

# ARCHIVOS ARGENTINOS de PEDIATRIA

*Editores*

*La Prensa Médica Argentina*

*Junin 845, Buenos Aires, Argentina*

**Administración** (números sueltos, suscripciones, envíos y cambios de domicilio): Tel. 83-9796 y 80-3782.

**Publicidad y Contaduría, exclusivamente:** Tel. 83-9484.

*Se distribuye a todos los miembros de la Sociedad Argentina de Pediatría por convenio especial con los Editores, y además por suscripción paga. Aparece mensualmente. Inscripta en la Propiedad Intelectual bajo el N° 1.152.966.*

**Precios de suscripción:**

Rca. Argentina (1 año)      \$ 20.—

Exterior (1 año)            u\$s. 15.—

Número suelto                \$ 2.—

Correo Argentino Central B	Franqueo Pagado Concesión N° 1706
	Tarifa Reducida Concesión N° 813

GRAFICA



EDITORIA

**DIRECTOR DE PUBLICACIONES: Dr. Juan Cruz Derqui**  
**SUB-DIRECTOR DE PUBLICACIONES: Dr. Fernando Mendilaharsu**

### **SECRETARIOS DE REDACCION**

Dr. Delio Aguilar Giraldes	Dra. Sara Tamburini de Escars
Dr. Armando Calcarami	Dr. Eddie Invernizzi
Dr. José María Ceriani Cernadas	Dr. Armando C. Maza
Dr. José María Cullen Crisol	Dr. Jorge Parral
Dr. Mariano Detry	Dra. Celica Ramírez
Dr. Jorge Luis Dibetto	Dr. Alejandro Rosa Rivarola
Dr. Eduardo Nicolás Echezarreta	Dr. Osvaldo A. Stoliar
	Dr. Alberto O. Zambosco

### **CORRESPONSALES**

Dr. Nedo Albanesi (B. Blanca)	Dr. Carlos A. Mansilla (Santiago del Estero)
Dr. Oscar Caballero (Mendoza)	Dr. Valois Martínez Colombres (h) (San Juan)
Dra. Iraida S. de Cabrol (E. Ríos)	Dr. Alejandro Mines (Tucumán)
Dra. Velia E. de Caino (La Plata)	Dr. Luis Premoli Costas (Salta)
Dr. Jorge N. Carné (Rosario)	Dra. Llobal Schujman (Tucumán)
Dr. Alfredo Fort (R. C. Peia. Bs. As)	Dr. Leonardo M. Vanella (Río Cuarto, Córdoba)
Dr. Rubén Haidar (Santa Fe)	

### **COMISION ASESORA**

Prof. Dr. Raúl P. Beranguer	Prof. Dr. Juan J. Murtagh
Prof. Dr. Felipe de Elizalde	Dr. José E. Rivarola
Prof. Dr. Alfredo Larguía	Prof. Dr. José R. Vásquez

### **SECRETARIA**

Sra. María Elisa Ibáñez

### **COMISION DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA**

*Presidente:* Prof. Dr. Gustavo G. Berri  
*Vicepresidente:* Dr. Jorge M. Sires  
*Secretario General:* Dr. Horacio Aja Espil  
*Director de Publicaciones:* Dr. Juan Cruz Derqui  
*Tesorero:* Dr. Angel Plaza  
*Secretario de Relaciones:* Prof. Dr. Jorge Nocetti Fasolino  
*Bibliotecario:* Prof. Dr. Roberto J. Caligari  
*Secretario de Actas:* Dr. Héctor E. Mora  
*Vocales:* Dr. Abel Bettinsoli  
Prof. Dr. Eduardo Plater

# volvió FOSFATINA

## y ahora es INSTANTANEA!

### Alimento para lactantes y primera infancia

#### QUE ES FOSFATINA?

Es una harina dietética científicamente equilibrada que satisface plenamente el gusto y necesidades nutritivas del bebé.

#### COMPOSICION:

5 cereales (trigo, maíz, arroz, cebada, centeno), azúcar, cloruro de sodio, fosfato bicálcico y vainillina.

#### CONSERVACION:

El producto es un polvo seco, no higroscópico y envasado en bolsa herméticamente cerrada, se conserva sin alteración a temperatura ambiente. No contiene ningún conservador agregado.

#### PREPARACION:

FOSFATINA Instantánea, gracias a la dextrinización de sus componentes, no necesita cocción. Es suficiente verter la cantidad necesaria en leche, agua, o caldo a la temperatura deseada. Instantáneamente queda lista para ser ingerida.



#### FOSFATINA INSTANTANEA fali

##### DOSIS MEDIAS PARA BIBERONES Y PAPILLAS

EDAD	COMIDAS POR DIA		COMPOSICIÓN PROMEDIO (en gramos)					
	Biberón	Papilla	BIBERON			PAPILLA		
			Leche	Agua	Fosfatina	Leche	Agua	Fosfatina
2º y 3º mes	6	—	80	40	4	—	—	—
4º mes	4	1	100	20	5	120	20	10
5º mes	3	2	120	20	6	130	30	12
6º mes	2	2	140	10	6	160	10	15
7º y 8º mes	1	2	160	—	6	190	—	15/20
9º mes en adelante	—	2	—	—	—	220	—	20/25

1 cucharada de café al ras = 2 gramos aprox. de Fosfatina  
1 cucharada de sopa al ras = 6 gramos aprox. de Fosfatina

#### ANALISIS BIOLOGICO de 100 g. de FOSFATINA CON CEREALES

Materias secas	99.1	Sales Minerales	0.7
Proteínas	4.4	Calcio	0.2
Lípidos	2.0	Fosfatos	0.3
Carbohidratos	91.9	Valor calórico	403

#### FOSFATINA INSTANTANEA

para bebés con un  
mundo por delante!

# SUMARIO

Tomo LXX - Número 7 - Setiembre de 1972

---

## CONGRESOS DE CORDOBA DE PEDIATRIA

Cita de honor 203

El emblema 204

Comité de los Congresos 205

Editorial

*C. A. Rezzónico* 206

### Opiniones de sus Presidentes

Del X Congreso Panamericano

*A. S. Segura* 207

Del III Latinoamericano

*J. R. Vásquez* 208

Del II Argentino

*J. M. Albores* 209

Actividades científicas 210

Congresos de Pediatría 1972 213

Actividades sociales 214

Alojamiento y actividades turísticas 216

Experiencias y vivencias en los Congresos Internacionales de Pediatría

*A. Chattás* 218

---

## TRABAJOS ORIGINALES

Mononucleosis infecciosa en el lactante

*O. R. Turró, E. Biagioli, M. R. Torales, J. C. Jaureguiberry, A. Ruiz* 222

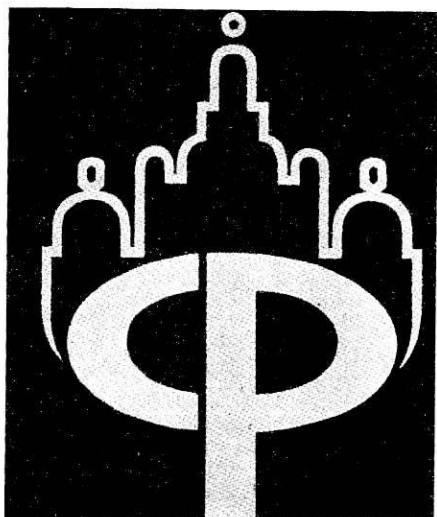


# CONGRESOS de CORDOBA de PEDIATRIA

- X Panamericano
- III Latinoamericano
- II Argentino

## Cita de Honor

La importancia de los Congresos a realizarse en la ciudad de Córdoba entre los días 5 y 10 de noviembre próximos los convierte en una CITA DE HONOR para todos los pediatras argentinos, a quienes, el Comité de Redacción de Archivos Argentinos de Pediatría, pone a su disposición toda la información referente a los mismos.



*El emblema*

Está compuesto de dos elementos: las iniciales de los Congresos de Pediatría y el perfil frontal de la Catedral de Córdoba. ¿Por qué una Catedral en los Congresos de Pediatría?

Córdoba es la sede del evento y la imagen que más la evoca es la de esta joya de la arquitectura colonial americana. Por otra parte, las cúpulas elevadas hacia el cielo pueden bien simbolizar este intento de trascendencia que nos anima y que constituye el estilo de los Congresos: desbordar lo científico al enriquecerlo con el profundo contenido humano que nos une en el esfuerzo por la elevación del hombre.

### COMITE DE LOS CONGRESOS

*Secretario General:* Prof. Dr. Carlos A. Rezzónico

*Secretarios:* Prof. Dr. Guillermo J. Bustos

Dr. Jorge A. Guidi

Dr. Juan A. Soler

*Tesorero:* Dr. Víctor H. Croce

*Protesorero:* Dr. Rubén O. Corrales

*Vocales:* Prof. Dr. Gustavo G. Berri; Prof. Dr. Angel E. Cedrato; Prof. Dr. Jacobo Halac; Prof. Dr. Alberto M. Lubetkin; Dr. Miguel Oliver.

### Comisión de Información y Publicaciones

*Coordinador:* Prof. Dr. Guillermo J. Bustos

*Secretario:* Dr. Juan A. Soler

*Miembros:* Dr. Luis A. Giraudo; Dr. Jorge H. Neder

*Secretario Ejecutivo:* Antonio M. Riego

### Los Congresos de Pediatría

Córdoba, Argentina, 1972

Son organizados conjuntamente por:

*Academia Americana de Pediatría, Capítulo Argentino*

*Asociación Latinoamericana de Pediatría*

*Sociedad Argentina de Pediatría*

*Correspondencia:* Secretaría de los Congresos

Prof. Dr. Carlos A. Rezzónico

C. C. 141 - Córdoba, Argentina

## EDITORIAL



Prof. Dr. Carlos A.  
Rezzónico

*El delegado argentino a los Congresos de Pediatría efectuados en Bogotá, Colombia, Profesor Dr. José R. Vásquez, trajo a su regreso la buena nueva de que correspondía a la República Argentina la realización de los próximos Congresos.*

*La ciudad de Córdoba, centro geográfico del País, ha sido honrada con la designación de sede de los eventos que constituyen la más relevante actividad de la Pediatría Americana. La envergadura de los mismos, su calificada concurrencia y por sobre todo la excepcional circunstancia de que se reúnan médicos de niños que vendrán desde todos los puntos del Continente, significará para Argentina un hito trascendente en su historia pediátrica.*

*Desde Córdoba saludamos a los futuros congresistas que llegarán a confraternizar en el marco de calidez que nos esforzaremos en brindar. Deseamos que al pisar suelo argentino cada uno se encuentre como en su tierra, superando fronteras y distancias.*

*Pues si es verdad que los Congresos de Pediatría constituyen certámenes científicos donde se exponen los adelantos de la medicina del niño, no es menos cierto que en ellos se vive la riqueza espiritual de todo gran encuentro humano. Aspiramos a que se alcance el mejor nivel en lo científico, pero junto a ello, deseamos ofrecer para nuestros colegas de América una nueva oportunidad de conocernos más, entendernos y ayudarnos en la mayor medida.*

*Entendemos que nos une un ideal común y una gran responsabilidad: el servir a los niños del Continente. Es grande la contribución que nuestros pueblos esperan de nosotros y ardua la tarea a realizar para pocos operarios por lo que habrá que multiplicar el esfuerzo y organizarlo para que se haga más eficiente y rendidor. Diversos factores sociales, económicos, culturales y morales contribuyen a generar serios riesgos para la niñez de América. La magnitud de los problemas abarca el ámbito de todos nuestros países, aun áreas de naciones en pleno desarrollo, por lo que se necesitan soluciones amplias y universales.*

*Aquí podréis apreciar toda nuestra realidad, desde las costas atlánticas hasta el corazón de la República, y percibiréis todos nuestros matices. Córdoba se ha propuesto recibirnos como en gran hogar y hará cuanto pueda para acogernos con calor y cordialidad. Con su perfil tradicional, contrastado con su creciente modernización, ofrecerá a los congresistas quizás no ya su cantado cielo azul del poeta, pero sí su firme voluntad para unirse en el gran esfuerzo común para la elevación del hombre.*

*Así, abriéndolos de par en par las puertas de esta ciudad mediterránea os esperamos para noviembre de 1972.*

Prof. Dr. Carlos A. Rezzónico  
Secretario General de los Congresos

## OPINIONES DE SUS PRESIDENTES

## Del X Congreso Panamericano



Prof. Dr. Angel Segura, Presidente

En la parte superior de la portada de *Pediacor* lemos: reunidos para el bienestar del niño de América, bien podría decir... de los niños del mundo, ya que el último objetivo de la Pediatría moderna es conseguirlo para todos ellos, sin divi-

sión por fronteras, razas o clases sociales.

Niños que sean el prelude de una generación de hombres sanos física y psíquicamente, capaces de tomar la antorcha del progreso del mundo, para llevarla cada vez más adelante hasta alcanzar metas que en ciertos momentos parecerían utópicas.

La salud es un importante factor de bienestar, pero no es el único. A su vez la salud depende de lo genético y de lo ecológico; lo ecológico está integrado por una serie de elementos de diferente naturaleza y muy variables para cada región y cada individuo que consideremos. Discurriendo en esa línea llegaríamos a comprender cómo el bienestar está vinculado con lo genético, con lo alimentario, con lo infeccioso, con lo económico-so-

cial, con lo cultural, etc... y que todo ello preocupa forzosamente al médico, cuando toma su quehacer en forma integral.

Para solucionar problemas tan complejos, multifacetarios y con matices regionales e individuales tan definidos, es indispensable que nos reunamos, que confraternicemos, para que nuestras comunicaciones sean más fluidas, que intercambiamos ideas y experiencias; que analicemos juntos la situación de cada región y que siempre juntos busquemos el asesoramiento que nos facilite la tarea y nos ayude a orientarnos certeramente en este intrincado problema.

En noviembre de 1972 viajarán hacia Córdoba, médicos de todo el Continente, portando cada uno lo mejor que tiene de sí mismo, para brindarlo en pro de aquello que nos estimula a los pediatras: "el niño y su bienestar". Aspiramos que de esas discusiones cordiales y profundas, surjan conclusiones que nos ayuden a continuar con renovados bríos y mayores conocimientos, el camino en pro de nuestro noble ideal.

Profesor Dr. Angel S. Segura  
Presidente X Panamericano

## Del III Latinoamericano



Prof. Dr. J. R. Vásquez, Presidente

¿Cómo se mide la importancia de un Congreso de Pediatría?; es decir, ¿en qué grado puede influir un acontecimiento científico de esta naturaleza en el bienestar del niño de América? O tal vez: ¿cuánto de lo que aquí se plantee o recomiende llegará a hacerse realidad o al menos a ponerse en práctica?

No todos los pediatras pueden dar una respuesta satisfactoria a estas preguntas; algunos son escépticos, otros apáticos y muchos prefieren encerrarse en su propia especialidad autodidacta o de escuelas determinadas.

No debemos olvidar que la medicina, ciencia y arte a la vez, es una de las pocas doctrinas humanas que fundamentan su concreta estructura en el constante diálogo, el impulso de los grupos y el intercambio de la experiencia personal o colectiva.

Todavía no ha llegado el momento, para el médico, de cerrar los ojos y dormir sobre sus laureles. A los pediatras nos alarma el estado en que se encuentra la niñez de América, la

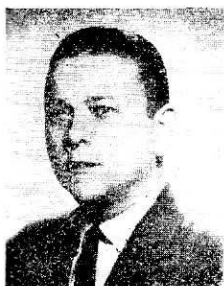
que en muchos, muchísimos casos, no recibe los beneficios de los últimos adelantos médicos y, en otros, ni siquiera los cuidados más elementales. Además, cuántas veces se da el caso que muchos accidentes iatrogénicos podrían evitarse si el médico estuviera más alerta o mejor entrenado!

Precisamente, la inquietud por el porvenir de los niños es el estímulo suficiente que justifica e impulsa a un diálogo entre todos los pediatras americanos sobre aquellos problemas pediátricos de hondas raíces en nuestras poblaciones, como por ejemplo los relacionados con la nutrición, infectología, gastroenterología y enzimología, elegidos por los organizadores de este acontecimiento científico como temas oficiales.

Qué mejor ocasión entonces, que este Congreso de Pediatría para exponer nuestras dudas y conocer las de los otros, mostrar nuestra experiencia a los demás y recibir en la espalda una palmada amiga que nos aliente e impulse a luchar aún más y con un espíritu renovado. ¡Cuánto camino queda aún por recorrer, pero cómo se acorta si lo transitamos juntos!

*Profesor Dr. José Raúl Vásquez*

## Del II Argentino



Prof. Dr. José M. Albores, Presidente

El 5 de noviembre se iniciará un nuevo encuentro de pediatras americanos; nuestro país fue honrado con la sede de los Congresos Panamericanos y Latinoamericano de Pediatría y sumará a ellos, el Argentino, siendo Córdoba la ciudad que nos cobijará. Están dadas las condiciones para que el éxito sea completo y que los problemas que el niño nos presenta, tengan respuesta.

Veremos la nueva patología de los países desarrollados; en ellos, los trastornos nutritivos e infecciosos dejaron su lugar preferencial a los psicossomáticos y a los accidentes; los adelantos en los estudios genéticos e inmunológicos, abren perspectivas interesantes, y facilitan el conocimiento profundo de síndromes, que no tenían una certeza etiológica.

Frente a esta avanzada de la ciencia, están los países en vía de desarrollo, en los que el hambre y el pauperismo generan las enfermedades sociales; donde la industrialización no sentó aún bases firmes de evolución y trabajo, bajo el falso espejismo de una vida mejor y confortable, el desplazamiento de grupos importantes de población, del interior del país a la periferia de las grandes ciudades y su radicación en viviendas de emergencia, sin agua potable, desagües, cloacas, ni un mínimo de adelantos sanitarios, y lo que es más trágico, sin posibilidades inmediatas de superar la situación, ya que lo que requiere el

maquinismo, es mano de obra especializada y en general, por falta de preparación ese grupo humano no la puede brindar.

Por todo ello su consecuencia, la penuria económica y una víctima propiciatoria, los niños: los flagelos son numerosos y el campo es receptivo para la tuberculosis, la desnutrición y las infecciones.

Surge así la trascendencia de la Pediatría integral, que Debré divide en Clínica, Preventiva y Social, correspondiendo a la Pediatría Clínica los estudios de patología y clínica médica y quirúrgica del recién nacido al adolescente, a la Pediatría Preventiva, el evitar los riesgos físicos y psíquicos que amenazan al niño, favoreciendo los esfuerzos tendientes a asegurar su mejor crecimiento y desarrollo y a la Pediatría Social, el estudio de los factores ambientales, socioeconómicos y culturales, que inciden sobre la salud infantil, desde el punto de vista físico, mental y social.

Vemos que la misión del pediatra se amplía; diagnóstica y médica como antes y tiene la obligación de orientar la salud física y psíquica de la infancia, educando y previniendo; el 40 % de la población mundial, que por razones de edad, está bajo su control, así lo exige.

Ya lo señaló Garrahan, cuando dijo: "Cabe reclamar que se reconozca y proclame la trascendencia de la pediatría, se mejore y se intensifique su enseñanza y se incorporen en mayor medida, a los propósitos nobles y progresistas de acción sanitaria social, los desiguales que señala la ciencia y el arte de los médicos de niños".

*Profesor Dr. José María Albores*



# Actividades científicas de los congresos

## 1) PROGRAMA CIENTIFICO: TEMARIO OFICIAL

### R E L A T O S

#### *Infectología*

- 1) Mecanismos de acción de bacterias. Prof. F. Ramacciotti (Córdoba).  
Mecanismos de acción de los virus. Prof. J. C. Rivadoneira (Córdoba).
- 2) Desarrollo de la inmunidad. Prof. Dr. Richard Smith (Florida, USA).
- 3) Ecología de la Infección. Dr. E. Urdaneta (Caracas, Venezuela).

#### *Nutrición*

- 1) Nutrición y desarrollo. Prof. S. Fomon (Iowa, USA).
- 2) La desnutrición y su repercusión sobre la maduración de la persona humana. Dr. J. Cravioto (México).
- 3) Nutrición y Sociedad: factores socio-económicos y culturales. Dr. F. Mardones (Santiago, Chile).

#### *Gastroenterología*

- 1) Los mecanismos de transporte de la barrera intestinal en función del desarrollo. Prof. Dr. B. Lindquist (Lund, Suecia).
- 2) Las particularidades anatómo-funcionales del tracto digestivo del niño y su relación con las afecciones digestivas. Prof. Dr. M. Davidson (New York, USA).
- 3) La integración del pediatra y del cirujano

pediatra en la asistencia de las afecciones digestivas del niño. Prof. Dr. J. Rivarola (Buenos Aires, Argentina).

#### *Enzimología*

- 1) Desarrollo y Enzimas. Prof. Dr. N. Kretzmer (California, USA).
- 2) Desarrollo embrionario, regulación hormonal y metabólica de las enzimas del metabolismo del glucógeno. Dr. Romano Piras (Buenos Aires, Argentina).
- 3) Bloqueos enzimáticos y errores congénitos del metabolismo. Prof. W. Nyhan (California, USA).

### CORRELATOS DE LA MAÑANA

#### *Infectología*

- 1) Estados de déficit inmunitario. Prof. R. T. Smith (Florida, USA).
- 2) Inmunología parasitaria. Prof. O. Barriga (Santiago de Chile).
- 3) Modalidades de la infección chagásica e importancia de las cepas en relación con los aspectos evolutivos de la misma. Dr. J. R. Coura (Rio de Janeiro, Brasil).
- 4) Biología de la infección bacteriana a gérmenes gramnegativos. Prof. Ciro Peluffo (Montevideo, Uruguay).

#### *Nutrición*

- 1) La nutrición en las enfermedades metabólicas congénitas. Prof. W. Nyhan (California, USA).

- 2) Las proteínas vegetales en la alimentación del niño pequeño. Dr. M. Behar (Guatemala, Guatemala).
- 3) Nutrición y Educación (a designar).
- 4) La prevención de la desnutrición como problema de ecología. Prof. Hernán Méndez Castellanos (Caracas, Venezuela).
- 2) Responsabilidad del pediatra en el mantenimiento de la alimentación materna. Dr. Gualberto Arias S. (Quito, Ecuador).
- 3) La realimentación en las diarreas agudas. Prof. César Pernetta (Río de Janeiro, Brasil).
- 4) Anemias parásito-nutricionales. Prof. Juan J. Bestard (Asunción, Paraguay).

### *Gastroenterología*

- 1) Morfología y Enzimología subcelular del intestino delgado normal y en el síndrome de malabsorción. Dr. L. Biempica (Buenos Aires-New York).
- 2) Deficiencias enzimáticas congénitas del intestino. Prof. B. Lindquist (Lund, Suecia).
- 3) Nutrición y Absorción. Dr. O. Brunser (Santiago, Chile).
- 4) La bacteriología y la función intestinal en el niño. Dr. R. Torres Pinedo (San Juan, Puerto Rico).

### *Enzimología*

- 1) Polimorfismo de enzimas de origen genético. Prof. W. Zinkham (Baltimore, USA).
- 2) Isoenzimas. Prof. A. Blanco (Córdoba, Argentina).
- 3) Enzimas y Hormonas. Prof. José Cara (Córdoba-New York).
- 4) Diagnóstico prenatal de las enzimopatías en el feto. Dr. L. Schneck (New York, USA).

### CORRELATOS DE LA TARDE

#### *Infectología*

- 1) Vacunaciones. Dr. Carlos Daza Meruvia (La Paz, Bolivia).
- 2) Desnutrición e infección. Dr. Melitón Arce Rodríguez (Lima, Perú).
- 3) La prevención de las enfermedades a virus en la comunidad. Dr. Antonio Banfi (Santiago, Chile).

#### *Nutrición*

- 1) Raquitismo. Prof. Carlos A. Escande (Montevideo, Uruguay).

### *Gastroenterología*

- 1) Exploración funcional del intestino delgado. Dr. H. Obiglio (Buenos Aires, Argentina).
- 2) Deficiencias secundarias de disacaridasas. Dr. R. Licastro (Buenos Aires, Argentina).
- 3) Duración del tratamiento de la enfermedad celíaca. Dr. H. Toccalino (Buenos Aires, Argentina).
- 3) Colitis ulcerosa. Prof. M. Davidson (New York, USA).

### *Enzimología*

- 1) Alteraciones de la biosíntesis de los lípidos complejos del sistema nervioso. Prof. R. Caputto (Córdoba, Argentina).
- 2) Alteraciones del glóbulo rojo por defecto enzimático. Prof. W. Zinkham (Baltimore, USA).
- 3) Trastornos del metabolismo de los aminoácidos: presentación de un caso de enfermedad de orinas con olor a jarabe de arce. Dr. N. Chamoles (Buenos Aires, Argentina).
- 4) Miopatías y enzimas. Prof. Ortiz de Zárate (Buenos Aires, Argentina).

Para evitar la dispersión de las actividades la Comisión Científica elaboró un programa donde cada día de sesiones será dedicado a un tema de los congresos: Infectología, Nutrición, Gastroenterología y Enzimología. Sesionarán tres salones cuya amplitud y comodidades permitirán seguir atentamente las exposiciones. Todos dispondrán de traducción simultánea para escuchar las disertaciones en idioma castellano o inglés, las lenguas oficiales de los congresos. Los temas se desarrollarán en base a relatos, correlatos y discusiones al final de las sesiones. Se ha prestado especial atención para que cada día concentre en un salón el tema central, de tal forma que se evite la multiplicidad de comunicaciones simultáneas sobre asuntos de igual interés.

## II) SIMPOSIOS, COLOQUIOS E INFORMES

Durante los congresos se abordarán temas de gran interés para la pediatría de hoy. El COPREP —Comité de Residentes en Pediatría de la Academia Americana de Pediatría— presentará un amplio informe sobre sus actividades. En un simposio se discutirán aspectos importantes de nomenclatura y clasificación del Síndrome de Desnutrición Infantil; la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina comentará el Programa de la Enseñanza de la Pediatría; habrá un coloquio sobre la mortalidad infantil en la República Argentina presentado por el Departamento de Salud Infantil de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Buenos Aires; el Comité Coordinador de los Estudios del Crecimiento y Desarrollo presentará importantes aportaciones en una sesión de coloquio. Se presentará un coloquio sobre Problemas de la Adolescencia y otro sobre Epidemiología y control de algunas enfermedades infecciosas virósicas en la infancia.

## III) TEMAS LIBRES

Se han presentado más de 130 temas libres relacionados con los cuatro temas de los congresos y con Neurología, Alergia y Enfermedades del Pulmón, Neonatología, Nefrología y Cuidado Intensivo.

## IV) CURSOS PRE-CONGRESOS

Se ha previsto la realización de cursos previos a los Congresos durante los días 3 y 4 de noviembre. Los profesores Lindquist y Davidson dictarán un curso sobre *Gastroenterología Pediátrica*. Se ha previsto un curso sobre *Actualización Reumática*. El Profesor José M. Albores dirigirá un curso sobre *Actualización Terapéutica*. El Profesor J. Halac coordinará un curso sobre *Neonatología*. El Profesor Richard Smith participará en un curso de *Inmunología*.

Durante la estada en Córdoba se dará oportunidad para visitar los Servicios de Pediatría de la ciudad; quienes deseen hacerlo deben dirigirse a la Secretaría de los Congresos para la programación de las visitas.

Para el ingreso a las Salas de Sesiones de los Congresos será requisito indispensable acreditar su inscripción a los mismos mediante la tarjeta de identificación.

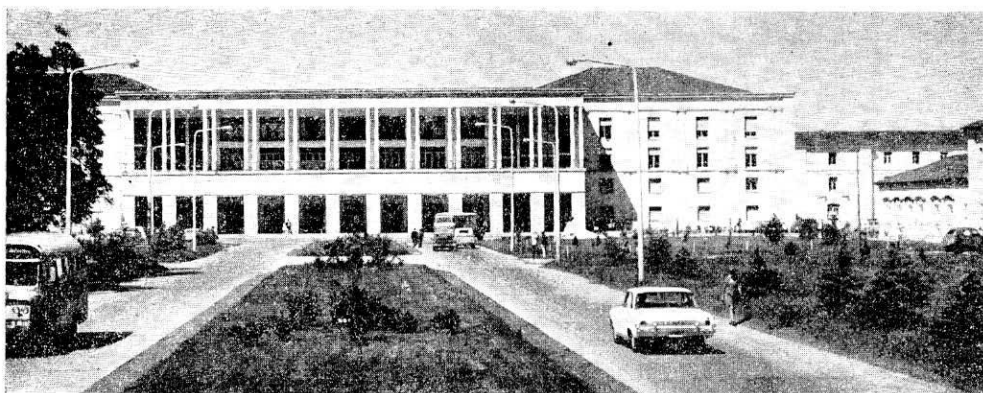
## CONGRESOS DE PEDIATRIA 1972

### A) Inscripción

- 1) Se ha resuelto mantener definitivamente la cotización oficial del dólar a *cinco pesos* hasta la iniciación de los eventos.
- 2) La cotización de las cuotas es la siguiente:
  - a) Miembros titulares: \$ 350 (después del 15/9/72).
  - b) Médicos con menos de 5 años de egresados: \$ 175 (*id.*).
- 3) El 15 de agosto p.p., venció el plazo para solicitar el reintegro de la cuota de los que se inscribieron y no puedan concurrir.
- 4) Los inscriptos después del 15 de setiembre no recibirán portafolios ni actas hasta después de 60 días de finalizados los congresos.
- 5) Será requisito presentar la credencial para ingresar a los recintos.
- 6) Cheques y giros a nombre de CONGRESOS DE PEDIATRIA 1972.

### B) Alojamiento

- 1) Las comodidades son LIMITADAS.
- 2) La seña de reserva debe efectivizarse antes del 1º de octubre. Luego serán condicionales.
- 3) El pago total podrá realizarse al final.
- 4) Las reservas se hacen de acuerdo a la prioridad de los pedidos.
- 5) Los inscriptos deben informar sobre el medio de transporte que utilizarán para arribar a Córdoba.
- 6) Para reservas e informes dirigirse a la Secretaría de los Congresos.



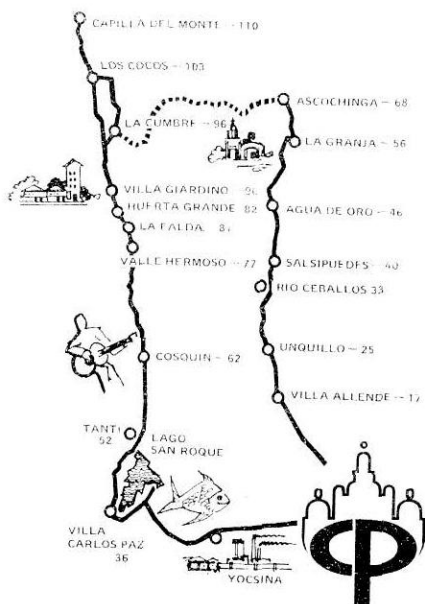
Sede de los Congresos: "Pabellón Argentina" Ciudad Universitaria, Universidad de Córdoba.

### ACTIVIDADES SOCIALES

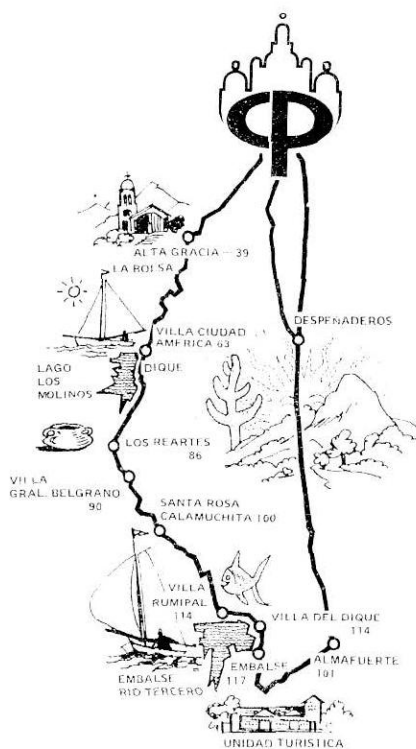
En el último Congreso Panamericano realizado en Bogotá, se ensayó con éxito, una variante en las actividades al margen de las específicas. Al promediar las tareas científicas, hacer una pausa total. Dedicar todo un día para olvidarnos de todos los afanes que nos reúnen.

Quienes trajinan como dueños de casa tienen aquí una oportunidad más para brindarles, a todos los colegas de América, una modesta pero sincera expresión de hidalga amistad.

Córdoba cumplirá, en julio de 1973, cuatrocientos años desde su fundación por Jerónimo Luis de



Valle de Punilla.



Valle de Calamuchita.

Cabrera. Atesora una tradición auténtica, que hoy, a tantos años, puede mostrar con orgullo. Córdoba de la Nueva Andalucía la llamaron sus fundadores. Ubicada estratégicamente en el centro del vasto territorio, fue el nudo de las comunicaciones entre el Alto Perú y Buenos Aires, con el litoral y con Chile. Vázquez de Espinosa, que la visitó en 1612, describe la bondad de la tierra, la abun-

dancia de frutos, las atahonas y telares, las campiñas con mucha hacienda y dice: "que era escala para toda aquella tierra para el Tucumán, Buenos Aires y el paso forçoso del Reyno de Chile, de donde viene mucho ganado por la provincia de Cuio, de Carneros Cabras que se lleuan para Potosí; de la ciudad de Santa Fé traen mucho ganado vacuno" (transcripto de "Estancias Jesuíticas de Córdoba" del Arq. D. Mario J. Buschiazzo). Se explica así, dice Buschiazzo, un temprano floreci-

miento económico que se tradujo en edificaciones notables para su época y para la pobreza del país.

Muchos de esos movimientos de la Córdoba del Tucumán Pre-Hispánica y Proto-Histórica, especialmente los religiosos de Córdoba Colonial, así como otras expresiones de la arquitectura de la época, podrán atraer a quienes gozan ante ellas.

Ha de ser propicia la oportunidad para compartir las actividades científicas con visitas de esparcimiento y actividades culturales.

## ALOJAMIENTO Y ACTIVIDADES TURISTICAS

### PAQUETE DE ALOJAMIENTO

Se entiende por "paquete" de alojamiento la reserva en hoteles por la totalidad del Programa Oficial, desde el 5 al 10 de noviembre inclusive.

**IMPORTANTE:** Se necesita una pronta respuesta sobre alojamiento por ser *limitadas* las comodidades.

Las reservas se harán en hoteles de la Ciudad de Córdoba o en Villa Carlos Paz de acuerdo a la prioridad del pedido de alojamiento.

### CORDOBA

5 nov.: Alojamiento en el hotel en habitación con baño privado, régimen sin pensión.

6 a 9 nov.: Asistencia a las sesiones.

10 nov.: Asistencia a las sesiones. Clausura.

11 nov.: Por la mañana, abandono del hotel.

Lugar	Cat. hotel	Habitación	Máx. - Min.	Máx. - Min.
Córdoba	1º Esp.	Doble	\$ 64,00 - 34,00	u\$S 6.40 - 3.40
Córdoba	1º Esp.	Individual	\$ 95,00 - 47,00	u\$S 9.50 - 4.70
Córdoba	1º A	Doble	\$ 41,00 - 38,50	u\$S 4.10 - 3.85
Córdoba	1º B	Doble	\$ 28,11 - 24,11	u\$S 2.80 - 2.40
Carlos Paz	1º A	Doble	\$ 42,00	u\$S 4.20

**PRECIOS POR IDA Y POR PERSONA** basados en tarifas y cambios vigentes, sujetos a modificaciones.

**INCLUYE:** Estada en el hotel en habitaciones con baño privado, laudo e impuestos incluidos.

**NO INCLUYE:** Pasajes aéreos, terrestres y marítimos. Comidas, bebidas, lavado o planchado de ropa, gastos personales, extras, llamadas telefónicas a larga distancia, etc.

**PAGO:** El anticipo de reserva en hoteles de categoría 1a. especial es de: \$ 100,00 ó u\$S 10,00; en categoría 1a. A: \$ 70,00 ó u\$S 7,00; en categoría 1a. B \$ 50,00 ó u\$S 5,00; por persona y por paquete.

**LAS RESERVAS DEBERAN REALIZARSE HASTA EL 1º DE OCTUBRE DEL CTE.** Des-

pués de esta fecha se harán en calidad de *condicionales* y la Comisión de Alojamiento, dependiente del Comité Ejecutivo de los Congresos, se responsabiliza por el alojamiento.

El pago total de la reserva podrá hacerlo el pasajero al abandonar el hotel previo descuento de la cantidad depositada como seña.

**CANCELACIONES:** Al inscripto que notifique su cancelación antes de la fecha indicada como plazo de seña, se le reintegrará la cantidad depositada, con excepción de los eventuales gastos de administración. No habrá reintegro por los servicios contratados y no utilizados voluntariamente por el pasajero, o cancelados con posterioridad a la fecha indicada para la reserva.

**SUPLEMENTO:** Si no hubiera habitación individual, se reembolsará la diferencia, o el pasajero podrá tomar habitación doble pagando su totalidad.



NOTA: Se solicita a los inscriptos hacer conocer al Comité Ejecutivo, el medio de transporte en que arribarán a Córdoba.

EXPRINTER S. A. (Suc. Córdoba)  
Rivadavia 39 - Córdoba, Argentina  
Teléf. 28450 - 46286

Si se desea reserva de alojamiento, se debe llenar el formulario adjunto.

#### RESERVA DE COMODIDADES:

Las reservas se podrán hacer por intermedio de:

#### CONGRESOS DE PEDIATRIA 1972

Casilla de Correo 141 - Córdoba, Argentina, o a nombre de las siguientes Agencias Autorizadas:

OCEANIA S. A. C.  
Rivadavia 96 - Córdoba, Argentina  
Teléf. 21766 - 36082

#### SUPLEMENTOS FACULTATIVOS

Recepción en el Aeropuerto Córdoba y traslado al hotel y/o viceversa .....	\$ 20,00	u\$s 2,00
Excursiones aconsejadas para acompañantes		
a) <i>Visita a la ciudad de Córdoba</i> .....	\$ 13,00	u\$s 1,30
b) <i>Valle de Punilla</i> (un día con almuerzo) .....	\$ 48,00	u\$s 4,80
c) <i>Valle de Calamuchita</i> (un día con almuerzo) .....	\$ 42,00	u\$s 4,20

# Experiencias y vivencias en los Congresos Internacionales de Pediatría

Prof. Dr. ALBERTO CHATTÁS

Con motivo de la realización de los Congresos de Córdoba, el XIV Congreso Internacional de Pediatría en Buenos Aires, octubre de 1974, y a continuación del mismo el VI Congreso de Pediatras de Naciones Latinas en Montevideo, me ha parecido oportuno resumir lo que se adquiere como médico, en experiencias y contactos en esas importantes reuniones. Pensé en los jóvenes, algunos de los cuales no tienen oportunidad de asistir, mientras otros no creen en la utilidad de esas reuniones multinacionales, y es para ellos que resumiré aquí las experiencias adquiridas en mi continua formación médica en los últimos cuarenta años.

Frete al cúmulo de tareas que enfrentamos en el Comité Organizador de Pediatría XIV para cumplir con tan importante y honrosa responsabilidad, me resultaron útiles las vivencias personales, evaluándolas por lo que sirvieron de estímulo a los que me rodeaban en la Cátedra de Pediatría de Córdoba.

No puedo dejar de recordar el V Congreso Nacional de Medicina, celebrado en setiembre de 1934 en Rosario y presidido por el ilustre pediatra Prof. Camilo Muniagurria. No había en ese entonces aún Jornadas ni Congresos de la especialidad; allí, la sección Pediatría estaba concurrida por los maestros de la época y fue donde, en pocos minutos, presentó nuestra experiencia y el micrométodo personal de la Eritrosedimentación, hasta entonces sólo en uso en Tisiología y con el Westergreen. Raúl Cibils Aguirre, M. Acuña, G. Aráoz Alfaro, E. A. Beretervide y Muniagurria mostraron interés y me sugirieron prolongar la presentación, invitándome a posteriores encuentros en sus servicios. No olvidaré nunca el estímulo que ello significó para mi condición de recién egresado. Allí nació, con Cibils Aguirre y sus jóvenes colaboradores del Ramos Mejía, la amistad que iba a prolongarse por años. Teníamos intereses comunes en tisiología pediátrica y en Córdoba, Montevideo y Buenos Aires repetimos nuestros encuentros en Jornadas, Cursos y Congresos. Me motivó a concurrir al IV Congreso Internacional de Pediatría de Roma —del 26 al 30 de setiembre de 1937— que tenía 537 inscriptos, y donde Cibils Aguirre expuso su trabajo sobre "Eritema Nudoso en TBC". Tuvimos la oportunidad de conocer allí, asimismo, a algunos maestros europeos y norte-

americanos con quienes dialogamos sobre lo que hacíamos en Córdoba, no sólo sobre Eritrosedimentación, sino también sobre TBC, ECG, Bronquiectasias etc. Nos ilustraron, con sus propias experiencias en esos temas, maestros como R. Debré (París), Van Creveld (Amsterdam), Helmholtz (Mayo Clinic), Wallgren (Estocolmo), C. A. Stewart (Minneapolis), Emmett Holt (Nueva York), Weill Halle (París) y muchos otros que por aquel tiempo brillaban en la Cátedra, la Investigación y la Bibliografía pediátrica: conocidos maestros de la pediatría alemana se estaban eclipsando, al tratar algunos de salvar sus vidas cuando el manto pardo comenzó a cubrir Europa. A. Scroggie (Chile) gestionó entonces llevar a su país al maestro alemán Finkelstein, ya refugiado en Holanda. Esos maestros signaron muchos años de mi vida en estímulo, trabajo y ejemplos. Weill Halle, el primero que aplicó la vacuna BCG, me presentó en París a Guérin en el Instituto Pasteur, me dio apoyo y enseñanza cuando el error de Lübeck \* convirtió a todos los pediatras en recios a esa vacuna.

Debré y van Creveld, en charlas informales, nos escucharon y alentaron por lo que hacíamos en Córdoba con G. Sayago, pese a la resistencia al BCG de los responsables, entonces, de la enseñanza de la Pediatría en muchos países. Stewart, pediatra de J. A. Myer, en Minneapolis, me invitó a trabajar con ellos sobre TBC en el Lymanhurst Health Center, donde estuvimos en el verano de 1938; pero allí, al hablar del BCG no cambiábamos nuestros puntos de vista: ellos eran los campeones del aislamiento del enfermo y del sacrificio de los animales vacunos alérgicos a la tuberculina. J. A. Myer nos visitó en Córdoba dos años más tarde y allí o en EE.UU., a veces en la misma mesa redonda, presentábamos nuestros puntos de vista encontrados sobre la alergia e inmunidad en TBC.

Vino la Segunda Guerra Mundial. En diez años no hubo Congresos y recién en 1947 se efectuó en Nueva York el V Congreso Internacional de Pediatría. Hel-

\* Por error de laboratorio se administró B. de Koch activos en lugar del bacilo bovino atenuado que es el BCG.

holz, de la Clínica Mayo, a quien veíamos con frecuencia en 1938 en Minnesota, debido a la corta distancia que nos separaba, fue nombrado presidente y Emmett Holt, de Nueva York, secretario del V Congreso. Con gran emoción recibimos la invitación para participar en el tema oficial sobre TEC. Allí, en el Waldorf Astoria, comprendimos cómo se podía llevar a cabo, con felicidad, congresos como éste, en un hotel y fuera de la Universidad, Academias u Hospitales. Concurieron 2168 pediatras de 59 países. En las sesiones, en la hora de la merienda o en los exhibits científicos, se cultivaron amistades duraderas por años. En los stands de Wiener y Levine observamos a estos dos discípulos de Landsteiner, el descubridor de los grupos sanguíneos, y ambos creadores del conocimiento del factor Rhesus e incompatibilidad sanguínea materno fetal, enfrentados en espectaculares controversias, a veces sin conciliación, pero fructíferas para la hematología e inmunología. También brillaron en esa oportunidad los que en EE.UU. se conocían como los "Water and Salt Boys", que eran nada menos que Gamble, Darrow, Hartmann y Guest, que siguieron el camino iniciado por Sam Karelitz en la Cátedra de Bela Shick. Este último creó, en el decenio de 1930 en Nueva York, el goteo endovenoso, nuevo paso para la medicina.

Se relataron también en Nueva York los importantes resultados obtenidos con penicilina y estreptomina, albúmina humana concentrada y gammaglobulina. También se pudo admirar la angiocardiógrafa de A. Cournaud y V. Baldwin, de EE. UU., y de A. Castellanos, de Cuba, iniciador este último del método, años antes. Conocimos a Sabin, con quien conversamos mucho en su stand científico, donde presentaba sus trabajos sobre virología, y nació desde entonces una amistad que se prolonga hasta hoy.

Curiosamente, ambos nos escuchábamos convencidos de que las vacunas vivas y atenuadas eran el camino más seguro para desterrar las infecciones. En 1947 aún los pediatras se oponían a una vacuna viva como el BCG y parecía entonces una herejía lo que hacía Sabin al usar virus vivos atenuados de las distintas cepas de polio. En el Congreso de Nueva York los pediatras nacionales presentaron tan sólo stands científicos, para dejar tiempo a los extranjeros en las comunicaciones libres. (Igual criterio se siguió en 1950, en el VI Congreso Internacional de Zurich.) También estaba en Nueva York Ylppö, de Finlandia, a quien conocíamos de Berlín y que tanto se le debe en el estudio de los prematuros, como también M. Suárez Perdiguerro y J. Bosch Marin, de España, con quienes iniciamos nuestra amistad.

En el Children's Research Hospital de Cincinnati trabajaban entonces como investigadores A. Weech, G. Guest, F. Silverman, A. Sabin y Warkany; este último presentó la patología prenatal bajo la forma experimental, lo cual nos permitió conocer distintas causas de malformaciones fetales. Al visitarlos en Ohio, en 1952, comprendí lo mucho que ellos influyeron en mi integración pediátrica, así como C. A. Janeway (Boston), W. Nelson (Filadelfia), B. Shick (Nueva York) los Backin (Nueva York), McQuarrie (Minneapolis) y E. Holt (Nueva York).

Días antes del V Congreso Internacional presentamos en Atlantic City trabajos sobre bronquiectasias en el niño, en la reunión anual conjunta del American College of Chest Physicians y la de los 100 años de la American Medical Association. Pudimos entonces

aprender de G. Lull (de la A.M.A.) y de M. Kornfeld (de la ACCPh), los secretos de la Administración y Organización Científica de las importantes reuniones multitudinarias. El Sr. Kornfeld, excelente Director Ejecutivo, llevó al American College of Chest Physicians de 200 a casi 10,000 miembros; apreciaba las vinculaciones médicas internacionales y fue un paladín de esas relaciones entre EE.UU. y Latinoamérica. En la Interamerican Foundation for Post Graduate Medical Education, que dirigimos dos años en Chicago, recibimos de él un caudal de experiencias inolvidables.

Antes de este V Congreso Internacional de Nueva York, se efectuó en el Hotel Mayflower de Washington el Primer Congreso Panamericano de Pediatría, que presidió el Prof. Félix Hurtado, de Cuba; en esta oportunidad hubo un encuentro formal de muchos pediatras jóvenes del hemisferio, buenos trabajos y algunas exposiciones prolongadas, aunque a partir del segundo día el horario ya no se cumplía.

Aquí recordamos una anécdota. Cuatro meses antes del Congreso de Nueva York, estábamos revisando con el Dr. L. Langer, en Córdoba, las diapositivas de mi presentación en Atlantic City sobre Bronquiectasias, cuando un pediatra nos solicitó información sobre cómo podía presentar, en EE.UU., un trabajo que reflejaba su experiencia "contra" la leche de vaca. Se le explicó que en Nueva York ya estaba cerrada la lista de trabajos y que, además, allí se prefería la presentación en inglés, idioma que él no conocía, aunque tal vez pudieran aceptarle una comunicación de 5 minutos en el Panamericano. Nos obligó a escucharlo y, a los 20 minutos, lo debimos detener: no decía nada importante y le recordamos que todo trabajo debe ser conciso, veraz y posible de resumir en 5 minutos. No se acobardó y dijo: "Pediré ese tiempo, empezaré a leerlo y las autoridades, al escuchar lo importante de mi trabajo, seguramente me darán media hora...". "Si —le replicó Langer, en forma tajante— pero para salir del país, pues en los EE. UU. son campeones para dar leche a los bebés y, además tu trabajo no es serio". A los latinos no nos creen lo suficientemente autocríticos y debemos comprender que es fundamental realizar nosotros mismos los resúmenes correspondientes. Seleccionemos con criterio las diapositivas y enviemos a tiempo todo el material importante para los organizadores y la imprenta.

El VI Congreso Internacional de Pediatría (julio de 1950) fue presidido en Zurich por el infatigable G. Fanconi; allí participamos con mayor experiencia en dos mesas redondas sobre inmunohematología y enterobacterias. En el transcurso de éstas, sin traducciones simultáneas, comprendí la importancia de conocer otros idiomas. Allí también trabajaron con tenacidad y eficiencia F. Bamatter y E. Rossi, ambos amigos de la Argentina; 2.310 inscriptos y varias sesiones simultáneas nos complicaban la asistencia a tantos temas nuevos e interesantes. Los riesgos de las drogas y de los virus, como de las deficiencias nutricionales en el feto, se mostraron allí con experiencia de laboratorio, como una premonición de lo que 12 años después se reflejaría en el congreso de Lisboa con la catástrofe de la talidomida.

Hench, de la Clínica Mayo de Rochester, T. Reichstein, quien ese año recibió el premio Nobel por sus descubrimientos sobre corticoides, G. H. Thron, de Boston y R. MacIntosh, de Nueva York, nos asombraron con los tratamientos con ACTH y cortisona.

cuando recién terminábamos de acostumbrarnos a los brillantes éxitos de los primeros antibióticos.

Helmholz, organizador en 1950 de la White House Children's Conference de Washington, que cada 10 años se lleva a cabo en EE.UU., y Martha M. Elliot (OMS), nos convencieron, en charlas informales, que ni los países poderosos, ni los de escasos recursos, pueden proteger la salud de las futuras generaciones con la moderna medicina, ya entonces polifacética y pujante, si es sólo curativa, preventiva o rehabilitadora. Los factores no médicos en la interacción con la ecológico, lo educacional y básicamente los factores económicos, sociales y nutricionales, pueden completar y hacer duradera la acción médica.

El Comité Científico de Pediatría XIV, 24 años más tarde, bajo la presidencia del Dr. Carlos Gianantonio, se preocupa de que el programa científico del futuro XIV Congreso Internacional de Pediatría cubra todos estos aspectos en estudios horizontales, que serán la verdadera imagen de la medicina que necesitan nuestros pueblos, la que, sin renegar del pasado, abre líneas de progreso apoyadas por la acción profesional múltiple del campo no médico.

En Zurich encontramos a E. Nassau, quien junto con L. F. Meyer, produjeron en Berlín, hasta 1935, libros y trabajos que fueron conceptuales para los latinoamericanos. Con Nassau revisamos su última entrega científica, que nos confió, redactada en alemán, que trataba de la Fisiología y Patología de la Alimentación del Lactante, reflejando la experiencia de los autores ya residentes en Israel; con P. L. Luque hicimos la traducción de este trabajo el cual, editado en Córdoba en un tomo de 503 páginas, aventajó en tres meses a la edición alemana en Suiza y en seis a la inglesa de los EE. UU.

También en este VI Congreso, Federico Gómez (México), juntamente con sus colaboradores, hablaron sobre malnutrición por deficiencias proteicas y el tratamiento con sustitutos proteicos vegetales, cuando faltan los de origen animal. N. Scrimshaw y M. Behar ya establecían bases sólidas en Centro América con la Incaparina. El sucesor de Wallgreen en Estocolmo, J. Lind, quien nos visitara en Córdoba y Buenos Aires, mostró trabajos extraordinarios sobre respiración del recién nacido.

Por primera vez en Zurich, se postula un país latinoamericano como sede y F. Hurtado consigue que el VII Congreso Internacional de Pediatría tenga por sede a la ciudad de La Habana, en octubre de 1953.

Asistimos a esta reunión, que se llevó a cabo en el Capitolio y en el teatro Payret, con unos 1.500 inscriptos. Una importante delegación argentina participó en los distintos temas: F. Escardó con Lennox y Perlstein (de EE. UU.) discutieron distintos aspectos de la epilepsia y el uso de drogas; también R. Kreutzer junto con B. Gassul (de EE. UU.), J. Lind (de Suecia), el maestro Chaves (de México), H. Tauszig (de EE. UU.) y A. Castellanos (de Cuba), atrajeron el interés sobre el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las malformaciones congénitas del corazón. Nuestra amistad con F. Hurtado, nacida en Argentina y reafirmada en México y Washington, se extendía a T. Valledor, con quien nos unían desde 1938 intereses comunes en TBC, Bronquiectasias y BCG, como a E. Galán, A. Castellanos y A. Aballí, estos dos últimos, junto con Valledor, hoy en EE. UU. En este Congreso integramos, con Wallgren, Debré, Domingo (de Cuba) y Gaisford (del Reino Unido) una mesa redonda sobre BCG. Debo traer al recuer-

do la justa ira de Debré y Wallgren por comenzar la mesa redonda dos horas más tarde de lo previsto, debido a un almuerzo que desarticuló los horarios. Hechos como éste y otros, debidos a la organización, dificultaron en 1962 llevar desde Lisboa el Congreso Internacional a México.

En 1956, con sólo pocos meses como titular de la Cátedra de Córdoba y en plena organización de la enseñanza, no pudimos asistir al VIII Congreso de Pediatría de Copenhague, pese a la invitación que nos cursaron para integrar el Grupo de Estudios sobre Educación Pediátrica, que se reunió después del Congreso. No obstante, nuestros puntos de vista sobre este aspecto y los cambios que impusimos en Córdoba, eran ya conocidos por J. Hughes (EE. UU.), M. E. Wegman (Oficina Sanitaria Panamericana) y por E. Debré, quien dirigió este grupo de estudios.

Llegó el IX Congreso Internacional de Pediatría de Montreal (19 al 25 de julio de 1959). Por segunda vez se efectuaron las reuniones en un hotel, el recién inaugurado Queen Elizabeth. Concurrieron 1.650 inscriptos, oriundos de 63 países y lo presidió el Dr. Alan Ross, Profesor de Montreal. No hubo allí sesiones plenarias, pero sí generales y siete reuniones simultáneas. A Ariztia (de Chile), N. S. Scrimshaw y M. Behar (de INCAP), A. Hansen (de Texas) y Emmett Holt hablaron de *Desnutrición* con los aspectos de la desnutrición, de la sobrenutrición, sobre la importancia de los aceites y grasas con o sin ácidos linoleicos. Seguía tratándose el problema de la TBC, pero la delincuencia juvenil entró a ocupar la escena como tema importante. Los Errores Metabólicos, los Múltiples Factores Genéticos, la Cromatina Sexual descubierta seis años antes por M. Barr (de Canadá) fueron expuestos en detalle, así como las Aberraciones Cromosómicas en el síndrome de Down, de Turner y de Klinefelter. D. Y. y Y. Hsia, quienes también colaboraron en esos temas, publicaron poco después su conocido volumen sobre Errores Metabólicos. Estos investigadores, junto con Lejeune, Ford y L. Wilkins (de Baltimore este último) fueron las "estrellas" de Montreal; con Wilkins se formaron en Endocrinología S. de Majo, C. Bergadá y otros argentinos.

Tom Stapleton, actual secretario ejecutivo de la Asociación Internacional de Pediatría, con P.J.N. Cox y los Backwin, enfatizaron la importancia de la formación psicológica para el pediatra.

Lisboa siguió como sede, desde el 9 al 15 de septiembre de 1962, del X Congreso, con la presidencia de C. Salazar de Sousa y la eficiente secretaria de Mario Cordeiro. Las reuniones se efectuaron en el magnífico edificio de la ciudad Universitaria y la organización fue excelente; se registraron 3.203 Pediatras de 68 países y casi 5.000 personas, incluidos los acompañantes. Integramos, con Debré y otros, la mesa sobre Infecciones por Bacilos Paratuberculosos. Utilizamos en ese Congreso un reducido grabador Miniphon, que permite grabar 5 horas seguidas. Después comprendimos que resultaba inoperante si no se imprimen los trabajos leídos y si no se intercambiaban contactos personales y se discutían informalmente los temas en que uno estaba interesado. Allí discutimos otras enfermedades de las que teníamos un amplio y bien estudiado material de Brucelosis, Enfermedad de Chagas y Estafilococcias en Niños. Interesó al Profesor N. Hallman, de Helsinki, actual tesorero de la A.I.P. y a John Lind, de Estocolmo, quienes nos honraron invitándonos a desarrollar en sus



cátedras esos temas a nuestro regreso de Rusia, país que en 1963 visitamos para conocer cómo funcionaban las Facultades de Pediatría que existen allí en número de 22. El principio es simple: Rusia no tenía el número de especialistas que sus problemas de salud reclamaban; crearon, a semejanza de l'Ecole de Pédiatrie de París y de la Primera Escuela de Pédiatrie de la Universidad Nacional de Córdoba, las Facultades de Pediatría, cuyos objetivos fueron formar, en menos años, expertos en Pediatría Social y Preventiva. En Rusia las mujeres egresaban en gran número de esas Facultades y fueron ellas quienes, vacunando, enseñando a nutrir y a cuidar lo básico en la salud del niño, redujeron la morbilidad.

Con Jean Senecal, entonces en Dakar y hoy profesor de Rennes, comparamos, en Lisboa, los problemas de los países africanos y de algunas poblaciones selváticas de Sudamérica y vimos que habían semejanzas y diferencias en sus supersticiones, tabúes y culturas primitivas.

También, a continuación de Lisboa, en el Congreso de Pediatría de Naciones Latinas, que dirigió M. Suárez Perdiguero en Sevilla, se discutieron temas de formación pediátrica de acuerdo a las necesidades de cada país. Se reafirmó evitar la teorización y las copias a las que son afectos, en distintos países, muchos profesores universitarios que no alcanzan a ser "maestros". Hecho semejante vivimos en la India, cuando nos comisionó la OMS, donde profesores nativos formados en el Reino Unido o en EE. UU., creaban laboratorios complejos para estudios cromosómicos o enzimáticos, mientras morían los niños a causa de enfermedades nutricionales e infecciosas.

Los que dirigen Centros u organismos internacionales, como A. Berthet y N. Masse (Centre International de l'Enfance, París), Wogman (O.S.P.), Wineska (OMS), Bengoa (OMS), Jeliffe (Uganda), Janeway (Boston) reiteran siempre el dar a la enseñanza de la Pediatría aplicación práctica.

En esas reuniones personales de los congresos se conocen mejor los temas y los autores y nosotros somos sometidos a la vez, constantemente a "exámenes" sobre lo que decimos y la seriedad de nuestras experiencias o relatos; por eso allí donde se trabaja "sin prisa y sin pausa" ven con escepticismo la verbosidad y la multiplicación; casi diríamos que valoran más las personas al "conocerlas", que al "leerlas". Un congreso internacional puede ser nefasto para quien usa esas tribunas para ascender autopromociándose. Recién con el correr de los años y sedimentando los hechos, se valoran los contactos personales o epistolares y el expresar lo que se tiene que decir, "corto y preciso", como decía Schiller, el poeta alemán.

En 1965, el XI Congreso Internacional se reunió en Tokio —casi nuestras antipodas— del 7 al 12 de noviembre. Mi responsabilidad, por un año, como Director de Maternidad e Infancia de la Nación, me impidió asistir; allí se habló inglés predominantemente, pero queremos recordar que se debe leer o hablar claro ese idioma cuando no se cuenta con traducción simultánea. El inglés se convirtió hoy en el "esperanto" de las publicaciones y reuniones médicas internacionales y muchos auditorios se reducen cuando no hay comunicación idiomática, simplificada por la traducción simultánea.

El XII Congreso Internacional se efectuó en México en 1968. Allí pudimos, los numerosos asistentes,

comprobar la organización y el empuje de la Escuela Mexicana de Pediatría. L. Benavidez, como Presidente, J. Alvarez de los Cobos, como Secretario, y decenas de eficientes colaboradores realizaron, en tres años, una labor de organización que se lució en las sesiones plenarias y simultáneas llevadas a cabo en el moderno y gran edificio de los Congresos. Esa reunión internacional, por la que luchó Federico Gómez en dos intentos anteriores, sirvió para aglutinar a los delegados latinoamericanos, para defender el español como uno de los idiomas oficiales y para sostener políticas pediátricas y docentes comunes.

Después del Congreso Internacional de México se realizó el IV Congreso de Pediatras de Países Latinos en la ciudad de Guadalajara, bajo la presidencia de L. Garibay, con temas de características complementarias a las del internacional. Igualmente, después del congreso de Viena, se realizó en la ciudad de Santiago de Compostela el V Congreso, bajo la dirección del Profesor M. Suárez Perdiguero, donde la Argentina fue honrada en nuestra persona, al ser designado Presidente de la Sociedad de Pediatras de Naciones Latinas, cargo que acepté con la consigna de delegar la organización del VI Congreso en un país vecino e inmediatamente después de Pediatría XIV.

Los "congresos satélites", antes y después del Internacional ya mostraron su eficacia tanto en los temas de educación médica, como en aquellos otros que se elijan, o la Organización Mundial de la Salud establece. El mismo Fanconi, en su libro "The History of the international Pediatric Association" editado en 1968, en la página 106-7 reconoce la utilidad de las Sociedades y de los congresos Internacionales Regionales y de agrupamiento de países.

Es reciente y sería largo relatar cómo se desarrolló el XIII Congreso Internacional de Pediatría de Viena en 1971, cuyas crónicas fueron efectuadas por los Dres. E. Galindez y T. Puga en la Revista del Hospital de Niños (1971) y en El Día Médico (1972) respectivamente.

En esta ciudad comprendimos la responsabilidad de todos los argentinos y latinoamericanos para traer a Buenos Aires el XIV Congreso, cuya Comisión Organizadora, hoy bien integrada trabaja con seriedad y sin aspiraciones personales, para recibir, en 1974, a tantos pediatras del mundo entero; le tocó a Berri, como pudo ser otro el Presidente, pero comprendimos que somos "todos" los que debemos hacer el esfuerzo para que la pediatría argentina que nació con el siglo reciba a centenares de especialistas de los cinco continentes, trabajando con eficiencia, infatigablemente y con modestia, hasta que en 1974 cumplamos con nuestra responsabilidad.

El Mundo Médico tiene puesta la mirada sobre nuestro país y nosotros seremos los artífices de los resultados. La gente con experiencia debe actuar junto con los jóvenes pues ellos serán los que, con los años, recogerán los frutos de trabajar unidos por nuestra pediatría, de conocer los vínculos creados aquí para que ellos y el país puedan estar satisfechos con el correr del tiempo de lo que se efectuó en Buenos Aires en octubre de 1974 y que en pocos años más los jóvenes de hoy puedan ser figuras internacionales respetadas en la docencia y en la investigación pediátrica.

Córdoba, será un paso previo y la experiencia que allí se adquiriera contribuirá sin duda al éxito de los Congresos de 1974 en Buenos Aires y Montevideo.

## Mononucleosis infecciosa en el lactante

OSCAR R. TURRO  
ENRIQUE BIAGIOLI  
MARIA R. TORALES

JUAN C. JAUREGUIBERRY  
ANGEL RUIZ

Desde el hallazgo clínico de Pfeiffer en 1889 se identifica como mononucleosis infecciosa a una enfermedad que afecta preferentemente a personas jóvenes caracterizada por fiebre, adinamia, agrandamiento ganglionar generalizado y esplenomegalia, síntomas a los que puede añadirse en ocasiones hepatomegalia y exantema, pudiendo lesionar a cualquier órgano en especial, corazón, neuroeje, riñón y sistema hemático.

Se piensa que es determinada por un virus —actualmente el virus Epstein Bau o E.P.V.— que produce una reticulosis hiperplásica reactiva con respuesta integral del sistema reticulo-histiocitario responsable de la totalidad de sus síntomas y alteraciones humorales.

Para su exacta caracterización constituyeron jalones de importancia los hallazgos de Hanganutzin que en 1924 evidenciara los cambios serológicos que se observan en estos enfermos y los de Paul y Bunnell que en 1932 describieron su conocida reacción de aglutinación.

Se estima que su período de incubación oscila entre 7 y 11 días; que el período prodrómico o de invasión, casi siempre incharacterístico, dura entre 7 y 21 días y que el período de estado dura entre 15 y 30 días.

Por su carácter de enfermedad sistémica su exteriorización clínica es proteiforme aun

cuando pareciera observarse con más frecuencia tres formas clínicas a las que se designa como de curso linfoganglionar, de curso anginoso o faríngeo y de curso tifoídico. No obstante pueden documentarse asociaciones sintomáticas de muy variado carácter.

Los *ganglios linfáticos* se afectan muy frecuentemente y su hiperplasia constituye muchas veces el único síntoma perceptible. Los ganglios cervicales son los primeros y más afectados pudiendo alcanzar diferentes tamaños. No obstante el sistema ganglionar puede reaccionar en forma más amplia incluso con afectación de los ganglios del tórax y abdomen.

La *faringe* se afecta en la mayoría de los casos pudiendo presentar una gama importante de lesiones que oscila entre la simple angina eritematosa o catarral y la faringitis ulceronecrótica. No obstante pueden observarse amigdalitis pultáceas, pseudomembranosas y faringitis foliculares, membranosas o ulceronecróticas. El edema de pilares, glotis o laringe puede determinar en algunos casos síndromes obstructivos.

El *bazo* se encuentra agrandado en el 50 % de los casos lo que se constata desde la iniciación de la enfermedad. La esplenomegalia retrograda a las 2 ó 3 semanas de evolución, aunque puede persistir meses o años.

La rotura espontánea del bazo constituye uno de los mayores peligros que implica esta patología; acontece generalmente en el lado cóncavo del órgano, no siendo indispensable que el órgano esté agrandado.

Las alteraciones histológicas que se producen en el bazo determinan una serie de trastornos funcionales que permiten hablar de hiperesplenismo. Anemia hemolítica, anemia dishemopoyética, granulocitopenia, trombopenia e hiperplasia de la linfopoyesis hasta configurar una verdadera linfoadenosis esplénica son las habituales exteriorizaciones de la afectación del bazo.

El *hígado* suele agrandarse en el 20 % de los casos, siendo su lesión más corrientemente observada una hepatitis mesenquimatosas con infiltrados de células redondas en los espacios periportales. No se afecta o se lesiona muy poco el parénquima hepático, no obstante lo cual la determinación de una ictericia es un hecho de posible observación. La ictericia en estos enfermos puede ser debida a: 1) compresión o irritación de las vías biliares por tumefacción linfática ganglionar a nivel del hilio hepático; 2) alteraciones parenquimatosas; 3) anemia hemolítica.

El estudio de estos ictericos muestra elevación de las transaminasas glutamicooxalacética y pirúvica, de menor magnitud que el que se registra en la hepatitis epidémica; la dehidrogenasa láctica y la gliceroaldehído fosfática por el contrario se elevan en mayor magnitud.

La *piel* puede mostrar un exantema fugaz ya que no es corriente que dure más de tres días; puede tener características rubeoliformes o escarlatiniformes y se localiza de preferencia en el tronco. Es de aparición tardía, presentándose casi siempre en la segunda semana.

Las *visceras intratorácicas* se afectan con frecuencia en esta enfermedad. Además de los infartos ganglionares ya mencionados pueden afectarse el aparato respiratorio y el corazón. Se ha descrito la producción de neumonías parenquimatosas e intersticiales y atelectasias, conjunto de localizaciones lesionales que se exteriorizan por tos de distintas modalidades. Asimismo se ha documentado la producción de miocarditis la que puede transcurrir en forma asintomática o determinando insuficiencia

cardíaca. Esta localización lesional es debida a infiltración por linfomononucleares.

El *riñón* puede afectarse en forma de nefritis hematúricas de buen pronóstico y de aparición precoz. Curan sin secuelas y se las ha documentado en el 6 % de los enfermos.

El *sistema nervioso central* se afecta en el 2 % de los enfermos y su lesión se exterioriza por signos encefalíticos, síndrome de Guillain Barré, parálisis respiratorias, polineuritis y trastornos visuales. Las complicaciones neurológicas se registran habitualmente en los primeros quince días de enfermedad con la excepción del síndrome de Guillain Barré que se presenta más tardíamente.

El diagnóstico de mononucleosis infecciosa es incierto mientras no se identifique en el enfermo el agente causante.

No obstante las alteraciones hemáticas y las pruebas de aglutinación ofrecen elementos de juicio casi probatorios.

Las principales modificaciones hemáticas se observan en los leucocitos mononucleares. Son de tres tipos: pequeños linfocitos, monocitos y grandes mononucleares. Estos últimos tienen núcleo irregularmente redondeado y protoplasma intensamente basófilo y con frecuencia vacuolado.

El recuento total de leucocitos muestra cifras altas, entre 30.000 y 40.000 con un 50 a 90 % de mononucleares pero no es infrecuente encontrar cifras normales y aun bajas.

En la primera semana de evolución suele documentarse leucopenia con aumento de polimorfonucleares, pero con posterioridad aumentan los leucocitos no granulocitos. Los eosinófilos no desaparecen e incluso pueden aumentar, en especial en la convalecencia. Las plaquetas así como los hematíes pueden estar normales o disminuidos siendo lo habitual que coincidan anemia y trombopenia.

En síntesis se asiste en primer término a una corta fase leucopénica, en un segundo estadio a irritación medular con polinucleosis y en tercer término a la desaparición de la reacción mieloide con hiperproducción de linfomononucleares que aumentan gradualmente para posteriormente disminuir a favor de la aparición de linfocitos de núcleo pequeño que puede durar meses.

El estudio del suero sanguíneo muestra aglutinación de los hematíes de carnero por



el suero de estos pacientes. Esta heteroaglutinación es una reacción paraespecífica ya que su negatividad no invalida el diagnóstico ni su positividad otorga certeza diagnóstica. No obstante la modificación propuesta por Davidson excluye la participación de los anticuerpos inespecíficos (de Forssman y los del suero) con lo que se logra una mayor certeza diagnóstica.

Estas reacciones son positivas a partir del séptimo día de enfermedad y persisten durante lapsos variables. Existe consenso en admitir que con la reacción de Paul-Bunnell debe exigirse un título mínimo de 1/64 ó 1/128 para tener certeza diagnóstica mientras que con la prueba de Paul-Bunnell-Davidson puede considerarse suficiente un título de 1/32.

Debe destacarse no obstante que en niños de menos de cuatro años se encuentra un número menor de positividad que en niños mayores y que también la fórmula sanguínea suele ser poco aclaratoria ya que la linfocitosis relativa es un fenómeno normal y los linfocitos atípicos se encuentran frecuentemente en las virosis.

El estudio anatómico muestra hiperplasia de tejido linforreticular y reacción retículo-histiocitaria; la primera en ganglios linfáticos y bazo y la segunda en los restantes órganos. Los cúmulos de células mononucleares se producen por proliferación del retículo local.

Con referencia a incidencia, evolución, pronóstico y tratamiento existe consenso en admitir que esta enfermedad aparece habitualmente en forma de epidemias aunque puede hacerlo en forma esporádica y que afecta de preferencia a niños mayores de dos años y a adultos jóvenes.

La evolución favorable es la regla aun cuando se estima que puede determinar una letalidad del 1% debida en particular a hemorragia aguda motivada por ruptura de bazo, hemorragias masivas rinofaríngeas o diátesis hemorrágica incontrolable, meningoencefalitis con parálisis ascendentes, edema de glotis, neumonías de distinto carácter, neumotórax, miocarditis, insuficiencias renal y hepática y sepsis.

La curación se produce tras lapsos variables pero que difícilmente pasan de noventa días; no obstante las recaídas son frecuentes.

No existe tratamiento específico contra esta afección habiendo resultado ineficaces los distintos antibióticos aplicados, los cuales empero se indicarán ante la sospecha de posibles asociaciones microbianas.

La corticoterapia y la radioterapia se han demostrado útiles en el tratamiento de enfermos con grandes infartos ganglionares intratorácicos con sintomatología compresiva.

La ocasión de haber podido certificar el diagnóstico de mononucleosis infecciosa en seis niños del primer año de vida internados en el curso del año 1970 en nuestro servicio nos ha movido a hacer esta puesta al día del tema, dada su rareza en este período etario.

Caracterizaron a nuestros pacientes lo profeiforme de su sintomatología y su serio pronóstico ya que de ellos uno padeció ictericia prolongada neonatal, dos neumonías unifocales, dos neumonías plurifocales y el restante neumonía intersticial y miocarditis y perdimos dos de los seis enfermos lo que implica para nuestro grupo una totalidad del 33%, tasa realmente insólita para esta enfermedad.

Las historias resumidas de nuestros pacientes son las siguientes:

M. A. D. M. Historia clínica 19.636. Su enfermedad actual se inicia al segundo día de vida con ictericia de evolución progresiva, razón por la cual se la internó en el Hospital Argerich donde se constató una bilirrubinemia total de 11 mgr%. No se hizo diagnóstico etiológico y ante su empeoramiento fue retirada de ese hospital e internada en nuestro servicio a los 34 días de vida.

Sus antecedentes señalaban que había nacido a término con 3.500 gramos, que tenía un hermano de tres años sano, pero que había padecido hepatitis cuando la gestación de M. A., estaba en el sexto mes y que sus padres eran sanos, habiendo transcurrido en apariencia su gestación sin ningún signo de anormalidad.

A su ingreso constatamos una niña eutrófica ya que pesaba 4.500 gramos, apirética, con ictericia moderada, con hígado palpable a 5 cm de reborde y bazo palpable a 4,5 cm, deposiciones hipocólicas, orinas colúricas. En el curso de su internación que se prolongó durante 24 días mostró leve descenso ponderal (de 4.500 a 4.200 gramos), fiebre duran-

te siete días, hepatomegalia creciente y episodios de diarrea leve de corta duración. Fue dada de alta condicional a pedido de su madre y estando aun icterica, siendo atendida posteriormente por uno de nosotros hasta su curación que aconteció al cumplirse cinco meses de evolución. Se logró entonces una ganancia de 2.300 gramos (de 4.200 a 6.500 gramos) pero aún persistía agrandamiento hepático y lienal (5 a 2 cm<sup>3</sup> de reborde).

Durante su internación su estudio mostró anemia hipocrómica persistente (con tasas de hematíes entre 2,9 y 3,6 millones), leucocitosis (con tasas que oscilaron entre 9.500 y 23.000 leucocitos) y plaquetas normales.

Eritrosedimentación elevada con tasas de 100 y 105 milímetros en la primera hora. Resistencia globular y tiempos de sangría y coagulación normales. Reacciones de Mantoux y Pagniez negativas y de Coombs inicialmente positiva y días más tarde negativa.

La exploración de su función hepática mostró elevación de las transaminasas (TGP 110 U y TGO 85 U), ligera hipercolesterolemia (182 mgr %), hiperbilirrubinemia (BT 4,28 mgr %, BD 3,67 mgr % y BI 0,61 mgr %) tasas que a su egreso disminuyeron considerablemente aunque sin normalizarse (BT 0,85 mgr %, BD 0,65 mgr %, y BI 0,20 mgr %), proteinemia total normal aunque con bajo tenor de albúmina (2,87 g %) y elevada tasa de globulinas (3,63 g %) e hipergammaglobulinemia de 148 y 140 mgr % en las dos exploraciones practicadas.

Examinada en el servicio de hematología del hospital a los cuatro meses de evolución (6-III-70) se documentó ligera anemia (3,9 millones) normocítica e hipocrómica, moderada plaquetopenia y marcada leucocitosis (23 mil) con linfomonocitosis y algunos prolinfocitos y linfocitos plasmocitarios, citología sanguínea compatible con el diagnóstico de mononucleosis infecciosa, en opinión de los colegas de ese servicio.

No obstante la certeza diagnóstica la dio la alta positividad de la reacción de Paul-Bunnell-Davidson, cuya tasa inicial, obtenida a los 58 días de evolución fue de 384 U y las siguientes a los 71 días de 80 U y a los 110 días de 12 U.

El primero de los enfermos afectos de neumonía unifocal fue S. M. O., H. Cl 23.831 de tres meses de edad, que inició su enfermedad tres días antes de su ingreso con tos, fiebre, vómitos y anorexia, síntomas que persistieron a pesar de la medicación instituida. Se trataba de un niño nacido a término, con bronquitis a repetición y que presentaba discreta hipotonía muscular. Su examen al ingreso mostró polipnea de 55 r/m, aleteo nasal, tiraje intercostal y quejido espiratorio. Respiración brónquica en tercio medio de hemitórax izquierdo y ligero edema de párpados. Su internación se prolongó 21 días y mostró una evolución irregular con fiebre y diarrea. Finalmente todo entró en orden. La reacción de Paul-Bunnell-Davidson mostró una positividad de 128 U. No obstante nuestra intención no pudimos repetir esta exploración por su alta inesperada y su falta de concurrencia a la consulta externa.

El segundo enfermo afecto de neumonía unifocal fue R. B. Historia clínica 24.669 que ingresó al servicio el 20-VIII-70 a los once meses de edad afecto de una neumonía unifocal que se instaló en la convalecencia tardía de un sarampión. Su examen clínico mostró además de su neumonía unifocal derecha, hepatomegalia y esplenomegalia. Su estadía en el servicio se prolongó durante 30 días en la mayoría de los cuales constatamos fiebre y salió de alta en buenas condiciones.

Su exploración humoral mostró anemia leve (3,8 millones de hematíes) leucocitos moderada (10.000 leucocitos con 77 % de linfocitos y 11 % de monocitos) y plaquetopenia intensa (25.000 plaquetas). La reacción de Paul-Bunnell-Davidson efectuada al séptimo día de evolución mostró una tasa de 256 U.

Su segundo ingreso se produjo el 21-IX dos días después de su alta al reaparecer fiebre, polipnea y aleteo nasal. Su examen mostró sibilancias y estertores subcrepitantes diseminados. Hepatomegalia similar. Se practicó nuevamente reacción de Paul-Bunnell-Davidson a los treinta días de la iniciación de su primera enfermedad que mostró una tasa de 512 U. Salió de alta a los ocho días, curado en apariencia.

No obstante se internó por tercera vez 21 días después de su alta, el día 20-X-70 por

polipnea, fiebre y tos. Su examen inicial mostró una neumonía de lóbulo superior derecho. El hígado se palpaba a 3 cm de reborde y el bazo a 2 cm. En su estadía en el servicio que se prolongó durante once días presentó una otitis supurada bilateral; curó ambas localizaciones lesionales. En esta internación se estudió bacteriológicamente secreción traqueal que mostró estafilococo aureo y se hizo una nueva reacción de Paul-Bunnell-Davidson que mostró una tasa de 512 U a los 50 días de la iniciación de su enfermedad original.

El primero de los enfermos que padeció neumonía plurifocal fue F. R. Historia clínica 24.901 que inició su enfermedad 30 días antes de su ingreso con fiebre, tos y polipnea por lo cual se interna en la Maternidad Sardá donde permaneció siete días. Egresó convaleciente ya que hasta su ingreso a nuestro servicio —que se produjo el 31-IX-70 a los cuatro meses de edad— persistió su tos a la que se añadió diarrea insensible a la medicación instituida. Su examen clínico al ingreso mostró 38° rectal, polipnea, sibilancias y estertores subcrepitantes difusamente distribuidos. En el curso de su internación que se prolongó durante 19 días se constató la presencia de hepatoesplenomegalia y una muy lenta retrogradación de su sintomatología respiratoria. La radiografía de pulmón mostró acentuación de la trama hilar bilateral y enfisema. Explorado humoralmente encontramos hipogammaglobulinemia (0,70 g %) y reacción de Paul-Bunnell-Davidson con 256 U, tasa lograda a los 40 días de la iniciación de su enfermedad original; una segunda reacción practicada a los 60 días de evolución mostró aún 128 U.

Curó su padecimiento respiratorio y digestivo, pero a su alta aún persistía agrandamiento hepático y esplénico.

El segundo de los afectos por neumonía plurifocal fue N. B. A. Historia clínica 19.545 que ingresara a nuestro servicio el 17-II-70 a los dos y medio meses de edad. El motivo de ingreso fue porque desde dos días antes padecía hipertermia en progresivo aumento. Había nacido de embarazo a término con 3.600 gramos y fue internado en dos ocasiones en nuestro servicio por padecer dispepsia aguda leve y bronquitis en la primera oca-

sión y en la segunda neumonía unifocal y meningococcal supurada, localizaciones lesionales que exigieron para su retrogradación total una evolución de un mes. El tercer reintegro, en el que constatamos mononucleosis infecciosa se produjo treinta días después del segundo egreso. A su ingreso constatamos neumonía de lóbulo superior derecho, hepatoesplenomegalia y adenopatías generalizadas. Tenía 38° 5 rectal y pesaba 4.700 gramos. Su evolución fue desfavorable ya que al tercer día de internación agravó considerablemente. Su temperatura se elevó a 40°, se auscultaron estertores subcrepitantes difusamente distribuidos en ambos campos pulmonares y se produjo un importante meteorismo abdominal. Hizo un paro cardíaco y respiratorio falleciendo al tercer día de internación. Estudiado humoralmente constatamos anemia moderada (2,7 millones de hematies), leucocitosis leve (6.800 leucocitos con 85 % de linfocitos) y reacción de Paul Bunnell Davidson de 320 U, reacción que practicáramos al séptimo día de evolución de la enfermedad que motivó su tercer ingreso.

El único enfermo que padeciera síndrome febril prolongado, neumonía intersticial y miocarditis fue R. R. Historia Clínica 21.437 que se internara en el servicio a los cinco meses de edad el II-II-70.

Su enfermedad actual se inició el mismo día de ingreso con polipnea, quejido y llamativa anorexia a lo que se agrega cianosis. Sus antecedentes personales indicaban que era un niño nacido a término con 3.250 gramos, pesando actualmente 6.350 gramos. Fue siempre sano.

Su examen inicial mostró palidez, polipnea de 80 r/m, cianosis peribucal, aleteo nasal, tiraje infracostal. Auscultación pulmonar respiración ruda, no hay ruidos agregados. Tonos cardíacos débiles. Frecuencia cardíaca 190. Hígado a dos centímetros de reborde. Se palpa polo de bazo.

La evolución en el servicio que se prolongó durante 48 días mostró en sus primeros siete días de internación una leve mejoría. Posteriormente decae bruscamente con excitación sensorial, polipnea, afonía, angina roja, respiración ruda, espiración prolongada, tiraje, tos irritativa, penosa, fiebre intermitente, agrandamiento hepático. A los 15 días

de internación mejora levemente pero acrece su esplenomegalia llegándose a tocar el polo a tres cm de reborde. En varias ocasiones se produce diarrea con deshidratación. A los 25 días recrudece la patología pulmonar aumentando la palidez, otitis media supurada bilateral, rinorrea. A los 40 días continúa polipneico, tiraje supraesternal e infracostal, aliento nasal, subcianosis. El bazo se palpa a seis centímetros de reborde y el hígado a 4 centímetros, mucosas pálidas, abdomen distendido. A los 44 días continúa grave, sintomatología pulmonar similar, hepatomegalia a 5 centímetros de reborde, bazo se palpa a nivel de línea umbilical. Fallece a los 48 días de internación, habiéndose constatado durante 40 días fiebre entre 37,5° a 38°.

En el curso de su evolución se practicaron tres estudios radiográficos de pulmón que mostraron intensa imagen fugohiliar persistente y cardiomegalia, que se fue intensificando con la evolución.

Se le practicaron cinco hemogramas que mostraron siempre anemia (entre 2,3 millones y 3,6 millones de hematíes), leucocitosis (entre 6.700 y 14.400 leucocitos, con linfocitosis que oscilara entre 27 y 55 %), plaquetas normales. Análisis de orina normal. Bilirrubinemia total 0,97 mg%, directa 0,16 mg% e indirecta 0,81 mg%. Reacciones de Paul-Bunnell-Davidson positivas a los 15 días de evolución 128 U., a los 32 días 96 U. y a los 45 días 64 U.

Fue totalmente inoperante en este enfermo la intensa antibiosis instituida potencializada con transfusiones de sangre total y gammaglobulina así como la digitalización.

## Discusión

La casuística analizada prueba que la mononucleosis infecciosa puede afectar al niño de primera infancia y debe ser por tanto considerada como una etiopatogenia a descartar sistemáticamente ante todo cuadro séptico de dudosa identidad que afecte a estos niños.

A pesar de la carencia de bibliografía sobre el tema estimamos que la clínica presentada por nuestros enfermos así como su caracterización humoral han de ser considerados

en el futuro como elementos de juicio positivos para intentar este diagnóstico en este período etario.

En la casuística presentada se destaca la sistemática presencia de agrandamiento de hígado y bazo así como la carencia de repercusión ganglionar. Es asimismo llamativo el serio compromiso parenquimatoso documentado que afectó preferentemente al hígado en un enfermo, al corazón en otro y a los pulmones en cinco, determinando en dos de estos últimos neumonías unifocales, en dos neumonías plurifocales y en el restante neumonía intersticial.

Asimismo la jerarquía del síndrome febril presente en todos los enfermos con distintos matices pero siempre muy prolongado, lo que induce a aconsejar la pesquisa sistemática de esta etiopatogenia ante todo cuadro febril prolongado que afecte al niño de primera infancia.

Dentro de las modificaciones sanguíneas observadas se destaca la anemia hipocrómica así como la presencia de leucocitosis de moderada magnitud con predominio de linfocitos.

Constituyó un carácter llamativo en la totalidad de los enfermos el hallazgo de tasas altas de reacción de Paul-Bunnell Davidson ya que esa reacción mostró cifras iniciales que oscilaron entre 128 y 384 U., documentándose su positividad durante lapsos prolongados.

Interesados en establecer el alcance de los hallazgos obtenidos, solicitamos en numerosas oportunidades esta reacción en niños sanos y con cuadros clínicos dudosos en condiciones de afirmar que las tasas obtenidas fueron nulas o de escasa magnitud, dominando la positividad de 8 unidades.

No obstante y dada la jerarquía que se otorga a esta reacción para la identificación de la enfermedad estimamos imprescindible lograr consenso sobre cuál debe ser la tasa mínima que indique con certeza el diagnóstico de mononucleosis infecciosa. Por nuestra parte pensamos que hasta lograr nueva información exhaustiva a este respecto debe respetarse la positividad de 32 U. como tasa mínima para considerar a la reacción como válida.

El análisis de la casuística muestra que en nuestros pacientes esta enfermedad se produ-



jo en tres niños en primavera, en dos en verano y en uno en invierno.

Surge asimismo con nitidez en nuestra casuística el grave pronóstico de esta enfermedad en el lactante en contraste con lo que acontece con el niño de segunda infancia. Si bien antes de ser terminantes a este respecto se hace necesario conocer la evolución de un mayor número de casos no deja de sorprender que en el grupo analizado la totalidad fuera del 33 %.

Finalmente estimamos que el escaso número de casos tratados y la diversidad de antibióticos empleados no nos permite concluir en ningún sentido sobre la eficacia de la terapéutica instituida.

### Resumen y conclusiones

1) Se pasa revista a los conceptos actuales sobre mononucleosis infecciosa vinculados con su etiopatogenia, clínica y terapéutica.

2) Se detallan las características clínicas y humorales registradas en seis lactantes así

afectados a los que atendíáramos en el curso de 1970.

3) Se destaca en su clínica la ausencia de sintomatología ganglionar así como la jerarquía de la hepatoesplenomegalia y de severas lesiones viscerales en pulmón y corazón.

4) Se describe la intensidad y persistencia de la positividad de la reacción de Paul-Bunnell-Davidson a la que se estima en la actualidad imprescindible para confirmar este diagnóstico.

5) Se señala el grave pronóstico de esta patología en el niño de primera infancia a mérito de la letalidad registrada en nuestra casuística en contraste con la habitual en el niño de la segunda infancia.

### BIBLIOGRAFIA

- HAAS y VIVELL: Infecciones humanas por virus y rickettsias. Editorial Científico Médica. 1968.
- WINTROBE M. M.: Hematología clínica. 2º, 1108, 1961.