

14717
2 p. mod.

Fichas

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA

(ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA)

DIRECTOR

Juan P. Garrahan

SECRETARIOS DE REDACCION

J. J. Murtagh

C. Ruiz

A. C. Gambirassi

COMITE DE REDACCION

G. ARAOZ ALFARO — M. ACUÑA — P. de ELIZALDE —
F. SCHWEIZER — E. A. BERETERVIDE — J. M. VALDES
(Córdoba) — J. C. RECALDE CUESTAS (Rosario) — M.
R. ARANA — R. CIBILS AGUIRRE — A. CASAUBON —
F. BAZAN — M. J. del CARRIL — J. M. MACERA



ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)

Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires
Instituto de Pediatría y Puericultura. — Director: Prof. Dr. M. Acuña

Taquicardia paroxística en un recién nacido

(345 pulsaciones por minuto)

por el

Dr. Alfio Puglisi

Jefe de Clínica

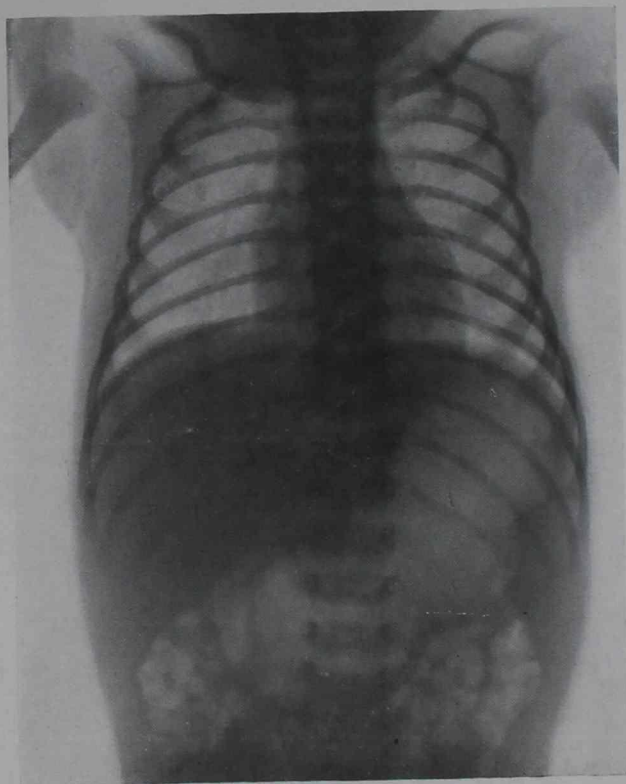
En un trabajo anterior, publicado en los "Archivos de Pediatría" del año 1935 y en colaboración con el Prof. Dr. Acuña, llamamos la atención la frecuencia con que se observa la enfermedad de Bouveret en el adulto y lo excepcional en el niño, más rara aún en el lactante; en estos últimos días se presentó a nuestro consultorio una niña recién nacida que nos remitían de la maternidad "Pedro A. Pardo", por cianosis congénita discreta.

Sé trataba de una niña de 10 días de edad, con un desarrollo pondoestatural más o menos normal, peso 3.180 grs., siendo al nacimiento 3.550 grs. De padres sanos, única hija, un aborto espontáneo de 45 días, que nació a término de parto y embarazo normal. Abuelo reumático crónico.

Ya a los pocos días de nacer, en la maternidad le notaron cianosis discreta que se acentuaba con el llanto o el esfuerzo, por cuya causa fué remitida a nuestro Consultorio de Cardiología, donde pudimos comprobar la cianosis y lo que más nos llamó la atención fué un pulso rapidísimo, incontable, pequeño y regular.

Tenía, además, lesiones de piodermitis y en hipotermia $36^{\circ}2$, dato que la madre manifestó ser frecuente. Además, la cianosis que se observa en las orejas, lengua, labios y dedos, se hace de color violáceo intenso cuando llora. La inspección no da otros datos. Bazo e hígado normales, no se nota malformación alguna, ni estigma heredolúético.

La palpación de la zona cardíaca no revela frémito y la per-

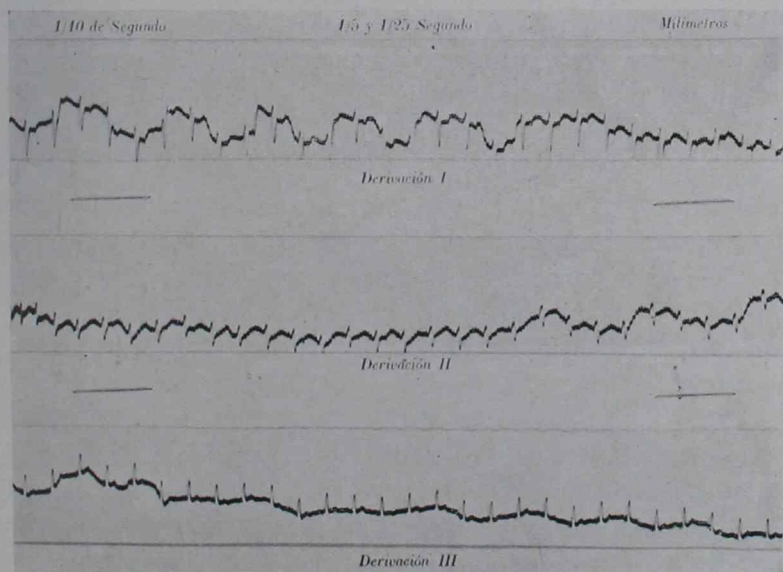
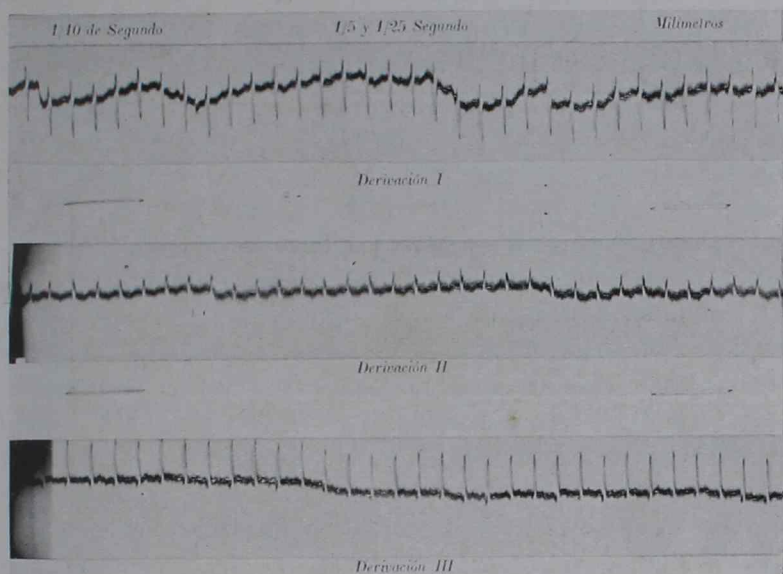


cusión da una área más o menos normal. A la auscultación se oye ritmo embriocárdico, los tonos iguales y el tiempo igual.

En esta circunstancia se obtiene un trazado electrocardiográfico que nos mostró 345 pulsaciones por minuto, con ritmo seguramente nodal con preponderancia derecha.

Una telerradiografía muestra un área cardíaca ensanchada en sus cavidades derechas y un pedículo grueso. Se da un tónico cardíaco y al otro día nos manifiesta la madre que ha tenido varias crisis de enfriamiento con sofocación, cianosis y saliva espu-

mosa por la boca. El examen clínico no reveló otras particularidades



que las observadas. Se hace nuevo trazado, simple y otro bajo el influjo de la presión en el seno carotídeo.

La primera muestra igual 345 pulsaciones, pese a la quinina

y coramina recetadas el día anterior, el 2.º bajo la acción del reflejo, el ritmo bajó a 280 pulsaciones.

Al otro día fallece en su domicilio, en una crisis de cianosis, perdiendo la pieza anatómica, pues los familiares no quisieron internar el niño.

Suelen descubrirse clínicamente, tres períodos sintomáticos en la taquicardia paroxística: 1.º comienzo brusco, acompañado de síntomas subjetivos y objetivos (emoción, excitación, palpitaciones, mareos, vértigos) que en nuestro caso no han existido, pues se hallaba tranquila, a pesar de sus 345 pulsaciones; 2.º o de estado, cuya duración oscila entre algunos segundos y días, nuestra niña falleció a los 12 días de edad, y 3.º o terminación, con una sintomatología semejante a su iniciación. Se suelen usar algunas maniobras para interrumpir el ataque (reflejo de Aschner, excitación del neumogástrico en el cuello, inspiraciones profundas, reflejo nauseoso, etc. Nosotros comprimimos el seno carotídeo a derecha e izquierda mientras se tomaba el segundo trazado, y esto sólo consiguió hacer descender el pulso a 280 pulsaciones. Puede usarse pero es peligroso, inyectar durante el ataque quinidina endovenosa.

A excepción de la discreta cianosis, esta niña no presentó síntoma alguno de sufrimiento cardiopulmonar durante nuestra observación.

Los electrocardiogramas que acompañamos, muestran indiscutiblemente un estado de taquicardia paroxística; se cuentan 345 pulsaciones por minuto, ningún otro estado es capaz de dar tan elevado número de pulsaciones, la ausencia de ondas P visibles, invertida en otras desviaciones nos hace pensar que se trata del tipo nodal de la taquicardia paroxística; y la presencia de cianosis, aseguran la existencia de una malformación congénita cardíaca, substractum anatómico que explicaría la presencia de estímulos anormales y de zonas de mayor excitabilidad que habitualmente.

No entramos a detallar los distintos tipos de taquicardia paroxística por hallarse descriptos en todos los modernos tratados de electrocardiografía y en numerosas monografías de esta enfermedad. Sólo diremos que en todos los casos, tipos o subtipos, etc., la onda P es la clave de todos estos grupos para delimitar por su situación y su potencial, el sitio más o menos preciso donde se inicia el proceso. En algunos enfermos se dificulta la lectura de los trazados, por combinarse con otras afecciones cardíacas, en general,

infartos miocárdicos, etc., circunstancias excepcionales en la infancia.

Su etiopatogenia ha sido puntualizada hace tiempo por el Prof. Martínez, de Córdoba, en una sesión en honor del Prof. Vaquez: 1.º la sobreexcitabilidad cardíaca se relaciona a un brusco desequilibrio hormonal (tiroides, hipófisis, genitales); 2.º irritación del simpático intracardíaco y 3.º, exaltación de un centro automático sinusal, auricular, nodal o ventricular.

Es necesario para que estalle el cuadro, además de las anteriores circunstancias, un terreno especial, con taras neuropáticas, endócrinas y cardíacas.

Numerosas teorías tratan de explicar el mecanismo íntimo de la producción de la taquicardia paroxística; y si en algunos casos existen lesiones cardíacas u otras, como en nuestro enfermo, en otros no se ha observado lesión anatómica alguna, son estos los casos puros de taquicardia paroxística esencial de Bouveret, negada también por muchos autores.

Se ha podido provocar en diferentes animales la taquicardia paroxística por ligaduras de distintos vasos cardíacos o por excitación de algunos centros funcionales, por medios físicos o químicos y hasta apareció provocada por la digitalina y estrofantina (Danielopoulo).

La mayoría de los casos de taquicardia paroxística en la infancia, publicadas son las siguientes:

1.—Colgate y Mac Culloch	24 días	Tipo auricular	291 pulsaciones	No afección	Am. Hear., 1926
2.—Koplick	20 meses	» »	280 »	Infección cardíaca	Am. J. M. Sc., 1917
3.—Cassidy	8 años	» »	»	—	Roy. Soc. Med., 1925
4.—Pointon y Willie	4 meses	Flutter auricular	»	Hiper. cardíaca	Lancet, 2-1926
5.—Koplick	10 años	» »	225 »	—	Am. J. Sc., 1917
6.—Dressler y Löwy	2½ años	» »	260 »	—	Med. Clin., 22-1926
7.—Lewis	3 meses	» »	290 »	—	Lec. Heart., 1915
8.—Amberg y Willins	4½ años	» »	»	Foramen ovale hiper. aur. izq.	A. J. d. of Ch., 1916
9.—Frank y Wiener	11 años	» »	240 »	Endocarditis?	Zeitsch. of K., 1928
10.—Amberg y Willins	7 años	Nodal	156 »	Miocarditis focal	Am. J. of D. Ch., 1916
11.—Koplick	3 años	»	250 »	—	Am. J. Sc., 1917
12.—Frank y Wiener	10 años	»	250 »	Sífilis congénita	Zeitsch. f. K., 1918
13.—Schweizer, De Filippi y Battro	9 años	Nodal?	200 »	Ritmo nodal permanente	Arc. Am. Ped., 1931
14.—Acuña y Puglisi	12 años	Nodal	290 »	—	Arc. Am. Ped., 1925
15.—Colgate y Mac. Culloch	21 días	»	250 »	—	Am. Heart., 1926
16.—O'Flynn	8 meses	»	245 »	—	Brit. Med. Jour., 1925
17.—Hutchinson y Parkinson	2½ años	»	»	—	» » » 1914
18.—Kidd	4½ años	»	»	—	(Véase Hut. y Par.)
19.—Trompson	2 años	»	300 »	—	(Véase Colgate)
20.—Werley	4 días	»	180 »	—	Arch. Ped., 1925
21.—Von Bernuth	9 años	»	180 »	—	Zeitsch. f. K., 1928
22.—»	12 años	»	160 »	—	» » » »
23.—»	15 años	»	200 »	—	» » » »
24.—Schuster y Patterson	50 días	Tipo?	»	Cardiopatía congénita	Proc. R. S. Med. 17. 1924
25.—Faerber	4 días	»	»	Debilidad cardíaca	Klin. Woch, 5, 1926
26.—»	13 días	»	»	Cardiopatía congénita	» » »
27.—Navarro y Huergo	12 años	Ventricular	196 »	—	Prensa Médica Argent., 1934
28.—Doxiades	7 días	Auricular	140 »	Síncope	Klin. Woch., 10, 1930
29.—Mildred Van Clive	7 meses			»	Jour. of Am. Med. As., 1930

Sobre un caso de jaqueca oftalmopléjica (Charcot)

Parálisis recidivante o periódica del M. O. Común (Mœbius) con
presentación del primer episodio paralítico a los 7 años

por los doctores

Aquíles Gareiso y Arnaldo Rascovsky

“La fisiologia patologica della cefalea oftalmoplégica e ancora avvolta da fitte nebbie: naviga nel mare delle ipotesi”

Roberto Massalongo

Esta expresión de Massalongo que se remonta al año 1891, tiene desgraciadamente un sentido de actualidad. Todavía medio siglo después, poco se ha avanzado en la dilucidación de este curioso síndrome neurológico, descrito por primera vez por Gubler en 1860 y estudiado posteriormente en 1862 por Scanby. En 1864 Moebius lo denominó “*Parálisis oculomotriz recidivante o periódica*”, creando Charcot en 1890 el término de “*Jaqueca oftalmopléjica*” para designar el cuadro.

Aceptamos preferentemente la denominación de Charcot (“*Progress Medical*”, 1890, pág. 83), pues la clínica demuestra que el elemento dolor se halla siempre asociado al paralítico. A su vez este tiene la característica de ser recidivante o periódico, como muy bien lo estableciera Moebius en las primeras descripciones. Por lo demás ambas denominaciones no prejuzgan absolutamente respecto a las causas originarias de este raro síndrome y que, de acuerdo con la casuística universal, bien extensa, son múltiples como tendremos la oportunidad de enumerar más adelante.

Ignacio B., 12 años de edad, argentino.

Antecedentes hereditarios: Abuela paterna falleció a los 55 años por coma diabético. Abuelo paterno a los 73 años, respectivamente.

Abuela materna vive y es sana, 71 años de edad. Abuelo materno falleció por cáncer gástrico.

Padre: 37 años de edad. Polaco. Sietemesino, niega venéreas, manifiesta haber padecido de ciática un año antes de casarse. Actualmente no acusa afección neurológica ostensible; hombre tranquilo, muy dedicado a su profesión de fotógrafo.

Madre: 35 años. Polaca, niega enfermedades; no ha tenido abortos ni más hijos por profilaxis concepcional. Padece de cefaleas frecuentes, así como de trastornos menstruales. Mujer sumamente emotiva, continuamente preocupada por la salud de su hijo, viviendo obsesionada por si los remedios que toma el hijo no le harán mal, y con una preocupación constante y excesiva por los cambios de temperatura y su posible influencia sobre la salud del niño.

Antecedentes personales: Hijo único, nacido a término de parto fisiológico. Pesó al nacer 2.100 gramos. Criado con régimen mixto sumamente restringido, evolucionó precariamente. Este factor, sumado a su escaso peso inicial, explican que fuera un hipotrófico en marcado grado durante su primera infancia. Desde los quince días de edad sufrió de corizas frecuentes; solía presentar además episodios típicos de espasmos del sollozo de Debré, siendo un neuropático llorón permanente, por lo que siempre se le consideró como a un "niño nervioso".

Padeció escarlatina a los cuatro años y sarampión a los seis. Siempre llamó la atención de la madre su sueño intranquilo con dificultad respiratoria. En el año 1936, es decir a los 12 años de edad, presentó una intensificación de su coriza habitual que tomó el carácter del coriza espasmódico asociado a fenómenos de bronquitis espástica, por lo que se le diagnosticó bronquitis asmática. Los accesos, según la madre, eran siempre desencadenados por el frío o el viento.

En 1937 su coriza ha sido mucho más benigno e infrecuente y no ha presentado crisis de bronquitis asmatiforme. La madre lo atribuye al hecho de haber cuidado muy especialmente su exposición a la intemperie.

Enfermedad actual: La madre remonta la aparición de los primeros ataques que fueron de *jaqueca simple* a la edad de cuatro años, y relacionando su aparición desde entonces con el viento o el frío como causa desencadenante. La madre no recuerda la frecuencia de estos primeros episodios, a los que no atribuyó mayor importancia al principio.

Su primer ataque de jaqueca oftalmopléjica se produjo en agosto de 1932, es decir a los siete años y medio de edad (un año después de haber sufrido su sarampión). No recuerdan los familiares la duración de ese primer ataque, pero sí que fué breve, puesto que mientras el médico tratante realizaba los análisis e investigaciones correspondientes, la parálisis desapareció, quedando tan solo la anisocoria, que por lo demás se ha mantenido siempre.

El segundo ataque se produjo en mayo de 1933, y siguió la misma evolución que el primero. En noviembre de 1934, el tercero con las mismas características, y en junio de 1936 el cuarto, el que hemos podido seguir a través de todo su desarrollo, desde la iniciación de la jaqueca, la producción de la oftalmoplejía, y la recuperación funcional.

Posteriormente, el 13 de junio de 1937, presentó el quinto y último ataque hasta el presente, el cual siguió la misma evolución que el cuarto ataque que pasamos a describir.

Estado actual realizado en junio de 1936: Niño en regular estado de nutrición y desarrollo. Cabellos lacios, ralos, bien implantados. Piel y mucosas pálidas, expresando discreta anemia hipocrómica. Estigmas raquíticos evidentes (rosario costal, engrosamientos epifisarios, etc.). Presenta ligera asimetría facial, sus dos orejas en ansa, asimétricas, llamando especialmente la atención el pabellón auricular derecho, el que se presenta muy modificado en su configuración, asemejándose a una concha pronunciada, estando su hélix mal diseñado, debido a que sus contornos están muy poco acentuados; además falta el antehélix. Los labios se pre-



Figura 1
En pleno episodio paralítico

sentan en ectropión pronunciado. Lengua semi escrotal. Dientes en pésimas condiciones de calcificación y conservación, múltiples caries, faltando algunas piezas. Paladar ojival. Amígdalas crípticas.

Llama la atención la *ptosis* de su párpado superior derecho, así como la posición del mismo globo ocular, que se presenta fijo y cuya pupila se halla a la altura del ángulo externo palpebral. La motilidad ocular comprometida, pues, no puede dirigir su mirada hacia adentro ni hacia arriba o abajo. La pupila del citado ojo, en franca midriasis, no reacciona a la luz ni a la acomodación.

En el ojo izquierdo no se encuentra nada de anormal.

Interrogada la madre manifiesta que los primeros ataques jaquecosos simples, comenzaban con cefalea localizada en la sien derecha, provo-

eadas por el hecho de haber “salido a la calle los días muy ventosos, o por haberlo expuesto demasiado tiempo al sol”. Cuando se presentó el cuadro paralítico, el ataque se inició en la misma forma, pero tres días después de la iniciación, al cuadro doloroso se sumó el paralítico, manifestando el niño al despertarse que veía doble (diplopia). Desde la primera presentación de la parálisis el proceso se ha presentado completo cada vez que ha ocurrido, transcurriendo de tres a cuatro días entre la aparición del dolor y la instalación de la parálisis.

Prosiguiendo con el examen de su estado actual, consignamos: Cuello cilíndrico alargado con cadena ganglionar carotídea. Tórax: roncus y sibilancias diseminados en ambos campos pulmonares. (Hay radiografía de tórax adjunta que revela exclusivamente infiltraciones ganglionares cica-



Figura 2

Dos meses después

triciales). Corazón sin anomalías, tonos normales pulso a 70. Abdomen sin particularidades. Aparato genital normalmente desarrollado, salvo la diferencia en el tamaño de los testículos, el izquierdo mucho más voluminoso que el derecho (más del doble).

Examen neurológico: movimientos activos: posibles en todos los segmentos con taxia, praxia, y tono muscular normal. Reflectividad tendino-músculo-cutánea: nada de particular. Sensibilidad táctil, térmica, dolorosa, batiestesia, barestesia, y sentido estereognóstico conservada en todas las modalidades. Pares craneanos: a excepción del motor ocular común derecho, normales. Examen oftalmológico practicado por el Dr. Barbieri, dice: parálisis total del motor ocular común derecho, fondo de ojo normal.

Examen de las funciones cerebelares: sometido a las diversas pruebas clásicas no revela nada de anormal.

Psiquismo: Cursa actualmente el quinto grado con brillantes clasificaciones, habiendo sido siempre el mejor alumno de su curso. Ha llamado siempre la atención de sus familiares y allegados su precocidad, tan es así que aprendió a leer, a escribir y a recitar por su propio impulso a la edad de cuatro años. Siempre buscó la compañía de las personas mayores, discurriendo con ellos y con juicio nada común a su edad, sumándose a ello una memoria muy desarrollada. Sus juegos favoritos son el dominó, las damas, el ajedrez y también los problemas aritméticos, que gusta especialmente resolver por sí solo desde temprana edad. Grandemente emotivo e impresionable, en lo que se parece a su madre, tan es así que desde



Figura 3
En recuperación funcional

sus primeros años cualquier trauma psíquico aún mínimo, como pudieran ser contradicciones, o molestias banales, le provocaban vómitos.

Examen del sistema neurovegetativo:

Examen clínico: Reflejo óculo cardíaco (Dagnini-Aschner): antes, 110; después, 70; francamente positiva.

Prueba de Ortner: antes, 110; después, 90; positiva.

Prueba de Erben: Negativa.

Maniobra de Czermack: Negativa.

Reflejo pilomotor (Andrés Thomas): Negativo.

Reacciones vasomotoras: Rayade Trousseau, positiva y persistente.

Pruebas farmacodinámicas: Prueba de Loevy: Negativa.

Prueba de la pilocarpina: A la hora, 100 c.c. positiva.

Exámenes biológicos:

Wassermann: Negativa.

Kahn: Positiva débil.

Mantoux, al 1 %: Positiva.

Estado actual realizado en setiembre de 1937: El niño ha pasado por otro episodio (el quinto), que se inició a mediados de junio y que desapareció a mediados de agosto, habiendo durado dos meses hasta su restitución funcional. No presenta mayores variaciones con respecto al estado levantado el año anterior. Unicamente ha iniciado su desarrollo puberal, manteniendo su asimetría testicular.

PATOGENIA.—Moebius se negaba a ver en la jaqueca oftalmopléfica parentesco alguno con la jaqueca común, considerándola como una afección sintomática, bien de una meningitis crónica de naturaleza diversa o de un tumor del motor ocular común o de su vecindad. Más o menos sustenta el mismo concepto la escuela alemana en general, quien no ve en el elemento dolor, sino el síntoma de otra lesión encefálica determinada la cual ocasiona igualmente los fenómenos paralíticos.

Oppenheim, aunque no consideraba a la parálisis periódica del tercer par en el cuadro de las jaquecas, se coloca en una posición intermedia, estimando que las perturbaciones vasculares que son la verdadera causa de los ataques de jaqueca, podían provocar modificaciones orgánicas (meningitis, neoformaciones) en la base del cráneo en individuos predispuestos. Creía finalmente, que la parálisis oculomotriz periódica se aproximaba a la jaqueca verdadera sin que existiera, sin embargo, identidad absoluta entre ambas.

Charcot y Flatau ("Revue Neurologique", 1897, pág. 217-222), tendían más bien a considerar a la jaqueca oftalmopléfica como una forma muy severa de la jaqueca simple, jugando el espasmo vascular un rol decisivo en la aparición del acceso.

Para Playec ("Semaine Medical", 1907, pág. 443), de acuerdo con el concepto de Charcot, de que la causa física de la jaqueca oftalmopléfica sería ocasionada por una fluxión periódica de la base del cráneo, localiza a esta en la hipófisis. Así pues, si se trata de la jaqueca común, la tumefacción de la pituitaria sería el resultado exclusivo de un proceso activo hiperhémico. En cambio cuando se trata de la jaqueca oftalmopléfica, esta tumefacción sería la consecuencia de una éxtasis venosa favorecida por una predisposición anatómica local, bien hereditaria o adquirida, hecho que explicaría el porque la jaqueca oftalmopléfica que es común se ini-

cie en muy temprana edad pueda no manifestarse sino muy tardíamente.

En resumen, para Plavec, la tumefacción de la hipófisis ejercería una compresión sobre los tejidos circunvecinos. Primeramente sobre el plexo basilar simpático, lo cual provocaría los vómitos y las cefaleas, posteriormente sobre el motor ocular común, lo que se traduciría por la oftalmoplejía.

Souques sostiene ("Société Médicale del Hôpitaux", 1922, pag. 1012) que el dolor indica participación del trigémino y especialmente de su rama oftálmica, pues dicha rama así como el motor ocular común y el nervio motor ocular externo, pueden ser comprimidos juntos al nivel de la pared externa del seno cavernoso, pues a este nivel el nervio oftálmico emite ramas colaterales (nervio recurrente de Arnold) que explicarían por su lesión el dolor profundo que se irradia a todo el cráneo interviniendo además las meninges y el sistema neurovegetativo.

Massalongo ("Riforma Medica", 1891, pág. 398) admite que la hemicránea oftalmopléica periódica estriba desde su iniciación en un proceso ya inflamatorio de evolución lenta y limitada, o bien, de naturaleza neoplásica de las meninges de la base con repetidas compresiones del nervio, que se exacerban bajo la influencia de trastornos de orden variado y de lo más diverso, tales como perturbaciones menstruales, gastrohepáticas, emotividad, etc., que producirían usando como el mismo lo expresa "fluxión de Charcot", es decir, disturbios de orden vasomotor que se traducirían en este caso por parálisis. Ahora bien, este episodio brusco y doloroso, así como su periodicidad no bastarían, según el mismo Massalongo para distinguir una enfermedad funcional de una orgánica. Si tenemos en cuenta que estas lesiones pueden ser de origen inflamatorio sabiendo cómo la inflamación sufre exacerbaciones y regresiones hasta su curación.

En concepto de Claude ("Maladie du Systeme Nerveux", 1932), afección bastante enigmática, o mejor dicho, síndrome raro, llamado a desaparecer quizá de los cuadros nosográficos cuando sea mejor conocido sucediendo así con él, como lo es en el presente con las diversas parálisis que son todas sintomáticas de una alteración ya tóxica o infecciosa, o bien de otras lesiones no siempre fáciles de evidenciar, terminando por expresar que la jaqueca oftalmopléica "*Peut n'être l'expression que de lésions atténuées de*

meningite localisées” que silenciosas durante un cierto tiempo, podrían dar lugar más tarde a perturbaciones gravísimas.

Pasteur, Vallery, Radot y Hamburger J. (“*Les Migraines*”, 1936), consideran a la jaqueca oftalmopléjica como una entidad mórbida diferente de la jaqueca común ya que el síntoma parálisis ocular puede persistir un tiempo mucho más largo que ninguno de los otros signos que acompañan a la jaqueca común; añadiendo estos autores que conviene no hacer entrar a la jaqueca oftalmopléjica en el cuadro de la jaqueca verdadera.

Por el contrario Van Bogaert, Bremer, Brouwer y De Lange, así como otros más citados por Pasteur, Vallery, Radot, (*Les Migraines*), piensan que no habría que establecer una diferenciación tan formal, puesto que en la jaqueca oftalmopléjica existe igualmente el carácter periodicidad que no explica la lesión local. Sería pues necesario a más de la lesión, factores provocadores del episodio. Así pues, si bien conviene separar a las dos afecciones bajo la faz clínica, es útil aproximarlas desde el punto de vista patogénico para así reunir hechos, ideas, conceptos, compararlos y conocer sus analogías y diferencias.

Para Dejerine (*Semiologie du Systeme Nerveux*. Masson y C^o. 1914) el síndrome responde generalmente a la presencia de tumores o de exudados meníngeos de naturaleza tuberculosa o sifilítica opinión que entre otros comparte Ford (*Diseases of the nervous system in infancy, childhood and adolescence*. Ed. Charles C. Thomas, 1937).

Es interesante añadir los datos anatómopatológicos obtenidos en las autopsias de los pocos casos en que se ha podido realizar. Comenzaremos con Ledizio (tesis de 1905), citado por Claude, quien reúne ocho autopsias que a continuación describimos:

Caso de Gubler: El motor ocular común se hallaba envuelto en un exudado abundante acompañado de espesamiento meníngeo.

Caso de Weiss: Granulaciones tuberculosas a nivel de la emergencia del tercer par.

Caso de Richter: El tercer par englobado en un pequeño tumor; fibrocondroma.

Caso de Karplus: Neurofibroma del tercer par.

Caso de Eichen: Paquimeningitis hemorrágica de la base.

Caso de Dubays: Hiperhemia meníngea.

Caso de ilbrand: Fibroma del tercer par.

Caso de Senger: Aneurismo del tronco basilar.

Christiansen (les tumeurs du cerveau. Paris 1925, pág. 125), en dos necropsias constató tumor de la base en uno de ellos y una meningitis crónica probablemente luética en el otro.

Entre nosotros Rodolfo Dassen en un trabajo titulado “Jaqueca oftalmopléjica con parálisis recidivante del tercer par craneano, muerte en el segundo ataque”, (“Semana Médica”, 1931, 1.º semestre, pág. 1049), resume así su observación: “Mujer soltera de 28 años, caso seguido de autopsia de jaqueca oftalmopléjica en el cual el deceso se produjo en el segundo ataque de parálisis recidivante del M. O. C. en medio de convulsiones y de un síndrome meníngeo sin fiebre, encontrándose en la necropsia un aneurisma pequeño en el polígono de Willis cuya ruptura produjo los accidentes finales”.

Es de valor señalar los hallazgos realizados en el líquido céfalorraquídeo de los sujetos afectados de jaqueca oftalmopléjica para lo que nos remitimos a la comunicación de Sicard y Cambes-sedes (*Migraine ophtalmoplégique et liquide cephalarachidien*. “*Revue Neurologique*”, 1914, pág. 385) y a la discusión posterior que provocó. Estos autores pudieron seguir dos de dichos enfermos, y comentan uno de los casos en la siguiente forma: Hombre de 29 años sin antecedentes sifilíticos, con adenopatía cervical y adelgazamiento, que hizo un episodio de jaqueca oftalmopléjica del lado derecho que curó en tres semanas. Después de pasar cinco meses en buen estado de salud hace un nuevo episodio de jaqueca y parálisis, acompañado de elevación térmica, su estado general empeora y fallece. La raquipunción efectuada durante el primer episodio, dió un líquido con 0.85 ‰ de albúmina, muy leve linfocitosis, sin bacilos de Koch. En cambio, el examen del líquido céfalorraquídeo realizado en el segundo episodio reveló los caracteres clásicos de la meningitis tuberculosa, siendo además positiva la inoculación al cobayo.

Los autores también se refieren a procesos jaquecosos que aunque clínicamente pudieran ser clasificados como jaquecas comunes, presentan en el líquido céfalorraquídeo, hiperalbuminosis con o sin hiperleucocitosis, los que pueden ser los únicos signos precursores de lesiones meníngeas o meningocorticales, meses antes de la aparición de los síntomas clásicos.

En la discusión de esta comunicación Babonneix llamó la atención sobre el hecho de que en la jaqueca simple esencial, se puede constatar reacciones meníngeas clínicamente apreciables tales co-

mo midriasis y miosis, fotofobia, rigidez de nuca, bradicardia, añadiendo que las llamadas esenciales pueden ser seguidas de tumores cerebrales o hemorragias ventriculares.

Claude por su parte admitió el criterio de los comunicantes con ciertas reservas, dado que la clínica no siempre presenta casos de caracteres tan destacados como los que acababan de ser discutidos.

En nuestra observación, a pesar de nuestra lógica insistencia, no nos ha sido posible obtener líquido céfalo-raquídeo por la obstinada negativa de los familiares a la realización de la punción lumbar.

El estudio radiológico del cráneo de estos pacientes ha dado lugar a algunas interpretaciones interesantes. Paulian y Ghimus en su trabajo "Surprises radiologiques dans la migraine ophtalmoplégique et ophtalmique" ("Revue Neurologique", 1924, pág. 85) asignan gran importancia al estudio radiológico de la base del cráneo, habiendo podido comprobar en este síndrome, alteraciones diversas en la estructura de la misma, entre ellas un tipo de silla turca pequeña, de contornos irregulares con espesamiento de las apófisis clinoides anteriores, conjunto este bastante semejante al que hemos podido comprobar en la radiografía de nuestro enfermo.

Dentro de las características señaladas conviene intistir sobre algunos hechos; en primer lugar se trata de una afección poco frecuente (excepcional para Nobécourt) y que dentro de su rareza se observa preferentemente en los niños y en los sujetos jóvenes, su presentación suele ocurrir aún en los primeros días de vida. Ibrahim cita el caso de Engelhard, en el cual el primer episodio se produjo al sexto día del nacimiento. En el caso de Russel (Case of migraine with ophtalmoplegie. "British Med. Jour.", 1903) ocurrió a los quince días de edad. En un enfermito de Moebius al año, en uno de Plavec, a los seis años. Pierre Marie y Parinaud citan un caso de una mujer de veinte y seis años que inició su padecimiento a los siete años de edad. Scunby, citado por Charcot, presenta una enferma de veinte y dos años que comenzó su cuadro a la edad de ocho años.

En segundo lugar son indudables sus relaciones con la jaqueca simple. La mayor parte de los enfermos citados en la casuística han presentado inicialmente episodios de jaqueca sin parálisis, estableciéndose ésta en los ataques posteriores. Otras veces los epi-

sodios se alternan en forma irregular; jaqueca pura y jaqueca oftalmopléjica, pero nunca oftalmoplejía sin jaqueca.

En tercer lugar, la periodicidad de los ataques tiene una gran diversidad en sus intervalos de presentación. Desde el caso de Russel ya citado en que los ataques se presentaban cada mes como máximo y cada quince días como mínimo, hasta el caso de La-personne, en que la oftalmoplejía se constituyó definitivamente recién después de treinta años de haber padecido numerosos episodios de jaqueca se puede observar toda la gama intermedia. En nuestro caso, los ataques oftalmopléjicos se han presentado con intervalos de doce a diez y ocho meses.

En cuarto lugar es interesante señalar el caso de Sicard y Cambessedes, producido en un medio familiar. Se trataba de un adulto de veinte y siete años, afectado de jaqueca simple; hijo de madre jaquecosa y con cuatro hermanos afectados igualmente de jaqueca simple. El mismo, desde los siete hasta los quince años padeció de jaqueca simple. A la edad de diez y seis años, hace el primer episodio paralítico en el lado derecho a los veinte y cuatro el segundo y a los veinte y siete el tercero.

Curshmann ("Rev. Méd. Germ. Ibero Americana", abril de 1934, pág. 80. Observaciones sobre la jaqueca y sus equivalentes) refiriéndose a la jaqueca común estima, que todos los afectados presentan signos de inestabilidad vegetativa, ya simpáticos o vagotónicos pero pareciendo predominar estos últimos. Concede también gran importancia etiológica a la herencia homóloga, sobre todo materna. Afirma que es una enfermedad de la juventud y no de la vejez, citando a Heyendahl quien la encontró en el 56 % de los casos, al principio de la infancia y en un 28 % en la pubertad o inmediatamente después de ella. Señala los equivalentes jaquecosos en la infancia; presión y dolor de estómago, crisis de vómitos o violentos dolores espásticos abdominales, acompañados de hipertensión gastrosucorrea, espasmos del píloro y atonía, similares a las crisis tabéticas o saturninas. Ad. Schmidt, citado por Curshmann, les denomina equivalentes gástricos de la jaqueca los que según Fabre no serían raros en los niños vegetativamente lábiles.

Para Chushmann los frecuentes cólicos abdominales de los niños serían ataques de jaqueca abdominal y se verían a menudo acompañados de otras manifestaciones vegetativas, por ejemplo, edema intermitente, cólicos, asma y síntomas latentes de tetania

así también como a aumentos de temperatura. La jaqueca abdominal de los niños podría a veces pasar al estado de vómito acetónico periódico.

Las escasas autopsias, prosigue Curschmann, no permiten afirmar la frecuencia de tumores, cisticercos o hemorragias subaracnoideas, estas últimas, especialmente serían muy de sospechar, ya que Goldflam comprobó no raras veces durante el ataque de jaqueca mediante punciones lumbares, la existencia de las susodichas hemorragias. Curschmann mismo afirma haber visto con Brower hemorragias subaracnoidales debidas a aneurismas basales.

Más adelante, dice Curschmann: "Hoy no se duda ya, que el substracto de la jaqueca no lo forman alteraciones celulares del cerebro como creía Moebius sino procesos fugaces. Desde Du Bois Reymont y Vön Möllendorf se cree que se trata de ataques vasoconstrictores de los vasos cerebrales y meníngeos, junto a los que que desempeñarían algun papel los procesos exudativos como podrían ser: alguna exudación general o local de líquido céfalorraquídeo, alteración de la permeabilidad de las meninges, intervención de sustancias hormonícas o acción de productos autotóxicos resultantes de la disociación de la albúmina en el líquido céfalorraquídeo.

W. Steckel ya había señalado que los hemicránicos poseían una economía térmica muy alterada, al citarlo Curschmann, señala que ha provocado el ataque de jaqueca mediante el empleo de agua helada. El hijo menor en la etiología de la jaqueca, sería para Curschmann la alergia. Ya Strümpell lo sospechaba cuando recalca las estrechas relaciones de la jaqueca con el asma, cólicos y otras manifestaciones exudativas.

Entre los partidarios de la etiología alérgica están Widal, Frank Coke, Radot, Kämmerer, Gansslein (Curschmann), Gansslein fué el primero que comprobó la eosinofilia en los jaquecosos: 31 casos con eosinofilia sobre 41 casos estudiados.

Termina Curschmann relatando algunos casos de jaqueca provocada por anafilaxia alimenticia.

L. R. Müller de cuerdo con Quineke y Spitzer supone que el dolor de cabeza típico de la jaqueca, debe atribuirse al aumento angioneurótico de la secreción de líquido céfalorraquídeo en un solo ventrículo lateral.

En nuestro caso nos encontramos con un enfermo de jaqueca oftalmopléjica, que siguiendo la evolución habitual, inicia sus pa-

decimientos con jaqueca simple para hacer posteriormente todo el complejo paralítico.

Es conveniente señalar que ha presentado y presenta otros fenómenos de significación alérgica que comenzaron manifestándose en las primeras épocas de su vida (coriza espasmódica, bronquitis asmática).

Después de insistir sobre la ineficacia absoluta del arsénico, mercurio, bismuto, yodo, queremos recalcar ciertos hechos que nos obligan a establecer un interrogante sobre la participación bacilar en el enfermo que estudiamos: Alergia, lesiones pulmonares cicatriciales evidentes, Mantoux precozmente positiva, y la relación en tiempo sucesivo entre el sarampión (factotum común en el niño, de los brotes evolutivos bacilares) y el episodio paralítico.

Es indudable que el examen del líquido céfalorraquídeo nos hubiera brindado en ese como en otros sentidos orientación más precisa ya que los medios clínicos empleados no nos permiten afeerrarnos a ninguna hipótesis definitiva.

¿Congestiones de tipo alérgico, como edemas meningocorticales localizados de tipo Quinke? ¿Lesiones bacilares estacionadas con brotes congestivos periódicos? ¿Malformaciones arteriovenosas, aneurismas o tumores benignos de evolución lenta?

Es muy probable que la respuesta en nuestro caso se relacione con la sensibilización alérgica, con la tuberculosis, o con ambas causas. Quizá la evolución futura del enfermo nos dé la respuesta.

Encefalítis paraneumónica (*)

por los doctores

Felipe de Filippi e Isidro Fernández

R. V. O., 3 años. Ingresa el 26 de abril de 1937.

Antecedentes hereditarios: Padres sanos. La madre ha tenido un aborto espontáneo. Tiene una hermana y otro hermano que es mellizo con el enfermo. No hay enfermedad infecciosa alguna en el ambiente.

Antecedentes personales: Embarazo gemelar, los dos niños nacieron bien, lactancia artificial. Varicela al año de edad. Dentición, locuela, deambulación en épocas normales. Se resfría a menudo. Buen apetito, no es constipado. Hace 15 días el niño se resfría y permanece en ese estado durante 3 días. El día 17, nueve días antes de su internación decaimiento brusco, fiebre intensa 40°, disnea. El facultativo que lo ve, comprueba submatitez en base de hemitórax izquierdo, dolor en fosa ilíaca e hipocondrio izquierdo. Siguió en este estado con fiebre alta hasta el 25 del mismo mes en que se produce un colapso, 170 pulsaciones, insensibilidad, sale de este estado con la medicación habitual; se repite el 27. Se le hace una transfusión inmediata de 100 c.c. de sangre.

Estado actual: Estado de excitación evidenciado por su movimiento continuo, desordenado, que parece presentarse por accesos. Cuando el niño permanece quieto adopta una posición en gatillo de fusil bien característica. Su facies es una mezcla de somnolencia y ansiedad por momentos. La cabeza acompaña al cuerpo y a los miembros en sus movimientos desordenados e ilógicos. Su facies demuestra indiferencia al medio ambiente, no contesta las preguntas que se le formulan; algunas veces, muy raras, pronuncia algunas palabras sueltas, tiene marcada tendencia a colocarse del lado derecho. El estado de excitación del niño es tan marcado que hubo necesidad de sujetarlo a la cama. Se mantiene muy a menudo en actitud de opistótono.

Regular estado de nutrición, desarrollo corporal en relación a su edad. Pániculo adiposo normal; palidez marcada de la piel que no coin-

(*) Leído en la Sociedad Argentina de Pediatría, sesión del 13 de septiembre de 1938.

cide con la coloración de las mucosas que es normal. Micropoliadenia generalizada.

Sistema óseo normal, articulaciones libres e indoloras. Cráneo subdolicocéfalo.

Ojos con pupilas céntricas, iguales, reaccionan a la luz produciendo una ligera miosis que cesa de inmediato para dilatarse nuevamente, normalmente y bajo ningún estímulo especial está en midriasis, no se puede investigar el reflejo de la acomodación porque el niño no obedece; su motilidad ocular parece normal, el niño no obedece orden alguna. Fosas nasales permeables, dientes en regular estado de conservación, garganta un poco congestionada, amígdalas encapsuladas.

Tórax: Conformación normal, piel ligeramente descamada, elasticidad torácica normal. Movimientos respiratorios acelerados, menos expansión del pulmón izquierdo, buena en el derecho. No hay tiraje ni cornaje. No se pueden registrar vibraciones vocales por la palpación.

Percusión: Pulmón izquierdo, matitez evidente en sus dos tercios inferiores por detrás; en la axila submate. Pulmón derecho nada de particular.

Auscultación. Hemitórax derecho, buena entrada de aire. Izquierdo, soplo intenso tipo neumónico con estertores subcrepitantes medianos alrededor de la zona donde se ausculta el soplo.

Corazón: Se auscultan tonos limpios en todos los focos, hay tendencia al ritmo embriocárdico; 180 pulsaciones por minuto.

Sensibilidad térmica y dolorosa: normal.

Tonicidad muscular aumentada; reflejos exagerados. Babinski izquierdo positivo, derecho negativo. Psiquismo completamente embotado, somnolencia; no responde ninguna pregunta, no ejecuta ninguna orden. Excitación física intensa. Raya meningitis de Trousseau, muy evidente.

No deglute los líquidos y otros alimentos que se le colocan en la boca.

El día 27 la fiebre persiste alta, el estado de excitación es muy marcado, movimientos en todo el cuerpo tipo coreicos, especialmente cuando se le intenta examinar; movimientos desordenados, ilógicos, arrítmicos. Como presentara un cuadro meníngeo se le hace una punción lumbar y sale gota a gota un líquido cristal de roca con 0.60 linfocitos por mm.c., no se observa ningún germen; albúmina 0.08 grs. ‰; glucosa 0.401 grs. por mil.

La radiografía que se le hace a esta altura de la enfermedad muestra una escasa sombra en pulmón izquierdo.

Al día siguiente, 28 de abril, el niño sigue con un estado de enfermedad similar al día anterior no deglute aún los alimentos no contesta preguntas ni obedece órdenes. No se le puede examinar bien la motilidad ocular, no es posible comprobar si existe nistagmus en los movimientos extremos de los globos oculares. El estado de excitación sigue bien marcado, disnea evidente. Se ausculta en pulmón izquierdo, soplo intenso con estertores subcrepitantes medianos y gruesos.

La raya meningítica no es tan evidente como el día anterior. El niño emite escasas palabras aisladas. Los reflejos persisten exagerados,

tonismo muscular aumentado. Dosaje de urea en sangre, total 0.640 grs. por mil.

Glóbulos blancos, 19.500. Neutrófilos, 76.66. Monocitos, 2. Linfocitos, 21.33.

El día 29 se nota una mejoría leve. Los síntomas meníngeos han retrogradado. Persisten los síntomas de excitación aunque más atenuados, deglute los alimentos, menor fiebre. El estado pulmonar ha mejorado mucho. El análisis de orina no da nada de particular.

4 de mayo: Estado general muy mejorado, no hay obnubilación, no hay soplo, los reflejos y el tonismo persisten exagerados.

No se observan bacilos de Koch en el líquido de lavado gástrico.

11 de mayo: El niño ha mejorado sensiblemente, permanece tranquilo, responde las preguntas que se le formulan. Ha desaparecido el estado de excitación. La estación de pie no es posible, pues hay marcada tendencia a caerse hacia atrás. La marcha sin ayuda no es posible y con ayuda nos muestra una marcha tipo espástica, con algo de taconeo y aumento de la base de sustentación. Sus reflejos tendinosos están muy exagerados sobre todo el rotuliano. Tonismo muscular aumentado. Todos sus síntomas de enfermedad van desapareciendo y el 26 de mayo se va de la sala aparentemente curado.

Se trata de un niño que ingresa con un cuadro pulmonar agudo tipo neumonía y que 8 días después de iniciado el cuadro, aparecen un conjunto de síntomas neurológicos agudos, tipo encéfalo meníngeos, bastante bien caracterizados que justifican una punción lumbar, que da líquido céfalorraquídeo cristal de roca con modificaciones químicas y citológicas poco desviadas de la normalidad, hiperexcitabilidad, hiperreflexia, hipertonismo, meningismo, somnolencia, Babinski izquierdo positivo, etc.

La sintomatología pulmonar y nerviosa va desapareciendo gradualmente, persistiendo 15 días después de su internación algunos síntomas cerebelosos, dismetría, aumento de la base de sustentación, taconeo, marcha espasmódica, inestabilidad; que a su vez fueron esfumándose progresivamente, pudiéndose dar de alta el 26 de mayo, es decir, un mes después de su internación aparentemente curado. Estamos pues, sin duda ante una encefalitis infecciosa que ha presentado diferencias fundamentales en su sintomatología y quizás etiología con la enfermedad de Ecónomo.

Esta enfermedad es capaz de dar síndromes neurológicos típicos entre los cuales, el más frecuente, el síndrome convulsivo, que fué la primer manifestación neurológica de nuestro enfermo; también puede presentar síndrome meníngeo, paralítico, psíquico puro, sensorial, cerebeloso o bien meningo encefalítico en cuyo ca-

so los signos clínicos de encefalitis se asocian a una reacción meníngea biológica, que no presenta ningún carácter específico.

Son muy numerosas las infecciones que pueden determinar el cuadro encefalítico antes citado, en general se acepta que las enfermedades a predominio de síntoma respiratorios, coqueluche, gripe, neumopatías agudas son las que lo determinan con más frecuencia, luego siguen las eruptivas en este orden: sarampión, vacuna, varicela, escarlatina, rubeola, fiebre urliana y a continuación tifoidea, colibacilosis, enteritis y difteria; no obstante; debemos consignar la rareza relativa de la neumonía como determinante del cuadro. En el Instituto de Pediatría del Prof. Acuña, es este el primer caso que se registra y en el estudio que sobre este tema se hace en los "Archivos de Pediatría del Uruguay" de abril de 1937, presentan 3 casos propios y mencionan los 8 casos que encontraron en la literatura médica mundial uno de ellos perteneciente a J. C. Navarro; es pues evidente la rareza relativa del binomio neumonía-encefalitis. El hecho de que hayan aparecido varios de esos casos en un intervalo corto de tiempo ha hecho pensar en cierto carácter de epidemicidad; se ha hablado también de predisposición familiar. Nobécourt, en una conferencia en el Hospital for Sick Children, insiste en la necesidad de tener en cuenta el síndrome meningoencefalítico y el abdominal que se agregaban a una neumonía y muchas veces enmascaraban su diagnóstico. En el tipo encefalítico distingue 3 síndromes: el convulsivo, el encefalítico y el delirante, el líquido céfalloarraquídeo es generalmente casi normal, puede ser alguna vez opaco y con microorganismos, ese estado se debe no a una encefalitis postinfecciosa sino a una meningitis a neumococos y el cuadro clínico será mucho más cerebral que pulmonar.

Parece que las toxinas tienen más importancia que los gérmenes mismos en la patogenia de este cuadro, determinando una vasodilatación con diapedesis y proliferación y proliferación de todos los elementos del tejido afectado, los demás órganos de la economía participan también de esta vasodilatación, no es difícil ver alteraciones anatómico degenerativas en hígado, corazón, riñón, etc., la encefalitis no sería entonces más que la resultante de la participación cerebral, de ese estado de toxemia del cual participa todo el organismo y los síntomas cerebrales sobresalen más por la gran riqueza vascular del cerebro infantil.

Se ha podido hacer la comprobación experimental en perros

con cultivos avirulentos, que demostró la participación cerebral del proceso toxiinfectivo, con lesiones de tipo inflamatorio. No hay alteración intensa del líquido céfalorraquídeo cuando se trata de una encefalitis pura. No se sabe aún si existe un virus neurotrofo, suministrado por la enfermedad infecciosa causal o bien si es virus específico que estando en latencia es despertado por la enfermedad infecciosa desencadenante.

Hutinel sostiene que la corea de Sydenhan es una encefalitis difusa superficial; el cuadro clínico es semejante en ambas, los movimientos de las extremidades de nuestro enfermo eran francamente coreiformes por otra parte las autopsias de coreicos denotan la existencia de lesiones anatómicas lo que separa la corea del grupo de las neurosis.

El cuadro clínico antes descripto obedece a un substracto anatómopatológico triple.

1.º Hemorragias puntiformes.

2.º Inflamación perivascular a predominio mononuclear.

3.º Focos degenerativos con asiento en la corteza y los núcleos centrales, no así en la enfermedad de Ecónomo que solo asientan en los núcleos centrales.

El pronóstico inmediato es desde el punto de vista médico-social menos importante que el tardío, importancia dada por la aparición frecuente de secuelas después de una época variable de aparente curación. La mortalidad es relativamente escasa; de los 11 casos anteriormente consignados, fallecieron 3.

Considerando globalmente la encefalitis postinfecciosa, se asigna una mortalidad de 9 %; el 16 % curación y el resto presentan secuelas de las cuales el 5 % excitación cerebral; 24 % vesanias; 44 % trastornos psicomotores. La epilepsia se cuenta entre las secuelas más frecuentes, aparece meses o años después de la encefalitis sobreviniendo de improviso en un niño que se creía curado.

Es necesario dejar constancia que en muchos casos de epilepsia una buena anamnesis despista un episodio encefalítico más o menos esfumado en el curso de una enfermedad infecciosa cualquiera. Las secuelas pueden manifestarse en múltiples formas, cambios de carácter, agitación, parálisis, demencia, idiotismo, trastornos del lenguaje, sordomudez, perversiones, trastornos sensitivos y sensoriales y otros estados mal definidos fronterizos con la locura, distracción, pérdida de memoria, temblor, atetosis, ataxias,

etc. Es pues necesario aguzar el interrogatorio de los niños que presenten algunas de estas manifestaciones sintomáticas con el objeto de despistar la encefalitis postinfecciosa, entre las causas de estos estados neurológicos.

La gravedad de la enfermedad infecciosa previa no tiene ninguna relación con la gravedad de la encefalitis determinada por ella, así como tampoco hay un tipo clínico especial de encefalitis para una enfermedad infecciosa determinada, cualquier infección puede determinar una encefalitis sin comunicarle a ella un tipo clínico especial.

El tratamiento que se preconiza es el uso de la medicación antiinfecciosa inespecífica, nosotros lo hemos hecho así; una transfusión de sangre como único tratamiento.

Doble ritmo auricular (*)

Parasistolía auricular a ritmo lento con capturas ventriculares

por el

Dr. Rodolfo Kreutzer

Presento a la consideración de Vds. esta observación no sólo porque sería la primera registrada en la literatura médica de doble ritmo auricular donde el paracentro auricular capturara el ventrículo, sino porque me permite considerar en el seno de esta Sociedad el tema de las parasistolias, muy confuso, pero de evidente interés también para el médico general.

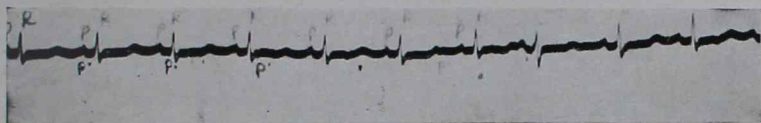
Se trata de la niña J. C. (carpeta N.º 205), de 4 años de edad, que me fué enviada por los Dres. Andrés Sein y Sofio Calisti, para que le registrara un electrocardiograma. Esta niña había pasado pocos días antes una difteria a raíz de la que aparecieron signos de polineuritis con parálisis del velo del paladar. La auscultación del corazón revelaba una taquicardia con tonos cardíacos bien timbrados e intermitentemente un ritmo de tres tiempos sin cadencia de galope.

El electrocardiograma obtenido ese día 5 de julio de 1934, fué el siguiente (electrocardiograma N.º 1):

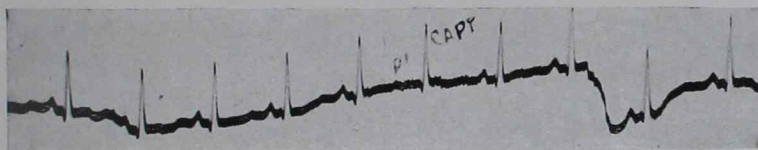
1.ª *Derivación*: Al primer golpe de vista, sólo se aprecia un ritmo sinusal taquicárdico interrumpido por un extrasístole auricular seguido de pausa, pero, analizando bien el trazado se ve que además de las ondas P sinusales, existe otro ritmo de ondas P' más lento que el sinusal. Estas ondas P' se diferencian de las P sinusales porque son "desdobladadas". El espacio PP es de 0"48 en tanto que el P'P' es de 0"64. La contracción anticipada (captura) es una verdadera captura del ventrículo que ha respondido al estímulo de este centro auricular heterótopo.

(*) Leído en la Sociedad de Pediatría, sesión del 13 de septiembre de 1938.

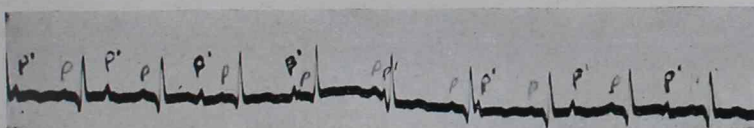
2.^a Derivación (1.^a parte): Aquí también vemos aparentemente un ritmo sinusal, pero, llama la atención el diferente aspecto de la 8.^a P, desdoblada, completamente diferente de las restantes ondas P sinusales. En esta revolución cardíaca el espacio PR es de 0''18, en tanto que en todas las demás es de 0''12. Además, la distancia que separa la R' de la R precedente es de 0''42 en tanto que en todas las demás es de 0''48, es pues evidente que se trata de una contracción anticipada que responde a esta P anómala de origen auricular, no sinusal. Aunque no nos es



I.^a D.



II.^a D.



III.^a D.

Electrocardiograma N.º 1

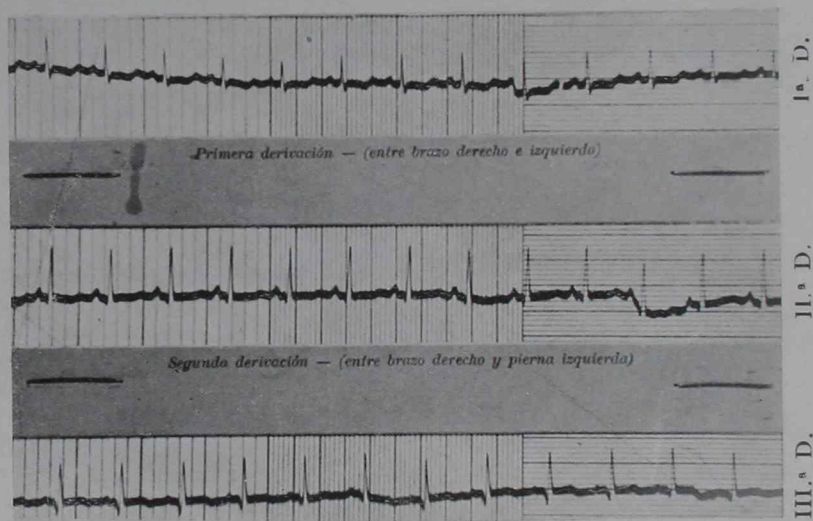
posible marcar en esta parte del trazado el ritmo auricular heterótopo podemos suponer que aquí también se trata de una captura ventricular, observando la continuación del mismo trazado registrado en la 2.^a Derivación (2.^a parte). El doble ritmo se ve con toda nitidez. El ritmo sinusal PP late cada 0''48 y el ritmo auricular cada 0''64. No hay aquí ninguna captura del ventrículo. (No se publica).

3.^a *Derivación*: Es muy visible el doble ritmo. El ritmo sinusal sigue latiendo cada 0"48 pero, el ritmo heterótopo se ha acelerado algo siendo la distancia de P'P' de 0"58. Lamentablemente el trazado no fué lo suficientemente largo, tal vez por eso no se ha registrado ninguna captura en esta derivación.

Por lo demás el electrocardiograma revelaba un aplanamiento de T.

El 19 de julio un nuevo trazado *no* mostraba el doble ritmo auricular. La T en 3.^a era francamente negativa. T₁ difásica (Electro N.º 2).

La niña murió pocos días después a consecuencia de una parálisis ascendente tipo Landry con síndrome bulbar.



Electrocardiograma N.º 2

Pocas son las observaciones de doble ritmo auricular registradas hasta ahora. La primera pertenece a Schrumpf⁽¹⁾, le siguen por orden, tres de Bay y Adams⁽²⁾, dos de Moor presentadas por Geraudel⁽³⁾, una de Scherf y Siedeck⁽⁴⁾, una de Duelos⁽⁵⁾, una de Domínguez y Bizzozero⁽⁶⁾, una de Lian y Goblin⁽⁷⁾. En total 10 observaciones. Esta sería la 11.^a pero la primera en que una P' del ritmo auricular P'P' ha logrado contraer al ventrículo. En el siguiente cuadro analizo las características más salientes de estas 11 observaciones.

Autores	Edad años	Estado cardíaco	Evoluc.	PR	P'P'	P'	Extras
Schrumpf	37	Estrechez mitral ins. aórtica reumát.	Fallec.	más lento	más rápido	+	No
Bay y Adams (1ª)	22	Insuficiencia mitral reumática	»	más lento	más rápido	+	No
Bay y Adams (2ª)	9	Insuficiencia mitral reumática	»	más rápido	más lento	—	No
Bay y Adams (3ª)	25	Glomerulonefritis Hipertensión	»	más rápido	más lento	en 3ª	No
Moor (1ª)	87	Miocarditis	»	más rápido	más lento	+	Si
Moor (2ª)	63	Miocarditis	»	más rápido	más lento	+	No
Scherf y Siedeck . .		Infarto. Trombosis coronaria		Disocia A. V. inc.	más lento	—	No
Duclós . .	9	Aparentemente sano aunque EKG anor.	Vivió	más rápido	más lento	P ₃ —	No
Doming. Bizzozero	6	?	?	más rápido	más lento	+	
Lian y Goblin . .	71	Trombosis coronaria	Vivió	Disocia A. V. inc.	más lento	— en 4	No
Kreutzer .	4	Miocarditis [?] diftérica	Fallec.	más rápido	más lento	+	Cap-tura

En resumen: La edad ha variado en límites extremos, entre 6 días y 87 años. Salvo en una observación, en todas las demás estaba gravemente el corazón. Salvo en la observación que presento, siempre R. ha respondido a P., nunca a P'. En dos casos, había disociación aurículo ventricular incompleta, aún en ellas el ritmo P' más lento, nunca originó una R. El ritmo P'P' puede ser regular o irregular. Casi siempre el ritmo P'P' es más lento que PP. P' ha sido positiva o negativa. Si en el ritmo PR hay extrasístoles, éstos no influyen para nada en el ritmo P'P' que continúa latiendo con su frecuencia acostumbrada. Siempre P'P' ha sido fugaz y en algunos trazados ha aparecido sólo en la fase polipnéica del Cheynes Stokes.

Se trata de una perturbación del ritmo, pasajera y fugaz en su aparición, que con excepción del caso de Domínguez y Bizzozero se ha encontrado siempre en corazones seriamente enfermos, por lo que consideramos con Bay y Adams, que debe interpretarse su hallazgo como signo de grave alteración miocárdica.

Desde el punto de vista patogénico, varias son las teorías que se han invocado para explicar la perturbación que tratamos.

Schrumpf piensa que el nódulo de Keith sería funcionalmente doble, en el sentido de que cada uno gobernaría a la aurícula respectiva, pero, solamente uno tendría energía suficiente como para provocar la contracción de la aurícula y del ventrículo, es decir, originar el ritmo PR, en tanto que el otro sólo es capaz de provocar la contracción de la aurícula, originando el ritmo P'P' sin respuesta ventricular.

Geraudel ha invocado una nueva hipótesis para poder incluir esta perturbación del ritmo dentro de su teoría del doble comando del corazón, hablándonos del vestíbulo sinusal. Según él, el centro generador del estímulo no sería el nódulo de Keith sino una formación de tejido especializado confundido con la aurícula, en la que se halla invaginada, a la que llama vestíbulo sinusal, que está conectada por tejido especializado con el nódulo de Keith o atrionector por una parte, y con el nódulo de Tawara o ventrículonector por la otra. En condiciones normales el estímulo origina el ritmo PR, pero, en condiciones anormales, parte del vestíbulo puede dividirse originando otro estímulo que provocaría la contracción de la aurícula izquierda y el ritmo P'P'. De modo que según Geraudel, P corresponde al hemisístole auricular derecho originando el grupo PR, y P' al hemisístole auricular izquierdo. El ritmo cardíaco respondería a la fórmula PR/P'.

En resumen, con diferentes palabras Schrumpf y Geraudel piensan lo mismo.

Duclós partiendo de la teoría neounicista de Montes Pareja y Velasco Lombardini, admite la onda P de Pezzi del complejo ventricular inicial, y como en ciertos trazados de doble ritmo auricular la P' es negativa, piensa que en determinadas circunstancias la P Tawariana de Pezzi puede liberarse y latir con su propio ritmo originando la P'.

Para Lian y Goblin sería una disociación interauricular. Dicen que P y P' nacen de dos porciones muy distintas del miocardio auricular. Como en su enfermo había una disociación aurículoventricular 2/1, era difícil explicar porque las P' no se seguían nunca de R, de modo que tuvieron que admitir una disociación aurículoventricular incompleta para el ritmo sinusal y completa para el ritmo P'P'.

Nuestro caso con capturas demuestra que no existe tal diso-

ciación completa entre P' y R y nos parece que la presencia de capturas es suficiente para hablar de interferencia de dos ritmos, o para ser más exactos, de parasistolia en el sentido de Rothberger y Kaufmann.

Parasistolia o paraarritmia es una arritmia ligada a la liberación en un punto cualquiera del tejido autónomo del corazón, de un centro automático suplementario que late rítmica e independientemente del centro "marca paso". Este centro independiente puede latir más rápida o más lentamente que el centro principal. En este último caso ¿cómo es posible que el paracentro más lento pueda latir periódicamente sin ser anulado por el ritmo sinusal? Kaufmann y Rothberger han admitido la existencia de un bloqueo de protección, que hace que todas las excitaciones del centro más rápido se anularían ante la barrera impermeable que defiende al paracentro más lento.

El paracentro se consigue liberar solamente cuando sorprende al miocardio fuera del período refractario, si el paracentro es auricular capturaré en estos casos al ventrículo.

En los casos de paracentro a ritmo más rápido, los mismos autores invocan un bloqueo de salida que impide que el estímulo heterótopo se desparrame por la musculatura cardíaca.

En uno y otro caso, el centro heterótopo está protegido del centro normotopo por un block de protección, cuando el paracentro es de ritmo más lento hay parasistolia con interferencia simple; cuando el paracentro es de ritmo más rápido hay parasistolia con bloqueo de salida.

Doumer (⁸), admite que la independencia del seno y del paracentro es la consecuencia de trastornos de la conductibilidad del miocardio que los separa, o más exactamente, del alargamiento de la fase refractaria. El nacimiento del paracentro es la consecuencia de este trastorno de la conductibilidad, porque no podría formarse un nuevo centro en una parte cualquiera del miocardio sino fuera porque a esa porción le es imposible recibir el influjo sinusal. El influjo parasistólico no se difunde sino por la zona del miocardio que lo rodea. Si esta zona es pequeña, el electrocardiograma no registrará su contracción, pero, si suponemos que esta porción del miocardio por ejemplo auricular, es más grande, el electrocardiograma registrará su contracción en formas de ondas P' interfiriendo con el ritmo sinusal.

El influjo parasistólico P' no se trasmite habitualmente a to-

da la aurícula porque encuentra al miocardio auricular casi siempre en estado de inconductibilidad, pero, si este influjo parasistólico sorprende a la aurícula por fuera del período refractario provocará su contracción y ésta a su vez la del ventrículo, o por mejor decir, la P' capturarán al ventrículo.

Como no todas las P' que están suficientemente separadas de la contracción sinusal precedente se siguen de R, es de pensar que para que el centro heterótopo logre contraer toda la aurícula transmitiendo su estímulo al ventrículo, es necesario que se vaya cargando de potencial, es decir, que vaya aumentando su excitabilidad.

La patogenia de este doble ritmo auricular quedaría así perfectamente aclarada, por una parte trastorno de conducción intraauricular, caracterizado por un alargamiento del período refractario de la zona que rodea al paracentro, por otra parte, aumento de la excitabilidad de éste para lograr franquear esta zona y capturar el ventrículo. Como se comprende, esta captura no se producirá si el alargamiento del período refractario es muy acentuado o si la excitabilidad del paracentro es escasa.

Si la excitabilidad del paracentro aumenta, su frecuencia será superior a la del seno, pero, el aumento del período refractario de la zona auricular que lo rodea hace que siempre el paracentro encuentre a la aurícula en período de inconductibilidad.

Esta interpretación presume la existencia de una lesión miocárdica.

Para terminar, unas palabras sobre la importancia del concepto de las parasistolias desde el punto de vista clínico. La existencia de extrasístoles por parasistolia significa la exaltación del automatismo de un centro independiente que sólo puede sobrevenir en corazones profundamente alterados. El médico debe diferenciarlos pues, de los extrasístoles benignos, rezagos de la contracción sinusal precedente, porque su pronóstico es sombrío. Esta diferenciación se hace prácticamente y con rapidez. En el electrocardiograma las R' extrasistólicas benignas están separadas de las R sinusales precedentes por un intervalo (couple) siempre el mismo, en tanto que las R de los extrasístoles por exaltación de un centro automático independiente (parasistolia), están separadas de las R precedentes por un couple que varía en varios centésimos de segundo entre una y otra.

RESUMEN

- 1.º Se describe un caso de doble ritmo auricular.
- 2.º Se interpreta como una parasistolia auricular a ritmo lento.
- 3.º El paracentro auricular logra en ciertas oportunidades capturar al ventrículo.
- 4.º Patogénicamente admitimos la teoría de las parasistolias a ritmo lento, es decir: trastorno de conductibilidad por alargamiento del período refractario del miocardio auricular que separa el seno del paracentro y aumento gradual de la excitabilidad de éste.
- 5.º Admitimos que el hallazgo del doble ritmo auricular supone la existencia de serias alteraciones del miocardio, siendo su pronóstico alejado de mucha gravedad.

BIBLIOGRAFIA

1. **Schrumpf P.**—De l'interference de deux rythmes sinusaux. "Arch. des Maladies du Coeur", XIII, 168, 1920.
 2. **Bay E. B. y Adams W. R.**—Possible intra-nodal block. "Amer. Heart. Journ.", VII, 759, 1932.
 3. **Geraudel E.**—La double commande. Etude des tracés ou coexistent deux commandes indépendents, l'une auriculo-ventriculaire; l'autre auriculaire. "Arch. des Maladies du Coeur", XXVIII, 121, 1935.
 4. **Scherf D. y Siedeck H.**—Über block zwischen beiden Verhöfen. "Zeitsch. f. Klin. Med.", CXXVII, 77, 1934.
 5. **Duclós F.**—Un caso de doble mando auricular. "Arch. Card. y Hemat. XVI, 175, 1935.
 6. **Domínguez C. y Bizzozzero R.**—Double commande auriculaire. "Archiv. des Maladies du Coeur", XXX, 820, 1937.
 7. **Lian C. et Golbin V.**—Un cas de double rythme auriculaire par dissociation interauriculaire. "Arch. des Maladies du Coeur", XXXI, 52, 1938.
 8. **Doumer Ed.**—Les parasystolies a rytme lent et les mécanisme des extrasystoles rythmées. "Arch. des Maladies du Coeur", XXXI, 491, 1938.
-

Estrícnoterapia en difterías graves (*)

Eficacia del tratamiento intensivo (1/2 a 1 mgr. por Kgr.)

por los doctores

Antonio Sabelli

Del Instituto de Semiología, Hospital
de Clínicas

Director: Prof. T. Padilla

Del Hospital de Niños, Sala XI
Jefe: Dr. E. Adalid

y

Leonardo Rodríguez Gaete

Del Hospital de Niños, Sala XI
Jefe: Dr. E. Adalid

ANTECEDENTES.—La terapéutica estrícnica a las dosis habitualmente usadas en las complicaciones nerviosas de la difteria, no rinde los resultados que de ella podrían esperarse. En cambio empleada sistemáticamente, antes de la aparición de los trastornos y a dosis notablemente superiores, se evidencian sus beneficios.

Iniciadas en 1934, las observaciones de Paiseau y sus colaboradores, preconizaron sus buenos resultados, y ellos nos indujeron a ensayarla en la Sala XI, con resultados muy interesantes. Agradecemos aquí al Dr. Adalid la aceptación de los ensayos en la sala, a los colegas del Servicio que nos facilitaron los casos y al Dr. Rodolfo Kreutzer, quien efectuó el estudio electrocardiográfico de los enfermos.

La dosis aconsejada por Paiseau y sus colaboradores, se extiende, según la gravedad de la angina, de medio a dos miligramos por kilo de peso; consideran que el tratamiento no es eficaz sino empieza en los cinco primeros días a partir del comienzo de la angina; agregan que la dosis conveniente debe ser alcanzada progresivamente al cuarto día, pero que si la angina es hipertóxica, es necesario alcanzar esa dosis en uno o dos días. La dosis diaria

(*) Leído en la Sociedad Argentina de Pediatría, sesión del 27 de septiembre de 1938.

debe ser fraccionada cada tres horas; la duración del tratamiento debe ser de 50 días o mejor de 55, a contar desde el principio de la angina; durante un primer período, variable de 15 a 35 días, según la gravedad, se mantendrán las dosis altas; luego se descenderá progresivamente hasta un tercio o un quinto de la dosis inicial. El tratamiento no debe ser abandonado un solo día; de lo contrario se han observado empeoramientos rápidos.

Es esta, en suma, la opinión que sustentan. En cuanto a los hechos que presentan, J. Walen señala que de 44 casos, los tratados antes del quinto día (19 casos) a dosis suficientes curaron sea cual fuere la gravedad de la angina inicial, aún casos con formas hemorrágicas; en conjunto 87 % de curaciones en los casos de difteria maligna; los signos de gravedad están proporcionados por la uremia elevada, las hemorragias, y los graves trastornos electrocardiográficos que se unen a la impresión clínica del estado general grave presente, o que aún siendo anterior deja siempre el interrogante de la sobrevida.

GRAVEDAD DE LA DIFTERIA.—Existen tres períodos peligrosos a atravesar en las difterias graves:

1.º De comienzo entre los primeros 5 ó 6 días, con frecuencia mortal en las malignas e hipertóxicas.

2.º Del 6.º al 15 ó 20 día, síndrome maligno secundario de Marfán, generalmente fatal.

3. Entre el 39 y 50 día, síndrome tardío de Grenet, generalmente más favorable.

Este fantasma de la muerte brusca, inopinada, que se presenta en un niño cuya garganta se ha normalizado, cuyo estado general es relativamente satisfactorio en que parecía haber entrado francamente en la convalecencia, ha incitado a los investigadores a prever su aparición, estableciendo el pronóstico y a ensayar diversos medios terapéuticos.

Antes que nada subrayamos de nuevo la importancia de la frase de Grenet: "Si hacemos vivir al enfermo 52 días, hemos ganado la partida".

De donde, en las formas clínicas severas, la necesidad del prolongado reposo en cama. Esta prolongación podrá parecer excesiva y hallar resistencia en el seno de las familias, pero no lo será cuando pensemos e interpretemos que la constatación clínica de

una parálisis del velo del paladar o de la acomodación, traduce la impregnación tóxica nerviosa central y periférica; que puede ser causa de muerte brusca, que los graves trastornos que se revelan en los trazados que nos muestra el electrocardiograma (en cuyo estudio no entramos aquí), revelan la impregnación tóxica del sistema de conducción intracardíaco, a su vez causa posible de muerte brusca por su lesión propia o del sistema nervioso intra y extracardíaco.

Esto es cuanto al pronóstico especialmente.

ESTRICNOTERAPIA.—Acerea de la estrioterapia, los autores citados han opinado, que la estrienina obraría disociando el complejo toxina, substancia nerviosa, lo que nos parece infundado. Creemos en cambio, que ello solamente exalta la excitabilidad del sistema nervioso permitiendo que la reparación espontánea se haga sin peligros; lo fundamentamos en el hecho de que el tiempo necesario para alejar todo peligro es siempre igual (algo más de 50 días), se use estrienina o no; por lo tanto no hay desplazamiento de la toxina.

NUESTRAS OBSERVACIONES.—Hace dos años comenzamos a utilizar dosis mayores de estrienina que las clásicas y nos sorprendimos de constatar cuan exactas eran las apreciaciones leídas sobre la tolerancia a la estrioterapia. En efecto, más de 40 niños, cuya edad estaba comprendida entre 2 a 12 años, toleraban dosis entre $1/3$ de miligramo a 1 y a veces 1.2 miligramos por kilo de peso, o sea, según la edad y gravedad de la angina, no acusaban trastornos aún a dosis de 15 miligramos diarios la menor generalmente, hasta las habituales de 20 y otras veces 25 ó 30 miligramos y más, fraccionados en 4, 5, 6 ó 7 u 8 tomas diarias.

Prolongamos la medicación al principio, 2 ó 3 semanas, luego medio a dos meses y más, sin que en ningún momento constatásemos fenómenos de acumulación.

La mayoría de los casos recibió 1 miligramo por kilo de peso; la farmacia del Hospital adquiere estrienina Merck que utilizamos en inyección o en bebida; también hemos empleado la genostrienina, el strinal y la estrienina Houdé, con resultados satisfactorios.

Pero el objeto debe ser terapéutico y no de mera tolerancia.

INFLUENCIA SOBRE LA VELOPLEJÍA.—Mientras estábamos acostum-

brados antes a observar a los enfermos continuar con voz gangosa durante largo tiempo de la apirexia, y aún con reflujo nasal de líquidos con frecuencia “a chorros”, observamos que con la estrioterapia intensiva este síntoma tan molesto para la alimentación del enfermo, regresaba rápidamente como en las observaciones 1955, 2017, 2139, 2246, 2247, 2270, 2333, etc (7 casos).

Era notable observar que los niños que recibían alrededor de 1 miligramo de estrienina por kilo no presentaban reflujo nasal de líquidos o sólo muy escasas gotas que no persistían generalmente más de 2 ó 4 días, y llamaba la atención el contraste con enfermos diftéricos atendidos en el consultorio externo con estrioterapia a dosis bajas, que no aceptaban la internación, indudablemente con difterias menos graves y que sin embargo, con frecuencia conservaban reflujo nasal “a chorros”, durante largo tiempo.

Aún en los casos con síndrome de Marfán completo o esbozado (vómito, lipotimia, facies típica, agitación o acentuada adinamia), como en los casos: 1955, 1958, etc.; la recuperación era con frecuencia rápida.

Comprobábamos por el contrario, que los enfermos que hacían en el curso del tratamiento parálisis del velo notable, síndrome de Marfán completo o esbozado, correspondían a aquellos casos en que habíamos empleado, al principio de los ensayos, dosis débiles y que todo ello se atenuaba y desaparecía a los pocos días de alcanzar las dosis altas.

Mientras Paiseau en sus observaciones de 1937, constata la gran frecuencia de la parálisis a pesar de la estrienina (si bien todas curaban), nosotros no la observamos casi nunca. Explicamos esta diferencia en el hecho de que manteníamos la dosis alta de estrienina durante 55 días, mientras Paiseau y sus colaboradores la indicaban en dosis máximas tan solo entre 15 a 35 días.

Sin embargo, todas estas apreciaciones podían tener mucho de subjetivo o de presencia de factor circunstancial, ya que la toxicidad y el poder patógeno esencial del germen es tan variable según los años. Por eso hacía falta una contraprueba.

CONTRAPRUEBA CLÍNICA.—Es por ello que anotamos los siguientes datos: En varios casos el disminuir demasiado prematuramente la dosis de estrienina, aparecía franca parálisis del velo del paladar, la que desaparecía en su sintomatología clínica al retomar la

dosís alta; se disminuye o se suspende la estrienina y vuelve a reaparecer la veloplejía que hacemos retroceder volviendo a la medicación; esto se constata en las historias 1622, 2175, 2262, 1919, 2017, 2183, 2204, (7 casos). Ello nos alentó en la prosecución del empleo sistemático del medicamento.

Pero hay más; un proceso febril sea cual fuere, disminuye la eficacia de la estrienina y la dosis que antes enmascaraba una parálisis del velo, luego, durante el período febril no logra hacerlo y es necesario aumentar la dosis aún sobrepasando el miligramo por kilo de peso, como se constata en los casos 1949 y 2006, en los cuales la escarlatina fué el proceso intercurrente; caso 2139, por varicela y 2226 por adenoflemón cervical.

Es interesante constatar que en el mismo momento del repunte febril o poco antes ya, aparece o reaparece el cuadro clínico de la parálisis, el que luego desaparece en la apirexia.

Todo ello indica claramente que el enfermo que estará exento de peligro mantiene, a pesar de la intoxicación diftérica el tonismo neuromuscular suficiente, sea espontáneamente por la poca intensidad de la intoxicación en los casos leves o por la acción de la estrienina que exalta al nivel normal la excitabilidad disminuída en los casos graves, y que los procesos febriles intercurrentes vuelven a disminuir la sensibilidad de los centros, necesitándose por lo tanto, aumento de la droga neuroexcitante.

En el caso 1949, entre otros análogos, se anota: Parálisis al 6.º día, (dosis bajas de estrienina), al aumentar hasta algo más de medio miligramo desaparece la parálisis; 6 días después se suspende un solo día la estrienina y vuelve el reflujo nasal que desaparece al retomar la medicación, continúa bien, y sólo reaparece durante un sólo día, el reflujo nasal; nueve días después, coincidiendo con un acceso febril de 39º5, por escarlatina.

Podría compararse aquí la forma de obrar y de manejar la estrienina a la insulina en los diabéticos con procesos febriles; en efecto, en los diabéticos hay que aumentar rápidamente la insulina en los procesos febriles que hacen glucosúrico un sujeto antes normoglucémico; de no hacerlo se corren graves riesgos; pero también es indispensable volver rápidamente a la dosis normal cuando desapareció ese motivo de aumento, pues de lo contrario, en el diabético se caería en la hipoglucemia y en el diftérico en la convulsión estriénica, (como nos sucedió en una ocasión).

EFFECTO SOBRE LA MORTALIDAD.—Pero todo lo dicho tendría escasa importancia si no hubiésemos luego constatado el paralelismo que tiene el efecto terapéutico de la estrienina en la veloplejía con su brillante acción sobre la mortalidad de los diftéricos.

En efecto, la influencia de la estricnoterapia intensiva sobre la mortalidad de los diftéricos, es bien elocuente. Considerando solamente los casos fallecidos después del 5.º día de ingreso, de los tratados con estrienina, (2 años de experiencia), uno solo falleció en 33 casos, (aún este caso, historia 2297, merece ser excluído, no por haber fallecido con complicación pulmonar, fiebre de 39 grados, sino porque en aquella época no habíamos aún establecido la necesidad y la inocuidad de sobrepasar el miligramo por kilo peso en los diftéricos con complicaciones febriles).

En cambio, en ese mismo tiempo, sin estrienina o a dosis clásicas, tenemos por un lado 39 niños curados y 26 fallecidos. 40 % de fallecidos.

Estos 26 casos de fallecidos se descomponen así: sin estrienina 2, entre el sexto y oncenno día; 3 con el cuadro del síndrome de Marfán entre cuarenta y cincuenta y dos días.

Del mismo modo empleando la estrienina en dosis de 1 a 3 miligramos diarios en total, fallecieron 9 enfermos entre el 8.º y 10.º día. Empleando 1/4 de miligramo por kilo, fallecieron 5 enfermos entre el 8.º y 12.º día. A esto se puede añadir 2 casos en que fué interrumpida la estricnoterapia intensiva prematuramente, falleciendo uno a los 35 días, (número 1861, y otro a los 52 días por escarlatina (número 2175).

Observando aquellos casos que presentaban trastornos electrocardiográficos muy graves en forma de bloqueo de rama y arborizaciones o disociación aurículo ventricular, vemos que, tratados con estrienina, dos curaron, uno clínicamente, y otro electrocardiográficamente; no empleando la estrienina un enfermo curó espontáneamente, mientras otros 5, también sin estrienina, fallecieron.

Hasta aquí hemos presentado los hechos de observación; tan sólo pocas palabras sobre su interpretación.

INTERPRETACIÓN DEL EFECTO DE LA ESTRICNOTERAPIA.—Si la estrienina, de acuerdo como lo demuestran las experiencias clásicas, obra, (y allí se la encuentra), sobre todo el eje nervioso, (especialmente bulbo), es en ese mismo sitio donde se fija la toxina diftérica produciendo una neuronitis, si bien con predominio pe-

riférico de la lesión; no nos referiremos aquí más que a la impregnación del sistema nervioso cuyo papel preponderante creemos surge de los hechos de observación constatados.

En efecto, lo que nos llamó la atención en los casos estudiados, fué la disminución evidente de la constatación clínica de los signos de intoxicación diftérica, fijada en el miocardio, (excluido el sistema de la conducción), que se traduce habitualmente por el apagamiento de los ruidos, ritmo de galope, etc., como si estos trastornos también se hicieran, por la estriénina, casi asintomáticos, mientras que en esos mismos enfermos el examen electrocardiográfico nos revelaba graves lesiones del sistema de conducción intracardiaco. Por el contrario, en otros casos anteriores, no tratados con estriénina, el ritmo de galope, por ejemplo se mantiene durante muchos días, (N.º 1085), o semanas aún cuando en ocasiones el electrocardiograma no revela lesiones serias del sistema de conducción.

Troisfontaines en 1907 ya había dicho: “la estriénina puede galvanizar el sistema nervioso y mantener la vida durante el tiempo necesario para que el agente infeccioso sea vencido.

Sintetizamos el manejo del medicamento:

La absorción de la estriénina es rápida, a los 10 ó 15 minutos de la inyección; a la media hora se alcanza el máximo de concentración en el sistema nervioso, quizá por vía bucal es más lenta y uniforme.

Los tres únicos casos que tuvimos de convulsiones no ocurrieron más allá de la media hora de la inyección; los tres casos consistieron en una única convulsión que desapareció enseguida sin ningún tratamiento, permitiendo retomar la estriénina a dosis algo menores; los 3 casos habían tomado más de un miligramo 1.4 kilo, justificado ello por la gravedad del cuadro clínico. (uno de ellos una plineuritis grave con parálisis de músculos de la nuca, y de músculos intercostales, con cianosis, que curó).

La causa de dichas convulsiones residió en que al principio de los ensayos, fraccionábamos la dosis diaria en tres o cuatro veces, luego, cuando siempre indicábamos el fraccionamiento de la inyección o bebida cada 3 horas, no volvimos a observar jamás convulsiones a pesar de llegar a más de un miligramo por kilo, diariamente.

Para evitar confusiones es práctico utilizar solamente ampollas conteniendo 1 y 2 miligramos de estriénina.

El uso de la digital está contraindicado, pues su efecto sobre el sistema de conducción intracardíaco se asemeja en realidad, al del propio veneno diftérico. La digitalina retarda la conducción y exalta la excitabilidad de los centros inferiores miocárdicos; debe ser desechada en el diftérico.

Al principio empleábamos tónicos cardíacos del tipo estimulante difusible como el alcanfor, como aconsejaban los autores; después al observar el efecto rápido en los tonos cardíacos y el pulso de la estriénina, lo excluimos; ello nos ratificó del preconcepto que teníamos de la causa nerviosa, central o periférica, como origen del colapso circulatorio.

No podríamos concluir sin dejar constancia del valioso aporte que significó para nuestros estudios los datos electrocardiográficos cuya importancia corresponde destacar, que nos suministró el Dr. Rodolfo Kreutzer, lo que agradecemos.

CONCLUSIONES

1.º La estriénoterapia intensiva, (1/2 a 1 miligramo o más), por kilo de peso, es la medicación complementaria del suero más útil, indispensable y con frecuencia heroica en el tratamiento de las anginas diftéricas graves, (excluido el erup). Reduce a proporciones mínimas la mortalidad.

2.º Debe alcanzarse la dosis máxima de estriénina en 1 a 3 días según la gravedad; la dosis debe ser fraccionada cada 3 horas con cuyo fraccionamiento se evita con seguridad cualquier trastorno por la medicación estriénica.

3.º En los primeros días de enfermedad es preferible la forma inyectable; luego se puede utilizar la vía bucal: sulfato de estriénina en agua destilada, a tomar por cucharadas.

Doce centigramos de sulfato de estriénina en 300 c.c. de agua destilada; cada cucharada grande contiene 6 miligramos, la cucharada de postre 4 miligramos, pudiéndose agregar un jarabe correctivo en el momento de la toma.

4.º La aparición de una complicación febril plantea la necesidad de aumentar la dosis y normalizarla luego, desaparecido el motivo.

5.º Debe mantenerse la dosis máxima constante en los casos graves, especialmente si hay síntomas clínicos o signos electro-

cardiográficos serios durante 55 días, por lo menos a contar desde el comienzo de la angina, después no hay inconveniente en la suspensión del medicamento, en pocos días.

Pensamos haber aportado, con lo que antecede, una contribución al estudio terapéutico de una enfermedad que ocupa un primer plano entre las graves enfermedades infecciosas

RESUMEN

Presentamos un perfeccionamiento del procedimiento preconizado por Paiseau y sus colaboradores, en la aplicación de la estricnoterapia intensiva en las difterias graves, excluido el erup.

Excluyendo en la estadística los fallecidos hasta el 5.º día de ingreso, evidenciamos, en una experiencia de 2 años, (Hospital de Niños, Sala XI, Jefe Dr. E. Adalid), sus beneficios, comparando la mortalidad de 40 % en un grupo de 65 niños en que no fué empleado el procedimiento, frente a un solo caso de muerte en 33 casos de difterias graves en que fué empleada la estricnoterapia intensiva. Aún este, caso, merece ser excluido, no por haber fallecido con complicación pulmonar, (fiebre de 39°), sino porque en aquella época no habíamos aún establecido la necesidad y la inocuidad de sobrepasar el miligramo por kg. de peso en los diftéricos con complicaciones febriles.

Las dosis giran alrededor de un miligramo por kg., fraccionándolos cada 3 horas; se mantienen estas dosis durante 55 días por lo menos, en los casos muy serios; se puede sobrepasar el miligramo por kg. en presencia de síntomas graves clínicos, (parálisis del velo, polineuritis generalizada, ritmo de galope, colapso cardiovascular, vómitos), complicaciones febriles o signos electrocardiográficos serios; se puede disminuir ligeramente la dosis al desaparecer estos síntomas por varios días y retomar las dosis altas si se hace necesario.

A las altas dosis se llega en uno o tres días según la gravedad de la angina; en las primeras semanas o en todo el tiempo en los enfermos graves, se emplea siempre la vía subcutánea; paulatinamente se va empleando la vía bucal en gránulos o cucharadas de una bebida de sulfato de estricnina en agua destilada.

Los 3 únicos casos de convulsiones que se presentaron curaron espontáneamente; fué una única convulsión que desapareció enseguida; la causa de ella residió en que al principio de los ensayos la dosis diaria se fraccionaba en 3 ó 4 veces, pero al dividir la dosis cada tres horas, no se presentaron jamás convulsiones en más de 40 casos, a pesar de sobrepasar con exceso, en algunos casos, un miligramo por kg.

BIBLIOGRAFIA

- Paisseau, Braillon y Vaille.—“Bull. Soc. Ped.”, enero 29 de 1935.
Paisseau, Braillon y Vaille.—“Presse Médicale”, agosto de 1936, página 1241.
Jannette-Walen.—Thèse de Paris, 1936.
Uhry.—Les Paralysies diphtériques. (Thèse de Paris, 1933).
Grenet (en Nobécourt).—Traité de Médecine des Enfants, 1934, t. II.
Roudinesco.—Thèse de Paris, 1933.
Zadoc Khan.—Anomalies électrocardiographiques au cours de la diphtérie. Signification clinique et valeur pronostique. (Thèse de Paris), 1931.
Aviragnet-Weil-Hallé.—Traité de Roger-Widal-Teissier, 1922.
Guy-Laroche et Grigaut.—C. R. Soc. Biol., 1911, pag. 516.
Claude.—Tratado de neurología.
G. Ramón, R. Debré y Uhry.—Paral. diph. exper. “Annales de l'Inst. Pasteur”, enero de 1934.
G. Ramón, R. Debré y Uhry.—Paral. diph. exper. “Presse Médical”, diciembre 19 de 1934.
Boden.—Ed. Labor, 1937.
White.—Heart, Disease, 1937.
B. Schick, (en Pfaunder y Schlosmann).—1932.
Meyer y Gottlieb.—Farmacología experimental, 1924.
Segal.—Contribution á l'étude de la participation medulaire dans les paralysies diphtériques. (Thèse de Paris, 1929).
Nobécourt.—Pédiatrie, 1936.
Batro.—Arritmias.
Anaya.—“Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo”, N.º 5, pag. 504.
Buzzo.—Toxicología.
Vibert.—Toxicología.
P. Levy.—Société de Pédiatrie, 15 mars 1932.
G. Ramón, P. Debré y P. Uhry.—Soc. de Biol., 7 de mai 1932.
Achard et Thiers.—La Médecine, 1925, p. 349.
Zadoc-Kahn.—La Médecine, 1933.
Lhermitte, Debré y Uhry.—“Annales del Inst. Pasteur de Paris”, janvier 1934, p. 5.
Lerro.—“La Pédiatria”, 1933, t. 41, p. 185.
Mezard.—“Presse Médicale”, 1935, t. 1, p. 656.
González A.—“La Semana Médica”, 12 de febrero de 1933.
C. Natin y Da Rin.—“La Semana Médica”, 1931, 32, 34.
P. Munlenskamp.—“Klin. Wochenschrift”, 6 de octubre de 1934.
Marchal, Soulé y Grupper.—Soc. Mes. des Hôp. de Paris, 16 de junio de 1933.
Schwarz.—“Pédiatria”, marzo-junio de 1933, 610.
Boden.—Edit. Labor, 1937.
Paisseau y P. Carrez.—“Arch. de Med. des Enfants”, nov. 1937, p. 710.
Leunda.—“Arch. de Méd. des Enfants”, mars 1938, p. 129.
Jaubón, Alquié, Simón.—“Presse Médicale”, 20 de octubre de 1937.

La asistencia médico-social a la madre y al niño en Francia y Alemania (*)

por el

Dr. Carlos Ruíz
Médico agregado

En las líneas que van a continuación hemos tratado de reflejar en forma breve y lo más concreta posible, nuestras impresiones sobre la obra de asistencia médicosocial a la maternidad y a la infancia que se realiza en Francia y Alemania.

Cuando se contempla el panorama de la asistencia social en Europa, tres hechos fundamentales saltan a la vista. El primero es cómo, gradualmente, el concepto de Asistencia Social está siendo reemplazado por el de Previsión Social, vale decir, llegar a evitar por todos los medios posibles que se establezcan situaciones de necesidad que obliguen a actuar a la asistencia social; el segundo, es la substitución de la asistencia al individuo aislado por la asistencia a la familia, a la comunidad, a la clase necesitada o proletaria. Uno y otro hecho se entremezclan y hacen que ya no se considere como suficiente el aporte de cuidados médicos, de ropa, víveres, o vivienda al que los necesite, sino que además se intenta por leyes de seguros, de socorros y de previsión social, obtener para la clase más necesitada una estabilidad de vida material que le impida caer por razones de desocupación o de enfermedad, en una situación de miseria. Se agrega a ello las medidas que se toman, como ser, vacaciones, viajes, deportes, teatros, conciertos, para permitir a dicha

(*) Informe elevado a la Sociedad de Beneficencia de la Capital y leído en la Sociedad Argentina de Pediatría en las sesiones de los días 11 de octubre y 8 de noviembre de 1938.

clase disfrutar de posibilidades hasta ahora limitadas a las clases pudientes.

El tercer factor a que hacíamos referencia es la preponderancia, sobre las factores sentimentales y humanitarios que impulsan a las comunidades a acudir en ayuda de sus semejantes, de factores que podríamos llamar razones de Estado. Las bajas crecientes de la natalidad, con todos los problemas que importan para la estabilidad económica y política de una nación, ha llevado a los estados europeos a una preocupación persistente por propender por todos los medios, al aumento de la familia y de la natalidad. Es innegable que los sentimientos humanitarios—como que son inherentes al alma humana—están involucrados en esta obra, pero es evidente que las razones económicas y políticas son las que parecieran obligar a los gobiernos a desplegar la acción intensa que cumplen.

Hemos elegido para esta exposición, la obra que se realiza en Francia y Alemania. Aunque en ambos países la finalidad está también regida por los tres hechos fundamentales que hemos destacado, los caminos a seguir hasta ella están trazados con líneas distintas. Diferencias temperamentales de raza y de configuración política justifican esta diversa manera de resolver los problemas, y alguna enseñanza puede surgir para nuestro medio, de la confrontación de ambos métodos.

Pensábamos además agregar algunas líneas sobre la obra realizada en Viena. La oportunidad nos permitió llegar a conocer sus organizaciones en la materia que nos ocupa antes de su anexión a la nación alemana, y aún ser espectadores de tal hecho histórico. La tradición que en asuntos de asistencia social posee la ciudad de Viena, el carácter de primicia con que han sido realizados allí ensayos que rápidamente se han extendido luego por todo el mundo, y lo interesante de algunas características de estas organizaciones, nos entusiasmaba a esa tarea. Pero la inclusión actual de dichas organizaciones en el plan alemán y el cambio fundamental de su carácter, nos aleja de esa tarea y preferimos circunscribirnos en este informe a la labor que se realiza en Francia y en Alemania.

Francia

En 1892, un costurero parisién, Félix Poussineau, conmovido por la situación precaria de las obreras de la costura y de la moda

en trance de ser madres, ideó una sociedad de ayuda mutua que permitiera a esas obreras suspender su trabajo antes y después del parto, en un tiempo prudencial. Mediante una modesta contribución de las adherentes, éstas podían recibir en dicha situación, una subvención que les permitiera reposar sin mayor angustia económica. Nació así en 1892 la "Mutualité Maternelle" (1), apoyada especialmente por su fundador y casi en seguida por la Cámara de Comercio de París, que encontró la idea digna de auspicio.

Esta iniciativa privada, puede decirse que fué el origen de la famosa ley Strauss votada algunos años más tarde, en 1913. Por esta ley toda mujer asalariada embarazada tiene derecho a hacer abandono de su trabajo desde un mes antes hasta un mes después del parto, sin que ello pueda ser causa de despido. Por la ampliación votada en 1928, el plazo se extiende a 6 semanas antes y 6 semanas después del parto, período que puede ser prolongado hasta 9 semanas, bajo certificado médico y con retribución del jornal.

Con el voto de esta ley, aparentemente había dejado de existir la razón de subsistencia de la Mutualité Maternelle; pero ya la organización había adquirido demasiada extensión para que pudiera desaparecer. Muchas familias continuaron suscribiéndose a esta especie de seguro complementario y mientras tanto la Mutualité extendía su acción: creación de consultorios para embarazadas y niños, provisión de ropas para el recién nacido, primas de lactancia para la madre, ayudas sociales, etc. En 1936, de 32.196 niños nacidos en el distrito de París, 8.086 han sido seguidos en su primer año de vida en los servicios de la Mutualité Maternelle y 57 visitadoras forman su ejército social.

La Mutualité Maternelle es un ejemplo típico de lo que significa la obra de iniciativa privada dentro del cuadro de la asistencia médicosocial en Francia. En pocos pueblos europeos se halla tanto espíritu de iniciativa, tanto sentimiento de solidaridad, tanta capacidad de abnegación en el esfuerzo. Puede decirse que la obra privada en Francia se ha adelantado siempre a la labor oficial y que sus iniciativas y sus ensayos, han servido de experimentación y base para las obras que el Estado ha podido luego ampliar, dada su mayor capacidad económica. También es digno de anotar que, como en el ejemplo de la Mutualité Maternelle, alcanzado lo que podríamos decir aprobación del Estado, las obras

(1) Secretaría: 39, rue des Petits-Champs.

privadas intentan siempre una superación y un nuevo camino en busca de un constante perfeccionamiento y al mismo tiempo, una constante libertad de acción.

Esta manera de sentir y de obrar hace que sean infinidad las instituciones privadas que existen en dicho país ⁽²⁾, aunque la falta de una dirección central, de una unidad nacional de asistencia social, haga muchas veces ese esfuerzo en gran parte desperdiciable.

Esta falta de unidad central no significa falta de preocupación por el problema de parte del gobierno de la Nación. Por el contrario, desde hace muchos años es muy grande el esfuerzo que éste realiza buscando de apoyar, dirigir y encauzar todo lo que en materia de asistencia social a la madre y al niño se realiza con carácter privado u oficial, ya sea este de índole departamental o comunal. Es una tarea aparentemente más lenta que la que en ese sentido se realiza en otros países de Europa, pero ella está más de acuerdo con la organización política francesa y, fundamentalmente, con las características individuales del pueblo francés. Además la situación económica de Francia ha permitido hasta hace poco, que gran parte de esa asistencia esté a cargo de la obra privada y ello no ha obligado al Estado—como en otros países—a encargarse en forma total de esa tarea.

Pero en estos últimos años esa situación ha ido cambiando. La depresión económica ha sido causa de que gran parte de los sostenedores de las obras privadas no puedan seguir aportando su ayuda, obligando así al Estado a subvencionarlas para evitar que se resienta el cuadro de la asistencia social precisamente cuando más necesario es. Además, la natalidad infantil ha ido decreciendo en forma tan alarmante, que el Estado se ha visto obligado a intervenir en forma franca en busca de una política de aumento de la familia y de la natalidad.

Algunas cifras aclararán esa situación. Entre 1935 y 1936 la natalidad en toda Francia ha sido inferior en 30.000 unidades a la mortalidad. Si ya de por sí esta despoblación paulatina no fuera suficientemente grave, bastaría para hacerla alarmante para el por-

(2) Su número y carácter alcanza tal complejidad que existe en París desde hace muchos años el "Office Central des Oeuvres de Bienfaisance" (secretaría: 175 Boulevard Saint-Germain), destinado solamente a informar al público, de la institución a la que corresponde dirigirse en caso de necesidad de ayuda, como así mismo facilitarle las gestiones ante ella.

venir político de la Nación el compararla con el superavit de 915.000 individuos que alcanza Alemania en ese mismo espacio de tiempo. Ya veremos luego al hablar de Alemania cuales son las causas fundamentales de ese extraordinario aumento de la natalidad, pero circunscribiéndonos en este momento a Francia, es evidente que dicha situación es debida, posiblemente en partes iguales, a la depresión económica y a la intranquilidad política europea con el consiguiente desánimo en el seno de las familias.

Ante esa situación el Estado francés intenta llevar a los hogares, el convencimiento del apoyo que está dispuesto a prestar para la constitución de la familia y el nacimiento de los hijos y vota *leyes de protección a la familia, primas de natalidad, subsidios a los niños necesitados, socorros para la prevención del abandono de los hijos, leyes de seguros obreros, etc.*, y al mismo tiempo trata de centralizar toda la obra privada y oficial ya existente en materia de asistencia a la madre y al niño, buscando una acción de conjunto que evite desperdicios de esfuerzos y de dineros.

Esta centralización de la asistencia es hecha respetando en todo lo posible la iniciativa privada, en una interesante solución del problema como luego veremos.

Pasemos primero revista a lo que se ha hecho en materia de *leyes para la protección a la familia*.

Para propender al aumento de la natalidad, la ley votada el 13 de agosto de 1936 establece que toda familia francesa que tenga más de 3 niños a su cargo y cuyos recursos sean insuficientes, recibirá una prima mensual por cada niño a partir del tercero y siempre que tenga menos de 13 años. En caso de viudez, la prima alcanza también al segundo niño. Igualmente la ley establece el apoyo que las Comunas prestarán a las familias numerosas en materia de preferencia para la cesión de alojamiento económico, provisión de ropas y artículos de primera necesidad, como así mismo el derecho a importantes rebajas en los transportes urbanos y ferroviarios.

Por las nuevas *leyes de seguros sociales*—a cargo patronal y obrero—votadas en octubre de 1930, todo asalariado jefe de familia tiene derecho a una prima única en cada nacimiento de un hijo como así mismo primas para pago de alquiler de acuerdo con el número de niños a su cargo. Estas leyes de seguros sociales para asalariados, a cargo patronal y obrero son completadas por

leyes llamadas “de socorro”, a cargo del Estado, para todo jefe de familia sin trabajo.

Es interesante anotar que estos seguros sobre la natalidad y el alquiler en caso de familia numerosa existían en París, también por iniciativa privada, antes del voto de la Ley. Al igual que el costurero Poussineau, algunos patrones industriales parisienses fundaron hace algunos años una *Caja de Compensación*, por la cual mediante contribuciones patronales y obreras se ayudaba a las familias proletarias numerosas con un sobresueldo sobre el jornal común. En la actualidad la *Caja de Compensación del Departamento del Sena* ⁽³⁾ engrosado su presupuesto por el aporte obligado por la ley de todas las firmas, constituye una de las principales organizaciones de la asistencia materno-infantil ya que su acción no se circunscribe solamente a pagar las primas, sino que ha establecido gran cantidad de consultas prenatales e infantiles, colonias de vacaciones en el mar y la montaña para hijos de obreros, escuelas de orientación profesional, etc., todo ello orientado por un Servicio Social a cargo de un cuerpo de visitadoras cuya organización es un modelo en su género.

Hemos visto ya por la ley Strauss el derecho al descanso pago de toda mujer que trabaja, antes y después del parto. Por ampliación votada en 1930 ese reposo alcanza también a toda mujer sin trabajo y necesitada, estando a cargo del Estado dicho pago. Nacido el niño, las leyes de seguros sociales para las mujeres que trabajan y las de socorro para las desocupadas, establecen las llamadas *primas de lactancia* a la que es acreedora toda madre que amamanta a su niño y que puede abarcar todo el primer año de la vida de éste.

Todos estos recursos puestos al alcance de la familia favorecen evidentemente el aumento de la misma, disminuyen los riesgos de la gestación, del parto y del puerperio, y al mismo tiempo velan por la salud del niño. Pero si el Estado no puede evitar que la madre —aunque beneficiada por todas esas leyes— deba volver al trabajo pasados los dos meses que establece la Ley Strauss, las instituciones privadas y en este caso, especialmente la Caja de Compensación, tratan de mejorar aún esta situación. Se creyó al principio que estableciendo modernas *crèches* o *guarderías de niños* en las fábricas, el problema estaba más o me-

(3) Secretaría: 10, rue Viala.

nos resuelto ya que por ley el patrón está además obligado a permitirle a la obrera dos descansos de media hora para que pueda dar el pecho a su niño. Pero el problema físico y psíquico de la madre que trabaja y está separada de su hogar y de su hijo subsiste lo mismo, y no se llega a realizar el necesario reposo y obtener la alegría espiritual que importa cuidarlo en la propia casa y con las propias manos. Por eso las Cajas de Compensación tienden a evitar el trabajo de la madre durante todo el primer año de la vida del niño. Instalaciones de servicios médicos gratuitos, provisión de ropas y artículos de primera necesidad, obtención de alojamientos baratos e higiénicos, mejoras de trabajo para el padre, apoyo económico, todo es intentado con la finalidad de que la madre pueda cuidar a su niño sin necesidad de trabajo asalariado. Es una obra compleja y difícil y que solo es posible gracias a la acción de las visitadoras del Servicio Social, cuya eficacia ha sido más que probada en los últimos años en toda Europa. Solo ellas con un conocimiento directo del hogar necesitado, del ambiente que lo rodea, de la calidad moral e intelectual de las personas que lo constituyen pueden intentar solucionar el problema, de mejorarlo económica, moral y físicamente, tarea realmente imposible desde un escritorio médico o burocrático.

Se intenta así por todos los medios llevar a la práctica la frase de Lagueu: *“toda madre pobre debe ser la nodriza pagada de su niño”*, posiblemente una de las mejores soluciones para reducir la morbilidad y mortalidad infantiles en las clases proletarias y para prevenir el abandono del niño.

Pero la finalidad de las leyes que hemos pasado someramente en revista no es sólo de ayudar económicamente a las familias numerosas o necesitadas. Tienen también por finalidad vigilar la salud de la madre y la del niño, para lo cual establece que los beneficiarlos de los seguros o los socorros, no podrán recibirlos si no son atendidos médicamente ya sea en las instituciones del Estado o en las privadas autorizadas por aquél. Así por ejemplo, con una finalidad de profilaxis antenatal, ninguna madre puede ser subsidiaria de la ley Strauss y de la prima de natalidad, si no hace declaración de su embarazo a más tardar al 5.º mes del mismo y si no concurre al dispensario—que ella puede elegir—pero donde debe someterse a los exámenes y tratamiento que el médico crea necesarios. Igualmente para ser beneficiaria de la prima de lactan-

cia, el niño debe estar atendido regularmente en los dispensarios autorizados.

Un carnet de crecimiento que es entregado a cada niño en su nacimiento por el Registro Civil, y que es de obligatoria presentación en las consultas, controla esa vigilancia, orienta al médico sobre anteriores tratamientos y evita también atenciones múltiples, facilitando así la centralización de servicios de que hablaremos después. Si a pesar de ello, la ignorancia o la incompreensión de la familia, hace que el niño no sea observado regularmente, o intenta atenciones múltiples utilizando sobre todo las instituciones de carácter privado, una vez más entra en juego la visitadora de higiene quién podrá hacer comprender a la familia las ventajas de una asistencia ordenada y disciplinada, venciendo sus dudas o solucionando las dificultades que se hubieran podido presentar.

También las nuevas leyes preven la situación de los niños abandonados o colocados en la campaña.

Es conocida la antigua costumbre parisién de colocar los niños recién nacidos en casa de buenas nodrizas. A raíz de ello se vota en 1874 la conocida *Ley Roussel* que establecía la obligación de declarar la colocación en nodriza de todo niño y la vigilancia médica a que debían éstos estar sujetos. Aunque un gran paso en la protección de esos niños, la ley era aún incompleta y ha sido ampliada en 1935. En primer lugar existe obligación tanto de parte de la nodriza como de los padres de hacer declaración del niño; en segundo lugar, mientras que la ley Roussel hablaba sólo de colocación paga, la nueva ley no especifica nada, lo que implica que toda adopción de niño ajeno, paga o no, temporaria o definitiva, debe ser declarada. Además, la ley se extiende no solo a la colocación familiar sino también a la colocación en instituciones como "pouponnières", "hogares infantiles", "centres d'élevage", etc. Por otra parte, por el nuevo decreto no solo la nodriza debe poseer certificado de buena salud, expedido por autoridad competente, sino además todas las personas que cohabitarán con el niño.

Para completar la acción de estas leyes se ha intentado y se intenta, organizar y centralizar las distintas obras—privadas y oficiales—que existen para la asistencia a la madre y al niño.

Ello no es, evidentemente, una tarea fácil. Y no es tarea fácil porque por parte de las obras oficiales ellas dependen ya sea de las autoridades nacionales, departamentales o comunales, completamente autónomas unas de otras dada la configuración política de Francia y, por parte de las obras privadas, ellas tienen tal carácter de heterogeneidad que hace realmente difícil su agrupación bajo una común directiva.

El Estado francés podría—al igual de otros países—dictar una ley provocando la anexión de todas esas instituciones o colocarlas bajo una obligada dirección común, pero, en primer lugar, pareciera respetuoso de las libertades individuales y, en segundo lugar, pareciera creer que la obra oficial, obligadamente burocrática, no llega a tener el calor de entusiasmo y de abnegación de la obra privada, como así mismo la facilidad de adaptación, de matiz, a que puede llegar esta última, características tan fundamentales para una acción eficaz en materia de asistencia social.

Prefiere entonces lanzar la sugestión—por iniciativa de un gran ministro de Salud Pública, Henri Sellier, a quien están también vinculadas la mayor parte de las nuevas leyes que hemos enumerado—de una unión de las obras privadas y oficiales en una organización central, autónoma, regida por los mismos adherentes. El momento actual era propicio. No sólo las obras privadas se veían resentidas en sus presupuestos por la falta del aporte de sus sostenedores, dada la depresión económica, sino que además estaba ya en el ánimo de todos la necesidad de una acción coordinada.

La primera experiencia es hecha en París y nace así el "*Office de Protection de la Maternité et de l'Enfance*" del departamento del Sena ⁽⁴⁾. Está dirigido por un consejo técnico de 6 miembros, formado por partes iguales por delegados de las obras del Estado, de las obras privadas y de las Cajas de Seguros. En realidad existía ya en Francia, una organización, el "*Comité National de l'Enfance*" ⁽⁵⁾ que tenía por finalidad una acción de coordinación y orientación de las instituciones ya existentes o a crearse, pero su mismo carácter de extensión nacional le quitaban el carácter práctico con que es fundado el Office de la Protection de la Maternité et l'Enfance. La acción coordinada de estas dos organi-

(4) Secretaría: 6, rue de Berri.

(5) Secretaría: 51, Avenue Victor Emmanuel.

zaciones permite prever para muy pronto una total unidad de acción en toda Francia.

El Office lleva un control de todos los niños nacidos en el Departamento, los que le son comunicados cada día por el Registro Civil. El niño es entonces visitado por una visitadora del Office quien se informa sobre la situación familiar y continúa la vigilancia del niño si no se hace cargo de él alguna de las obras asociadas o si la condición económica de la familia no lo hace necesario. Un fichero central al que comunican las instituciones adheridas sus asistencias impide las asistencias múltiples. En 1936, sobre los 62.014 niños nacidos en el departamento del Sena, 44.706 fueron atendidos por la Obras adheridas, 2119 se enviaron a la campaña con nodriza, 5900 pertenecían a familias acomodadas, 4845 se llevaron fuera del departamento o no han sido hallados después de la primera visita y 1845 han fallecido. En total 2/3 de los niños nacidos en 1936 han sido controlados o asistidos durante su primer año, por las Obras del Office o por él mismo.

Para cumplir esta tarea, el Office ha dividido el departamento del Sena en 72 sectores (20 en París y 52 en los alrededores), en cada uno de los cuales actúa una o más visitadoras y una o más secretarías de oficina. Mensualmente tiene lugar en cada sector una reunión de las visitadoras de las obras que actúan en él, para cambiar ideas e impresiones sobre las familias asistidas y coordinar la obra a realizar. También en el Bureau central del Office, se realizan reuniones mensuales de los Jefes de Servicio Social de las instituciones adheridas para mantenerse en contacto constante. Además para la mejor coordinación, conocimiento y al mismo tiempo emulación entre las obras, se realizan visitas entre las mismas.

Prácticamente todas las instituciones que se ocupan de la protección a la madre o al niño, están ya adheridas al Office. Diversas razones han contribuido al éxito rápido del Office en sus cuatro escasos años de existencia. Según parece, en los primeros tiempos hubo que pasar duras pruebas. No era fácil coordinar tendencias opuestas e intereses o amor propio mal interpretados de las diferentes instituciones. Pero, poco a poco, las resistencias se fueron venciendo, las mismas obras sintieron la necesidad de la colaboración y muchas de ellas empiezan ya a fusionarse, en una tendencia franca hacia la unidad de acción. Gran parte de este éxito es debido a la acción inteligente que despliega la secretaria del

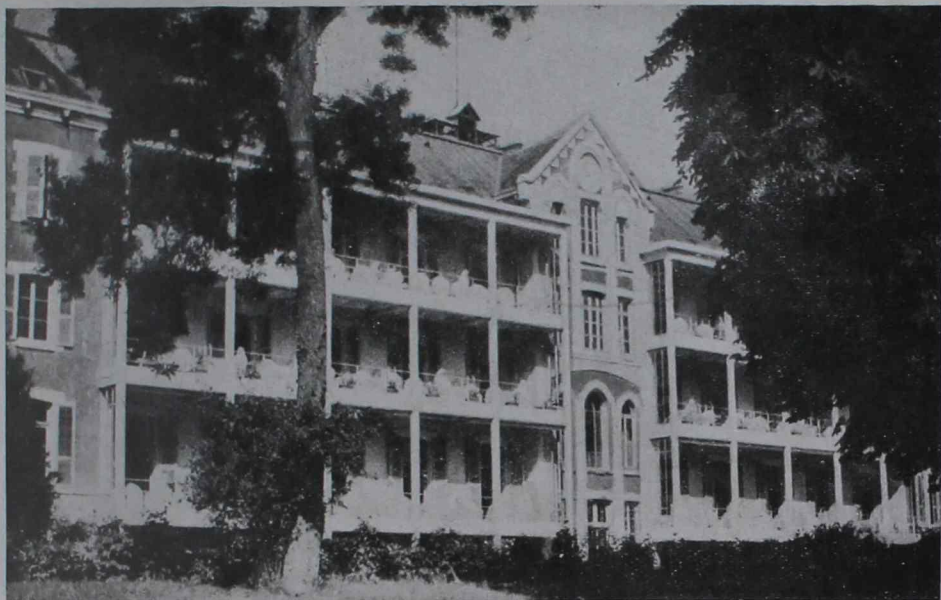
Office, Mlle de Hurtado, una de las mujeres más inteligentes de la asistencia social francesa, pero es indudable que han pesado también importantes factores económicos. Debe tenerse en cuenta que solamente las obras adheridas son las reconocidas por el Estado o las Cajas de Seguros, como intermediarias para hacer llegar a los subsidiarios los beneficios de las leyes de seguros o de socorros ya descriptas.

Tuve oportunidad de asistir en el Bureau central del Office a una de las reuniones mensuales de las jefes de Servicio Social de las instituciones adheridas. No puedo dejar de reconocer que me llamó la atención, que en las tres horas largas que duró la reunión, ninguna de las concurrentes se explayó sobre comentarios doctrinarios o sentimentales a los que se es tan fácilmente propenso cuando se trata de una reunión de esta índole. Por el contrario, allí solo se habló de cuestiones económicas, mientras grandes mapas de la ciudad con cuidadosa clasificación de las instituciones, población escolar, mortalidad y natalidad infantil, servían de guía en la discusión.

A esta orientación práctica y diríamos, realista, se debe la impresión de confianza que inspira la obra del Office y que le permite orientar en un sentido de unidad toda la asistencia médico-social. No se puede, sin embargo negar, que gran parte de esa tarea ha sido previamente preparada por la acción desplegada por otras instituciones y muy especialmente por el citado Comité National de l'Enfance.

Para que la política social en favor de la infancia sea eficaz debe ser prenatal, vale decir, debe comenzar desde la concepción del niño. Hemos visto ya las leyes que—por el futuro del niño y la salud de la madre—permiten reposar a la mujer que trabaja, antes y después del parto, el socorro a que tiene derecho si es necesitada, las primas de natalidad, etc. Todos estos beneficios puede obtenerlos—como también ya hemos dicho— sólo si la futura madre se somete a cuidados médicos para los cuales debe concurrir a las llamadas *consultas prenatales* instaladas en las Maternidades, dispensarios o institutos especiales.

El programa de acción de estos consultorios prenatales ha sido especificado claramente por el Prof. Couvelaire y comprende: “la lucha contra las enfermedades de los padres y especialmente de las mujeres grávidas, la lucha contra todo lo que pueda

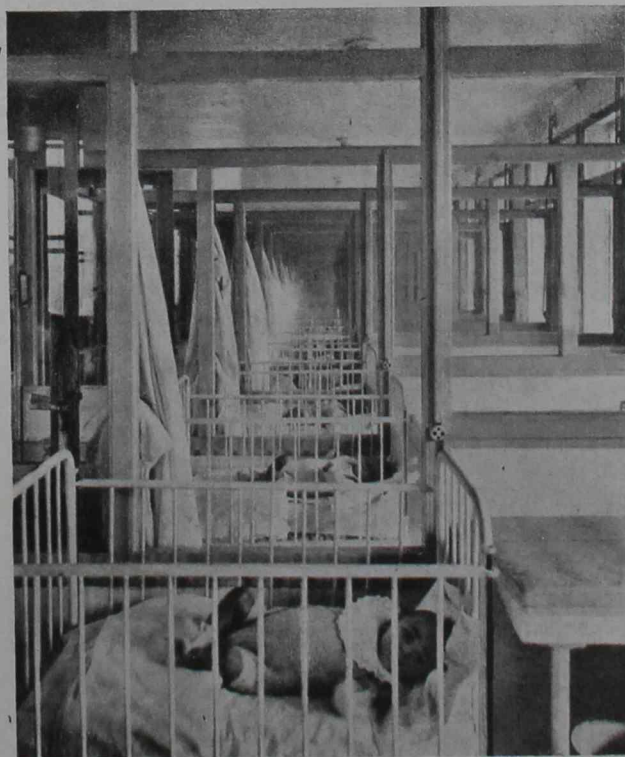


Pouponnière d'Antony



Jardín de la Fundación Parquet

Hogar para madres en
Chatillon-sous-Bagneux



Fundación Winburn,
en Courbevoie

oponerse a que el niño nazca sano y a término, la lucha contra el riesgo de traumatismo obstétrico en el curso del parto". A ese programa debe agregarse: "La preparación contra los peligros que amenazarán al niño después del nacimiento: peligro alimenticio por privación de leche y de cuidados maternos, peligro infeccioso y en particular, el resultante de la crianza del niño en medio contaminado tuberculoso". Para cumplir todo esto, una consulta prenatal debe estar en estrecha colaboración con una *Maternidad* (como centro de hospitalización), con *Asilos o Casas para madres embarazadas* (que a pesar del socorro ya expresado antes no pueden subvenir a sus necesidades) y con *servicios especiales* de los que la Maternidad podría estar desprovista (dispensarios antisifilítico y antituberculoso). En una palabra, una futura madre puede disponer: a) de ayuda económica en forma de primas de socorros si es necesitada, o de seguros si es asalariada; b) de vigilancia médica en las consultas prenatales, o en los servicios de hospitalización; c) de un albergue, si razones morales (soltería, etc.) o económicas le impiden a pesar de las primas ya citadas subvenir a todas sus necesidades.

Nacido el niño, dos situaciones pueden plantearse. O el niño es criado en el seno de su hogar o razones de enfermedad, morales o económicas impiden que ello sea así y entonces debe ser criado lejos de la madre.

Sabido es que en Francia el derecho al abandono del hijo es legal y que los padres pueden hacer entrega de su hijo al Estado si se sienten imposibilitados de criarlo. Aún en estos momentos de intensa lucha en pro de la infancia la ley no ha sido derogada, aunque es justo reconocer que el número de niños abandonados ha disminuido considerablemente desde que el Estado ofrenda a los padres, las primas de socorro y de seguros de que hemos hablado.

Como generalmente el abandono está condicionado por la ilegitimidad, la ley ya establece que toda embarazada soltera debe recibir doble apoyo económico por su condición de embarazada y de soltera (ley llamada de *prevención del abandono*). Desgraciadamente no siempre la madre soltera, por razones fáciles de comprender, hace declaración de su embarazo. Pero nacido el niño y hecha la declaración obligatoria ante el Registro Civil, las organizaciones de prevención pisan ya terreno más firme. Y la nueva madre recibe el apoyo moral de las organizaciones vinculadas al problema, para que sienta su maternidad como un acto feliz, y sobre todo la garantía de la ayuda para la crianza de su hijo.

Para los casos más extremos se dispone de *refugios* o *albergues para madres*. Generalmente estos albergues son para embarazadas y madres y pueden permanecer en él durante un plazo que oscila entre 4 y 6 meses después del parto. Entre las obras privadas que se ocupan de esta parte de la asistencia maternoinfantil, figura en primer plano la “*Oeuvre du allaitement maternel*” ⁽⁶⁾, que dispone de varios refugios para madres y de una *pouponnière*, donde son alojados los niños hasta los 2 años de edad, si la madre no puede llevarlo consigo. Entre las varias obras del Estado para estos efectos es digna de mención la “*Maison maternelle de Chatillon-sous-Bagneux*”, dependiente de la Asistencia Pública de París, casa modelo adonde son invitadas a entrar las madres que se presentan al Hospice de Enfants Assistés para hacer abandono de su niño. La hospitalización temporaria de esas madres tiene por fin permitirles una momentánea tranquilidad que les ayude a retomar un camino en la vida, apoyadas a su salida por el Servicio Social y ya encariñadas con el niño que ha crecido a su lado. Ubicada en los alrededores de París en una hermosa casa con un gran parque, llena de aire y de luz, decorada con colores claros, con amplios cuartos llenos de intimidad, con los cochecitos de los niños forrados con cretonas de colores vivos, quien la haya visitado una vez, difícilmente olvidará la expresión de alegre tranquilidad que de ella emana.

Si se puede evitar la internación de la madre, se intenta siempre que ella (soltera o casada) viva con los suyos, ayudada económicamente por las leyes de socorro o de seguros, por las primas de lactancia, con la provisión de *gotas de leche* para el niño, o de *cantinas maternales* para ella, sin contar además la provisión de ropa, etc., y la vigilancia médica del niño en las *consultas para lactantes*.

Si el niño no puede menos de ser abandonado temporariamente (razones de enfermedad, de desocupación, de trabajo de los padres, etc.), se dispone de “*Pouponnières*” para salvar esa situación. Este es el tipo de institución que ha despertado mayor interés de las obras privadas, y son innumerables los diversos tipos de *pouponnières* creados. No pueden dejar de ser citados especialmente las que pertenecen a la “*Entre-aide des femmes francaises*” ⁽⁷⁾,

(6) Secretaría: 9 rue Jean-Baptiste-Dumas.

(7) Secretaría: 12 rue Clement-Marot.

y las de la “*Nouvelle Etoile des enfants de France*” (8). En general una pouponnière consiste en una instalación que permite albergar a niños sanos, bajo una cuidadosa vigilancia médica y educacional, hasta que las condiciones que obligaron a la internación hayan desaparecido y el niño pueda volver al seno de los suyos. La eficacia de las pouponnières ha sido y es largamente discutida. Desde el punto de vista médico se ha hablado de la peligrosidad para la infección—aún en las pouponnières instaladas con el mayor confort y control—que significa una aglomeración de niños pequeños, y desde el punto de vista social se ha dicho muchas veces que ese alejamiento de la familia no es saludable y que el dinero gastado lo sería mucho mejor entregándolo a la madre del niño para que ésta lo cuide. Aunque estos razonamientos son probablemente exactos, es también indudable que las pouponnières, en ciertas situaciones, cumplen una misión útil.

Pero si el niño es definitivamente abandonado, o es huérfano, es necesario preocuparse no sólo de su situación inmediata sino también de su porvenir. En general, puede decirse que mientras el niño está en contacto con sus familiares, aunque sea en separación temporaria, son las organizaciones de asistencia privada las que tienen la supremacía en su cuidado, pero si el niño es realmente abandonado, es el Estado el que se hace cargo de él.

Por ley de 1904, la protección a la infancia abandonada depende de las autoridades departamentales. Bajo las reservas de ciertas reglas generales, cada Consejo Departamental puede dictaminar la organización de dicha protección y votar su presupuesto. En París, por derecho de tradición histórica, dicha misión está encomendada a la *Asistencia Pública*.

Desde 1670 existe en París el Hospice de Enfants Trouvés, base del actual Hospice des Enfants Assistés. Bien pronto el número de niños abandonados se hizo tan superior a la capacidad de la casa que se ideó enviarlos a la campaña en colocación familiar. La falta de control de las familias en que eran colocados, los defectos de alimentación, los riesgos del viaje en los recién nacidos, etc., provocaban una mortalidad de más del 70 % ya en el primer año de vida. Medidas de profilaxis, vigilancia de las nodrizas, observación médica, etc., hicieron bajar gradualmente esas cifras y prácticamente hasta antes de la última guerra, ese era el método

(8) Secretaría: 4 rue Boissière.

utilizado por la Asistencia Pública de París para los niños abandonados, con un resultado en cierta manera satisfactorio.

Previo una estada de 24 horas escasas en el Hospice des Enfants Assistés, el niño era recogido por una nodriza domiciliada en provincias, y criado por ella bajo la vigilancia del médico departamental. Pero durante la guerra y una vez pasada ésta, se notó tal disminución del número de buenas nodrizas que, tempranamente se recurría a la alimentación artificial con todos los peligros consiguientes, ya que casi siempre era realizada sin mayor control médico. Se llegó así en 1919 a acusar una mortalidad de 42 % de dichos niños, mortalidad mucho mayor aunque paradójal, que la de los niños que por tratarse de prematuros, débiles congénitos o enfermos eran retenidos por algunos meses en el Hospice des Enfants Assistés. La Asistencia Pública ideó entonces crear en los alrededores de París una casa en la que fueran alojados los niños recién nacidos o lactantes que le eran abandonados con el objeto de—manteniéndolos alejados de un lugar hospitalario—observarlos durante un tiempo prudencial bajo vigilancia médica y prepararlos gradualmente para la alimentación artificial, con todos los cuidados de la higiene y pediatría moderna.

Nació así la "*Pouponnière d'Antony*" o "*Centre d'Adaptación a l'Allaitement Artificiel*", instalación realmente modelo. Está instalada en Antony, un pueblecito de los alrededores de París, en un viejo convento de tres pisos, de planta cuadrada, con gran patio central y rodeado por un hermoso parque. Los lactantes están alojados en habitaciones de hasta tres camitas de capacidad, lo que da un aislamiento conveniente, y en cada piso se ha construido del lado exterior una amplia galería abierta adonde los niños son transportados diariamente desde cada habitación. Una veintena de nodrizas habitan en la casa y proveen de leche materna para los niños internados, los que gradualmente son llevados hacia una alimentación artificial.

De los 404 niños que han sido internados en el año 1936, sólo 2 han fallecido y el resto ha hecho una estada media de 65 días con un aumento medio de peso de 25 grs. diarios, cifra demasiado elocuente para dar una idea de la organización y eficacia de la Pouponnière d'Antony. No es ajeno a este éxito la acción médica que despliega el Dr. A. Bohn, encargado de la vigilancia médica de esos niños. Acostumbrados ya a la alimentación artificial los niños abandonan la pouponnière para ser colocados en casas de

familias en ambientes rurales, bajo la vigilancia de un "centro de elevage" o "centro de crianza", interesante solución del problema de la colocación de niños de ciudad en la campaña y que merece se le preste atención.

El "Centro de elevage" es una especie de dispensario ubicado en una aldea, dispensario atendido por uno o más médicos y una o más visitadoras de higiene, que puede constar hasta de una pequeña enfermería de internación y que tiene por finalidad vigilar y controlar un grupo de niños puestos a su cuidado que viven en casas de familias elegidas al efecto. Estos centros de crianza han tenido una rápida extensión por toda Francia y poseen diversas características. A veces consisten en el domicilio de la visitadora de higiene, provisto de un pequeño despacho para pesar y revisar los niños, a veces lleva anexa una gota de leche y las encargadas de los niños deben ir todos los días a buscar el alimento que es preparado por la misma visitadora, en ocasiones, llega, como hemos dicho, hasta tener una enfermería para internar alguno de los niños en vigilancia, en caso de enfermedad.

El "Centre de elevage" constituye el tipo de organización de la conocida "*Oeuvre Grancher*", para niños hijos de tuberculosos como así mismo de "*Le placement de tous petits*" ⁽⁹⁾, y de "*Les Amis des Enfants*" ⁽¹⁰⁾. La segunda de estas obras, a cuyo frente figuran León Bernard y Robert Debré se encarga de enviar al campo a los niños pequeños, hijos de tuberculosos, completando así la misión de la Obra Grancher, que sólo lo hace con los niños mayores de 2 años de edad; dispone en la actualidad de 8 centros con un total de casi 600 niños. "Les Amis des Enfants" orientada por la prestigiosa figura de Ribadeau-Dumas, posee 3 centros con un total de 200 niños. En cuanto a la *Oeuvre Grancher* ⁽¹¹⁾ de París, lleva ya colocados 6.000 niños, cifra que alcanza a los 17.000 contando las 50 filiales que existen en toda Francia.

En cuanto a la *Asistencia Pública de París*, dispone para sus niños abandonados de 32 de esos centros de crianza con un promedio de 3.000 niños. En lo posible esos niños no abandonan más el lugar en que se han criado. Socorridos siempre por la Asistencia Pública continúan viviendo hasta la edad adulta en el hogar en que han sido alojados, siguen sus estudios primarios, la escuela técni-

(9) Secretaría: 164 rue Blonet.

(10) Secretaría: 3 rue Campagne Première.

(11) Secretaría: 16 rue de l'Abbé-de-l'Épée.

ca, aprenden un oficio, etc. Salvo circunstancias especiales de temperamento, el niño es mantenido en el ambiente familiar y sólo en aquella circunstancia recluido en un asilo.

Inútil es decir la eficacia de estos centros de crianza y el control total que en ellos se tiene de los niños a su cuidado. No solamente la visitadora frecuente hasta dos veces por semana la casa de la encargada del niño, sino que éste debe ser traído al local del centro todas las semanas para ser pesado y revisado por el médico. Este último, además de vigilar la salud del niño, es el encargado de controlar la salud del ambiente familiar en que aquél vive. La pesquisa tuberculosa es cuidadosamente hecha, y por intermedio de las organizaciones de la lucha antituberculosa el examen radiográfico de toda la familia es obligatorio.

Durante el año 1936 la Asistencia Pública de París ha tenido en esa forma bajo su protección a 21.275 niños y adolescentes. De ellos, 934 han llegado a la mayoría de edad y la Asistencia Pública los ha entonces desprendido de sus manos, ya hombres y mujeres formados y dispuestos a engrosar los cuadros de seres útiles a la Nación. Durante la guerra europea, 2.267 hombres que tuvieron este origen cayeron muertos en la lucha. La Asistencia Pública pensó levantar en el patio central del Hospice des Enfants Assistés, un monumento con la inscripción de los nombres de todos ellos, pero fiel al secreto profesional y a la delicadeza francesa, desechó la idea. Hizo entonces gestiones para que los nombres de cada uno de ellos figuraran entre los de los muertos de la Comuna en que crecieron y se formaron, en la inscripción de esos monumentos recordatorios que hoy se levantan en una plaza de todas las ciudades y aldeas de Europa.

Estamos obligados a dar por terminada esta visión de conjunto de la Asistencia médicosocial del niño en París. Su mismo carácter de dispersión hace difícil dar esa visión de conjunto. Pero quedan tantas ideas, intenciones e instituciones sin mencionar, que no es posible poner punto final. Se nos permitirá que por lo menos citemos algunas organizaciones como la *Fundación Parquet*, la *Fundación Winburn o Centre Familial de Santé et de Medecine Preventive* de Courbevoie, la *Escuela de Puericultura* anexa a la Facultad de Medicina, las *obras comunales de Suresnes*, organizaciones cuya descripción detallada alargaría excesivamente este informe pero que tenemos la intención de ir haciéndolo gradualmente en

diversas publicaciones, con el objeto de que puedan servir de enseñanza para la obra a realizar en nuestro medio. ⁽¹²⁾.

Alemania

“Cuando una madre alemana da a luz a un niño, contribuye —a través de su dolor y su alegría— a la felicidad de la Nación alemana”. Con estas palabras alentadoras, Adolfo Hitler abrió en 1933 una intensa campaña por el aumento de la natalidad en el Tercer Reich.

La propaganda realizada, las medidas económicas que enseguida comentaremos, el desarrollo de las organizaciones para la asistencia médicosocial a la madre y al niño y la coerección que efectúa el partido nacionalsocialista hasta en los menores detalles de la vida pública y privada de los habitantes de la Nación, han provocado un éxito evidente de dicha campaña, revelable por el aumento del porcentual de la natalidad.

Cuando el nacional socialismo subió al poder en 1933, la natalidad había descendido a un límite casi tan bajo como durante los años de la guerra: 14.8 por cada mil habitantes. En 1937, dicha cifra se ha elevado ya a 19.3. Este aumento de la natalidad no ha sido óbice para que la curva de la mortalidad infantil continuara su descenso: de 8.6 en 1933 a 6.8 en 1937 por cada 100 niños nacidos vivos.

Algunas medidas económicas de gran importancia fueron tomadas para poder lograr ese fin. En primer lugar, ha sido fijado el impuesto a la soltería, que consiste más o menos en un 10% del jornal, vale decir que a un obrero soltero, cuyo sueldo es de 150 marcos, se le retiene 15 marcos en razón de dicho impuesto, mientras que si es casado, no sólo ese descuento desaparece, sino que a partir del tercer hijo percibe 10 marcos más mensuales, suma que se eleva en 10 marcos más con el cuarto hijo, y en 20 marcos a partir del quinto y así sucesivamente. Un obrero, por ejemplo, que tiene 6 hijos y un sueldo nominal de 150 marcos, recibe 60 marcos de sobresueldo y si tiene 10 hijos 140 marcos.

A esto hay que agregar el llamado “préstamo matrimonial” instituido últimamente: toda pareja que desee casarse y cuya si-

(12) En lo que respecta a la Fundación Parquet, véase nuestra nota en “El Día Médico”, setiembre 1938, N.º 38, pág. 975.

tuación económica esté por debajo de cierto límite, recibe un préstamo, a cargo del Estado, que oscila entre 600 y 1.000 marcos. Anualmente son facilitados de 180.000 a 200.000 préstamos de este tipo. La amortización mensual es del 1 % y en cada nacimiento de un niño el monto total es rebajado en un 25 %, al mismo tiempo que es acordada una moratoria de 12 meses en el pago de la amortización. Un ejemplo aclara mejor esta operación: supongamos que una pareja de recién casados recibe un préstamo de 500 marcos con una amortización mensual de 8 marcos y que al cabo de 10 meses nace un niño; el monto total estaba ya reducido a 720 marcos, es necesario descontar ahora por el nacimiento del niño un 25 %, lo que reduce la cifra a 530 marcos. Durante los 12 meses siguientes el matrimonio está eximido de pagar amortización. Expirado ese plazo debe comenzar de nuevo a hacerla efectiva, a razón de 5.30 marcos mensuales, si es que el nacimiento de otro hijo no reduce la cifra total en un nuevo 25 %, con otra moratoria de 12 meses y así sucesivamente.

Estas medidas de orden económico—y algunas más, entre ellas la construcción de viviendas que luego comentaremos—son indudablemente de un gran valor y adquieren positiva importancia para considerar las causales de aumento de natalidad que acusa Alemania en estos últimos años. Pero no sería justo atribuir a ellas solas la razón de dicho éxito. Hay que tomar también en consideración el esfuerzo de las organizaciones e instituciones que se ocupan de proteger y asistir a la madre y al niño, tarea que se realiza en una forma muy particular como luego veremos, y que garantiza a la familia necesitada la solidaridad del país para con ella.

“Toda la Nación—dicen ellos—debe ser una gran familia cuyo mantenimiento puede ser establecido si cada miembro es físicamente sano, moralmente equilibrado, listo para cooperar con los otros miembros y dispuesto a sacrificar intereses individuales en toda la medida que sea necesario para el bien de todos y de la Nación”.

Esta frase encierra los factores que guían la vida actual alemana: intento de buscar la salud física al máximo y de desarrollar sentimientos de solidaridad hasta la anulación total de los intereses individuales con la finalidad de hacer de la Nación una sola unidad. Este sentimiento de fé—equivocada o no—y discutible o no (desde el momento que esa solidaridad se detiene en los límites de una raza), es innegable que existe profundamente arraigado; y

el aumento de la nupcialidad y la natalidad está estrechamente ligado a él, dado que, por una política hábilmente dirigida, dichos factores son considerados como imprescindibles para lograr aquellos fines.

He creído necesario hacer estas referencias porque sin ellas no sería posible comprender el carácter de las organizaciones que pasaremos a describir. El problema de asistencia social en este país tiene características especiales—desde el momento que está casi en su totalidad en las manos del partido nacionalsocialista—que no es posible abarcar si no se tiene previamente ese concepto de la vida actual en dicha nación.

Ya antes de la guerra la asistencia médicosocial tenía en Alemania características especiales debidas principalmente a las Cajas de Seguros. Fundadas en el fin de siglo pasado tomaron gran incremento en las primeras décadas de este siglo, y englobaron así a la gran mayoría de la clase trabajadora, asegurándoles asistencia y cuidados médicos, pago de jornales durante la enfermedad, socorros de invalidez, etc. Al mismo tiempo el Estado creó en 1905 el “*Bund für Mutterschutz*” y en 1909 el “*Landeszentrale für Säuglinsschutz*” refundidos más tarde en la “*Reichsanstalt für Bekämpfung der Säuglings und Kleinkindersterblichkeit*”, organización nacional para la lucha contra la mortalidad de los lactantes y niños pequeños a cuyo frente en Berlín figura la “*Kaiserina Augusta Viktoria-Haus*”, hermosa instalación para la internación de lactantes y recién nacidos, dirigida desde su fundación en 1910 por Langstein, y a partir del advenimiento del nacionalsocialismo, por el profesor Bessau.

Por ley de 1922 se crearon también en toda Alemania las “*Jugendamt*” (oficinas para la juventud) que dependen de cada comuna y que se encargan de la asistencia de todo niño ilegítimo, abandonado o necesitado (*Jugendfürsorge*), vela por el desarrollo de las instituciones de protección a la infancia (*Jugendpflege*) y ayuda a las organizaciones creadas por la juventud misma (*Jugendbewegung*).

Por otra parte, las Compañías de Seguros estudian lo que cuesta económicamente la enfermedad, los jornales de trabajo perdidos, la invalidez consecutiva y al comprobar que prevenir cuesta menos que curar, subvencionan las consultas de lactantes, los dispensarios de higiene social, las consultas prenupciales, el servi-

cio social de los hospitales y fundan casas de reposo, sanatorios de tuberculosos, colonias de vacaciones, etc. Al mismo tiempo se puede decir que paulatinamente van absorbiendo la gran mayoría de la población alemana: el 80 % de los médicos trabajan para esas Cajas de Seguros y más del 85 % de la población está incluida en sus beneficios.

Las organizaciones privadas de asistencia desempeñan también no escaso papel. En los años de la postguerra, existían en Alemania 30.000 instituciones caritativas, la mayoría de carácter religioso o político, las cuales se unen en 1924 en la Liga Alemana de Asistencia Privada. La depreciación del marco, el aumento de la desocupación, la baja de los salarios, obliga a esta coordinación a las que no se ven ajenas las obras del Estado. Muchas Comunas incapacitadas de soportar el peso de la Asistencia Social se unen con las Comunas del Cantón y forman Ligas Cantonales con tendencia a la nacionalización.

Como obedeciendo a una disciplina espontánea las obras se federan, las Comunas abdicar de su autonomía y las organizaciones nacionales van absorbiendo todas las instituciones privadas, cantonales y comunales.

En este momento, 1933, sube al poder el partido nacionalsocialista y casi al mismo tiempo nace—como una rama del partido—la N. S. V. (*National Socialistische Volkswohlfahrt*) organización nacional destinada a la asistencia social, la que bien pronto, con métodos a veces un poco violentos, acapara todas las obras e instituciones existentes anteriormente.

La “N. S. V.”, lleva a la práctica los más avanzados conceptos de asistencia y previsión social. Establece como base fundamental de su trabajo, que los necesitados no deben ser clasificados como proletariado y éste como clase inferior, sino que por el contrario, necesitados y obreros deben ser considerados como miembros de la comunidad con los mismos derechos y deberes que los pudientes. Considera que la miseria no es una condición permanente en la cual los pobres deban vivir, e intenta ayudar al individuo a vencer sus dificultades y a colocar a él y su familia sobre bases sólidas con la finalidad de que sean miembros orgánicos de la comunidad.

En 1933 trabajaban en la N. S. V. unos pocos centenares de personas; hoy ocupa a 780.000 de las cuales 75.000 son rentadas y

las demás prestan su trabajo gratuitamente fuera de las horas de trabajo o de estudio. Los sueldos de esas 75.000 personas son pagados con el interés que producen los 150.000.000 de marcos anuales que la N. S. V. recoge de la contribución de sus 8.000.000 de asociados.

¿Cómo trabaja la N. S. V.? Ante todo hay que establecer que a pesar de su autonomía económica, depende estrechamente del partido nacionalsocialista y forma parte del apretado engranaje que partiendo de una dirección central nacional, se va resolviendo en grupos cada vez más localizados, hasta llegar a una fina red celular que permite el fácil control de la vida de cada habitante de la Nación. Esta organización es utilizada por la N. S. V. y le permite saber de las reales necesidades de cada habitante y disponer así la ayuda necesaria.

Esta ayuda es de carácter múltiple y abarca desde trabajo hasta el socorro en metálico, además de vivienda, ropa, alimento, carbón, asistencia médica, etc. La primera preocupación de la N. S. V., es ubicar a la persona que carece de trabajo en alguna ocupación útil que le impida caer en el desaliento moral de la desocupación. La infinidad de trabajos de toda índole que realizan la N. S. V., las demás organizaciones del partido, y las del Estado, hace que la posibilidad de esa ocupación no sea difícil, aunque es preciso anotar que la remuneración en dinero que recibe es más bien escasa o nula, pero en cambio, indirectamente, es provisto de lo que es necesario para él y su familia por intermedio de los diversos organismos de la N. S. V. Esta retribución está lejos de tener un sentido de caridad y hasta la forma material de realizarla está alejada de todo aspecto de limosna.

Para la provisión de ropa por ejemplo, la N. S. V., dispone de grandes instalaciones con todo el aspecto de una tienda donde las personas que concurren provistas de la tarjeta especial, elijen con toda comodidad el corte y color de vestido, el par de zapatos, el tapado que más les agrada, disponiendo para ello de habitaciones para probar, con espejos adecuados, y atendidos por empleados expertos. Yo he tenido oportunidad de visitar la casa de Berlín dedicada a estos efectos, y no puedo dejar de reconocer la extraordinaria impresión que me causó aquel ambiente contemplando a niños probando ropitas de abrigo, a madres eligiendo coches para su niño o a un grupo de muchachas obreras escogiendo alegremente trajes de "soirée", trajes que, de acuerdo con las costum-

bres alemanas, les permitiría concurrir al teatro, al concierto o a las salas de baile, sin desmerecer en nada de las que pudieran comprarlos con sus propios medios.

Este ejemplo lo he traído a colación para que se pueda ver más objetivamente, cual es el sentido de la acción de la N. S. V. No se trata solamente de subvenir a las primeras necesidades, se intenta colocar al necesitado en el mismo ambiente de los que escapan a esa condición, para, ayudándolo, despertar en él las aspiraciones materiales y espirituales que son patrimonio de aquéllos. En este sentido la N. S. V. trabaja (en lo que se refiere a provisión de entradas para teatros, conciertos, museos, excursiones, viajes, etc.), en armónico acuerdo con otra organización: la "Kraft durch Freude", que luego comentaremos.

Una de las características más interesantes de esta interdependencia o ayuda mutua es que ella no está basada solamente en la ayuda del rico al pobre, sino que todos los habitantes de la Nación son los que participan en ella. El obrero que por intermedio de las organizaciones que luego describiremos recibe los beneficios de esa asistencia, de los viajes, el deporte, la cultura, etc., aporta gran parte de su jornal al mantenimiento de esas instituciones, ai que también deben contribuir, y en gran escala, las clases económicamente mejor colocadas pero sin poder participar de sus beneficios. ⁽¹³⁾.

Esta colaboración total, esta ayuda amplia a toda la clase necesitada, que pareciera exaltar en tal alto grado el concepto y el sentimiento de solidaridad humana, tiene sin embargo un límite que no se debe ocultar: ella está dedicada exclusivamente a los grupos racialmente puros, a los hereditariamente sanos como ellos dicen. Cuando hablemos pues de las organizaciones y beneficios de la asistencia nacional socialista, se debe tener en cuenta que ella sólo abarca a dicha parte de la población y no a la absoluta totalidad de la nación alemana.

En la misma forma que los conceptos de asistencia social han evolucionado en la mayoría de los países europeos en el sentido de

(13) Esta situación de ayuda mutua puede apreciarse claramente en la "Winterhilfswerk" (obra de ayuda invernal). Durante los meses del crudo invierno alemán, más de 1.000.000 de personas colaboran en esta campaña en la que son recogidos de 350 a 400 millones de marcos llegando a ser socorridos en las más diversas formas más de 10.000.000 de habitantes.

que la única manera de luchar contra la miseria es tomar medidas para prevenirla, en igual forma se trata de substituir la asistencia al enfermo por una asistencia al individuo sano en previsión de enfermedad. Con esta tendencia es indudable que lo ideal es tomar al niño desde su nacimiento, o mejor dicho, desde antes de su concepción y crearle las mayores posibilidades de desarrollo normal para obtener así generaciones sanas y útiles a la Nación. Este concepto, que se extiende como digo a casi todos los países europeos, en Alemania toma el carácter de una obsesión. La Alemania nacional-socialista cifra toda su esperanza futura en las nuevas generaciones; educándolas y criándolas en su credo, cree poder llegar a obtener de ellas la Alemania grande a que aspiran.

No es de extrañar pues que la N. S. V. creyera necesario organizar dentro de sus cuadros de asistencia, un lugar aparte e importante para el niño y naciera así la "*Mutter und Kind*" (madre y niño), la organización destinada a facilitar al niño a su llegada al mundo las mayores posibilidades de un desarrollo normal.

La Mutter und Kind trabaja en armónico acuerdo con las organizaciones sanitarias del Estado; mientras éstas se ocupan de la asistencia médica propiamente dicha, aquella se encarga de la asistencia social, tarea en la que día a día reemplaza casi absolutamente a la que prestaba y presta aún el Estado.

Veamos primero la organización médica. El eje de ella reside en un tipo de dispensario polivalente que está en estrecha colaboración con los servicios hospitalarios. Estos dispensarios llamados "*Gesundheitsamt*" tienen un determinado radio de acción (existen por ejemplo 20 en la ciudad de Berlín) y cada uno de ellos consta de consultorios externos para niños y adultos, pero están especialmente dedicados a las embarazadas y niños como así mismo a la pesquisa de la tuberculosis, sífilis y gonorrea, estando provistos de laboratorios y rayos X. Cada una de estas centrales sanitarias dispone en la zona que abarca, de varios dispensarios para madres o niños, según las necesidades de la misma, pero siempre centralizados en el Dispensario central. A su vez estos dependen de un organismo director.

Las madres embarazadas disponen de subsidios de embarazo, derecho a reposo pago, antes y después del parto, primas de lactancia, siempre que—al igual que lo que hemos visto en Francia—concurran regularmente a los dispensarios y se sometan a los exá-

menes médicos necesarios. Nacido el niño, nacimiento que es comunicado por el Registro Civil, la visitadora del *Gesundheitamt* local concurre a su domicilio y lo vincula al dispensario más cercano. Cada niño al ser inscripto en el Registro Civil es provisto de una ficha médica de obligatoria presentación en los exámenes médicos posteriores, en cualquier institución que sea hecho.

Los *Gesundheitamt*—extendidos en toda Alemania—constituyen la base de la llamada “*Asistencia abierta*” de la Sanidad alemana. Se denominan así todas las instituciones sanitarias en las cuales el asistido vive en su hogar, en contraposición a las instituciones llamadas de “*Asistencia cerrada*” en las cuales queda alojado por un tiempo variable. Entre los organismos médicos de asistencia cerrada se encuentran los hospitales y asilos para embarazadas, madres y niños. Interesados por el problema general, preferimos pasar por alto la descripción particular de cada uno de ellos, ya que es fácil darse cuenta de su organización.

Sólo quisiéramos destacar la existencia en Berlín del “*Waisenhaus und Kinderasyl Stadt Berlin*” (14), asilo para lactantes abandonados, de una capacidad hasta de 470 camas y adonde son alojados durante un plazo que oscila alrededor de tres meses. Allí son observados desde el punto de vista médico y preparados convenientemente a la alimentación artificial con el objeto de ser colocados en casas de familias, bajo el control médico del *Gesundheitamt* más cercano y con la vigilancia jurídica de la *Jugendamt* de la Comuna.

Antes de la guerra y posteriormente a ella, eran muchas—como ya hemos dicho—las instituciones privadas y religiosas que disponían de locales y medios para la asistencia de las madres y los niños, pero por la ley de *Unificación de la Sanidad* votada en 1934, que establece que “la ideología nacional-socialista exige para sí ilimitadas funciones directivas en todo lo referente a la sanidad del pueblo, con supresión de toda asistencia a cargo de instituciones privadas o religiosas dado los fines ocultos que pueden tener”, aquellas instituciones en su casi totalidad han desaparecido o se ha hecho cargo de ellas el Estado.

Toda esta asistencia médicosocial a cargo del Estado está apoyada por la obra de previsión social que realiza la “*Mutter und Kind*”, organización dependiente como hemos visto de la N. S. V.

(14) Véase nuestra nota: “La pediatría en Berlín”, en “El Día Médico”, año X, N.º 17.

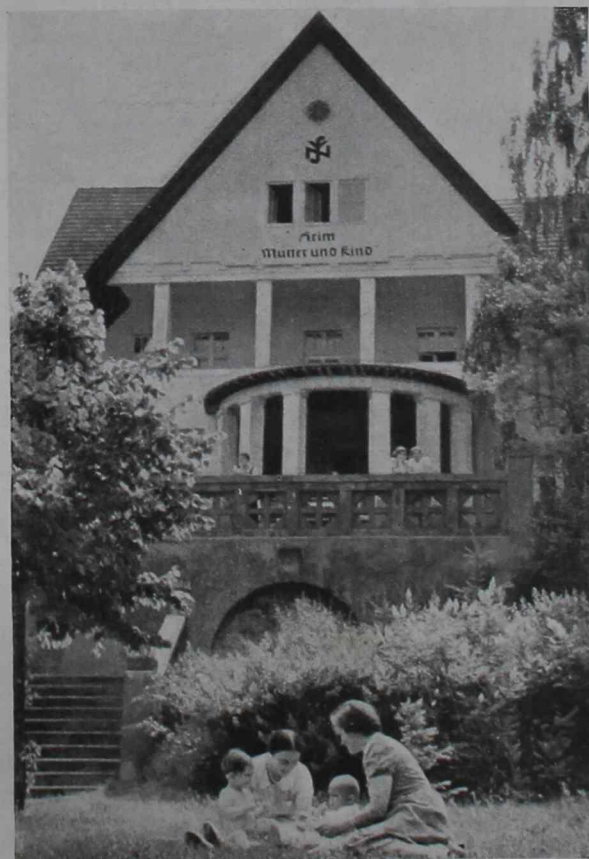


Kaiserina-Augusta-Viktoria-Haus, en Berlin



Kindergarten rural

“Arbeitsdienst”
Partida de visitadoras
rurales



Hogar para madre y niño,
de la “Mutter und Kind”,
en Fürstenberg

La labor de la Mutter und Kind comprende tres grandes campos de actividades que se entrelazan entre sí:

- 1.º Socorro a la familia.
- 2.º Socorro a la madre.
- 3.º Socorro a los hijos.

El socorro a las familias procura conjugar las dificultades económicas que puedan influir sobre la energía vital y sobre la salud de toda la familia. En realidad, depende de la obra directa de la N. S. V. y ya hemos visto cómo se entrega a dichas familias prendas de vestir, ropa blanca, enseres de casa, víveres, carbón, etc. De especial importancia es el auxilio llamado de vivienda. Con una idea exacta de que sólo las condiciones de comodidad, salud y alegría del hogar pueden hacer realmente eficaces las demás medidas de socorro, una de las mayores preocupaciones de la asistencia alemana ha sido siempre la construcción de viviendas modernas en substitución de los antiguos alojamientos. Grandes barrios de casas colectivas en las ciudades y casa-jardín en las aldeas son construídas en gran escala y fácilmente adquiribles por préstamos pagaderos con amortizaciones tan débiles como las que hemos visto para el préstamo matrimonial, siendo las familias con muchos hijos las preferidas en la adjudicación de estos inmuebles. Es justo anotar que esta construcción de viviendas en gran escala, es ya anterior al gobierno nazi y fueron iniciadas con la misma intención en la época de la república socialista de la postguerra, siguiendo el ejemplo de lo que realizaba la ciudad de Viena.

El segundo y amplio campo de acción de la Mutter und Kind es el de cuidar la salud de la madre y en especial de la madre con varios hijos. Generalmente en la mayoría de los países, la asistencia queda circunscripta a la embarazada y a la púérpera; en Alemania se ha dedicado acendrado interés al cuidado de las madres que están también fuera de dichos períodos.

Madres agotadas por el elevado número de hijos, madres convalecientes, son alejadas de sus hogares y llevadas a sanatorios u hogares instalados generalmente, en lugares de singular belleza, al pie de una montaña o a las orillas de un lago o del mar. Entre 1934 y 1936, se han beneficiado 175.892 madres de esta obra (*Muttererholungsfürsorge*). En estos sanatorios u hogares se las rodea de toda la comodidad y cuidados necesarios para su restablecimiento. No cuesta mucho imaginar el reposo fí-

sico y espiritual que significa para una madre obrera, que no sabe de días domingo y que nunca ha conocido el goce de unas vacaciones, pasarse de 15 a 20 días olvidada de los trajines de la casa y gozando de un merecido descanso, en medio de un bello paisaje.

Existen dos tipos de hogares para madres: para madres solas y para madres con niños pequeños, cuando dada la edad de éstos no es conveniente la separación. En los primeros años costaba separar a las madres de sus hogares, pero luego la renovación que sentían en sus vidas al gozar de un paisaje y ambiente nuevos y la alegría con que volvían al ambiente de los suyos después del descanso, las ha hecho las mejores propagandistas.

El problema que se planteaba era la substitución en el hogar obrero de la madre que partía. Eso ha sido resuelto con las mujeres de la "*Deutsche Frauenchafften*" y las del "*Arbeitsdienst*" femenino. Mientras la madre goza de sus vacaciones, una de estas mujeres se instala en el hogar y la reemplaza en las tareas.

La "*Deutsche Frauenschafften*" es la organización femenina del partido. Figuran en ella indistintamente mujeres de las clases sociales acomodadas y de las clases humildes, y la misma polle-
ra y blusa blanca las uniforma a todas. Las tareas que realizan son múltiples, pero aquí nos interesa anotar sólo las que están relacionadas con nuestro tema. Además de substituir a la madre que parte de vacaciones o que debe internarse en el hospital, de realizar el trabajo doméstico de los hogares para madres que hemos citado o de los kindergarten que veremos luego, etc., hacen una labor de enlace con la Mutter und Kind a través de una organización, la "*Reichsmutterdienst*", que consiste fundamentalmente en cursos de enseñanza de economía doméstica, puericultura, nociones de higiene, etc., dedicados a las madres alemanas y que tienen una extraordinaria extensión por todo el país. Mientras que la Mutter und Kind, como organización perteneciente a la N. S. V., se ocupa sólo de las madres y niños necesitados, la Reichsmütterdienst tiene una finalidad de educación que alcanza a todas las mujeres alemanas. En toda esta tarea y sobre todo en los ambientes rurales adonde son enviadas, colaboran las muchachas del Arbeitsdienst femenino, especie de servicio militar casi obligatorio para todas las muchachas de 19 años y que tiene una duración de 6 meses. Casi siempre son enviadas en grandes grupos al campo y utilizadas en la recolección de cosechas, arreglo de las aldeas, cumpliendo

al mismo tiempo una función de enseñanza doméstica y de higiene personal en los ambientes campesinos.

El cuidado de los niños ocupa una gran parte de la actividad de la Mutter und Kind. Aunque su vigilancia médica está a cargo de las organizaciones del Estado, como ya hemos visto, la Mutter und Kind colabora en esa tarea con sus 26.279 centros repartidos por todo el país en los que se contaron 3.410.669 asistencias entre madres y niños en el año 1936. Dispone además de un cuerpo de visitadoras que especialmente son ocupadas en los medios rurales, lugar donde la acción de la Mutter und Kind se ha hecho sentir más intensamente dado que eran precisamente las zonas anteriormente más descuidadas.

Pero existen aún dos obras a cargo de la Mutter und Kind que dan un índice de su importancia. Son los *Kindergarten* y el envío de niños al campo, al mar o a la montaña en goce de vacaciones (*Kindererholungsfürsorge*).

Los kindergarten fueron creados, como se sabe, con una finalidad educacional para los niños en edad preescolar. Se trataba de preparar o mejor dicho de evitar que durante esa edad, se malgastaran o desviarán las condiciones de cada niño para la tarea educacional que realizaría más tarde la escuela. Hoy en día ese concepto se ha ampliado en toda Europa y los Kindergarten, además de la tarea que le adjudicaran Fröbel y Pestalozzi, desempeñan una acción médicosocial, recogiendo durante el día a los niños de dos a seis años, instalándolos en una casa cómoda bajo la atención de maestras especializadas en esa edad infantil y ofreciéndoles una alimentación adecuada y los cuidados necesarios de higiene, baño, reposo, etc.

La Mutter und Kind dispone actualmente de más de 7.000 Kindergarten, de los cuales casi dos terceras partes existían antes de 1933. Los niños son llevados por la mañana y retirados por tarde. Todos los padres deben abonar una suma semanal por esta asistencia, suma que es muy variable y que la mayor parte de las veces es de unos pocos pfennings. Esta medida está tomada con la finalidad de que los padres no pierdan el sentido de responsabilidad para con sus hijos y sobre todo para facilitar la concurrencia a los Kindergarten de los niños de familias más pudientes ya que, estando generalmente muy bien instalados y atendidos por maestras especializadas, el cuidado y educación que los niños allí reciben es excelente y los prepara para la futura vida escolar.

Esta convivencia entre los niños necesitados y los pudientes es buscada por los mismos padres, pues luego en la vida escolar será obligatoria, ya que han sido absolutamente prohibidas todas las escuelas privadas, particulares o religiosas y todos los niños sin distinción de clases o de religión están obligados a concurrir a las escuelas del Estado, excepción hecha de los niños judíos, raza cuya situación dentro de Alemania es un doloroso contraste con lo que se relata en estas páginas.

Como dije antes, la mayoría de los Kindergarten están situados en las ciudades y sobre todo en los medios suburbanos donde su necesidad se hace sentir más intensamente, pero en estos últimos años, ya se han establecido también en las aldeas, durante los meses de verano y cuando las familias campesinas están ocupadas en las tareas del campo. Se les ha denominado "*Erntekindergarten*" y albergan durante el día al niño que antes—como en las escenas de Millet—jugaba a la sombra de la parva, mientras la madre trabajaba el surco. En el verano de 1936 funcionaron 1.389 Erntekindergarten con una asistencia de 29.220 niños.

Para los niños en edad escolar, la Mutter und Kind dispone de organizaciones que se ocupan de su envío al campo durante las vacaciones. Generalmente son alojados en casas de campesinos y participan así en las tareas de la cosecha y cuidado del ganado. Inútil decir lo saludable de tal medida y la experiencia que para el niño de ciudad implica el contacto con la naturaleza y el trabajo del campo sin contar las mejoras físicas que importan vacaciones así vividas. Pero durante la edad escolar, la Mutter und Kind trabaja en enlace con la "*Hitlerjugend*", la organización de la juventud del partido nacionalsocialista, adonde son enrolados los niños desde los 10 años de edad y en la que son preparados e instruidos de acuerdo al ideario del partido. Una de las principales actividades de esta organización es la de realizar excursiones y viajes por todo el país, excursiones que son hechas generalmente a pie, hospedándose de etapa en etapa en los "*Albergues de la juventud*" diseminados por toda Alemania, continuando así la tradición de los "*Wandervögel*" anteriores ya a la guerra.

Aún es necesario referirse a otra organización estrechamente vinculada con la asistencia social, organización que juega un extraordinario papel en la vida de las clases económicamente menos pudientes. Nos referimos a la "*Kraft durch Freude*" (fuerza a través de la alegría).

Todo habitante de la Nación que trabaje (y existe una ley de trabajo obligatorio), está obligado a ser afiliado de la Kraft durch Freude, pero los beneficios que ella reporta sólo alcanzan a los que perciben una remuneración mensual inferior a 300 marcos. Su finalidad es tratar de facilitar a la clase trabajadora, todas las posibilidades de expansión espiritual y comodidades físicas de que gozan otras clases. Los teatros y salas de conciertos de Alemania deben entregar las dos terceras partes de sus localidades a la Kraft durch Freude, para que ésta por unos pocos centavos las haga llegar a sus afiliados. Los estadios atléticos, los clubs son poco a poco absorbidos por la Kraft durch Freude; por una suma de pocos marcos (8 a 10) sus afiliados pueden pasar sus vacaciones de 15 días (obligatorias para todos los trabajadores) en el mar o la montaña, por algo más (30 a 35 marcos) hacer un crucero marítimo de turismo hasta Italia, las islas del Atlántico, etc. La Kraft durch Freude posee teatros, cines, salas de conciertos, albergues en la montaña y las playas, bareos de turismo, organiza cursos y conferencias en los museos de arte, dicta cursos de enseñanza profesional, etc., etc. La cantidad de gente que diariamente moviliza esta organización es fantástica y escapa a toda posibilidad de ser anotada fielmente.

De expofeso hemos tratado de reflejar una visión general sin detenernos en la descripción aislada de las instituciones. Durante los meses de nuestra estada en aquel país hemos tenido oportunidad de visitar muchas de las obras descriptas someramente en estas líneas. Podríamos hablar del ambiente que reina en los Hogares para madres y niños, de los campamentos del Arbeitsdienst o de los Grupos de trabajo de la Frauenschaffen, de la alegre decoración de los Albergues para la juventud, de la practicidad de los Centros de la Mutter und Kind. Hemos preferido pasar por alto todo ello y dar la visión general del problema, pues ese es el aspecto más importante.

Todas esas obras o mejor dicho toda la vida alemana está encuadrada en un plan. Desde el punto de vista que nos interesa no se puede negar que dicho plan marcha de éxito en éxito a juzgar por el aumento de las cifras de la nupcialidad y de la natalidad acompañadas del descenso de las de mortalidad infantil.

Es indudable que dicho éxito es debido en gran parte a las medidas económicas y al trabajo de las organizaciones que hemos comentado, pero no se puede dejar de reconocer que responden

también al estado de fe y también de coerción—sin que pueda saberse a ciencia cierta cuanto hay de uno y de otro—que reina en aquel país. Es posible que las cifras que hemos citado parezcan excesivas y fuera de la realidad, pero creemos sin embargo que no están lejos de la verdad. Cuando se ha recorrido Alemania y se contempla el espíritu de organización general y de disciplina partidaria, sin contar que a cada momento los ojos se encuentran con filiales de las instituciones a que hemos hecho referencia, se puede creer fundadamente en la verosimilitud de esas cifras oficiales.

Ello es más evidente cuanto que la preocupación fundamental del naciismo es la juventud. El nacional socialismo quisiera ser algo más que un cambio político, quisiera significar también una nueva concepción de la vida individual en su relación con la colectividad y sólo las nuevas generaciones podrán llegar a identificarse absolutamente con él, con una preparación física y educacional adecuada. De ahí la extraordinaria preocupación del Estado y del Partido por la juventud.

Ella es educada y criada en el espíritu de sacrificio y aún de renuncia del individuo y de la familia por el bien del Estado; en las escuelas las condiciones de fortaleza física y de carácter son más apreciadas que las condiciones intelectuales. Esto explica perfectamente que el deporte y la vida al aire libre sean preferidos a la reclusión del estudio. A ello obliga el plan político-militar de la Alemania actual. Parece ser que también a ello obliga el que esta juventud sea educada en la casi ignorancia cuando no en la tergiversación de los acontecimientos que suceden más allá de la frontera. El tiempo dirá si esto es o no perjudicial para las futuras generaciones. Pero mientras tanto, la preocupación por procurar a estas generaciones un desarrollo en las mejores condiciones físicas posibles, es impresionante.

Aún es necesario agregar algo más. Es indudable que la mayor parte de este movimiento de asistencia médicosocial que hemos relatado existía ya antes del advenimiento del nacionalsocialismo. Podría casi decirse que en el plan y en el espíritu de unidad, ella era ya realizada, y que sobre esta base le ha sido fácil al naciismo impulsar esa tarea con el impresionante despliegue de energía que le ha permitido llegar a los resultados relatados. Lástima grande que ella no abarque a todos los habitantes de la Nación sin distinción política o racial.

Sociedad de Pediatría de Montevideo

SESION DEL 16 DE SETIEMBRE DE 1938

Preside el Prof. Dr. R. M. del Campo

Sobre un caso de enfermedad de Barlow en un heredolúético

L. A. Pieroni y D. Puppo.—Niña de 9 meses, que presentó un cuadro de osteopatía escorbútica (hematoma subperióstico en la rodilla derecha y seudoparálisis dolorosa, con síndrome hemorrágico leve y erupción pápuloerosiva en las regiones perivulvares, perianal y glúteas, en la que se comprobó, por el examen directo del exudado cutáneo, la presencia del treponema pálido. El examen radiográfico, hecho desde la iniciación del cuadro mórbido y seguido durante 4 meses, reveló modificaciones típicas, radiológicas, de la enfermedad de Barlow: a) huesos translúcidos; b) banda de demolición de Fraenkel; c) zona de andamio; de Lehendorff; d) orlas de escombros rodeando a los núcleos epifisarios (signo de Wimberg); e) hematoma subperióstico y f) espolones o espuelas laterales. A estas alteraciones radiológicas se agregaron otras, en las extremidades distales del radio, cúbito, metacarpo, primera falange de ambos lados y periostitis hojaldrada en radio y cúbito; modificaciones éstas, que podrían entrar en las que se observan en la sífilis congénita curadas espontáneamente. El tratamiento, a base de alimentación mixta, de jugos de limón y de naranja, de inyecciones de Cantan (vitamina C) y de sulfarsenol, mejoró rápidamente al niño, pero la reparación fue lenta, posiblemente por el fondo heredolúético en que actuaba la enfermedad de Barlow.

A propósito de un caso de acrocefalia y dextrocardia

J. R. Marcos y S. Mendivil.—Niño de 2 meses, del Servicio de Lactantes de la Clínica del Prof. Bonaba, eutrófico, diatéxico exudativo, acrocefálico, ingresó a causa de una neumonía del lóbulo superior derecho. La radiografía torácica puso en evidencia la dextrocardia, con corazón

invertido. El examen clínico reveló signos de probabilidad de sífilis congénita. Se notaba una asimetría craneana y facial; cráneo en torre y algo oblicuo con alargamiento del diámetro vertical y aplastamiento del transversal; extensas zonas de reblandecimiento en el cráneo. La radiografía de cráneo reveló gran adelgazamiento óseo; el frontal no tenía la disposición vertical que se ve en la turricefalia, pero debe tenerse en cuenta la juventud del niño. Estuvo 1 mes hospitalizado, recibiendo inyecciones de sulfarsenol, no obstante ser negativa la Wassermann, en él y en sus padres, por existir otros signos de probabilidad de lúes congénita. Se dieron, además, vitaminas y calcio, rayos ultravioletas. El reblandecimiento craneano mejoró notablemente. Señalan el carácter familiar de la malformación craneana (prima hermana con la idéntica lesión).

Morbilidad y mortalidad por difteria y vacunación

L. M. Petrillo.—Presenta un estudio sobre la difteria, demostrando con cifras, que el Uruguay es uno de los países más castigados por dicha enfermedad. En América del Sur, Montevideo es la ciudad que arroja más alta mortalidad, desde hace varios años, con respecto a las otras capitales del continente. En 1937, sobre 152 ciudades computadas en el Informe Epidemiológico de la Sociedad de las Naciones, con excepción de dos, Montevideo arroja la mortalidad más alta: 19.2 por 100.000 habitantes. Esta elevada cifra de mortalidad evoluciona paralelamente con la de la morbilidad, cuyas cifras alcanzaron los valores más altos, de 8.640 casos denunciados, en 1935. En 1937 hubo un descenso de casi un 40 % de casos producidos: 10 % de disminuciones en Montevideo y 30 % en campaña. La letalidad alcanzó, en 1937, a 6.2 %, mientras que era de 4 a 5 %, en los años 1933, 1934, 1935 y 1936. La morbilidad calculada por la cantidad de suero antidiftérico expedida por el Instituto Experimental de Higiene, da cifras mucho más altas, que llegan en 1935 y en 1936, a 12.500 casos; es decir, que hay un 40 % de casos no denunciados.

El único procedimiento seguro para obtener un descenso estable de la morbilidad, es la inmunización activa contra la difteria y, según el americano Godfrey, el índice de inmunización eficaz se sitúa en la vacunación del 30 % en la edad preescolar y del 50 al 70 % de la escolar.

El estudio de la población receptiva del país, comprendida entre 1 y 14 años, demuestra que debe ser superior a 700.000 niños (a pesar de que el último censo se realizó en 1908) teniendo en cuenta el crecimiento anual de la población y los factores que han modificado su repartición por edades, tales como la disminución del índice de natalidad y el aumento de la duración media de la vida.

No se ha llevado, en el país, un registro del número de vacunados contra la difteria en estos últimos diez años; pero, según datos recogidos en instituciones oficiales y privadas que han vacunado y también por la cantidad de anatoxina vendida, se llega a la conclusión de que el número total de inmunizados, en los 10 años, no alcanza al 30 %, es

decir, muy por debajo del índice de Godfrey. El autor considera que el fracaso de la vacunación facultativa, se debe al sistema empleado de las tres dosis, que para la vacunación colectiva, es poco práctico, por exigir tres inyecciones. Es un procedimiento agresivo, lento, molesto y difícil de cumplir correcta y completamente. Sólo el 50 % de los inmunizados llegan a la tercera dosis y la protección es incompleta por ese motivo. Ese fracaso de la vacuna se ha podido apreciar en el medio escolar, donde a pesar de la propaganda realizada el número de vacunados ha ido disminuyendo en forma progresiva. En 1937 sólo fué vacunado el 5 % de la población escolar.

Conviene pues, sustituir, para ciertos ambientes, el sistema de vacunación, empleando la dosis única, a pesar de las críticas teóricas que se le han hecho. Menciona estadísticas que demuestran la eficacia del método, con más de 90 % de Schick negativas, al 1 ½ y a los 2 meses de la vacunación y hace particular referencia al toxoide precipitado y activado con hidrato de aluminio, de la serie C, tal como el preparado de Sordelli. La experiencia de este autor demuestra que este toxoide tiene propiedades reactógnas y antigénicas superiores a las del toxoide-alumbre.

Empleando la univacunación en el curso de este año, se llegó a vacunar en el medio escolar, casi el 20 % del alumnado, cifra que es aún muy baja como para obtener un flaqueo efectivo de la morbilidad. Sólo la vacunación obligatoria podría proteger a los receptivos en tal forma, que la enfermedad llegara a las cifras de 0.5 ó 0.0 de mortalidad, tal como se ha obtenido en aquellos países donde se vacuna hasta el 90 % de la población, entre 1 y 14 años.

Las estadísticas revelan, en nuestro país, que entre 5 y 14 años se encuentran las cifras más altas de mortalidad y, que casi un 90 % de los muertos por difteria, está comprendido entre 1 y 14 años. En la edad escolar (6-12 años) la morbilidad alcanzó a 600 por 100.000 habitantes; la mortalidad a 32 por 100.000, en 1937.

Frente a estas cifras se impone la obligatoriedad, que debe tener como base un estudio endemiográfico minucioso y un conocimiento bien preciso del número de vacunados, si es que las cifras dadas por el autor no merecen confianza. El fundamento de la vacunación obligatoria debe ser el estado de necesidad y el autor exige su demostración y por ese motivo considera que no es posible expedirse en contra de la obligatoriedad, sin antes haber demostrado la real existencia de esa necesidad.

INSTITUTO PASTEUR

DE PARIS

ANATOXINA DIFTERICA RAMON

Cajas de 3 ampollas para una vacunación
personal

VACUNA ANTITIFOIDICA Y PARATIFOIDICA A & B

Cajas de 3 ampollas para una vacunación
personal

VACUNA MIXTA ANTIDIFTERICA- ANTITETANICA

Cajas de 3 ampollas para una vacunación
personal

VACUNA MIXTA ANTIDIFTERICA- ANTITETANICA-ANTITIFO PARATIFOIDICA

Cajas de 3 ampollas para una vacunación
personal

MILLET & ROUX Soc. Anón. C. e I.

Montevideo 160 — Buenos Aires

Sociedad Argentina de Pediatría

NOVENA SESION CIENTIFICA: 11 de octubre de 1938

Presidencia del Prof. Dr. E. A. Beretervide

Lectura y aprobación del acta de la sesión anterior.

Jaqueca oftalmopléjica (Charcot). Parálisis recidivante o periódica del M. O. C. (Moebius). Sobre un caso con presentación del primer episodio paralítico a los siete años de edad

Dres. A. Gareiso y A. Rascovsky.—Los autores refieren el caso de un niño que desde los 4 años de edad presenta accesos de jaqueca simple, apareciendo a los siete años el primer episodio oftalmopléjico, el que se repite con intervalos que duran alrededor de un año y medio. Realizan su estudio clínico y describen los dos últimos episodios paralíticos sufridos por el paciente y su relación con otros elementos de orden patológico existentes.

Después de relatar las distintas interpretaciones ofrecidas por los autores más consagrados terminan expresando:

“Enfermo de jaqueca oftalmopléjica que ha presentado y presenta otros fenómenos de significación alérgica que comenzaron manifestándose en las primeras épocas de su vida (coriza espasmódico, bronquitis asmática). Después de insistir sobre la ineficacia absoluta del tratamiento específico realizado intensamente, queremos recalcar ciertos hechos que nos obligan a establecer un interrogante sobre la participación bacilar en el enfermo que estudiamos: Alergia, lesiones pulmonares cicatriciales evidentes, Mantoux precozmente positiva y la relación en tiempo sucesivo entre el sarampión (factotum común en el niño de los brotes evolutivos bacilares) y el primer episodio paralítico. Congestiones de tipo alérgico como edemas meningocorticales localizados de tipo Quinke? Lesiones bacilares estacionadas con brotes congestivos periódicos? Malformaciones arteriovenosas, aneurismas, o tumores benignos de evolución lenta? Es muy probable que la respuesta en nuestro caso se relacione con la sensibilización alérgica, con la tuberculosis o con ambas causas. Quizas la evolución futura del enfermo nos dé la respuesta”.

Valor de la radiología del esqueleto para el diagnóstico de la lúes innata

Dres. P. Cervini y G. Bogani.—Observación de una niña, hija de padres sífilíticos, tratados intensamente, cerca de dos años antes de la concepción y durante todo el embarazo. Las reacciones serológicas son negativas en la madre y en la hija, pero esta última presenta una esplenomegalia moderada y radiológicamente, lesiones de periostitis osificante en el borde interno de ambas tibias.

Este caso establece una vez más, el valor comparado de la radiología del esqueleto para el diagnóstico de la lúes innata, siempre que se practique en el primer semestre de la vida.

Discusión: Profesor Elizalde.—Reconoce la importancia de la radiografía sistemática del esqueleto para el diagnóstico de la sífilis congénita e insiste, en la conveniencia de proseguir practicándola en el niño de pocos meses, pues cabe la posibilidad de que algunas imágenes anormales no sean atribuibles exclusivamente a la lúes.

Mediastinitis reumática

Dres. J. C. Bertrand y E. A. Kirchmayr.—Niña de ocho años que durante el segundo episodio reumático que padece, presenta la sintomatología del síndrome mediastinal. Obtenidas radiografías oblicuas se comprueba la ocupación de mediastino. Evoluciona en dos semanas y cura con salicilato de sodio y pequeñas dosis de tónico cardíacos.

Notas sobre la asistencia médicosocial a la madre y al niño en Francia

Dr. C. Ruiz.—(Véase este número pág. 47).

DECIMA SESION CIENTIFICA: 8 de noviembre de 1938

Presidencia del Prof. E. A. Beretervide

Lectura y aprobación del acta de la sesión anterior.

Notas sobre la asistencia médicosocial a la madre y el niño en Alemania

Dr. C. Ruiz.—(Véase este número 65).

Discusión: Prof. Bettinotti.—Se refiere a alguno de los aspectos médicosociales anotados por el Dr. Ruiz, y a los mismos problemas existen-

tes en el país, destacando la importancia de una buena organización para obtener soluciones satisfactorias.

Dr. Ruiz.—Agradece la atención dispensada a su extensa comunicación, expresando que al redactar dicho informe lo ha hecho en la creencia de que algunos de los datos y experiencias consignadas pudieran ser de utilidad al país.

Desarmonías hemicorporales congénitas. Hemiatrofias o hemihipertrofias

Dres. A. Petre, S. Schere y J. C. Pellerano.—Los autores se ocupan de dos niñas que presentan diferencia de volumen entre ambas mitades del cuerpo, sin ninguna alteración neurológica. Después de discutir los términos de hemiatrofia y hemihipertrofia creen que es más correcto hablar de desarmonías hemicorporales congénitas, dadas las dificultades con que se tropieza en la práctica para establecer cual es el lado que se aproxima más a la media normal, cuando las diferencias son poco notables como en los casos presentados.

Afecciones respiratorias agudas y transfusión sanguínea

Prof. Dr. M. Acuña.—El autor pasa en revista las diversas medicaciones utilizadas en el tratamiento de las afecciones respiratorias agudas y en particular las bronceumonías del lactante, destacando el valor de las inyecciones de sangre.

Desde hace tres años emplea la transfusión sanguínea sin tener que lamentar accidentes importantes, que cuando ocurren, cree que es por defectos de técnica. En el lactante utiliza el seno longitudinal superior y estando ocluída la fontanela, las venas periféricas. En los casos severos suele proceder a la exanguinotransfusión. Aconseja practicar la inyección muy lentamente, por simple gravedad, de modo que penetren 3 a 5 c.c. por minuto, hasta llegar a la dosis fijada que oscila entre 10 y 20 cc. por kilogramo de peso. Repite la transfusión cada 2 ó 3 días según la gravedad del caso, y prosigue así durante la convalecencia hasta consolidar la cura utilizando dadores diferentes.

Considera asimismo fundamentales la precocidad y la continuidad en el tratamiento. En el Instituto de Pediatría ha tratado en esta forma 50 casos de bronceumonía de etiología múltiple (sobrevivientes a las 36 horas del ingreso) de los que 35 curaron dando una mortalidad global del 30 %, mientras que antes sobrepasaba el 50 %.

De los 50 casos, 41 corresponde a niños menores de 24 meses y los nueve restantes tienen entre dos y catorce años. Diez y ocho casos son por coqueluche con 13 curados y 5 fallecidos; 8 por sarampión con 6 curados y 2 fallecidos; 16 por gripe con 10 curados y 6 fallecidos y 6 por catarros nasofaríngeos y bronquiales, curados todos.

Discusión: Dr. Maggi.—Aporta la experiencia del Servicio de Infectocontagiosas del Hospital de niños que dirige el Prof. Bazán, impedido de hacerla conocer personalmente en la sesión.

Sobre 206 casos de bronconeumonías secundarias, de las cuales 110 son coqueluchosas, 87 sarampionosas y 9 de origen desconocido, se ha obtenido con los medios clásicos el 70 % de mortalidad. En cambio en 53 casos tratados por la transfusión sanguínea lograron 27 curaciones, es decir, una reducción de la mortalidad al 49 %. Ahora bien, si se eliminan de los 26 niños que fallecieron, 10 de ellos tratados in extremis, sin esperanza de reacción y que sólo recibieron una transfusión, se tendría: 16 niños fallecidos sobre 43 enfermos, lo que significa un 37 % de mortalidad, por lo cual no vacilan en proponer la práctica de la transfusión para llegar a conclusiones más sólidas sobre el valor del procedimiento.

Las transfusiones fueron efectuadas bajo la dirección del Dr. García Oliver, Jefe del Centro Hemoterápico del Instituto de Pediatría que dirige el Prof. Acuña, de cuya valiosa ayuda dejan expresa constancia.

Prof. Acuña: Agradece la contribución del Prof. Bazán lamentando que no haya un mayor aporte de experiencia para comparar resultados y sentar conclusiones más precisas.

Arritmia extrasistólica en un recién nacido ("politopía extrasistólica de Mahaim")

Prof. Dr. J. P. Garrahan y Dr. A. Larguía.—Los autores presentan la observación de un recién nacido, nacido a término de parto espontáneo, con un peso de 4 kilogramos, que presentó una arritmia extrasistólica funcional, diagnosticada durante los últimos días del embarazo, que desapareció en el curso de las primeras semanas.

Análisis de Revistas ⁽¹⁾

BIOLOGIA Y PATOLOGIA GENERAL

SCHMIDT-LIPPARD. *Transmisión pasiva de anticuerpos*. "Am. Journ. Dis. of Child.", 1938:56:550.

Teniendo en cuenta la relativa frecuencia y definida relación estacional de la fiebre del heno, ha sido estudiada con mayor frecuencia que otras enfermedades alérgicas desde el punto de vista de los métodos inmunológicos. Sin embargo interesa precisar las fluctuaciones normales y el efecto del tratamiento sobre el título de los anticuerpos transmitidos pasivamente.

Los autores han estudiado 25 pacientes con fiebres del heno y tres hipersensitivas, pero sin historia de fiebre de heno, durante 12 a 18 meses. Diez y ocho fueron tratados con inyección de extractos polénicos y los diez restantes formaron el grupo control. En cada enfermo de los dos grupos se hicieron cuatro titulaciones de los anticuerpos, en períodos similares y en relación con la estación de polenización. El método de titulación se basa en la neutralización de los anticuerpos con el antígeno específico.

Los siguientes resultados fueron obtenidos:

1.º La inyección de extracto polénico es seguido de aumento del título del anticuerpo.

2.º El título del anticuerpo transmitido pasivamente permanece relativamente constante durante un período de varios meses en ausencia de la inyección de extracto polénico o de exposición al aire con cenizas de pólen. Los pacientes no tratados aumentan su título durante los períodos de exposición al polen.

3.º El aumento del título del anticuerpo es seguido de mejoría de los síntomas de fiebre del heno.

4.º No hay correlación entre la cantidad del antígeno inyectado y el efecto terapéutico o el aumento del título.

A. Larguía.

(1) Todos los trabajos indicados con un asterisco (*) corresponden a autores latinoamericanos.

V. LIPPARD, y W. SCHMIDT. *Transmisión pasiva de anticuerpos*. "Amer. Journ. Dis. of Child.", 1938:56:797.

Continuando la serie de artículos publicados sobre este tema, los autores investigan en este trabajo la respuesta del título de los anticuerpos trasmitidos pasivamente a la ingestión de alimentos en niños hipersensitivos y plantean la hipótesis de que un aumento en dicho título está asociada con una mejoría en los síntomas clínicos. Las experiencias realizadas demostraron que la ingestión de alimentos a los que los pacientes estaban sensibilizados, es seguida de un aumento en el título de los anticuerpos, siempre que se absorba antígeno en cantidad suficiente para determinar reacciones clínicas. La absorción del antígeno específico es capaz de aumentar la producción o movilización de este anticuerpo en el suero sanguíneo. Las reacciones clínicas consecutivas a la absorción de alimentos específicos fueron menos frecuentes e intensas después del aumento del título de los anticuerpos.

A. Larguía.

A. SACHS, V. LEVINE, W. GRIFFITH y C. HANSEN. *El cobre y el hierro en la sangre humana*. "Amer. Journ. Dis. of Child.", 1938:56:787.

En publicaciones anteriores, los autores encontraron que en recién nacidos a término, de parto espontáneo y normal, el contenido en cobre de la sangre era bajo, mientras que las cifras del hierro eran altas, cifras inversas a las encontradas en la sangre maternal. Basadas en trabajos recientes de Howarth y Hollosi, los autores desean confirmar la hipótesis según la cual la policitemia del recién nacido no aparece en casos de operación cesárea, por estar vinculado con el traumatismo del parto.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes. El número de glóbulos rojos de la sangre del cordón umbilical en recién nacidos por cesárea y por parto normal es sensiblemente la misma. La cifra del cobre, hierro y hemoglobina en la misma sangre, tampoco daba diferencias apreciables en los dos grupos. La concentración del hierro en la sangre total del recién nacido es alta, mientras que la del cobre es baja.

A. Larguía.

F. ROSI y D. STELLA. *Intercambio hemoglobínico, resistencia globular, volumen total de la sangre y proposición de un nuevo índice hemolítico en el niño normal*. "Rivista di Clinica Pediatrica", 1938:36:529.

Los autores han estudiado el intercambio hemoglobínico por el método de Terwen-Greppi en 51 niños sanos a partir del noveno mes hasta los 9 años. Han comprobado que la eliminación diaria de bilinógeno en relación al peso del cuerpo y a la cantidad de la hemoglobina, es más elevada del 50 % de la que se ha comprobado en los sujetos adultos. Este crecimiento del bilinógeno eliminado no puede ser la consecuencia de una resistencia globular disminuida en el niño, porque ésta por el con-

trario es superior a los valores normales del adulto y puede ser explicada solamente en parte por la gran cantidad de sangre que posee el organismo infantil en relación al peso comparativamente con la del adulto.

Hay que admitir realmente que un metabolismo hemoglobínico más activo es una característica de la infancia. Los autores han propuesto una modificación del índice hemolítico de Terwen-Greppi, buscando como valores comparativos los referidos al pequeño enfermo. Solamente después de esta modificación han obtenido en los niños observados un índice hemolítico igual a la unidad.

B. Paz.

GINANDES G. J. y TOPPER A. *Transpiración insensible en los niños. IV Influencia de la sal.* "Am. Jour. of Dis. of Child.", 1938:55:1176.

Fué posible en todos los casos disminuir el grado de transpiración insensible con la ingestión de sal. Sostienen los autores que el cambio no es debido a la retención de agua, sino al aumento de la tensión osmótica de la sangre con el consiguiente cambio en la presión de vapor de los líquidos a evaporarse, aumentado por la acción depresora de la sal sobre la actividad de las glándulas sudoríparas.

Creer los autores que la transpiración insensible no es regulada solamente por la producción de calor sino también por el grado de hidratación de los tejidos.

G. F. Thomas.

* SORIA B. *Hábito asténico. Su importancia bajo el punto de vista clínico en el porvenir de los niños con esta anomalía.* "Bol. de la Soc. Cub. de Pediatría", 1938:10:155.

Se analiza los caracteres morfológicos y funcionales del niño asténico, cuyo porvenir se ofrece incierto, si no se le trata adecuadamente. Insiste el autor en la conveniencia de efectuar el diagnóstico en la más tierna infancia, sosteniendo que con gimnasia adecuada se evitan las anomalías morfológicas ulteriores.

V. O. Visillac.

MATTHEW MOLITCH M. D. *Anestesia local en los niños. Tonsilectomía. Adenoidectomía. Circuncisión.* "Arch. of Pediatrics", 1938:55:506.

Fueron practicadas 847 tonsilectomías, 845 adenoidectomías y 322 circuncisiones con anestesia local, en niños de 8 a 17 años. No se registraron complicaciones graves, y los niños toleraron perfectamente la anestesia local.

C. M. Pintos.

METABOLISMO - ALIMENTACION

G. BESSAU. *Sobre el problema de la alimentación artificial del lactante.* "Deutsche Med. Wochens.", 1938:64:397.

Pareciera que existe una ley biológica que en todos los animales que lactan, durante dicho período, predomina en su intestino una flora de fermentación. El hecho se cumple en el ternero y también en el niño, pero—hecho curioso—la leche de vaca provoca una fuerte putrefacción intestinal en el niño. No se ha logrado aún un alimento artificial para el ser humano en su primer año de vida que evite dicha putrefacción y se ha pensado si esa no es la razón por la cual los niños alimentados artificialmente son más propensos a los trastornos intestinales que los alimentados al seno.

Bessau, profesor de Pediatría en la Universidad de Berlín, trabaja desde hace más de 20 años en obtener un alimento que desarrolle en el intestino delgado y grueso la flora de fermentación de la leche de mujer, flora constituida casi en su totalidad por bacillus bífidus. Durante muchos años ha realizado ensayos en su servicio de lactantes de la Charité y en la Kaiserina Augusta Viktoria Haus, y habiendo ya obtenido un resultado que considera favorable, pone ahora sus estudios en conocimiento del cuerpo médico.

Para obtener una leche que haga predominar el bacillus bífidus en las heces es necesario que la caseína haya sido digerida previamente en parte, ya que la digestión péptica de la leche de vaca favorece la flora bífida. Es necesario luego enriquecerla en lactosa ya que el bacilo bífido es un bacilo de fermentación, y en este sentido, la lactosa es el hidrato de carbono más adecuado para su lenta absorción, lentitud de absorción que es aún acentuada por el Prof. Bessau caramelizándola por calentamiento a 110° obteniendo así su llegada al intestino grueso en su casi totalidad.

Con respecto a la diferencia entre la grasa de la leche de mujer y la leche de vaca, es sabido que la riqueza de la primera en ácido oleico; por eso el autor agrega a su preparado una grasa rica en ácido oleico: el aceite de sésamo, al que agrega aún yema de huevo por su riqueza en vitamina A. Aún el autor agrega cistina a su preparado en razón de ser éste, uno de los más ricos productos de escisión de las proteínas de la leche de madre y porque además, parece jugar un gran rol en los medios de cultivo del bacilo bífido.

Después de más de 350 ensayos el autor cree haber llegado a la fórmula definitiva que es preparada de la manera siguiente:

1.° En 350 gramos de leche de vaca se disuelven 50 gramos de maicena, se hierve 3 minutos y se enfría a 40°; se agregan entonces 50 c.c. de una solución al 5 % de ácido cítrico y 0.50 gramos de pepsina (para obtener una parcial digestión de la caseína).

2.° Se agregan a 50 grs. de agua 10 c.c. de una solución de hidrato de sodio, décimo normal y se disuelven en esa mezcla 0.20 grs. de cistina.

3.° Se mezclan 5 grs. de aceite de sésamo con 15 grs. de yema de huevo.

4.° Se disuelven 100 grs. de lactosa en 500 grs. de agua y se hace hervir media hora.

Se mezcla 1 y 2 y luego se agrega 3 y 4; se agrega agua hasta completar un litro, se hierva y se enfría.

Ese preparado encierra 1.3 por 100 de proteínas, 2.1 por 100 de grasas, 13 por 100 de hidratos de carbono y 750 calorías por litro.

C. R.

E. RIESENFELD. *Estudio comparativo sobre la alimentación complementaria en 1182 recién nacidos*. "Arch. of Pediatrics", 1938:55:553.

Aunque no se proponen los autores discutir las causas y métodos para evitar la pérdida fisiológica de peso en los primeros diez días de vida, establecen que ella depende de la aptitud de los tejidos para retener el agua.

Se ha probado que la retención hídrica de la célula es estimulada por la ingestión de grandes cantidades de azúcar (1 gramo de hidrato de carbono provoca la retención de 3 grs. de agua).

Un estudio comparativo de varios grupos de recién nacidos a los cuales se alimentaba con mezcla de leche evaporada, con leche en polvo acidificada, o bien con pecho materno y una solución de citrato de sodio y lactosa, revela interesantes variaciones. 1182 niños fueron sometidos a estas dietas y resultó atenuación de la pérdida de peso en los que tomaban mezcla de leche evaporada, después del pecho con respecto a los que tomaban pecho sólo.

Con relación a los últimos, pudo observarse menor pérdida de peso si se les daba agua después de las raciones.

Sin duda las regurgitaciones repetidas influyen en la pérdida ponderal, restando precisión al cálculo de la ingestión diaria. En ciertos niños a pecho exclusivo el establecimiento tardío o insuficiente de la secreción, retarda la recuperación del peso inicial.

C. M. Pintos.

K. SCHWARTZER y D. GOEDECKEMEYER. *La eliminación de sustancias hepáticas antianémicas en la leche de mujer*. "Monatssch. Kinderheilk.", 1937:71:22.

A una nodriza le fué suministrado hepatrat líquido como suplemento de su alimentación.

Alimentando con su leche a ratas hechas anémicas, se observaron verdaderas crisis de reticulocitos, en comparación con la común leche de mujer, de lo cual puede deducirse que hay un paso de sustancias activas del extracto hepático a la leche.

C. I. Guridi y A. M. de San Martín.

V. MAC NAIR y L. ROBERTS. *Acción de la ración suplementaria de leche en el desarrollo físico de niños asilados*. "Am. Journ. of Dis. of Child.", 1938:56:494.

Durante muchos años la osificación de los huesos de la muñeca y del antebrazo ha sido considerada un excelente índice anatómico y en estrecha correlación con el desarrollo intelectual, por educadores, higienistas y otros investigadores. El deseo de estudiar la influencia que pudiera tener también el estado nutritivo del niño en el desarrollo del tejido óseo, ha llevado a los autores a realizar este trabajo.

En él se ha seguido el desarrollo de los huesos del antebrazo y muñeca, radiológicamente durante un año en 108 niños, anotando los cambios de acuerdo al índice de osificación de Carter. Los niños fueron divididos en tres grupos, una tercera parte sirvió de control, a otra le fué administrada una cantidad determinada de leche evaporada y el último tercio recibió una cantidad equivalente de leche evaporada irradiada.

Los resultados fueron los siguientes:

El porcentaje de niños cuyo desarrollo estuvo más de acuerdo con el índice de Carter fué 17 para el grupo control, 50 para el segundo y 46 para el tercero.

2.º El grupo control obtuvo una ganancia del 79 % y aquellos que recibieron un suplemento ganaron el 115 % sobre el aumento esperado.

3.º La ganancia en puntos según el índice de Carter fué 6, 8.³ y 8.2 para cada grupo respectivamente.

4.º El agregado de leche a la ración diaria, más bien mediocre, representa un factor favorable.

A. Larguía.

VITAMINAS AVITAMINOSIS

F. W. SCHLUTZ, H. OLDHAM y M. MORSE. *Acción de la vitamina B₁ sobre la retención férrica de un niño normal.* "Am. Journ. of Dis of Child.", 1938:56:735.

Los autores estudian en el presente artículo la influencia de la vitamina B₁ sobre el metabolismo del hierro en niños normales a quienes se dió tres diferentes dosis de hierro por vía bucal.

El término medio de retención del hierro era menor durante los períodos en que se administran altas dosis de vitaminas B₁ que durante los períodos de control. En la mayor parte de los casos la retención del hierro en relación con un régimen constante, depende más de la cantidad de alimento que de las dosis de hierro. Un aumento en la eliminación del calcio por la orina se produjo coincidiendo con el aumento en las dosis de vitamina B₁.

A. Larguía.

B. HAMIL, L. REYNOLDS, M. POOLE e I. NACY. *Necesidad mínima de vitamina C en niños alimentados artificialmente.* "Am. Jour. of Dis. of Child.", 1938:56:561.

Los autores han querido determinar exactamente cuales son las necesidades mínimas de vitamina C en niños artificialmente alimentados.

Para ello fueron estudiados durante períodos de nueve o más meses, 427 niños, sometidos a un severo control y a quienes se administró diariamente, alrededor de 10 miligramos de vitamina C bajo la forma de polvo de jugo de limón.

Anteriormente fué analizada la duración de la fuerza del polvo y su disminución cuando era preparado previamente a su administración. El contenido medio en vitamina C del polvo de limón, asciende a 0.84 mgrs. por gramo y su disminución en 24 horas alcanzaba del 17 al 34 %. La cantidad mínima diaria de vitamina C necesaria para preservar un niño sano del escorbuto, es más o menos 10 mgrs. diarios.

Durante el período que duraba la observación, el niño era examinado mensualmente por el mismo médico con el objeto de eliminar el factor personal. Se levantaba su historia completa, hereditaria y personal, su curva de peso y talla y todo dato clínico que se relacionara con el desarrollo de cada niño. Se practicaron 4.000 exámenes y 10.342 radiografías del esqueleto con el objeto de diagnosticar escorbuto, raquitismo y calcificación.

Del examen realizado se deduce que lo que hasta ahora se llamaba escorbuto latente, hoy debe clasificarse como escorbuto benigno. Esta distinción, supone una diferente interpretación de la clasificación y evolución de los síntomas y causas del escorbuto. Parecería que el escorbuto es una entidad patológica definida pero que no produce alteraciones del desarrollo hasta que se produce la falta de las funciones fisiológicas atribuidas a la vitamina C.

El escorbuto benigno crónico puede subsistir varios meses con decalcificación espontánea y retardo de las funciones celulares y de los procesos fisiológicos tisulares. Los síntomas del escorbuto grave se desarrollan por la combinación de varios factores tales como, escasa utilización de vitamina C, y disminución del metabolismo celular, como resultante de infecciones, alergia o herencia glandular. Existe una diferente susceptibilidad individual, condicionada por factores prenatales y postnatales.

En 21 niños se pudo observar la existencia de escorbuto benigno, según el criterio de Park. Durante este tiempo la curva de peso y talla estaba retardada, pero la ambulación y habla no lo estuvo.

Los autores deducen que la infección predispone al escorbuto, que la cantidad en vitamina absorbida puede ser influenciada por los vómitos y diarreas, que el descenso de la hemoglobina no es un síndrome de escorbuto ni favorece su aparición.

A. Larguía.

A. IANCOU y C. OPRISIU. *Consideraciones sobre el metabolismo de la vitamina C en los niños.* "Revue Française de Pédiatrie", 1938.14:22.

Los autores realizan un estudio comparativo de las dosis de eliminación del ácido ascórbico por orina, previa administración de vitamina

C sintética por vía bucal y por vía intramuscular, en un número determinado de lactantes.

C. R.

T. S. BUMBALO. *Eliminación urinaria de vitamina C en niños normales y enfermos, con un método de laboratorio para su determinación.* "Am. Jour. of Dis. of Child.", 1938:55:1212.

Se da una modificación macroquímica, fácil y exacta, del método de Harris y Ray para la determinación del ácido cevitámico.

La eliminación urinaria de ácido cevitámico en el niño normal a régimen común varía de 11.2 a 71.2 mgr. por 24 horas, en relación directa con la ingestión de vitamina C.

El resultado de la investigación parece mostrar una deficiencia en vitamina C en todas las formas de tuberculosis infantil. Se sugiere la idea de que hay una deficiencia de vitamina C en todos los estados febriles de la infancia.

Se presenta un caso de escorbuto en un niño de cuatro años con tratamiento con ácido cevitámico y curación completa. La eliminación urinaria de vitamina C se mantiene baja en el escorbuto aunque se administran grandes dosis de ácido cevitámico. La eliminación aumenta bruscamente cuando los tejidos del paciente se saturan de vitamina C. Esto puede tardar algunos días y puede no suceder hasta después de que los síntomas han desaparecido.

Resumen del autor.

* U. URRUTIA. *Enfermedad de Möller-Barlow.* "Revista Chilena de Pediatría", 1938:9:768.

Niño de 3 años de edad con lesiones de escorbuto frustró ya que no presentaba manifestaciones hemorrágicas pero el decaimiento, la palidez, las tumefacciones paraarticulares y pseudoparálisis, así como las erupciones de la piel y el antecedente de la alimentación carenciada del niño, llevaron al diagnóstico que confirmó la investigación radiológica.

C. R.

R. MATRICARDI. *La glicemia y la fosfatemia en el escorbuto experimental.* (Nota previa). "Rivista di Clínica Pediátrica", 1938:36:351.

El autor después de un breve resumen de la literatura al respecto de la glicemia y la fosfatemia en el escorbuto experimental, comunica el resultado de sus experiencias seguidas en cobayos en avitaminosis y concluye que, mientras el intercambio de los carbohidratos no aparece alterado, el fosfórico sufre algunas modificaciones.

A. Puglissi.

RECIEN NACIDOS

F. ROSI y M. BOLLETTI. *Fórmula eritrocitométrica, números de glóbulos rojos y de los reticulocitos en el recién nacido y sus variaciones en los primeros días de vida.* "Rivista di Clinica Pediatrica", 1938:36:605.

Los autores han estudiado en los primeros días de vida de 16 recién nacidos normales el cuadro eritrocitométrico. Han comprobado a la primera hora de vida una macrocitosis muy moderada que aumenta de manera ostensible y rápida hasta las 24 horas y que desciende enseguida para llegar a la normalidad después de 15 a 30 días. Igualmente la anisocitosis que es muy marcada en el nacimiento, aumenta hasta las 24 horas para disminuir lentamente hacia el segundo día. El número de glóbulos rojos que en el nacimiento es casi de 5 millones, puede aumentar hasta 6 ó 7 millones durante el primer día para descender a la normal alrededor de los 15 días. Para explicar estos hechos los autores han seguido sus investigaciones sobre el número de reticulocitos, con las comprobaciones siguientes: desde el nacimiento hasta las primeras 24 horas aumentan del 2-3 % al nacimiento al 7-8 % a las 24 horas, para descender enseguida a los valores normales.

Concluyen los autores manifestando que la causa principal del aumento de glóbulos rojos y la evidente macrocitosis que se establece en las primeras 24 horas de vida, es debida sobre todo, a los fenómenos regeneradores de la médula ósea en relación al pasaje crítico de la vida intra a la vida extrauterina y a la asfixia debida al parto. La sucesiva disminución del número y del diámetro de los glóbulos rojos sería debida a un proceso de regulación por medio de factores hemolíticos y de maduración de los glóbulos rojos inmaduros.

B. Paz.

* D. CANO. *Contribución al estudio de las hemorragias en el recién nacido.* "Revista Mexicana de Puericultura", 1938:8:470.

Estudio general del tema. Se consideran 4 tipos de hemorragias; traumáticas, mecánicas, infecciosas y endócrinas.

El tratamiento se subordina al origen de las mismas. En general, se reputan graves las hemorragias del recién nacido.

V. O. Visillac.

F. ROSI y M. BOLLETTI. *Las plaquetas de la sangre en el recién nacido.* "Rivista di Clinica Pediatrica", 1938:36:198.

Los autores en niños de distinta edad y en 10 recién nacidos, seguidos desde la 1.^a hora hasta el 5.^o día, encuentran que las plaquetas, cuyo recuento hacen con un método propio, de 200 en el nacimiento, aumenta rápidamente, duplica o triplica en 24 horas, luego desciende lentamente en 4 a 5 días.

De igual manera se comportan los glóbulos rojos y las hemátíes gránulofilamentosos.

Explican los autores el hecho, admitiendo que los eritrocitos y plaquetas aumentan por un estímulo que provoca el trauma del parto y a las nuevas condiciones de vida que hallan los niños después del nacimiento.

A. Puglisi.

DEFORMIDADES CONGENITAS

J. J. BINDSCHEDLER, J. M. RODIER, HEINTZ-BERTSCH. *La polidistrofia del tipo Hurler. (Enfermedad congénita y familiar)*. "Revue Française de Pédiatrie", 1938:14:116.

Los autores han tenido oportunidad de observar dos casos de esta rara afección, pues hasta la fecha sólo han sido publicados veinte casos. El primer autor que la describió fué Hurler en 1919, bajo la denominación de "anomalías múltiples predominando en el sistema esquelético". Pfaundler, en 1920, publicó 2 casos. Luego citaremos las observaciones de Jewesbury y Spence, Putnam y Pelkan, Helmholz y Harrington, etc.

Los autores describen estos casos con el nombre de "polidistrofia del tipo Hurler" que indica una parte de la multiplicidad de las anomalías en los diversos órganos, y no solo en el esqueleto como lo indica la denominación de "disostosis" de Pfaundler.

La polidistrofia da a los sujetos afectados un aspecto que permite reconocerlos al primer golpe de vista.

La talla es en general pequeña, se encuentra la cabeza característica con el cráneo habitualmente voluminoso, la frente alta y prominente; la cara presenta un aspecto típico bien descrito por los autores; siempre se encuentra la opacidad corneana. El tronco es generalmente corto, la cifosis dorsolumbar es a menudo muy marcada en la mayor parte de los casos y recuerda la cifosis pótica acentuada; el abdomen es habitualmente grande, con hernia umbilical y hepatoesplenomegalia pronunciada; la limitación de los movimientos, sobre todo marcado para las articulaciones de los hombros es constante; las deformaciones de las manos y pies son características.

Hay siempre un retardo del desarrollo general; el desarrollo psíquico es excepcionalmente normal. Al examen radiológico se constata una deformación de las epífisis caracterizada por un aplanamiento de las cabezas; las diáfisis están a menudo espesadas. La silla turca ha sido estudiada en 11 casos, presentándose generalmente alargada.

Los antecedentes hereditarios son interesantes dada la frecuencia de los casos familiares. Se trata habitualmente de niños nacidos a término. El desarrollo psicomotor es muy desigual, desde un ligero retardo a una idiocia casi completa. A menudo se trata de niños muy pequeños. Sobre 22 casos: 13 varones y 9 niñas. La edad de los padres no parece tener influencia.

Se trata de una afección congénita: multiplicidad de los órganos afectados de distrofia (huesos, articulaciones, hígado, bazo, piel, sistema pi-

loso, ojos). Es una afección familiar: sobre 22 casos publicados, 10 familiares. La consanguinidad de los padres sólo ha sido hallada en un caso.

Hacen diversas consideraciones diagnósticas con la enfermedad de Morquio., la pleonostosis familiar, hereditaria, el tipo Amstelodamensis, etc.

La patogenia de la polidistrofia es desconocida y ninguna de las hipótesis emitidas (infección intrauterina, trastorno metabólico, etc.) puede ser retenida con certidumbre. De los casos publicados, uno sólo fué autopsiado.

I. Díaz Bobillo.

* A. GAREISO, J. E. VIVIANI y A. M. CERDEIRO. *Disóstosis cráneo-faciales. (Enfermedad de Crouzon y enfermedad de Apert)*. "Revista Méd. Lat. Amer.", 1938:23:1245.

Por la denominación común de disostosis cráneo-faciales se engloban varias afecciones que clínicamente constituyen una especie de cadena, cuyos eslabones serían la acrocefalia, la disostosis cráneo-facial hereditaria, (Crouzon), la acrocéfalosindactilia (Apert), el síndrome de Lawrence-Biedl y la enfermedad de Schuller-Christian. En todas estas enfermedades, la conformación craneana puede variar según sean las suturas en que se ha efectuado la sinostosis.

Los autores presentan, muy bien documentados, un caso de enfermedad de Crouzon y otro de enfermedad de Appert. Se extienden luego en consideraciones sobre su patogenia y se inclinan a pensar que mientras en la enfermedad de Crouzon, la sinostosis precoz juega el primer papel, en la enfermedad de Appert se hallan otras perturbaciones que se agregan a dicha sinostosis (trastornos de osificación, perforaciones, anostosis, etc.).

C. R.

R. DEBRÉ, J. LHERMITTE, P. URHY, R. PARIS y Mlle. OEMICHEN. *Tumor simpático embrionario en una niña*. "Bull. de la Soc. de Pédiatrie de París", 1938: N.º 1: 45.

Presentan la historia de una niña de 8 años; historia interesante por haber sido la niña examinada en distintos servicios y considerada como afecta de un tumor maligno abdominal a la edad de 8 meses; tiene actualmente 8 años, presenta un desarrollo general excelente a pesar de la persistencia del tumor principal abdominal y la aparición y desaparición de ciertos tumores accesorios. El examen histológico de una masa tumoral, extraída por biopsia, demuestra que se trata de un tumor simpático embrionario. La niña presenta un buen estado general.

J. C. Saguier.

ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS

G. RAMÓN. *Las vacunaciones asociadas*. "Annales de Medecine", 1937: 42: N.º 3.

La práctica de la vacunación profiláctica contra las diversas enfermedades infectocontagiosas lucha hasta hoy con el inconveniente del repetido número de inyecciones. La posibilidad de la unión de varias de esas vacunas en una sola dosis tratando de obtener una inmunización polivalente, era hasta ahora negada en razón de la teoría de "la concurrencia de antígenos". Ramón en Francia, ha llegado a obtener la posibilidad de una vacunación asociada con antígenos tan dispares como lo son la anatoxina diftérica, la anatoxina tetánica y la vacuna antitífica. Esto significa no solo un gran ahorro del número de inyecciones—con la mayor facilidad que ello importa para hacerla llegar a la práctica diaria—sino que parece ser también que la concurrencia de diversos antígenos no sólo no anula la acción de unos con otros sino que confieren una mayor posibilidad de formación acrecentada de anticuerpos.

La vía de experimentación para llegar a la posibilidad de una vacunación asociada fué abierta por el hecho constatado de que los caballos dadores de suero antidiftérico, aumentaban el poder antitóxico de su sangre cuando presentaban una infección secundaria en el lugar de la inyección del antígeno. Este absceso se obtuvo entonces experimentalmente bajo forma de absceso aséptico agregando cuerpos extraños, (tapioca principalmente) al antígeno a inyectar. También así se obtuvo un aumento apreciable del poder antitóxico del suero con relación al obtenido en los animales inyectados con el antígeno sólo. La explicación parece estar en que la reacción local provocando mayor aflujo leucocitario y mayor lentitud en la reabsorción, ocasiona una formación más persistente de anticuerpos.

Como no era posible provocar en el hombre formación de abscesos se pensó en asociar a la anatoxina una vacuna de conocida reacción local en el lugar de la inyección y se eligió la vacuna antitífica. Los ensayos fueron hechos primero con anatoxina tetánica y vacuna antitífica y luego con anatoxina diftérica y vacuna antitífica. En ambos casos se obtuvo una mayor formación de antitoxina tetánica o diftérica en el suero que la que se obtenía inyectando la anatoxina aislada.

Ramón llegó entonces a utilizar la mezcla de las dos anatoxinas, antidiftérica y antitetánica con la vacuna antitífica y consiguió establecer que la inmunidad que adquieren los animales de experimentación para cualquiera de las tres enfermedades, no sólo no era inferior a la que adquieren con la inyección aislada sino que era netamente superior.

Desde 1928 la vacunación asociada: anatoxina diftérica con vacuna antitífica es llevada al género humano. Las primeras experiencias son hechas en grupos del ejército y luego en colectividades infantiles y el control es llevado con dosificación de formación de antitoxina en suero sanguíneo y con viraje de la reacción de Schick. Los resultados fueron alentadores y desde 1930 se instituyó como obligatoria en el ejército francés. La experimentación se llevó entonces a la posibilidad de la asociación de los tres antígenos diftéricos, tetánico y tífico. Para los dos primeros se utilizó la anatoxina, para el tercero la vacuna. Las experimentaciones realizadas confirmaron su eficacia y se establece también como obligatoria en el ejército a partir de 1936.

La preparación en Francia de la vacuna asociada antidiftérica-antité-tánica-antitífica, está a cargo del Instituto Pasteur, quien la expende para ser realizada en 3 dosis de 2 c.c. cada una con un intervalo de 2 semanas entre una y otra, de acuerdo a los mismos principios y comprobaciones establecidos para la anatoxina diftérica aislada. Fuera de su reacción local y cierta transitoria temperatura, la tolerancia parece buena. En los niños menores de 7 años, que pueden reaccionar demasiado violentamente a la vacuna antitífica, Ramón aconseja inyectar 1/4 c.c. de vacuna antitífica y 1 c.c. de anatoxina mezcladas.

C. R.

L. WILLEMIN CLOG. *Síndromes dolorosos abdominales en el curso de la enfermedad sérica*. "Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris", 1938: N.º 5: 354.

Ha tenido ocasión de observar, en muchos sujetos con enfermedad sérica, manifestaciones dolorosas abdominales, y no habiendo encontrado descriptos estos accidentes en ningún tratado clásico, pensó que podría ser interesante hacer una comunicación a la Sociedad de Pediatría.

En la mayor parte de los casos las manifestaciones abdominales se redujeron a fenómenos dolorosos más o menos intensos, de localización variable, pero realizando casi siempre el cuadro clínico de la crisis solar. En otros casos se encontraban reunidos todos los elementos de un verdadero síndrome peritoneal, que planteaban los difíciles problemas del diagnóstico y de la intervención quirúrgica, a la que se llegó en una ocasión.

Presenta 4 observaciones y cita algunas de otros autores semejantes a las suyas: Grandmaison, Cathala y Loeper. Hace un resumen de la sintomatología y de las enfermedades con que pueden ser confundidos (apendicitis, peritonitis a neumococos, etc.).

Para la patogenia no puede invocar sino hipótesis.

En la discusión Lesné recuerda un caso semejante en que fué llamado para ver a un niño en el cual se había hecho diagnóstico de apendicitis, que no se confirmó con la operación y que siguió con los mismos dolores después de operado. Nueve días antes se le había hecho una inyección de suero antidiftérico.

Hallé tuvo ocasión de ver accidentes análogos. Como los de Lesné curaron bien.

Blechmann recuerda su comunicación hecha a la Sociedad de Medicina de París en 1932, "Vómitos y accidentes séricos". Mme. Nageotte, recuerda casos similares.

Debré hace notar que los accidentes abdominales en el curso de la enfermedad sérica son conocidos. Cita casos personales.

Willemín hace notar que en todos sus casos los accidentes tuvieron lugar en sujetos que recibían suero por primera vez, y que los fenómenos eran contemporáneos con las otras manifestaciones séricas, pero que a veces precedían a éstas.

C. A. Veronelli.

- F. TECILAZIC. *Datos epidemiológicos, clínicos y clínico-estadísticos sobre 319 casos de difteria maligna*. "La Pediatría", (Nápoles), 1938: 46: 694.

El autor ha estudiado 319 casos de difteria maligna en el Hospital A. Basi desde el año 1934 al 1937.

En base a este material considera diversos datos epidemiológicos comparados con los ya obtenidos por otros autores.

Describe sucesivamente el característico cuadro clínico de las formas malignas.

E. Muzio.

- * R. ETCHELAR. *A propósito de la vacunación antidiftérica por una sola dosis de toxoide modificado, en nuestro medio*. "Archivos de Pediatría del Uruguay", 1938:9:535.

Véase "Archivos Argentinos de Pediatría", 1938, tomo II, pág. 309.

- CH. R. HAYMAN. *Reacciones consecutivas al uso del toxoide diftérico*. "Amer. Jour. of Child.", 1938:56:723.

En los últimos años ha quedado establecida la eficaz acción del toxoide diftérico no diluido, como un activo agente inmunizante contra la difteria. Su eficacia, se puede presumir que aumenta con la dosis, pero como también aumenta en este caso la intensidad de la reacción a la inyección, interesa encontrar la dosis que siendo suficiente no provoque intolerancia. Para alcanzar este desideratum debe tenerse en cuenta, 1.º la edad del paciente, 2.º la sensibilidad del sujeto, determinada por test cutáneos con anterioridad a la inyección y 3.º la frecuencia y gravedad de las reacciones.

En el presente artículo se trata de responder a varias cuestiones vinculadas con el problema profiláctico de la difteria por medio de las inyecciones de toxoide. Las preguntas y respuestas son las siguientes:

1.º ¿Son las reacciones determinadas por el toxoide frecuentes e intensas, como para exigir su uso, precauciones especiales? La respuesta es afirmativa encontrándose sobre 200 niños, el 14.90 % de reacciones locales. Siendo el 25 % de ellas severas.

2.º ¿Es la edad del sujeto una guía para preveer la reacción? La respuesta también es afirmativa.

3.º ¿Cuál es la eficiencia de las pruebas cutáneas para indicar las dosis de toxoide? La prueba con el toxoide diftérico es de valor en los menores de 15 años; pero la reacción de la reacción de Schick no. Ambas sirven en los mayores de 15 años.

4.º ¿La dosis es un factor importante para controlar la reacción? Las reacciones son influidas más por la edad y la sensibilidad individual que por la dosis.

5.º ¿Qué esquema debe seguirse para obtener la inmunidad sin pro-

ducir reacciones de intolerancia? Los autores proponen un esquema de acuerdo con los resultados obtenidos.

A. Larguía.

G. FRONTALI. *Equilibrio neurovegetativo y miocarditis en la intoxicación diftérica*. "Rivista di Clínica Pediátrica", 1938:36:205.

El autor, después de haber reclamado la prioridad de sus estudios, (1923), sobre reflejos óculocardíaco en la parálisis diftérica estudiado desde el punto de vista esfígmográfico, electrocardiográfico y farmacológico, constata de cómo recientes investigaciones, las cuales confirman las suyas precedentes, han conducido a interpretar el fenómeno por él puesto en evidencia como manifestación de miocarditis; mientras que él—aún reconociendo la frecuente concomitancia de alteraciones miocárdicas—estima el fenómeno óculocardíaco en la parálisis diftérica como resultado de particulares condiciones del sistema nervioso extrínseco del corazón.

A. Puglisi.

P. DELTHIL. *La vacunación antitetánica en las escuelas*. "Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris", 1938: N.º 5: 309.

Pide que la Sociedad de Pediatría vote la recomendación de que se instituya en las escuelas la vacunación asociada por las anatoxinas diftérica y tetánica. Da las razones por las cuales cree que no conviene asociar la vacuna antitífica.

C. A. Veronelli.

R. MARTIN. *La profilaxis del tétano por la vacunación con anatoxina tetánica*. "Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris", 1938: N.º 5:303.

Cita los estudios de G. Ramón sobre la toxina tetánica y un artículo del mismo autor publicado en los Annales de Médecine, t. 42. N.º 3, octubre de 1937, sobre "La anatoxina tetánica y la vacunación contra el tétano", para dejar establecido que esta anatoxina no produce jamás ninguna reacción local ni general. Para referirse a la eficacia de esta vacuna cita el hecho de que entre la caballería del ejército francés, en la cual se practica sistemáticamente, el tétanus es una enfermedad casi desconocida, aún cuando los animales no reciben, en caso de heridas, ni nuevas inyecciones de anatoxina ni suero. Con referencia a la especie humana cree necesario recordar que no se ha publicado ningún caso de tétano entre los vacunados, los cuales pasan de 1.000.000.

Sobre la duración de la inmunidad cita los trabajos de Ramón y Zoeller, quienes encontraron en el suero de sujetos vacunados 5 años antes, una tasa de antitoxina tetánica superior a 1/500 de unidad, y en dos sujetos vacunados hacía 8 y 9 años respectivamente, más de 1/200, dosis todas suficientes para protegerlos contra el tétanos.

Trabajos de Sacquepée, Pilot y Jude, que notan que a partir del 12.º mes el poder antitóxico del suero empieza a descender, confirman

los puntos de vista de Ramón, que aconseja hacer una inyección reactivadora ("de rappel"), un año después de la última, y cuyo efecto es elevar nuevamente y en pocos días el poder antitóxico del suero.

Ramón insiste, además, sobre las ventajas de suministrar la anatoxina tetánica en vacunación asociada "por la comodidad de su aplicación y por su eficacia".

C. A. Veronelli.

E. SORREL. *A propósito de algunos casos de tétanos en los niños*. "Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris", 1938: N.º 4: 249.

Relata tres casos de tétanos, el 1.º de 10 años, que a los 6 días de herirse fallece, el 2.º de 9 años que muere a los 18 días de una fractura expuesta del húmero (a pesar de habérsele inyectado 10 c.c. de suero antitetánico inmediatamente después de lesionado); el 3.º de 4 años y medio curado de un tétanos grave cuya puerta de entrada era una ulceración mínima del cuero cabelludo.

El tétanos de los niños no es excepcional y se produce en circunstancias a las cuales se hallan expuestos diariamente. Ni el suero evita siempre el desenlace fatal, ni es posible hacer suero a los niños cada vez que sufren las heridas mínimas a que se exponen durante sus juegos. Evidentemente sería necesario practicar la vacuna preventiva contra el tétanos, como se hace con la viruela, el tifus o la difteria. Existe la anatoxina.

¿Por qué no se ha difundido esta vacuna? ¿Por no ser suficientemente conocida? ¿Porque ofrece inconvenientes o se la cree ineficaz?

En la discusión se pone de manifiesto que la vacunación antitetánica es inocua, que no produce reacciones desagradables y parece eficaz. No se asegura por todos y se duda por algunos. Hay quienes (Robert Clément) practican desde hace 4 años una triple vacuna—antitetánica, antidiftérica y antitífica—con anatoxina mixta. La opinión predominante es que conviene la difusión de la vacunación antitetánica.

C. A. Veronelli.

* G. GARCÍA MONTES, A. J. ABALLI y F. HERNÁNDEZ CALZADOLLA. *Dos casos de tétanos a puerta de entrada cefálica*. "Bol. de la Soc. Cubana de Pediatría", 1938:10:530.

1er. observación. Niño de 2 años y medio. Infección de origen nasal (introducción de un papel sucio en la nariz) fué tratado con 180.000 u. de suero antitetánico por vías intramuscular, endovenosa e intrarraquídea. De alta al mes de su internación.

2.ª observación. Niña de 9 años, probable puerta de entrada: amigdalectomía. Se le administran 400.000 u. de suero antitetánico. Curación a las 3 semanas.

V. O. Visillac.

R. MEYER. *Nuevos estudios sobre los casos de poliomiélitis anterior, observados en Alsacia después de la epidemia de 1930. 3.ª Parte: La contribución de la fórmula sanguínea al diagnóstico diferencial de la poliomiélitis aguda.* "Revue Française de Pédiatrie", 1938:14:135.

Después de referirse a las publicaciones de distintos autores que se ocupan del tema y basados en numerosas observaciones personales, afirma que la fórmula sanguínea de la enfermedad de Heine Medin en el período de invasión es muy característica: hiperleucocitosis media con monocitosis ligeramente elevada de 9 a 20 %, con desaparición de los eosinófilos y basófilos y ligero aumento de los neutrófilos. "A la aparición de las parálisis, aumentan los linfocitos y los eosinófilos, a veces ligeramente más numerosos que normalmente, y los basófilos reaparecen".

También hace distintas comparaciones con las fórmulas sanguíneas de diversas afecciones: meningitis tuberculosa, neuroaxitis aguda, meningitis serosas, llamadas linfocitarias, acrodinia, etc.

I. Díaz Bobillo.

R. MEYER. *Nuevos estudios sobre los casos de poliomiélitis anterior observados en Alsacia, después de la epidemia de 1930. 4.º Parte: Valor comparativo de los procedimientos de fisioterapia a base eléctrica en la enfermedad de Heine-Medin.* "Revue Française de Pédiatrie", 1938:14:154.

Después de recordar que el primer tratamiento preconizado en la poliomiélitis fué la faradización, pasa en revista los distintos procedimientos terapéuticos y entre los principales a la radioterapia, la diatermia local y la ionización transcerebromedular.

Para poder establecer mejor el grado de mejoría con los tratamientos citados, divide sus observaciones en 9 categorías: 1) Agravación; 2) estado estacionario; 3) mejoría; 4) mejoría ligera; 5) mejoría neta; 6) mejoría considerable; 7) curación funcional; 8) curación fisiológica; 9) curación.

En sus observaciones confirma el punto de vista de Duhem, vale decir, que en el tratamiento llamado de Bordier es la diatermia la que actúa. Las ondas cortas reemplazan con ventaja el antiguo método. La curación por la diatermia está en relación con el número de sesiones y su precocidad de aplicación.

La radioterapia no parece útil más que en las formas álgicas. El autor ha obtenido los mismos efectos con las punciones lumbares repetidas y abundantes.

El tratamiento intensivo y sobre todo tardío con los rayos X, preconizado por Goudechau, se debe realizar. La ionización transcerebromedular de Bourguignon, puede reemplazar a la diatermia con provecho en los casos donde ella no es aplicable.

La simpaticectomía, como todas las intervenciones quirúrgicas, yesos y grandes aparatos articulados no deben jamás ser empleados, cuando la

mejoría funcional puede ser todavía esperada por otro método (límite aproximado: 4 años).

“Por el contrario, la ortopedia precoz y basada sobre la fisiología normal de los músculos, eliminando toda traba a su funcionamiento normal y a la circulación local, teniendo en cuenta también la pérdida de equilibrio estático y dinámico roto y buscando de restablecerlo (kinesiterapia) es de primera importancia”. Deben emplearse aparatos móviles que permitan el calentamiento de los miembros y un movimiento relativo de todos los segmentos.

I. Díaz Bobillo.

M. STILLERMAN y A. FISCHER. *Poliomielitis bulbar aguda consecutiva a reciente amigdalectomía y adenoidectomía*. “Am. Journ. of Dis. of Child.”, 1938:56:778.

Los autores presentan en este artículo trece casos de poliomiелitis aguda consecutiva a la extirpación de amígdalas y vegetaciones. La aparición de la enfermedad tuvo lugar entre los 10 y 22 días después de la operación. La forma clínica más frecuente (9 casos sobre un total de 13) fué la encéfalobulbar.

Teniendo en cuenta el intervalo transcurrido entre la operación y la aparición de la enfermedad; la alta frecuencia de las formas bulboencefálicas, cabe pensar que el campo operatorio haya sido la puerta de entrada del germen en el sistema nervioso.

Termina el autor su artículo aconsejando no hacer extirpación de amígdalas y vegetaciones adenoideas en tiempo de epidemia de poliomiелitis.

A. Larguía.

A. ROMANO. *Los portadores y las infecciones latentes; factores epidemiológicos de la poliomiелitis anterior aguda*. “Rivista di Clinica Pediatrica”, 1938:36:482.

El autor se refiere a las investigaciones epidemiológicas efectuadas en 200 casos de poliomiелitis anterior aguda denunciadas durante la epidemia que se produjo en el espacio de 10 años, en las provincias de Spezia, Lucca y Pistoia; expone sucesivamente sus consideraciones según los datos recogidos.

Los casos de poliomiелitis han tenido lugar en todas las localidades de las provincias en cuestión, sin mostrar ninguna predilección topográfica por tal o cual región.

Las epidemias han sido independientes de los factores naturales del lugar. En la distribución geográfica de la poliomiелitis, no se ha encontrado ninguna coincidencia territorial con la zona de presencia de un insecto particular. No se ha sido comprobada ninguna transmisión hídrica o alimenticia.

Los datos epidemiológicos han permitido apreciar la influencia ejercida sobre la difusión de la enfermedad por los factores sociales, inhe-

rentes a ciertas condiciones de vida individual y colectiva de la población y por factores climáticos y de estación. La acción de la estación debe ser considerada como la que aumenta la receptividad individual. La receptividad para la poliomielitis se muestra en la edad infantil y llega a su máximun entre 0-1 año.

A causa de la diferente receptividad, la poliomielitis no se nos presenta solamente bajo la forma paralítica; ella puede también presentarse bajo formas ligeras, abortivas, ambulatorias o bajo formas latentes que no se tiene el medio de controlarlas, porque no se está en presencia de manifestaciones patológicas, pero que son siempre de temer, la que por no tener estos síntomas no pueden ser identificados.

Se ha podido muy raramente verificar el contagio de un caso clínico a otro, porque la diseminación del virus es casi siempre debida a casos latentes, que no se los puede diagnosticar y a portadores convalecientes o gozando de una salud perfecta.

La transmisión de la poliomielitis puede ser representada por el esquema siguiente: niño enfermo (predipuesto a la enfermedad—portador predispuesto a la forma latente)—niño sano (predispuesto a la enfermedad).

Actualmente no se dispone de medios que puedan dar una inmunidad segura contra la poliomielitis; el fin esencial de la profilaxia debe ser entonces el de impedir la difusión por contacto.

B. Paz.

H. W. TAYLOR. *Reacción por vacuna anticoqueluchosa Sauer*. "Arch. of Pediatrics", 1938:55:572.

Se emplea mucho esta vacuna para la inmunización activa contra la tos convulsa.

Es una suspensión recientemente preparada de cepas aisladas del bacilo.

La técnica consiste en efectuar tres inyecciones subcutáneas bilaterales, con siete días de intervalo entre ellas. Cada centímetro encierra 10.000 millones de "hemófilo pertussis", de acuerdo al tipo Sauer de opacidad. Refiere el autor el caso de un niño de 10 meses a quien se inyectó un c.c.³ en cada región deltoidea; 5 horas después se mostró irritable y presentó contracciones de ambos pies con temperatura baja. Al levantarlo, los miembros inferiores permanecían flácidos. No hay duda que tales síntomas se debían a la acción de la vacuna sobre el sistema nervioso central. No debe ésta inyectarse por vía intravenosa ni estando demasiado fría.

A pesar de su corta duración esta reacción patológica es digna de tenerse en cuenta.

C. M. Pintos.

MME. ERLICH. *Un caso de coqueluche grave con complicaciones pulmonares en un recién nacido*. "Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris", 1938: N.º 5: 352.

Coqueluche a los 11 días de nacer con bronconeumonía. Tratado primero con inyecciones intramusculares de éter sulfúrico y luego, cuando se agravó—disnea, tiraje, quintas frecuentes e intensas cianosis—con inhalaciones de oxígeno que, en vista del buen resultado obtenido se le siguió administrando durante tres días a razón de 60 a 70 litros diarios. Curó bien. El procedimiento había sido ya preconizado en Francia por Debré, Nobecourt y Ribadeau-Dumas.

C. A. Veronelli.

R. POINSO y P. SIMEÓN. *Encefalitis aguda de la coqueluche*. "Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris", 1938: N.º 4: 263.

Niña de cinco años y medio, nacida a término; amigdalectomizada; inquieta, nerviosa, pero sin pasado patológico digno de consideración; antecedentes hereditarios sin importancia. A los 8 días de declararse una coqueluche comienza con cefaleas y vómitos. La temperatura asciende a 38°2; un día más tarde rigidez de nuca; se hace punción lumbar que da líquido hipertenso, 0.20 g, de albúmina, un elemento por mm.c.; Wassermann negativa.

La temperatura llega a 39°2; aparecen convulsiones que, al ceder, dejan su lugar a un sopor intenso, semicomatoso. Signos de Kernig y Brudzinsky; hemiplejía izquierda; hipotonía. Se agrega tratamiento sintomático de las convulsiones una inyección de pyoformine.

Tres días más tarde la niña comienza a mejorar, las convulsiones cesan, la temperatura baja y reaparece la conciencia. La hemiparesia izquierda persiste, acentuada. Las quintas disminuídas al aparecer las convulsiones, reaparecen al mejorar de sus síntomas nerviosos. A los 35 días de comenzada su coqueluche, la niña puede considerarse sana, hecha la salvedad de que persisten algunas quintas de tos coqueluchosa. Vuelve a la escuela sin ningún fenómeno mórbido.

C. A. Veronelli.

GRENET e ISAAC-GEORGES. *Encefalitis varicelosa*. "Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris", 1938: N.º 4: 240.

Niña de 8 años la cual, durante la convalecencia de una varicela, hace un síndrome neurológico con predominio de trastornos cerebelosos, pero con otros elementos agregados (signo de Romberg, abolición de reflejos rotulianos y aquilianos, inestabilidad estática) lo que hace presumir, al lado de las lesiones cerebelosas, la existencia de alteraciones de los cordones posteriores de la médula.

Las lesiones parecen fijadas, pues la evolución no ha cambiado el cuadro en varios meses; en el líquido céfaloorraquídeo no pudo señalarse anormalidad ninguna; las terapéuticas empleadas (urotropina, salicilato), resultaron ineficaces.

Aún pensando que la mayor probabilidad es la de un estado definitivo, los autores no descartan la alternativa de una "reprise" evolutiva o de un mejoramiento tardío.

C. A. Veronelli.

J. PARAF y P. BOULANGER. *Un caso de varicela grave tratado por inyecciones de sangre de convalescente*. "Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris", 1938: N.º 4:214.

Niño de seis años y medio que padece una difteria; dos meses más tarde una escarlatina benigna, casi apirética; seis después, cuando el exantema había desaparecido, se manifiestan los primeros síntomas de la varicela. Erupción intensa y generalizada, cuyos caracteres dermatológicos no eran muy claros, haciéndose el diagnóstico más por la epidemia que soportaba la sala que por los síntomas mismos. Tan intensa fué la erupción y tan grave el estado general, que piensan los autores que la escarlatina padecida anteriormente favoreció esta particular gravedad de la varicela (concepto sostenido ya por Nobecourt y Milhit, Variot, Antoine, Grenet y Delarne), sensibilizando la epidermis del niño.

Tratamiento: 15 c.c. de sangre de un niño que había tenido varicela 15 días antes. Al día siguiente la mejoría era asombrosa. Esta terapéutica ya ha sido preconizada y ensayada con resultados variables. En el caso presentado no podía ser mejor. Queda, no obstante, la duda de si este resultado terapéutico no ha sobrevenido en el momento en que la varicela tendía espontáneamente hacia la curación. Opinan que, en los casos de varicela grave, sería conveniente recurrir a la hemoterapia con sangre de convalecientes, con lo cual podría confirmarse o no el beneficio del método.

C. A. Veronelli.

RAILLIET y GUISSBOURG. *Septicemia a "diplococcus crassus" simulando la tifoidea en un niño de un año*. "Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris", 1938: N.º 4: 217.

Niño con cuadro tífico: temperatura alta, diarrea fétida erupción en el tronco de máculas características. En la orina colibacilos. Se hace un hemocultivo que da abundantes colonias de diplococcus crassus. Curó espontáneamente en 15 días.

Este caso plantea un problema de diagnóstico: un niño tiene temperatura alta y algunos trastornos intestinales. El examen clínico es negativo. Se piensa en la posibilidad de una colibacilosis enterourinaria, por su examen de orina, y en una infección tífica o paratífica por su erupción característica, sobreviniendo en el curso de una fiebre en meseta. El bazo no es perceptible. No hay pus en orina, lo que descarta una pielonefritis. La hemocultura hace el diagnóstico. La erupción es frecuente en la infección por este germen, si bien no con el aspecto descrito.

C. A. Veronelli.

WALTER YETTER.—*Paratifoidea complicada con múltiples focos de osteomielitis*. "Am. Jour. of Dis. of Child.", 1938:56:846.

El autor presenta un caso total de paratifoidea tipo Shabmulter, con

examen anatómopatológico, demostrando la existencia de numerosos focos de osteomielitis en los huesos.

A. Largaía.

J. I. WARING. *Globulinas placentarias en el sarampión*. "Arch. of Pediatrics", 1938:55:570.

Pocas publicaciones sobre el uso de las globulinas placentarias existen, referentes a preparados comerciales.

El autor trae los resultados del suero comercial en su práctica privada. Mc Khaun afirma que el suero de convalescente y el de adulto, son buenos, usados precozmente y en dosis suficiente.

Con extractos comerciales se observa que un 4 % de los pacientes no obtienen modificación apreciable. Karelitz obtuvo éxito en un 62 % de sus casos, usando de 3.5 cm.c. a 8 cm.c. de globulina placentaria. Se considera 4 cm.c. como la cifra más conveniente a utilizar.

C. M. Pintos.

A. CHAPMAN. *Tratamiento de la bacteriemia de la nefritis postescarlatinosa, con prontosil y prontilin*. "Arch. of Pediatrics", 1938:55:560.

Un caso de nefritis postescarlatina con uremia y estreptococcemia, fué tratada con prontosil y sulfanilamida. Hubo marcada mejoría del estado general al cabo de 48 horas y luego gradual normalización del cuadro hemático.

El hemocultivo con sangre extraída 72 horas después de iniciado el tratamiento, resultó negativo. Surge el concepto de que el prontosil y el prontilin en la estreptococcemia con nefritis, es menos peligroso de lo que se cree.

C. M. Pintos.

STANLEY LAMM. *Encefalomiелitis postvacunal*. "Am. Jour. of Dis. of Child.", 1938:56:824.

En los Estados Unidos han sido publicados alrededor de 75 casos de encefalomiелitis consecutiva a la vacunación contra la viruela, con una mortalidad que asciende alrededor del 40 %. El autor publica un nuevo caso mortal, con un prolijo estudio anatómopatológico del sistema nervioso central.

A. Largaía.

G. RAMÓN. *La anatoxina estafilocócica y la terapéutica de las afecciones debidas al estafilococo*. "Arch. de Med. des Enfants", 1938:41:665.

La eficacia de la anatoxina estafilocócica en el tratamiento de las afecciones debidas al estafilococo y principalmente de las afecciones cutáneas está confirmado por más de 1.500 observaciones recogidas con cuidado en el curso de los tres últimos años. Ella está, por otra parte, confirmada por los resultados adquiridos y relatados por numerosos clí-

nicos quienes en Francia, las colonias y en países extranjeros, han empleado la anatoxinoterapia estafilocócica, según la fórmula que ensayos preliminares habían permitido establecer sobre sólidas bases.

Gracias a ciertos progresos realizados: a) obtención de una anatoxina de valor antígeno relativamente elevado; b) preparación y utilización de anastafilotoxina purificada, etc., podrán sin duda obtenerse en el futuro, resultados más satisfactorios, especialmente en las formas severas de la infección estafilocócica (osteomielitis, septicémicas).. Los numerosos documentos así recogidos, frente a ciertos datos de orden experimental, permiten sacar conclusiones precisas en cuanto al modo de acción del tratamiento anatóxico.

Tienden a probarlo particularmente, los resultados obtenidos por la anatoxina purificada; la anatoxiterapia no actúa como una "proteínoterapia no específica" Es gracias a la inmunidad antitóxica específica engendrada por la anastafilotoxina y completada por los medios naturales de defensa (fagocitosis particularmente) que el organismo concluye por triunfar sobre las manifestaciones tóxicas e infecciones debidas al estafilococo.

A. C. G.

L. A. KARABARBONNIS. *Diagnóstico de Kala-Azar, por punción de la médula ósea (punción de la región diafiso-epifisaria de la tibia)*. "Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris", 1938: N.º 3: 157.

Niño de 4 años y medio, atacado de paludismo y que presentaba fiebre sin remisión, palidez terrosa, enorme bazo y hepatomegalia. Fracaso el tratamiento quínico y no encontrándose hematozoarios en la sangre se piensa en el kala-azar. Los exámenes complementarios revelaron: glóbulos rojos, 2.000.000; glóbulos blancos, 3 mil (leucopenia que constituye un signo muy importante). La reacción de Chopra, al neostibasán en sangre, fué positiva.

La punción de la médula ósea permitió encontrar parásitos (Leshmann Donovan) y dió la siguiente fórmula: polinucleares eosinófilos 5; linfocitos 13; células de Turek 1; eritroblastos 9; promielocitos 47; metamielocitos 25. Con diagnóstico de Kala-azar inician el tratamiento con neostibasán: inyecciones endovenosas, día por medio, comenzando por 0.05; las 7 siguientes de 0.10 y las últimas 5 de 0.20; 1.80 grs. en total. Después de la cuarta inyección disminuye la fiebre; después de la 6.ª apirexia, disminución del tamaño del bazo; aumento de los glóbulos rojos, mejor apetito y estado general. Recuerda el autor que el método no es nuevo y que otros autores, particularmente en Francia, Grecia, Italia y Japón practican la punción ósea para el diagnóstico del Kala-azar.

A. C. G.

TUBERCULOSIS

P. P. LEVY, CHEVALIER y STA. SCHERMANN. *Imagen radiográfica de granulía fría en el comienzo de una tuberculosis pulmonar ambulatoria*. "Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris", 1938: N.º 3: 175.

Niño de 9 años, Mantoux positiva; la radiografía revela, en el curso de un ligero malestar general, tos moderada y sin fiebre apreciable, un semillero bilateral de imágenes micronodulares; estableciendo el diagnóstico de tuberculosis pulmonar (granulía fría) en razón de la marcha tórpida de la enfermedad.

El examen de la secreción traqueal durante la tos, y de las heces, no permitió encontrar el bacilo de Koch.

La granulía fría es rara en el niño; el pronóstico es sombrío. Se obtendrán radiografías periódicas para observar la evolución del proceso, temiendo los autores la aparición de una tuberculosis úlcero-caseosa o la aparición de una meningitis tuberculosa.

Aconsejan como tratamiento: reposo, clima de montaña, alimentación carnea, inyecciones endovenosas de calcio.

A. C. G.

R. W. MÜLLER. *A propósito de la atelectasia en la tuberculosis intratorácica del niño.* "Monatsschr. Kinderheilk.", 1937:71:1.

Trata de delimitar el papel de las alteraciones atelectásicas en las diferentes formas de tuberculosis intratorácica del niño, en la tisis, en las infiltraciones perifocales, en el infiltrado precoz. La opinión de Rossle, de que todas las infiltraciones son atelectasias, es impugnada, pues se duda de su validez para todos los casos.

C. I. Guridi y A. M. de San Martín.

H. VOLLMER y E. GOLDBERGER. *Estudio comparativo del patch tuberculínico y de la reacción de Mantoux intracutánea.* "Amer. Jour. of Dis. of Child.", 1938:56:584.

Los autores presentan 169 niños con lesiones tuberculosas en actividad, en los cuales solamente uno fracasó al patch tuberculínico y en cambio, la reacción de Mantoux fué positiva. En otro grupo de 118 niños internados en las distintas salas, coincidieron exactamente los resultados de ambas pruebas tuberculínicas.

A. Largaía.

A. BERAUD. *Seroterapia antibacilar (suero de Jousset) en un lactante atacado de tuberculosis gangliopulmonar grave; evolución fatal no obstante la desaparición rápida del estertor y de la tos bitonal.* "Bull. de la Societé de Pédiatrie de Paris", 1938: N.º 5: 315.

Niño de 5 meses contagiado por la madre, cuya bacilosis se descubre durante la lactancia, a raíz de un proceso aparentemente gripal.

Radioscópicamente: gruesa adenopatía parahiliar derecha con posible participación del parénquima pulmonar. Cutirreacción positiva. A la auscultación: estertor, sobre todo inspiratorio y tos bitonal. Adelgazamiento rápido. Pronóstico sombrío (mortalidad de estas formas: 80 %).

Decide ensayar el suero de Jousset a pesar de dos fracasos anteriores, en primer lugar porque no sabía qué otra cosa mejor hacer y, por otra parte, por haber leído los buenos resultados obtenidos con este producto por Longchampt y Arin.

El niño muere rápidamente y el desenlace fatal le mueve a presentar la comunicación para que de la discusión surja, si se trata de un método terapéutico que debe ser abandonado, si la atenuación de los síntomas—desaparición del estertor y de la tos bitonal—se debe a la acción del suero o a la generalización de la infección y, por último, si el fracaso no podría tener por causa algún defecto personal de técnica.

C. A. Veronelli.

J. L. LAIR y W. S. PERHAM. *Tuberculosis quística múltiple de los huesos en los niños*. "Am. Journ. of Dis. of Child.", 1938:56:831.

Interesante trabajo en el que se estudian las principales características de la tuberculosis quística del esqueleto en el niño, proceso descrito por Jüngling en 1920. Después de hacer numerosas consideraciones sobre el cuadro clínico, los autores describen un caso por ellos estudiado y llegan a las siguientes conclusiones:

- 1.º La enfermedad aparece en niños y adultos.
- 2.º La existencia de lesiones cutáneas no es necesario para el diagnóstico.
- 3.º El proceso patológico presenta caracteres definidos que llegan hasta la destrucción del hueso.
- 4.º Las alteraciones quísticas pueden invadir solo los pequeños huesos de la mano o pie, o también los huesos largos, o ambos.
- 5.º El foco primario tuberculoso es casi en la mayoría de los casos intratorácico.
- 6.º Las imágenes radiológicas de los huesos son de valor diagnóstico bastante preciso.

A. Larguía.

ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS

G. GUESO, E. BROWN y M. WING. *Los eritrocitos y la hemoglobina en la sangre de lactantes y niños*. "Am. Journ. of Dis. of Child.", 1938: 56:529.

Los estudios concernientes al tamaño y contenido de hemoglobina de los glóbulos rojos realizados en los últimos años, aunque más numerosos en adultos, han sido realizados también en niños, demostrando que tanto en niños normales como anémicos los glóbulos experimentan cambios evidentes en los primeros años de la vida.

Los autores basan sus observaciones en 1070 muestras de sangre

provenientes de 615 niños blancos, cuya edad oscila desde el nacimiento hasta los 5 $\frac{1}{4}$ años, y que no habían recibido otro hierro que el proveniente del régimen alimenticio. Las observaciones han sido clasificadas según provinieran de niños sanos, anemias, etc., pero excluyendo los prematuros y aquellos con discrasias sanguíneas primitivas. Los valores siguientes se hallan representados gráficamente: número de glóbulos rojos, tamaño de micrones cúbicos de los glóbulos, contenido en hemoglobina de toda la sangre, y en cada glóbulo rojo. Cifras de hemoglobina inferiores a 10 gramos por 100 c.c. de sangre total fueron encontrados preferentemente, 1.º de 1 a 3 meses y 2.º de los 8 meses a los 2 $\frac{1}{2}$ años.

La edad crítica para el desarrollo máximo de la hipocromía y microcitosis de los eritrocitos (característica de la anemia nutritiva) corresponde a los 18 meses.

A. Larguía.

* R. ALDUNATE. *Leucemia aguda del niño*. "Revista Chilena de Pediatría", 1938:9:657.

La presentación de dos casos de leucemia aguda en el niño, es motivo para el autor, para extenderse en interesantes consideraciones sobre la génesis de dicha afección. Considera que las leucemias agudas en su grado mayor de agudeza, no son diferenciables en su dos tipos, mieloide y linfóide; cuando el agente que determina el estallido del estado leucémico es de naturaleza ferozmente destructiva para los elementos diferenciados de la sangre, los órganos encargados de renovarlos son incapaces de dar abasto y aparecen así los hemocitoblastos para cubrir las apremiantes necesidades del organismo, sin llegar a adquirir sus caracteres de diferenciación de mieloblasto o de linfoblasto que llegan en cambio a aparecer en las formas subagudas de la leucemia, permitiendo su caracterización en leucemia mieloidea o linfóidea.

C. R.

* R. AGUILAR. *Un caso de leucemia mieloide crónica*. "Rev. Mex. de Puericultura", 1938:8:477.

Se comenta una observación, con larga sobrevivencia y que fué tratada con radioterapia. Se pasa en revista los diferentes diagnósticos diferenciales.

V. O. Visillac.

MME. M. ERLICH. *Un caso de angina con granulocitopenia*. "Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris", 1938: N.º 5: 349.

Niña de 8 años a la cual, durante el curso de una angina de Vincent y cuando se dudaba sobre la conducta terapéutica a seguir—suero antidiftérico, arsenobenzol o piramidón—se le hace un recuento globular y fórmula leucocitaria, encontrándose sólo 650 granulocitos por mm.c. Suspende el piramidón, que había sido dado durante dos días a la do-

sis de 0.1×3 y practica transfusiones. Cree necesario examinar la sangre de los niños de tiempo en tiempo, aún en estado de salud para conocer la imagen normal de su sangre, poder realizar la profilaxis de ciertas enfermedades sanguíneas y, sobre todo, para no exponerse a agravarlas sin saberlo por la terapéutica empleada a raíz de enfermedades intercurrentes.

C. A. Veronelli.

B. WEILL-HALLÉ y S. LOEWE (Lyon). *Anemia grave con hematemesis en un niño atacado de neumopatía crónica, no tuberculosa*. "Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris", 1938: N.º 6: 384.

Niño de 18 meses, hipotrófico, que tuvo dos hematemesis; portador de un foco pulmonar crónico, no tuberculoso.

Las hematemesis coincidieron con la aparición de una anemia: glóbulos rojos 2.200.000; hemoglobina 70 a 45 %; glóbulos blancos 23.200, polinucleares 19 %.

La etiología del proceso no pudo ser dilucidado en forma clara.

A. N. Accinelli.

E. SCHIFF. *Anemia hemolítica congénita con fragilidad normal de los hematíes*. "Arch. of Dis. in Childhood", (London). 1938:13:264.

Refiere el autor la historia de un niño de 20 meses, que presentó una anemia hipocrónica grave en los primeros días de vida, con espleno y hepatomegalia.

Ulteriores exámenes revelaron todos los síntomas de una anemia hemolítica congénita; no obstante, la prueba de la fragilidad de los eritrocitos fué normal.

Hubo observaciones térmicas, periódicas sin cambios hemáticos demostrables, ni aceleración del tiempo de sedimentación.

Se interpretaron dichas hipertermias como equivalentes de crisis hemolíticas. No se pudo demostrar el origen hereditario de la afección.

C. M. Pintos.

R. STEPHENSON. *Anemia hipocrómica del lactante*. "Am. Jour. of Dis. of Child.", 1938:55:1141.

Se relatan en este trabajo los resultados obtenidos con la administración comparativa de productos férricos y ferrosos en el tratamiento de la anemia del lactante. Como material de estudio se utilizaron 64 niños, cuya edad variaba de 3 meses a 2 años, en igualdad de ambiente, pues pertenecían a una institución. De sus investigaciones la autora deduce que los niños de 3 meses a 2 años se hallan en estado de subanemia, la que mejora con la ingestión de sales de hierro. A este respecto cree que son

más eficaces los compuestos ferrosos, por ser necesarias menores dosis de éstos y por no producir trastornos intestinales.

G. F. Thomas.

- A. ARONDEL, R. BUREAU y DRAUNET (de Nantes). *Anemia esplénica en un lactante de 15 meses. (Síndrome de von Jacksch-Luzet) esplenectomía.* "Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris", 1937: N.º 6:333

Niño de 15 meses y medio, pupilo de la Asistencia Pública, llevado a examen para su colocación con una nodriza. Presenta esplenomegalia, anemia, leucocitosis, número grande de hematíes nucleados. Tiempo de sangría 17 minutos. Con estos elementos se formula diagnóstico de síndrome de von Jacksch-Luzet. Como no puede invocar una etiología precisa—como en la mayoría de los casos—se hace tratamiento de fricciones mercuriales, extracto hepático, hierro coloidal y régimen variado, rico en vitaminas. A pesar del tratamiento el estado empeora. El peso decae regularmente. Aparecen manifestaciones hemorrágicas. El tiempo de sangría pasa de 17 a 24 minutos. Casi al mes de ser visto el enfermito es intervenido, efectuándose una esplenectomía. Postoperatorio normal. Mejoría del estado general, progresión continua de peso. El examen de bazo revela lesiones esclerosas foliculares con transformación mieloide y reacción macrofágica, clásicas en la enfermedad de von Jacksch-Luzet. El niño con un magnífico estado general, hace a los 7 meses de la intervención, un síndrome meníngeo completo con líquido céfalorraquídeo turbio, con polinucleares en abundancia y neumococos y fallece a los 3 días. Los autores consideran interesante esta observación, porque los casos de esplenectomía por síndrome de Jacksch-Luzet son pocos aún. Babonneix ha encontrado una quincena de casos.

J. C. Saguier.

- C. SMITH. *Índice de sedimentación en la anemia nutritiva de los lactantes y niños.* "Am. Jour. of Dis. of Child.", 1938:56:510.

El objeto perseguido por los autores en este trabajo ha sido establecer las alteraciones del índice de sedimentación en niños y lactantes con anemia nutritiva debida a una deficiencia en el aporte de hierro. Se hicieron 105 observaciones periódicas de la velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos, conjuntamente con la determinación de otros factores hematológicos en 16 casos de anemia. La velocidad de sedimentación fué obtenida empleando sangre del dedo, y los resultados fueron muy semejantes a los obtenidos con sangre venosa.

Los resultados pusieron de manifiesto que los glóbulos rojos no sedimentaban con la velocidad usual de la sangre diluída. Índices normales y bajos fueron obtenidos en numerosos casos con anterioridad al tratamiento y durante los períodos iniciales de mejoría. De 36 determinaciones correspondientes a 14 niños cuyos valores de hemoglobina estaban, el 36 %, por debajo del límite normal, en 23 casos los eritrocitos

sedimentaban en tiempos normales, y en 6 solamente estaban un poco acelerados.

En 11 casos de anemia simple en quienes se encontró con anterioridad al tratamiento cifras normales o algo elevadas, se produjeron retardos después de la administración de hierro. En cambio, en 5 casos complicados con procesos infecciosos, el índice permaneció elevado a pesar del tratamiento y de la mejoría del cuadro anémico.

El término medio obtenido (6/77 mm. en una hora) en los casos de anemia y comparado con el correspondiente (9/15 m.m. en una hora) a niños sanos, sugiere el concepto que los factores que retardan los índices de sedimentación mientras el umbral de hemoglobina se mantiene bajo, conservan su acción durante la mejoría.

De los 16 niños, 10 fueron tratados con sulfato ferroso, 5 con hierro y citrato amoniacal y 1 con la combinación de ambos. Se necesitará cantidades más pequeñas de sales ferrosas que de sales férricas para obtener la respuesta favorable de las cifras de hemoglobina y el retardo del índice de sedimentación.

El concepto, según el cual, la anemia produce una aceleración del índice de sedimentación no puede ser aceptado sino bajo reserva. La fluctuación de la velocidad de sedimentación de los eritrocitos en casos de anemia nutritiva no complicada, durante el tratamiento, representa una compleja reacción de numerosos factores hematológicos. El índice de sedimentación constituye en consecuencia un dato clínico de valor por medio del cual puede ser estimulado el valor de la terapéutica férrica.

A. Larguía.

ENFERMEDADES DEL CORAZON Y DE LOS VASOS

* G. CARDELLE, F. BORGES, A. CASTELLANOS y R. PEREIRA. *Un caso de transposición de los grandes vasos. Estudio clínico y angiocardiógráfico*. "Bol. de la Soc. Cubana de Pediatría", 1938:10:195.

Se presenta un caso de transposición cruzada de gruesos troncos (tipo III de la clasificación de Spitzer), diagnosticada en vida. El enfermo lactante de 13 días, presentaba cianosis desde el nacimiento y soplo peristólico de la punta.

El estudio angiocardiógráfico puso en evidencia la existencia de los tres siguientes hechos:

- a) Nacimiento de la aorta en el ventrículo derecho.
- b) Nacimiento de la pulmonar en el ventrículo izquierdo.
- c) Comunicación interventricular.

El estudio anatómopatológico no se pudo efectuar, pero la angiocardiógrafía postmortem demostró que la arteria pulmonar nacía del ventrículo izquierdo.

V. O. Visillac.

- * R. PÉREZ DE LOS REYES y H. DE LA TORRE. *Diagnóstico actual de las cardiopatías congénitas*. "Bol. de la Soc. Cubana de Pediatría", 1938: 10:293.

Recalca este trabajo la importancia del método angiocardiógráfico del Prof. Castellanos en el diagnóstico de las cardiopatías congénitas.

V. O. Visillac.

- * G. CARDELLE, S. B. SÁNCHEZ y R. PÉREZ DE LOS REYES. *La enfermedad de Roger en el lactante*. "Bol. de la Soc. Cubana de Pediatría", 1938: 10:259.

Trabajo de conjunto sobre la enfermedad de Roger, que permite extraer las siguientes conclusiones generales:

- a) Es la más frecuente de las cardiopatías congénitas.
- b) Es compatible con la vida y no ocasiona mayores trastornos.
- c) Se puede llegar a visualizar en las placas el lugar de la comunicación interventricular. Se anotan además, como signos indirectos el aspecto dentado de la pared externa del ventrículo derecho; contorno borroso del borde izquierdo del ventrículo derecho y su infundibulum y presencia del cuerpo radio opaco en el ventrículo derecho.

V. O. Visillac.

- * GALÁN y CONESA E. *Un caso de pentalogía en un lactante mongoliano, estudiado en vida, mediante la angiocardiógrafía*. "Bol. de la Soc. Cubana de Pediatría", 1938:10:419.

Mediante el procedimiento angiocardiógráfico del profesor cubano Dr. Castellanos, los autores llegan al diagnóstico de casi todas las malformaciones existentes.

Proponen el nombre de Pentalogía para agrupar las siguientes alteraciones anatómicas:

- a) Cabalgamiento de la aorta sobre el septum interventricular y comunicación de ambas cavidades ventriculares.
- b) Atresia de la arteria pulmonar con hipoplasia del infundibulum.
- c) Persistencia del agujero de Botal.
- d) Persistencia del foramen de Panizza.
- e) Hipertrofia del ventrículo derecho.

El niño alcanzó a vivir 9 meses y no presentó más síntomas funcionales que una discreta cianosis.

V. O. Visillac.

- * R. PÉREZ DE LOS REYES y H. DE LA TORRE. *Contribución al estudio de los bloqueos cardíacos congénitos*. "Bol. de la Soc. Cubana de Pediatría", 1938:10:446.

Sobre un total de 600 niños controlados electrocardiográficamente, el 1 % presentaba este tipo de arritmias.

De los 6 casos; 2 se trataba de un bloqueo simple; 2 de bloqueo de ramas y 2 de enfermedad de Morquio. El caso 3 presenta como antecedente importante una difteria contraída hace 3 años, circunstancia esta, que puede invalidar su inclusión entre los bloqueos congénitos.

V. O. Visillac.

A. GOLDBLOOM y A. SEGALL. *Fibrilación auricular en el lactante*. "Am. Jour. of Dis. of Child.", 1938:56:587.

Se trata de la historia clínica y electrocardiograma de una niña de 3 meses de edad con fibrilación auricular. Los antecedentes y la historia sugieren la casi certeza de tratarse de una arritmia anterior al nacimiento. El empleo terapéutico de la digital redujo evidentemente el ritmo acelerado ventricular y disminuyó la sintomatología clínica.

A partir de los 12 meses se produjo su curación espontánea, que persiste después de los 2 ½ años.

A. Larguía.

M. LAMY, G. DÉE y S. KAPLAN. *Ectasia de la aorta o de la arteria subclavia izquierda en un niño de 11 años*. "Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris", 1938: N.º 5: 319.

Niño con una ectasia del cayado aórtico o de la arteria subclavia izquierda cerca de su origen. Lesión desconocida durante mucho tiempo y que, en el caso presentado, determinó, por la inexacta interpretación de la imagen radiológica, un error de diagnóstico y una terapéutica injustificada.

La sombra anormal de la región látero-traqueal izquierda, punto con una cutirreacción positiva llevaron al diagnóstico de adenopatía mediastínica tuberculosa; toda la terapia, durante cinco años, se basó en dicho diagnóstico. Examinado por los autores, estudian detenidamente las radiografías; el examen clínico les permite afirmar la naturaleza vascular de la imagen: región izquierda "bombée", golpes sistólicos violentos en el mismo lado, thrill sistólico.

El examen de las arterias pone en evidencia un trastorno profundo de la circulación en el miembro superior izquierdo, pues no se perciben los latidos arteriales ni en el brazo ni en el antebrazo. El método oscilométrico precisa la disminución de la amplitud de las oscilaciones de ese miembro comparado con los demás. No obstante no existe ningún signo clínico de insuficiencia vascular del miembro: color y temperatura son normales, motilidad sin modificaciones.

El examen radioescópico, junto con los signos clínicos, les permiten afirmar que están en presencia de una ectasia, sea de la aorta, sea de la arteria subclavia izquierda. El resto del examen es negativo: talla normal, Wassermann y Kahn negativas, etc. Cutirreacción positiva. Antecedentes familiares negativos. Padres y hermanos sanos.

Etiología controvertida: arterioesclerosis (?), traumatismo torácico, lesión inflamatoria del mediastino, origen infeccioso (heredosífilis, reumatismo). Los autores piensan que en su caso podría tratarse de una malformación vascular congénita.

C. A. Veronelli.

B. DENZER y H. HORN. *Dilatación difusa de la arteria pulmonar*. "Am. Jour. of Dis. of Child.", 1938:56:608.

La dilatación difusa de la arteria pulmonar es debida en este caso al canal arterioso y posible asociación con una endocarditis mitral reumática. El diagnóstico de esta afección se basa principalmente en la fluoroscopia. Creen los autores en la necesidad de hacer exámenes fluoroscópicos en grupos de niños en quienes puede justificadamente sospecharse un aumento de la presión de las arterias pulmonares, como único medio de diagnosticar estos procesos.

A. Larguía.

M. DE BIEHLER. *Significación diagnóstica de la ortorradiografía*. "Arch. de Méd. des Enfants", 1938:41:495.

Basándose en el estudio ortorradioscópico del corazón de 97 observaciones, y siguiendo muy de cerca la directiva de Dietlen y Schall, la autora recalca el valor semiológico del ortodiagrama con sus correspondientes mediciones, considerándolo como uno de los mejores métodos para el diagnóstico y como accesorio del examen clínico, especialmente en pediatría.

J. C. Traversaro.

ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO Y DEL MEDIASTINO

J. CATHALÁ, P. AUZÉPY y A. BRAULT. *Catarro sofocante*. "Revue Française de Pédiatrie", 1938:14:105.

Comienza el trabajo con la descripción del cuadro clínico de la "bronquitis sofocante sobreaguda" hecho por Rilliet y Barthez en 1861. Citan a continuación las opiniones autorizadas de Comby, Hutinel y Paisseau, Ribadeau-Dumas, Porak, Heraux, etc. sobre esta afección.

Los diversos autores que se ocupan del tema confunden a menudo el diagnóstico de "bronquitis sofocante sobreaguda" con la bronquitis capilar.

En ciertas circunstancias, más comunes en los niños pequeños, una causa patógena, tal como un estado catarral de las primeras vías, puede suscitar una reacción anatómica del aparato pulmonar, de una particular brutalidad, que por su existencia misma agota la capacidad de resistencia del organismo y termina con el enfermo. Hacen diversas consideraciones sobre la infección broncogénica y citan las opiniones de Policard y Argaud sobre la acción del sistema retículoendotelial en el aparato pul-

monar. Con Albert Netter han hecho experiencias muy interesantes en cobayos.

Publican dos historias clínicas resumidas de catarro sofocante mortal y hacen consideraciones sobre las lesiones anatómopatológicas encontradas en tales observaciones.

Las constataciones de orden anatómopatológico y de orden experimental, dan apoyo a la concepción sugerida por el estudio clínico del catarro sofocante, de la bronquitis sofocante sobreaguda de Rilliet y Barthez. Este síndrome no corresponde al cuadro de infección broncopulmonar, no es una bronconeumonía sobreaguda, es una reacción pulmonar a un ataque extrapulmonar de los nervios del pulmón. Naturalmente, que la infección encontrará terreno preparado cuando hay estos trastornos anatómicos y así, posteriormente, tendremos una bronconeumonía.

Terminan su trabajo reconociendo dos formas de catarro sofocante: una forma brutal, temible, pero curable, es la bronquitis sobreaguda de Rilliet y Barthez; una forma irreductible, es la bronquitis capilar, bronconeumonía sofocante sobreaguda.

I. Díaz Bobillo.

A. RAIA. *La bronquiectasia en los niños*. "Am. Jour. of Dis. of Child.", 1938:56:852.

Con el objeto de encontrar las principales causas que presiden la aparición de las bronquiectasias en los niños y establecer los principios fundamentales de diagnóstico, patogenia y profilaxis de esta enfermedad, la autora además de los casos evidentes de bronquiectasias, ha estudiado una serie de enfermos cuyas historias clínicas revelaban perturbaciones evidentes del aparato respiratorio. El rol principal en la producción de alteraciones pulmonares de orden anatómico y fisiológico es debido a la infección y obstrucción. Cuando el proceso es realmente severo, el resultado es una bronquiectasia aguda, pero con más frecuencia se observa una ligera inflamación crónica de los bronquios que deja en ellos una menor resistencia a la invasión bacteriana ulterior. Sobre este terreno patológico, las dilataciones bronquiales pueden fácilmente aparecer si no se toman las correspondientes medidas de prevención. Sin embargo, el diagnóstico de este estado patológico subagudo, es particularmente difícil y ha dado lugar a la descripción clínica de la bronquiectasia latente. El empleo del aceite lipiodolado ha resultado ser de un valor diagnóstico insustituible, sobre todo para determinar la naturaleza exacta de la dilatación bronquial. Debe sin embargo, establecerse sus limitaciones, pues el broncograma no revela los diversos grados de fibrosis o de insuficiencia funcional de las glándulas mucosas perjudicadas. Esto ha sido bien visto en enfermos con bronquiectasias incipientes y latentes, en quienes a pesar de sus broncografías negativas, presentaban invalideces funcionales semejantes a las encontradas en niños con procesos definidos. Por ello las lesiones demostradas por las radiografías con aceite lipiodado no deben ser la base del diagnóstico,

sino que en último término, para la indicación terapéutica se tendrá en cuenta la capacidad funcional del pulmón, aún cuando clínicamente no puedan ser demostrados los cambios anatómicos.

Parece que la intensidad de las lesiones pulmonares puede ser deducida por la evolución clínica. En este caso la progresión creciente de los síntomas clínicos y de los hallazgos radiológicos, indican la transición de las formas latentes al estado de enfermedad bronquiectásica crónica. En cuanto al pronóstico de las formas bien definidas es realmente decepcionante, a pesar de que los progresos quirúrgicos ofrecen nuevas esperanzas en aquellos casos en quienes nada puede esperarse del tratamiento médico.

Actualmente, el problema de la bronquiectasia es abordado con un criterio más inteligente, pues se tienen en cuenta aquellos estados patológicos como acabamos de ver más arriba, que favorecen su aparición. La investigación cuidadosa en todo niño con síntomas crónicos de naturaleza bronquial, lo mismo que la institución de un tratamiento especial en toda neumonía, sobre todo cuando es precedida por coqueluche, permitirá obtener resultados mejores. Es necesario la permanencia en cama hasta la desaparición total de los síntomas clínicos y radiológicos, la institución de un drenaje pulmonar suficiente, la eliminación de las infecciones focales (amígdalas, adenoides y sinusitis) régimen higiénico-dietético apropiado, el tratamiento cuidadoso de todo proceso catarral, el envío a climas cálidos de todo niño con procesos pulmonares frecuentes.

A. Largaía.

BENASSI y SCARZELLA (Turín). *La marconiterapia (ondas cortas) en el tratamiento de las afecciones pulmonares no tuberculosas de la infancia*. "Revue Française de Pédiatrie", 1938:14:188.

Los autores se muestran satisfechos con los resultados obtenidos con el tratamiento por las ondas cortas de las afecciones pulmonares de evolución prolongada. Consideran que muchos aparentes fracasos son debidos a defectos de técnica, para lo cual establecen en su comunicación la forma en que debe ser aplicada.

Neumonías, bronconeumonías, pleuroneumonías a evolución prolongada y de lenta resolución serían las realmente beneficiadas de este método terapéutico que encuentra también su especial indicación en los abscesos pulmonares. La presencia de una reacción tuberculínica positiva no es una contraindicación, ya que—según los autores—gran parte de las veces, esa lentitud en la reabsorción está condicionada por dicho terreno.

Los autores no tratan de emitir una hipótesis precisa concerniente al mecanismo posible de la acción resolutoria de la marconiterapia sobre el proceso neumónico o pleurítico. Es posible que tengan una importancia esencial las modificaciones circulatorias locales, la hiperemia que provoca y el aumento de la temperatura en el interior del parénquima enfermo. Tampoco se puede excluir una acción específica bactericida como

lo han demostrado las experiencias de Liesbeny de la acción de los ondas de 4 y 15 metros sobre el neumococo.

C. R.

* R. G. MENDOZA. *Pneumotórax idiopático recidivante en un niño*. "Boletín de la Soc. Cubana de Pediatría", 1938:10:517.

La poca frecuencia del pneumotórax idiopático en el niño justifica esta interesante observación.

Enfermo de 7 años de edad, con Mantoux reiteradamente negativa y sin antecedentes de bacilos, ni lúes, ni neumopatía aguda. Se inclina el autor por la hipótesis de una malformación congénita.

Casuística abundante.

V. O. Visillac.

TRASTORNOS DIGESTIVOS Y NUTRITIVOS DEL LACTANTE

A. v. SZÁSZ. *Observaciones en el oído y en la ampolla rectal en la toxicosis del lactante*. "Monatssch. Kinderheilk.", 1937:71:30.

Según la autora, los procesos inflamatorios del oído conducen frecuentemente a una toxicosis, por la proximidad del oído a los centros cerebrales del metabolismo; también pueden presentarse otitis secundarias en la toxicosis.

Al principio de la toxicosis del lactante se encuentran alteraciones de la actividad intestinal. La autora ha observado como primer síntoma, una dilatación de la ampolla rectal, que aumenta con la gravedad del cuadro. En la desintoxicación la ampolla rectal recobra, progresivamente, su tono y configuración normales.

C. I. Guridi y A. M. de San Martín.

* E. PELUFFO. *A propósito de las hemorragias gastrointestinales en los estados tóxicos del lactante*. "Archivos de Pediatría del Uruguay", 1938:9:171.

Relato de dos casos de hemorragia gastrointestinal grave e intensa, de evolución rápidamente mortal, sobreviniendo en el curso de estados infecciosos o toxiinfecciosos gravísimos. El primer caso era un niño de 8 meses, que fallece 30 horas después del ingreso. En la autopsia se encontraron lesiones difusas congestivas, alteraciones degenerativas de los parénquimas sin lesiones macroscópicas del tubo digestivo, que explicaran la hemorragia. El segundo caso, niño de 4 meses, que muere al día siguiente y en la autopsia se encuentran lesiones congestivas y degenerativas de los parénquimas, localmente congestión de la mucosa digestiva, sin lesiones ulcerosas visibles. Llega a las mismas conclusiones que Ribadeau-Dumas sobre la significación pronóstica siempre gravísima de estas manifestaciones en los estados toxiinfecciosos.

C. R.

- * A. CASTELLANOS. *Exsanguíneo-transfusión versus transfusión en el tratamiento de la toxiinfección intestinal del lactante*. "Bol. de la Soc. Cubana de Pediatría", 1938:10:23.

Concluye su trabajo el autor, diciendo que del análisis de los casos estudiados, no se desprende que el método de la exsanguíneo transfusión tenga ventajas sobre el método de la transfusión de sangre sin sangría previa, en las toxiinfecciones graves del lactante.

V. O. Visillac.

- * G. A. SCHIAVONE. *El empleo del babeurre en las toxicosis*. "Semana Médica", (Bs. Aires), 1938:1:237.

Se analizan los conceptos de los distintos autores sobre las ventajas del empleo del babeurre y de la leche de mujer en este trastorno.

J. J. M.

Crónica

Distinción a pediatras argentinos.—La Sociedad de Pediatría de Montevideo en la asamblea efectuada el 22 de diciembre del año pasado ha elegido Miembros de Honor de la misma a los profesores argentinos, Dres. Pedro de Elizalde, Alfredo Casaubón y Juan P. Garrahan como así mismo a los ilustres pediatras chilenos Dres. Gonzalo Moraga Fuenzalida y Arturo Baeza Goñi.

El alto honor dispensado a nuestros compatriotas obliga una vez más a la estrecha y profunda amistad que nos une a los pediatras uruguayos.

Sociedad de Pediatría y Puericultura del Paraguay.—Bajo la presidencia honoraria del exprofesor de Pediatría Dr. Odriozola se ha constituido en Asunción del Paraguay esta Sociedad con la siguiente Comisión Directiva: Presidente, Dr. Miguel Angel Maffiodo; Vicepresidente, Dr. Carlos Santiviago; secretario, Dr. Chemú Bordon; tesorero, Dr. Roy; vocales, Dres. Gubetich y Carlos Ros.

Los Archivos Argentinos de Pediatría se complacen en saludar la constitución de esta nueva Sociedad de pediatras americanos.

Nueva Comisión de la Sociedad de Pediatría de Montevideo.—Para el período de 1939, ha sido elegida la siguiente nueva Mesa Directiva:

Presidente, Dr. Alejandro Volpe; vicepresidente, Dr. Nicolás Leone Bloise; secretario, Dr. Héctor Cantonnet; tesoroero, Dr. Héctor Bazzano; bibliotecario, Dr. Giampietro.

Premio Centeno.—Por resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina ha sido otorgado el premio “Centeno”, correspondiente al año 1938 al Dr. Alfonso A. Bonduel por su tesis “Ictericias infantiles; fisiopatología y clínica”, valioso trabajo que ya fuera comentado en las páginas de estos Archivos.

Instituto de Pediatría y Puericultura. Cátedra del Profesor Acuña.—Reuniones científicas de los jueves:

Reunión vigésimaprimera: 6 de octubre de 1938

Dr. B. Sas: Paraplejía flácida.
Dra. M. T. Vallino: Quiste hidático de pulmón.

Reunión vigésima segunda: 20 de octubre de 1938

Dr. A. Bonduel: Trombopenia esencial. Enfermedad de Wherloff.
Dr. A. Magalhaes: Complejo primario tuberculoso de la piel.

Reunión vigésima tercera: 26 de octubre de 1938

Dr. A. Bonduel: Meningitis purulenta: su tratamiento.
Dra. M. T. Vallino: Quiste hidático de pulmón.

Reunión vigésima cuarta: 3 de noviembre de 1938

Dra. T. Reca: Robos infantiles.
Dr. A. Magalhaes: Mal de Pott.

Reunión vigésima quinta: 10 de noviembre de 1938

Dr. F. de Filippi: Neumonía atípica en un lactante.
Dr. A. Magalhaes: Giba póttica.

Reunión vigésima sexta: 17 de noviembre de 1938

Dr. W. N. Domínguez: Las erosiones en los dientes temporarios.
Dr. F. de Filippi: Bronconeumonía postsarampionosa.

Reunión vigésima séptima: 1 de diciembre de 1938

Dr. A. C. Gambirassi: Espina bífida oculta.
Dra. T. Reca: Neurosis por conflicto afectivo.

Reunión vigésima octava: 16 de diciembre de 1938

Dr. A. C. Gambirassi: Ictiosis en hermanos gemelos.
Dr. C. A. Veronelli: Trastornos del lenguaje infantil.
Dr. F. de Filippi: Mastoiditis en un lactante.

Sociedad de Puericultura de Buenos Aires.—Orden del día de la 5.^a sesión, 4 de noviembre:

Dres. J. E. Virasoro, H. Magliano y F. J. Roca.—El signo del surco en la heredolúes.

- Dres. A. A. de Muñoz y M. Gentile: Leche cálcica.
Dres. J. B. Tiscornia y M. Weissman: Espina ventosa tuberculosa en un vacunado con B. C. G.
M. Baranchuk: Consideraciones sobre la anorexia mental de los lactantes.

Orden del día de la 6.^a reunión, 30 de noviembre:

- Dres. E. Gaing, H. Maccarini y J. Martensen: La libreta individual del niño sífilítico.
Dres. P. Cervini, J. B. Tiscornia y M. Weissman: El raquitismo en los niños de primera infancia que concurren al Dispensario.
Dres. H. Magliano, J. E. Virasoro y F. J. Roca.—Alimento aséptico completo.
Dres. C. Carreño y A. Perelman: Desarrollo físico del lactante.
Srtas. Oddone y Mendoza (Visitadoras): Asistencia social.

Orden del día de la 7.^a reunión, 14 de diciembre:

- Dres. C. P. Montagna y A. A. Rimoldi: Decrecimiento de la natalidad en la ciudad de Buenos Aires.
Dres. R. Salomone Allievi y D. Aguilar Giraldes: Consideraciones que sugiere la asistencia a los recién nacidos en las maternidades.
Prof. Dr. A. Chediak (Cuba): Características prácticas utilizables en Pediatría de la microcreación Chediak para el diagnóstico de la sífilis con una gota de sangre seca.
Srta. M. L. Cossano (Visitadora): Acción de la visitadora Social en el Dispensario N.º 9.

Instituto de Pediatría del Hospital de Niños.—Orden del día de la 5.^a reunión, 29 de setiembre:

- Prof. Dr. M. Ruiz Moreno y Dr. R. F. Geser: Rigideces articulares congénitas múltiples.
Dres. B. Martínez (hijo) y B. Paz: Nuestro equipo de transfusión.

Orden del día de la 6.^a reunión, 24 de octubre:

- Dres. A. Gareiso y A. J. Petre: Onanismo infantil.
Dr. F. C. Tucci: Servicio de Tisiología. Primer quinquenio de su creación. Programa cumplido. Consideraciones.
Dres. A. Sabelli y L. Rodríguez Gaete: Eficacia de la estricnoterapia intensiva ($\frac{1}{2}$ a 1 milig. por kilo) en las difterias graves.
Dres. M. Fitte y M. L. Olascoaga: Epifisiolisis por osteomielitis crónica de cuello femoral.
Dres. A. Casaubón y S. Cossoy: Ictericia hemolítica congénita. Esplenectomía. Curación.

Asociación Médica de la Casa de Expósitos.—Orden del día de la 6.^a reunión, 13 de octubre:

- Dres. P. Cervini, A. Di Bártolo y J. Viola: Pleuresía interlobular media en la primera infancia.

Dres. P. Cervini y L. Crespi: Bronconeumopatía y raquitismo.

Dres. F. de Elizalde y A. Alonso: Síndrome pilórico por malformación congénita duodenal.

Dres. P. Cervini, M. Régolo y N. Sánchez Basso: Abscesos de pulmón en la primera infancia.

Ateneo de Pediatría de Buenos Aires.—Orden del día de la reunión del día 6 de octubre:

Dr. Guido Costa Bertani: Mortalidad infantil por fiebre reumática en la República Argentina en el año 1935; cifras comparativas con otras afecciones.

Dr. Jacinto E. Viviani: Síndrome de P. Su interpretación.

Orden del día de la reunión del día 17 de noviembre:

Dres. Samuel González Aguirre, Mauricio de la Fare y J. Cruces: Sarcoma de ovario.

Dres. Prof. José María Macera, Luis Bravo Zabaleta y Juan C. Oyhenar: Anemia aplásica global.

Dr. Félix J. Roca: Los trastornos intestinales agudos del lactante.
