la isoniazida, a tal punto que cuando se ha pretendido hacer la quimio-profilaxis, vacunando al mismo tiempo con BCG, uno de los investigadores que mejor maneja el BCG en el mundo, el Prof. Canetti, ha ideado establecer una cepa de BCG isionacida resistente a efectos de que la isoniazida no pueda interferir en la reproducción del BCG y en la creación de la defensa de inmunidad. De modo que entiendo que en el primer momento debe ser quimio-antibiótico y que si se trata exclusivamente del BCG el resultado debe ser óptimo, pero si se toma el niño en un período en que los ganglios ya están reblandecidos es posible que la isoniazida y la estreptomina no tengan el efecto deseado y haya que llegar a la extirpación de los ganglios, tal como se hace en las adenitis tuberculosas.

Dr. Bado. — Nosotros en la Liga Argentina contra la Tuberculosis tenemos alguna experiencia en el tratamiento de las adenopatías por BCG y estamos totalmente de acuerdo con lo que acaba de expresar el Dr. Howard, pero en el primer período agregamos también córtico esteroides. Creemos que el efecto de los mismos es sumamente favorable para que la resolución de las adenopatías sea rápida evitando de esta manera llegar al segundo período evolutivo es decir la fistulización o reblandecimiento ganglionar.

Dr. Odriozola al Dr. Howard. — ¿Si el tratamiento es sólo médico es cuánto tiempo se puede considerar eficaz en las adenitis BCG de cuello?


Dr. Howard. — La respuesta de la adenitis cervical de cuello, según mi experiencia es bastante rápida. Antes del mes ya se tiene una respuesta franca de reducción de la adenitis de cuello, por los menos la no progresión de la lesión ganglionar.

Dr. Odriozola al Dr. Howard. — ¿Hay algún caso conocido de complicación parotídea?

Dr. Peroncini. — La pregunta tiene carácter general. Si alguno de ustedes la ha observado le rogamos referirla.

Dr. Odriozola. — La pregunta yo la hice porque hace un mes examinando varios niños en nuestro servicio que concurrían por problemas de patología cervical que fueron intervenidos siguiendo el mismo criterio que acaba de exponerse después de un mes de tratamiento médico. Uno de los niños se operó con diagnóstico de linfangioma de parótida. El estudio histopatológico realizado posteriormente demostró la existencia de una tuberculosis parotídea, de la cual existen hasta la fecha 30 casos publicados.

Dr. Howard. — ¿El diagnóstico se hizo únicamente en base a la histopatología o se realizó además estudio bacteriológico?



En las diarreas
del lactante

Intestopan³

MICO-BACTERIOSTATICO DE CONTACTO NO SULFAMIDADO

FRASCOS CON 20 CÓMPRIMIDOS

1 comprimido:
brobenzoxaldina 40 mg
+ broxiquinoleína 200 mg





**INDUSTRIAS
ORTOPEDICAS
ARGENTINAS**

*Presenta
su
NOVEDAD*

*** TALONERA
CORRECTIVA**

**NUEVAS
TECNICAS**

que



**pone a su
DISPOSICION!**

1-27-8

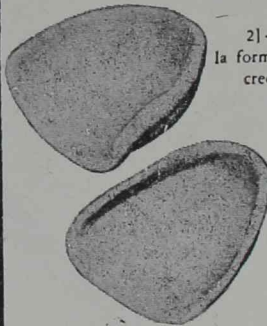
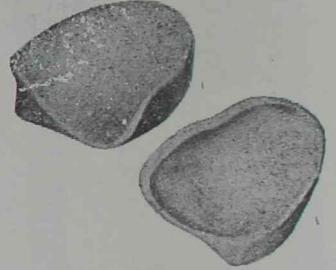


* TALONERA CORRECTIVA

PRESENTAMOS AHORA UN NUEVO METODO, QUE DE MANERA POSITIVA, FORMA Y DESARROLLA UN ARCO NORMAL, EN EL PIE.

La idea de esta talonera correctiva se basa en dos principios:

1) - Con el antepié mantenido plano en el suelo, la inversión del talón produce un arco y cuanto mayor es la inversión mayor es el arco. En otras palabras, con las cabezas del primero y quinto metatarsal soportando el peso normalmente, corrigiendo la eversión del talón se corrige el pie plano. Un talón vertical da al pie plano un arco normal



2) - El pie en crecimiento se desarrolla y funciona en la forma en que es mantenido. Por ejemplo, si al pie en crecimiento se lo mantiene y se le permite funcionar en forma normal, adquirirá la forma correcta. Un ejemplo de esto lo prueba la ya descartada práctica china de doblar constantemente el pie de los bebés en forma de pie "cavo". Con el crecimiento se desarrollaba un pie "cavo". Similaramente, si permitimos a los pies de los niños funcionar con un arco normal, los mismos se desarrollarán en forma normal. Más aún, si el pie es mantenido sin soportes de arco [plantares] que es la forma que actúa la talonera, se obtendrán arco y pie fuertes.



Pies planos con pronación del calcáneo.

Los mismos pies con las taloneras colocadas, corrección del plano y de la pronación del calcáneo.

LAS FIGURAS MUESTRAN LA DISTRIBUCION DEL PESO:



- A - En el pie normal.
- B - En el pie plano, con anormal distribución del peso a lo largo del borde interno del pie.
- C - Con la talonera correctiva hay una restauración del tripode normal para la correcta distribución del peso.
- D - Con el soporte de arco (plantar) hay todavía una superficie anormal de distribución del peso.



**INDUSTRIAS ORTOPEDICAS
ARGENTINAS**

CASA CENTRAL: CORDOBA 1315 - TEL. 41-4999 - BUENOS AIRES

LA PLATA: CALLE 6 No. 662 - MAR DEL PLATA: SAN MARTIN 3092
SANTA FE SAN MARTIN 2111 - CORDOBA: PROXIMAMENTE

Dr. Odriozola. — Carezco de información al respecto.

Dr. Howard. — Naturalmente que con el examen histopatológico solamente es muy difícil asegurar la existencia de una tuberculosis, por ejemplo en una localización ganglionar. Existen al respecto trabajos muy importantes, especialmente uno que citó el Dr. Vacarezza a su regreso del Congreso de Tokio en donde un experto anatómo patólogo dedicado exclusivamente al estudio de la patología ganglionar de cuello destacaba que, apenas en un 20 % podría afirmar la existencia de procesos tuberculosos quedándole la duda en el 80 % restante entre tuberculosis y sarcoidosis especialmente o entre tuberculosis y muchas otras enfermedades con localización ganglionar, de modo que la anatomía patológica solamente no me parece válida para fundamentar un diagnóstico de tuberculosis ganglionar.

Dr. Odriozola al Dr. Howard. — ¿No es más conveniente que la punción de la adenopatía un buen tratamiento médico y luego su correcto tratamiento quirúrgico?

Dr. Howard. — Creo que la pregunta ya está prácticamente respondida. Nosotros no somos partidarios de la punción diagnóstica ni terapéutica, pese a que conocemos especializados que realizan la punción logrando hacer diagnóstico con bastante frecuencia y exactitud.

Dr. Odriozola al Dr. Howard. — ¿No convendría hacer una postergación en la vacuna BCG hasta tanto se determine con seguridad la inocuidad de algunas cepas?

Dr. Peroncini. — Como esta pregunta ha sido formulada por varios colegas propongo unificar su respuesta al final.

Dr. Howard. — Pienso que esta pregunta debía ser respondida por toda la mesa y no en forma personal.

Dr. Rubinsky y la Dra. Goya. — ¿Es conveniente administrar el BCG por sonda gástrica?

Dra. Goya. — Sé que existen centros donde se realiza la vacunación BCG por sonda gástrica. Su ventaja es que evita la adenitis cervical. Las adenitis mesentéricas no las vemos, pero también se producen.

Dr. Bado. — En General Roca, provincia de Río Negro, el Dr. López Lima inició la vacunación BCG de los lactantes por vía gástrica con sonda logrando de esa manera la total desaparición de las adenopatías que se habían presentado anteriormente por la vacunación por vía oral.

Ello constituye un elemento de suma importancia para considerar cómo la técnica de la administración de la vacuna tiene suma importancia en la determinación de las adenopatías.

Dr. Jáuregui a la Dra. Goya. — ¿Los bacilos aislados que Ud. informó como ácido alcohol resistentes eran realmente bacilos BCG al inocularlos al cobayo?

Dra. Goya. — El estudio bacteriológico lo hizo el Dr. Cetrángolo, encontrando 5 casos de bacilos ácido alcohol resistentes. En dos casos puedo asegurar que eran bacilos BCG por el test de niacina negativo y porque la inoculación al cobayo no desarrolló lesiones. En dos casos se puede asegurar que eran bacilos humanos y en un caso en que la bacteriología directa fue positiva, el cultivo fue negativo, dejándonos un interrogante sobre si se trataba de bacilo BCG o bacilo humano.

Pregunta al Dr. Bado. — ¿En recién nacidos vacunados con BCG en qué dilución debe iniciarse el control tuberculínico con DPP, una unidad testigo o 20 unidades testigo?

8

¿Si con una unidad testigo es positivo cuál es la intensidad y precocidad para suponer la infección patógena?

Dr. Bado. — Nosotros creemos que el estudio tuberculínico postvacunal en el recién nacido se debe efectuar con DPP de 20 unidades, es decir es una solución de tuberculina purificada que correspondería a una tuberculina antigua de Koch del 1 %

al uno por cincuenta. Creemos que en estas circunstancias, si es positivo con 20 unidades y un diámetro transversal de lectura de la pápula entre 10, 15 y 20 mm., debemos atribuirlo a la vacunación BCG realizada 90 días antes. Si con la tuberculina de 20 unidades el niño es negativo, practicamos el test BCG pero siempre hemos considerado que existe una intervención del bacilo de Koch virulento cuando el estudio tuberculínico con una unidad de DPP o sea con solución de tuberculina antigua de Koch al uno por tres mil es entonces positivo. Solamente en esas circunstancias, la posibilidad nos hace orientar hacia la posibilidad de una infección tuberculosa que se ha agregado a la infección...

Dr. Anzorena. — Según el pequeño aporte que hice al tema del Dr. Howard no puedo estar de acuerdo con las afirmaciones del Dr. Bado porque tendríamos que aceptar entonces el que un 20 % de recién nacidos en ambiente sano es tuberculoso activo, hecho que no es posible en un grupo de niños vacunados.

Dr. Bado al Dr. Anzorena. — Quiero aclarar que hemos utilizado el derivado proteico y no la tuberculina antigua de Koch, es decir que para un DPP las reacciones de sensibilidad son muchos más específicas ya que por lo general que con una unidad se obtienen siempre reacciones tuberculínicas negativas en los niños vacunados al nacer. Esas son nuestras observaciones, opinando que todo niño vacunado al nacer en ambiente sano, que no tiene ningún antecedente tuberculoso ni ambiental ni familiar que hace una reacción de DPP de una unidad positiva a los 90 días de la vacunación debe ser orientada su investigación en busca del foco de infección. Esa es nuestra posición.

Dr. Howard. — Yo comparto en gran parte el criterio del Dr. Bado. Nosotros no hemos hecho el control con DPP, habiéndolo hecho siempre con tuberculínica bruta de Koch, y siempre iniciando el control de la vacunación con diluciones en uno al 100, vale decir que buscamos una alergia de baja intensidad, además de pápulas muy chicas, de manifestación bastante lábil (muy rápidamente se borra) y además también insisto, en el transcurso del tiempo desaparece. De modo que sería útil que cuando decimos que existe una hiperegia tuberculínica marquemos al cuanto, qué dimensión y que persistencia tiene esa pápula, cuánto tiempo perdura, porque todo eso induce a pensar en una infección virulenta y no en el BCG.

Pregunta al Dr. Rovere. — ¿Son más frecuentes las adenitis en la vacunación BCG oral o en la intradérmica? ¿Puede atribuirse a una técnica deficiente de la vacunación bucal? ¿Sería útil el empleo de sonda gástrica?

Dr. Rovere. — Aparentemente son más frecuentes las adenitis en la vacunación BCG bucal. La diferencia con la vacunación intradérmica la comprueban los médicos que efectúan el control tuberculínico y vacunación BCG intradérmica de los conscriptos que se incorporan anualmente a las filas y que aproximadamente son 150.000 hombres.

Les hemos preguntado a ellos: Dres. Equioiz Laperutta, quienes realizan el control tuberculínico con una unidad de PPD, por debajo del cual habrá algunos positivos, que también se vacunan. Lo que ellos han observado son simples fenómenos de Koch y en muy contados casos han observado pequeñas adenopatías. En definitiva, y según la consulta por nosotros realizada, la vacuna BCG bucal en la actualidad provocaría más reacciones ganglionares que las que provoca la BCG intradérmica.

En nuestra experiencia en niños vacunados con BCG bucal hemos tenido oportunidad de observar algunos fenómenos de Koch, no hemos observado nada más que muy pequeñas adenopatías en un pequeño porcentaje de casos. Nosotros pensamos que una técnica deficiente como es el caso que hemos referido de la administración de la vacuna por medio de una jeringa pueda remontar la trompa de Eustaquio por la misma inercia que lleva el líquido y provocar una adenopatía. También tenemos el caso de una persona cuya afirmación no merece dudas, de que se administraba la va-

cuna BCG bucal rociada a un niño mientras lloraba, directamente de la ampolla. Evidentemente, la técnica deficiente de administración puede traer complicaciones, especialmente la falta de disposición del niño en un momento determinado para admitir la vacuna: realización de buches, retención de la vacuna en los carrillos, regurgitaciones, etc., todo lo cual permitirá que por vía linfática la vacuna alcance los ganglios regionales.

El Dr. Peroncini me recuerda que es conveniente con respecto a las adenitis cervicales que provoca la vacunación BCG bucal en relación con la BCG intradérmica, analizar el número de bacilos de cada una. El número de bacilos que se emplea en las distintas vías es diferente. Una ampolla de BCG bucal equivale a 2.000 dosis de BCG intradérmica, por lo tanto el número de bacilos es 2.000 veces más cuando se administra la vacuna por vía bucal. Con respecto al empleo de la sonda gástrica me permitiré agregar simplemente lo siguiente: Una sonda gástrica empleada con técnica correcta me parece un buen método, pero empleada por personal indebidamente adiestrado puede aumentar la casuística del Dr. Giannantonio, en el sentido de que pensamos que puede pasar al árbol bronquial.

Dr. Vilches: Quisiera hacer algunos comentarios respecto al uso del BCG por vía bucal y por vía intradérmica. Por supuesto hoy, como en otras tantas oportunidades, he escuchado la expresión que tanto para el BCG bucal como para el BCG intradérmico está comprobada su acción preventiva contra la tuberculosis. Naturalmente, puede ser que yo tenga un criterio excesivamente rigorista al respecto, pero creo que hasta el momento actual la única demostración absolutamente firme de que el BCG es efectiva es la prueba realizada con la participación del Medical Research Council de Inglaterra la cual se halla actualmente en el noveno año de vida y que ha demostrado claramente que el BCG administrado por una vía periférica intradérmica es efectiva. No creo que existan pruebas clínicas de la misma rigurosidad científica con respecto al BCG oral. Por otra parte, lo que se ha mencionado hace un momento debe considerarse.

Cuando uno aplica la vacuna BCG por vía intradérmica aplica un 2 milésimo de la cantidad que se aplica por vía oral. Esa cantidad se aplica en un lugar determinado de la piel en la cual el médico o la enfermera lo aplica con una determinación absoluta y final y lo que ocurre ahí se podrá seguir en los ganglios de vecindad, con una observación muy directa. Lo que suceda cuando uno pone 200 mg., es decir dos mil veces más de bacilos en la boca de un niño nunca lo vamos a saber en ningún caso, ni dándole líquido antes o después porque no se sabe si el niño va a toser o si no va a toser, asegurar que la técnica va a ser perfecta nunca se podrá afirmar. Si los 200 mg., de bacilos van directamente a la trompa de Eustaquio pueden provocar una lesión porque es indudable que los bacilos BCG son capaces de provocar una lesión local. Yo no afirmo que la etiología de todo lo que se ha presentado esta noche es BCG, incluso me atrevería a dudarle en más de un caso, pero no tengo tampoco una firmeza de convicción basada en mi ignorancia esclusiva, para decir que no es. Lo único que me gustaría es ver mañana la prueba, pero de todas maneras, sea o no así, es indudable que la administración del BCG por vía bucal es un procedimiento por lo menos azaroso en el cual uno no sabe que va a pasar con los 200 mg. de bacilos, y si mañana para lograr que en vez del 80 o del 60 % de alergia tuberculínica, quisiéramos que fuera 100 ó 101 le podríamos administrar 500 mg. de bacilos o 1.000 mg. al niño y con seguridad lograríamos un mayor porcentaje de reacciones tuberculínicas positivas, pero indudablemente el BCG no tiene el rango infinito entre efectividad y tolerancia que parece creerse por momentos; indudablemente en los cobayos es capaz de producir lesiones dependiendo de la cantidad que se administre y dependiendo también de la vía. Todos sabemos muy bien que algunos ejemplos han sido dados en conversaciones previas a esta reunión, pero lo que ocurre con una dosis que debe darse por vía bucal se da por vía subcutánea, originándose de esta manera importantes le-

siones necrosantes. Ahora bien, ese margen de seguridad que indudablemente existe, es mucho mayor, cuando uno administra una pequeña dosis en un lugar que uno conoce bien y lo sigue que cuando se administra en el lugar que uno no conoce y no sabe lo que va a ocurrir después. Si va a ir a las adenoides, a las amígdalas, si va a producir una lesión en la cavidad bucal o si se aplica por sonda gástrica en el aparato digestivo, medio o inferior y los ganglios mesentéricos como bien señaló la Dra. Goya.

Yo quisiera que ustedes se den cuenta por un momento del planteo que quiero formular al hacer una especie de rápido esquema. *A continuación realiza un gráfico en el pizarrón.* Supongamos que ésta es una distribución de frecuencias de lo que ocurre con la reacción tuberculínica. Supongamos que ésta es tuberculina vieja en dilución al 1 %. Si nosotros administramos vacuna BCG por vía bucal y la distribución de frecuencias es de este tipo, tenemos una cantidad grande de niños que está por debajo de 5 mm., los cuales consideramos como no alergizados. Entonces, con el fin de lograr una mayor conversión aumentamos la dosis a 200 mg. y, por supuesto, lo que nos ocurre es este fenómeno que creo ha sido descrito. Hay un mayor número de positivos y hay un mayor número de niños con reacciones intensas a la tuberculina, niños en los cuales, de acuerdo a la experiencia general en la clínica de la tuberculosis uno debe sospechar que existe algún foco local por lo menos relativamente importante, lo cual también está de acuerdo con las características del bacilo BCG de ser poco virulentos pero capaces, en dosis fuertemente grandes, de provocar una lesión local.

Veamos en cambio qué es lo que ocurre cuando uno aplica una dosis pequeña de BCG con seguridad y administrada en un lugar donde existen susceptibilidad. La curva es semejante. Lo único que ocurre es que como con seguridad los gérmenes han sido administrados a todos los niños en la misma forma, la curva es más estrecha.

Es decir, una curva más parecida a la normal y con menos dispersión. Si naturalmente en vez de aceptar 0,1 mg. inyectamos dos décimas de mg. vamos a modificar en algo las curvas. En realidad, este tipo de curva es mucho más ideal desde el punto de vista de lo que debe ser la inmunología práctica para la aplicación en Salud Pública que las otras.

Quedan dos aspectos a considerar: uno es la vacuna más aceptable por las madres cuando se administra al niño por vía oral. Me atrevo a dudarle hasta que no se haga una prueba. La prueba, por supuesto, no se deberá hacer preguntándole a la madre: ¿Quiere Ud. que a su niño lo vacunemos por vía bucal o por vía inyectable? Siempre va a preferir la vía oral. Pero si se le dice le vamos a aplicar la vacuna por vía inyectable a algunas madres ya otras que los vamos a vacunar por vía oral, la comparación entre dos grupos comparables y con los recaudos estadísticos necesario permitirá probablemente comprobar que las madres no se resisten o por lo menos suficientemente a la aplicación por vía intradérmica, máxime si está establecido por la ley.

El otro problema: ¿Son los médicos los que se resisten? Si son los médicos o las organizaciones sanitarias es a los médicos y a las organizaciones sanitarias, una vez convencidos de que esta presentación gráfica que acabo de realizar, que podrá tal vez ser hipotética, pero que no es ilógica, si ella es válida, habrá que arbitrar las medidas necesarias para que médicos, enfermeras y demás nos convenzamos cómo debe administrarse el BCG.

Dr. Babisch. — Yo quería acotar a lo dicho por el Dr. Vilches que el BCG intradérmico, cuando se inyecta, uno sabe lo que va a pasar hasta cierto punto, porque el BCG, no recuerdo exactamente en qué preciso momento, se disemina por todo el organismo. Eso ha sido fehacientemente comprobado en 1956 por Strong, quien lo hizo trabajando con bacilos radioactivos, comprobando que la radioactividad

ya al muy poco tiempo de la inoculación se había esparcido por todo el organismo.

Por otra parte, hay hechos anátomo-patológicamente comprobados. Todo BCG intradérmico da luego lesiones microscópica en cobayos y aun en niños que han fallecido por accidente se han encontrado lesiones microscópicas en todo el organismo, incluso en huesos, de manera que eso de los previsible, es hasta cierto punto.

Por otra parte, de la cantidad de bacilos que penetren, lo que más nos interesa es la cantidad de bacilos que van a reproducir, no los que penetran; probablemente, eso es lo que hay que determinar: Si se reproduce con más facilidad el bacilo oral o el bacilo intradérmico.

Dr. Howard. — No quisiera dejar en el aire una afirmación hecha por el doctor Vilches que me parece que no es exacta y es que no hay pruebas clínicas que el BCG oral proteja contra la enfermedad tuberculosa. Mucho menos se puede afirmar eso en América, donde ha surgido el método de Arlindo de Assis de vacunación oral interativa, concurrente, permitiendo a los niños recién nacidos convivir con los padres tuberculosos al mismo tiempo que se les hacía únicamente vacunación oral y de todos esos niños no se ha podido comprobar uno sólo que haya desarrollado enfermedad tuberculosa.

Dr. Beccar Varela al Dr. Ragozza. — ¿Está indicada la extirpación de una adenitis por BCG?

Dr. Ragozza. — De acuerdo a lo aportado por los comunicantes, pareciera que sí, pero acorde con la experiencia de nuestro Servicio, en la cual de 27 casos, 25 evolucionaron favorablemente con drogas tuberculostáticas y después de amplia mastoidectomía; sólo dos fueron supuraron como ha sido referido en el trabajo, se punzaron, fueron operados y cerraron sin fistulación.

Pensamos que en nuestra experiencia la mastoidectomía precoz ha permitido obtener una evolución más favorable de las adenopatías.

Pregunta al Dr. Badaracco. — Las otitis medias tuberculosas con el mismo cuadro clínico que relataba conjuntamente con hiperergia y hallazgo de bacilos ácido alcohol resistentes, suponen una etiología patógena. ¿Cuál es el fundamento para relacionarlo con los casos descriptivos debidos al BCG?

Dr. Badaracco. — En una ocasión hemos hecho notar que existe una diferencia neta entre los procesos tuberculosos de oído y éstos que producen la vacuna BCG. En la vieja tuberculosis que hemos visto siempre y durante años, había perforaciones múltiples del tímpano y en muchas ocasiones se acompañaban de parálisis facial. En estos casos producidos por el BCG, no hemos visto nunca perforaciones múltiples. Curado clínicamente el proceso, se cicatrizaba la membrana timpánica con o sin conservación de la función. En ningún caso, aunque hemos examinado unos cuantos niños que llevaban más de tres meses de evolución, con un absceso retroauricular por lesión mastoidea, nunca hemos visto parálisis facial, quiere decir que en estos casos, si la lesión aparentemente fuera provocada por BCG, tiene un carácter totalmente distinto al que tenía la lesión tuberculosa de otras épocas.

Dr. Howard. — Yo le preguntaría al Dr. Badaracco si ahora que es relativamente más frecuente que antes encontrar las primo infecciones con gérmenes resistentes, especialmente a la isionazida no serían capaces esos gérmenes de provocar ese tipo de lesión, ya que los gérmenes isionacida resistentes en el cobayo también hacen una reacción local con viraje de la alergia tuberculínica, a veces como única prueba de la infección, y es siempre una lesión abortiva y que retrocede.

Dr. Badaracco. — En realidad, quizás dependa del período en que uno tenga ocasión de examinar al enfermo.

Cuando vimos uno de los primeros casos hace aproximadamente dos años no conocíamos las publicaciones europeas sobre el tema, lo que pensamos que posible-

mente fueran lesiones neoplásicas por la persistencia del granuloma y porque nunca habíamos visto un cuadro semejante y tenemos la experiencia de que en el niño ya de segunda infancia, una granulación persistente de oído, con granulaciones que se repiten del tipo que vemos ahora en este momento, tenía muchas probabilidades de ser de origen neoplásico. Por eso, influidos por esa idea, pedimos la colaboración del anatómo patólogo. La pregunta que nos hace el Dr. Howard se puede contestar según el momento en que se examina al niño enfermo.

En nuestros primeros casos hubo dos niños en quienes la extirpación inmediata del granuloma de conducto auditivo externo y el tratamiento general mejoraron el proceso.

En todos los demás casos hubo necesidad de reseca la mastoides y en los casos más avanzados la lesión no era de tipo abortivo, porque ya existían secuestros enormes de mastoides.

Dr. Howard. — La lesión abortiva es en el cobayo, no en el hombre. En el hombre provoca una lesión evolutiva que no tiene la malignidad de bacilo de Koch activo y humano. El bacilo isionacido resistente produce una enfermedad en el hombre. No tiene carácter de gravedad de la lesión masiva o de la infección virulenta, aparentemente al menos, o por las pruebas hasta ahora así lo determinan, pero produce enfermedad; de modo que lo que yo digo es que no creo que se pueda asegurar en la forma en que lo hace el Dr. Badaracco que esto se debe al BCG. Puede existir una relación entre el BCG y esto, por lo menos de tiempo y de coincidencia de las dos cosas en este momento, es decir, ni se puede afirmar, no se puede descartar el BCG, pero además de pensar en el BCG se puede pensar en otras posibles etiologías, entre ellas los bacilos atípicos y entre otros gérmenes isionacido resistentes.

Dr. Bottaro Castilla. — Quisiera saber si no se consideran por lo recientemente expuesto las siguientes posibilidades:

1. — Suprimir momentáneamente la obligatoriedad de la vacuna BCG.
2. — Investigar la posibilidad de la modificación de la cepa BCG o la asociación con otras mycobacterias.
3. — Informar a la Sociedad de Obstetrica para que no se indique la vacuna BCG sin control previo del recién nacido por el puericultor, que la autorizará al descartar la existencia de erosiones en la mucosa bucal, malformaciones esofágicas, vómitos, etc.
4. — Instruir adecuadamente a las nurses responsables de la administración mediante un informe aclaratorio o una cartilla creada al efecto por la Liga Argentina contra la Tuberculosis.

Dr. Peroncini. — Las dos primeras preguntas las va a contestar la mesa, quedando la respuesta de la tercera y cuarta a cargo del Dr. Bado.

Dr. Bado. — Con respecto a la tercer pregunta me parece que para poder establecer tal solicitud, deberíamos asegurar primero terminantemente que las lesiones que han sido descripta en la Mesa Redonda de esta noche son atribuidas a la vacunación antituberculosa.

Pienso que una vez que hayamos podido hacer una demostración perfectamente científica y bien controlada desde el punto de vista clínico y de laboratorio, recién entonces podremos decir podremos dar consejos a las Sociedades Científicas. Quiero agregar que el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública ha ordenado la constitución de una comisión para estudiar todos estos casos de Becegeftis.

Con respecto a la cuarta pregunta debo decir que la Dirección de Lucha antituberculosa ha iniciado unos cursos de instrucción para personal auxiliar de Maternidades, nacionales y municipales y especialmente en maternidades privadas.

En ese sentido ya se han iniciado las clases, estando el Dr. Rovere a cargo de las mismas. Nuestra intención es extender el alcance de las mismas a toda la Capital Federal, para que realmente todo el personal que administra la vacuna BCG al recién nacido en las distintas maternidades lo haga de acuerdo a la buena técnica. En ese sentido, la Liga Argentina contra la Tuberculosis ha editado una cartilla que entrega conjuntamente con la vacuna a la persona que retira la dosis correspondiente en la farmacia de la Institución. En esa cartilla está indicada la técnica de la colocación de la vacuna.

Nosotros creemos que esto debe ser conocido especialmente por el personal auxiliar, que no realiza la vacunación de acuerdo a una técnica correcta.

A continuación el Dr. Peroncini da lectura a las CONCLUSIONES elaboradas por la mesa redonda:

—El empleo del BCG bucal en el recién nacido de medio sano y en el recién nacido de medio enfermo, constituye un método profiláctico eficaz que debe ser preconizado y divulgado en la Lucha Antituberculosa.

—Es fundamental la administración bucal correcta y a partir del tercer día de vida en dilución o con el biberón.

—Las reacciones ganglionares pueden ser causadas por el bacilo BOG, pues el mismo se ha comprobado en algunos de los casos.

—La etiología de la patología otológica o respiratoria no se conoce con certeza.

—Los bacilos ácido alcohol resistentes aislados en las regiones ganglionares, son en algunos casos bacilos BOG típicos y en otros poseen características de bacilo tuberculoso tipo humano.

—*Conducta a aconsejar:* En el momento actual no se considera justificada la interrupción de la administración bucal de la vacuna BCG.

—Se ha constituido una comisión designada por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública para coordinar los estudios que se espera llegarán a aclarar este problema.

Dr. Murtagh. — Quisiera saber si estas conclusiones tienen carácter definitivo poniéndose o no a discusión de esta asamblea. A mi modo de ver el problema del BOG para los pediatras, es en este momento un problema sumamente grave. Del informe que hemos leído no surge la urgencia que a mi juicio debía tener una conducta al respecto. Yo hubiera querido que del informe de esta comisión hubiesen surgido lagunas conclusiones prácticas importantes. Por ejemplo, algo que se pudiera sugerir a las autoridades, dado que es indudable que muchos de los inconvenientes están en la mala técnica, mala administración, administración precoz, entonces me parece urgente y es una de las recomendaciones que yo personalmente haría: que se tomaran los recaudos necesarios para informar de inmediato a los sanatorios, a los hospitales, a los médicos sobre el peligro posible; no podemos afirmar que los casos son todos ocasionados por el BCG pero hay una impresión de que evidentemente el BCG en muchos casos puede tener importancia como factor etiológico. De manera que me parece que sería muy importante desde ya no esperar un estudio de la comisión.

Me baso en que en la práctica corriente estamos viendo que se aplica en los sanatorios BCG sin que se entere el pediatra ni el obstetra, de manera que ya no es una mala técnica de las enfermeras, sino una mala técnica del sanatorio, que creo corresponde que se corrija. Yo pediría a la Comisión que fuese efectiva y enérgica en esta conducta, por lo menos para darle tranquilidad a los médicos pediatras que realmente estamos inquietos frente al problema del BCG, ya que nosotros no somos enemigos del BCG, pero somos enemigos del BCG actual, esa es la realidad. Tal vez tengamos elementos suficientes para poder afirmar rotundamente esto, pero esa no solamente es la impresión nuestra, sino que constituye algo más grave, como

es la impresión en el ambiente, ya que está tomando estado público. De manera que yo exigiría más urgencia en estas actitudes. Esa es la impresión que tenemos en este sentido.

Dr. Peroncini.—Yo me hago cargo de la inquietud que el Dr. Murtagh ha expresado. La comprendo perfectamente bien y en mis palabras iniciales al justificar esta Mesa Redonda, señalé que el pediatra es el primero que había llevado esa inquietud al ambiente fisiológico, al ambiente de los sanitaristas y al ambiente de las sociedades sanitarias para señalar los riesgos que se corrían. ¿Cuáles eran? El riesgo fundamental era que podría enfriarse el entusiasmo por el BCG, que podría trascender hacia el BCG una especie de desconfianza muy riesgosa, que podía tomar un estado más allá del médico y sacarse conclusiones equivocadas. Pero piensen Uds. que una mesa redonda que se fue elaborando prudente, que no trajo a ella el aporte de quienes por su autoridad, por la responsabilidad de lo que iban a decir, debían estar munidos de prudencia, de seguridad, no digo de sagacidad, ya que la misma puede significar a veces habilidad dialéctica, pero sí de responsabilidad y de que Uds. tuvieran la certeza de lo que aquí se decía, era algo que podía testimoniar la realidad.

¿Que hemos señalado nosotros? Hemos señalado varias cosas que quizás respondan a la inquietud del Dr. Murtagh. Que en algunas circunstancias hechos comprobados de adenitis pueden ser de BCG. Ya la respuesta al Dr. Vilches la ha dado el Dr. Anzorena, la ha dado el Dr. Rovere, que existen adenitis por BCG; a su vez se ha señalado que al aumentar el número de vacunados la incidencia de hechos anormales en estos vacunados, como podía ser una adenitis, también tiene lógicamente que aumentar.

Hemos señalado que si bien hay complicaciones auditivas en ninguno de los casos se ha demostrado la real incidencia del bacilo BCG en las mismas, puede ser que más adelante, como bien dijo el Dr. Vilches hace un rato, eso esté demostrado, por ahora no. Hemos destacado que en la localización respiratoria existe un mecanismo de inhalación canalicular que ha provocado una agresión respiratoria, pero ¿nosotros tenemos la seguridad que es el BCG el que la ha provocado? ¿o que otra causa en juego que lo facilitó? Piensen Uds. que nosotros no podemos hablar sino de hechos ciertos de comprobación fehaciente, no podemos tampoco hablar de comprobación anátomo-patológica. Ya lo señaló Howard, y repitiendo palabras de Raúf Vacarezza, lo efímero, lo poco consistente que es la anatomía patológica, frente a hallazgos ganglionares para asegurar que eso es tuberculoso. Repito lo que dije al comienzo. Me hago cargo de la inquietud del pediatra, pero el pediatra debe también apoyarse, no en esta mesa redonda sólo, debe apoyarse en una dilatada experiencia de muchos años en el mundo entero de aplicación de BCG que ha traído como consecuencia beneficios indudables en la Lucha Anti Tuberculosa, que ha reducido la incidencia en los lugares que el BCG estaba bien aplicado de la meningitis tuberculosa, podemos decir que hay estadísticas en países vecinos, como Montevideo (Uruguay). La estadística de Debré, estadísticas muy dilatadas de que correctamente hecho el BCG no hubo más meningitis, podemos decir que las formas graves de tuberculosis en el niño no existen en los vacunados, la estadísticas que en nuestro medio hizo Urquijo y que hicieron otros demostraron que las formas graves de tuberculosis no tenían en su historia clínica el antecedente de la administración del BCG. De modo que el BCG en primer término no puede ser discutido en el sentido que él sea causal de estas cosas. Podemos entrar a señalar que habrá que analizar con más rigor las cepas, si los controles de las cepas, si la administración del BCG se hace correctamente, pero de aquí que en esta Mesa Redonda, yo no quiero defraudarlos, pero tampoco quiero que de acá salga algo que pueda ser mañana rectificado por los hechos. Yo quiero decirles a Uds. que quizás esa

inquietud tendrá pronta respuesta si las autoridades nacionales y los que se comprometen en la investigación aceleran los trámites y por otra parte tienen muchos elementos de juicio para poder dilucidar lo que está pasando.

Muchos elementos de juicio son basados en el laboratorio, pero el laboratorio exige un plazo que es mayor que el que se ha tomado para constituir esta mesa redonda.

No hemos venido a la Mesa Redonda con el convencimiento de tener toda la razón en nuestras manos, hemos venido a señalar los hechos con toda la veracidad de los mismos, a discutir y analizar dichos hechos. Más de lo que se ha dicho no creo que podamos decir, quizás nuestras conclusiones fueron recibidas fríamente, pero por una parte no podemos decapitar el BCG, hacerlo culpable de las cosas que ocurren ni crear un escepticismo que todo lo que se va a hacer ahora con espíritu de investigación seria, correcta y bien dirigida y por gente responsable, prontamente nos dé conclusiones y quizás dentro de un plazo muy breve podremos decir, ahora habrá que cambiar las cepas, o postergar el BCG, ahora habrá que pedir otras cepas. El BCG tiene una serie de facetas que hay que contemplarlas, estudiarlas y analizarlas. Pensamos que en otros países del mundo, por ejemplo, las experiencias realizadas por Harrié, Canetti y otros investigadores de prestigio, ninguno de ellos se atreve a sacar conclusiones definitivas a pesar de una autoridad científica que sobrepasa a la de todos nosotros, pero con una prudencia que también es norma en ellos.

Pienso que nosotros tenemos que empezar a cambiar nuestras tácticas y nuestros procedimientos. Creer en las Comisiones Investigadoras, superar aquella etapa en que la Comisión investigadora era una especie de cernidor para ocultar muchas cosas feas. Confiar en la honestidad de quienes las constituyen y en su responsabilidad frente o nosotros. Debemos tener confianza en aquellos que van a investigar el tema que hemos estado discutiendo esta noche. Ellos han contraído una severa responsabilidad de elaborar conclusiones serias y entonces quizás podamos decir dentro de un plazo muy corto cuál es la verdad de los hechos.

En mi nombre y en el de la Comisión que ha organizado esta Mesa Redonda creo que no podemos agregar nada a lo que ya se ha dicho. Debemos actuar en médico y en médico saber qué conducta seguir frente a ese niño que nace, frente a la responsabilidad que se adquiere frente a la tuberculosis que sabemos es una nuestro país, frente a las cifras que dio el último Congreso y que el Dr. Bado ha señalado, tocándole al pediatra resolver con espíritu científico lo mejor en beneficio del niño.

Dr. Murtagh.— Quiero agradecer la concurrencia de todos Uds. y señalar como lo ha hecho el Dr. Santos que es realmente satisfactorio el comprobar no solamente la cantidad, sino la calidad del público que ha prestigiado con su presencia la reunión de esta noche.

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 extensión 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 a 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.

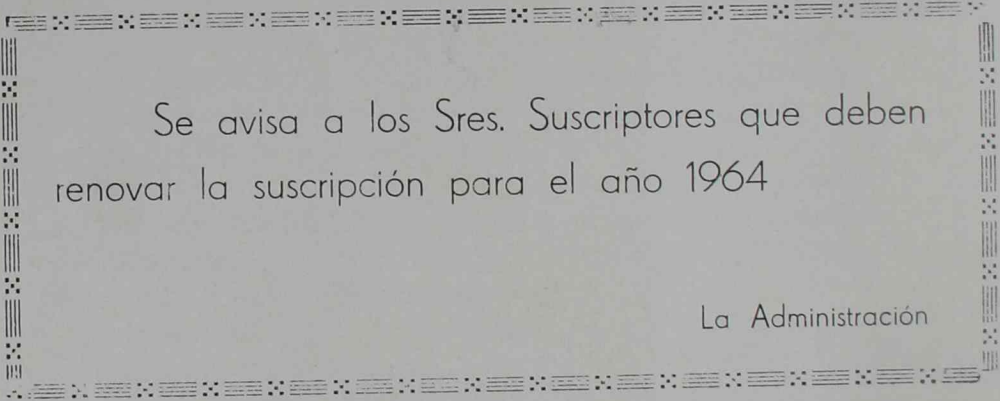
Los originales deben ser presentados escritos a máquina, tamaño carta, con un espacio en blanco, sobre un solo lado de las hojas, en páginas numeradas en orden sucesivo. Deberá indicarse en cada caso el lugar en que se efectuó el trabajo, así como su dependencia de otras instituciones. Se aconseja ajustar 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) debe-

rán 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.



Se avisa a los Sres. Suscriptores que deben
renovar la suscripción para el año 1964

La Administración