

**ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA**

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)

Sociedad de Beneficencia de la Capital. — Casa de Expósitos

**Valor del examen radiológico del esqueleto en el  
diagnóstico de la sífilis congénita**

por los doctores

**Pascual R. Cervini y Guillermo A. Bogani**

La sífilis padecida y sobrellevada en la vida fetal suele dar, después del nacimiento, una serie de alteraciones, que se van presentando, sucesivamente, en el transecurso de la infancia.

En este sentido la edad más rica en manifestaciones clínicas, resulta ser la del primer semestre de la vida, en que la cantidad y variedad de ellas, es tal, que el sólo examen semiológico, suele bastar, para establecer el diagnóstico.

A tal difusión del agente infectante, obedecen, también, otras alteraciones menos ostensibles, que exigen una búsqueda especializada. Nos referimos, entre otras, a las alteraciones del esqueleto, tan minuciosamente estudiadas por Pehu, Policard, Chassard, Enselme y Boucomont, en Francia y Stafford Me Lean, en Estados Unidos de Norte América.

El esqueleto, en efecto, se lesiona, en este primer semestre, con un carácter de generalización y frecuencia tal, que en los casos de lúes ostensible, (llamamos así, aquellos que pueden ser rotulados por el simple examen semiológico), las alteraciones son evidenciadas en el 100 % de las observaciones, según nuestra experiencia.

Así, en un total de 16 niños luéticos entre 22 días y 5 meses de edad en los cuales, insistimos, bastó el simple examen semioló-

gico, para realizar el diagnóstico de enfermedad, encontramos lesiones óseas en todos. (Véase el cuadro adjunto). Pero, eso sí, la intensidad de las mismas, no fué uniforme: en la mayoría, se trató de lesiones profundas; en un caso, solamente, se limitó a la existencia de gruesas zonas de condrocalcosis epimetafisarias, primer estadio de alteraciones osteocondríticas, que bien podrían atribuirse a la contaminación tardía del producto de la concepción.

Veamos, ahora, lo que se ha podido puntualizar, al respecto, en los niños sifilíticos, que llegan a la observación, cuando se hallan en el segundo semestre de la vida.

Por de pronto, no hay en esta época, un basamento tan sólido, para sentar el diagnóstico y por tanto, para apreciar las alteraciones óseas que la lúes suele producir, que no sea otro que la suma de los antecedentes, detalles semiológicos y otras búsquedas especializadas.

Es que la retrogradación, espontánea, de las lesiones, ofrece una cantidad, exigua, de detalles semiológicos, incapaces, casi siempre, de determinar, en forma incuestionable, la existencia de la infección.

Con todo, en los casos que pueden ser diagnosticados, gracias a este consorcio de manifestaciones, se observan, todavía, alteraciones óseas, que si bien tienden a perder el aspecto de generalidad e intensidad, que tenían en el primer semestre, no por ello proporcionan imágenes radiográficas menos claras y terminantes.

En el resto de la primera infancia, (salvadas las dificultades diagnósticas de la lúes, en la forma recién mencionada), la exploración radiográfica del esqueleto, suele ser negativa, y cuando, en raros casos, exterioriza alguna alteración, ésta es circunscripta, como en el niño mayor, lo que quita a este medio de investigación, sus factores capitales: variedad, intensidad y generalización de las lesiones óseas.

La experiencia hecha, pues, sobre los aspectos del esqueleto en los niños sifilíticos de la primera infancia, ha permitido puntualizar en éste, por debajo del primer año alteraciones que son variadas, intensas y generalizadas.

En cuanto a la constancia de dichas lesiones, nosotros podemos afirmar, que en el primer semestre de la vida, en los niños con sífilis manifiesta, existe un paralelismo incuestionable, entre diagnóstico semiológico y radiológico de la infección luética; en otras palabras, posibilidad de hacer este diagnóstico, ya sea por el examen radiológico o semiológico, si estos medios se esgrimen por separado.

Los aspectos por nosotros observados, han sido pesquisados, sistemáticamente en los huesos de los miembros, ateniéndonos a las conclusiones de autores experimentados, como Péhu y Policard, (*La syphilis du squelette dans la première enfance en dehors de os longs*, "Rev. Française de Ped.", 1930, tomo VI, N.º 1, pág. 50), quienes afirman, que la búsqueda de las lesiones del esqueleto, fuera de los huesos largos, no presenta gran interés en la clínica.

Las particularidades descubiertas, se ajustan, en un todo, a las que se consideran en las clasificaciones que, sobre este tópico, propusieran: primero, Péhu, Chassard y Enselme ("*Journal de Rad. et D'Electrologie*", 1926, tomo X, pág. 54); después, Pehu, Policard y Boucomont ("*Le Journ. de Med. de Lyon*", 1931, febrero 20, pág. 113); y posteriormente, Péhu y Policard, ("*La Presse Medicale*", 1931, agosto 22, pág. 1245).

Estos autores, en efecto, agruparon primeramente, las lesiones, en la siguiente forma:

- 1.º) Osteocondritis.
- 2.º) Periostitis osificante.
- 3.º) Forma gomosa.
- 4.º) Variedad osteoclasante o destructiva.

Pero más tarde, lo hicieron de otro modo:

- 1.º) Osteocondritis.
- 2.º) Periostitis osificante.
- 3.º) Rarefacciones óseas.
- 4.º) Producciones exuberantes, hiperplásticas.
- 5.º) Bandas transversas meta y diafisiarias. 7

Las fracturas, meta o diafisiarias, que se observan en algunos huesos rarefactos de niños sifilíticos, (como acabamos de observarlo en un caso), no obliga, a nuestro entender, y así parecen pensarlo posteriormente los mismos autores de las clasificaciones comentadas, a destacarlas como lesión, ya que, habitualmente, son la consecuencia de accidentes que dañan huesos alterados.

El goma mismo, es de una caracterización radiológica dificultosa.

Por tales razones, al pasar a describir los aspectos radiológicos de las lesiones encontradas en el esqueleto de nuestros niños sifilíticos, nos referiremos a la última clasificación transcrita, que in-



### Casos de lúes, rotulados por el simple examen semiológico

Obsér.	Proced.	Nombre	Núm. orden	Edad	* Anteced. obstétricos	Datos semiológicos	Reacciones serológicas		Radiogramas
							Madre	Niño	
1	C. 3	E. L.	28571	3 meses	—	Circulación epicraneana visible. Alopecia. Tinte color café con leche de la piel de la cara. Coriza. Bazo a 3 traveses.	Wass. + Kahn +	—	Osteocondritis, 4.º estadío. Periostitis osificante.
2	C. 3	O. G.	28700	45 días	—	Erupción máculo - pápulo - escamosa en mentón y miembros. Esplenomegalia.	Wass. + Kahn +	—	Periostitis osificante. Rarefacciones óseas.
3	C. 3	Y. T.	28748	42 días	—	Coriza purulento-hemorrágico. Infiltración y fisuración de labios. Pénfigo palmar y plantar. Sifilídes maculosa en piel del tronco y miembros. Esplenomegalia y hepatomegalia.	Wass. + Kahn +	—	Osteocondritis del 2.º y 4.º estadío.
4	C. 3	L. P.	28816	40 días	—	Coriza desde los 20 días. Infiltración circunscripta, de tinte rojo, en manos y pies. Vientre globuloso, con edema de pared; escroto y pene también edematosos. Esplenomegalia y hepatomegalia.	Wass. + Kahn +	—	Osteocondritis del 1.º y 2.º estadío. Periostitis osificante. Rarefacciones óseas.
5	C. 3	M. D.	28868	4 meses	—	Alopecia de cuero cabelludo, cejas y pestañas. Circulación epicraneana. Esplenomegalia.	Wass. + Kahn +	—	Periostitis osificante.
6	C. 3	A. C.	29451	30 días	Prematuro	Infiltración difusa peribucal, palmar y plantar. Coriza desde los 7 días. Esplenomegalia y hepatomegalia.	—	—	Osteocondritis, 4.º estadío. Periostitis osificante.
7	Sala Dr. García	C. A. A.	—	4 meses	—	Pápulas redondeadas, de tinte asalmonado, en el mentón y región suprahiodea (espiroquetas al examen directo). Esplenomegalia.	—	Wass. — Kahn st. — » pres. +	Osteocondritis, 4.º estadío. Periostitis osificante.
8	C. 3	R. D. F.	30628	22 días	3 abortos espontáneos	Tinte color café con leche. Infiltración difusa de labios, especialmente el inferior. Coriza hemorrágico. Pseudoparálisis de Parrot.	Wass. + Kahn +	Wass. + Kahn +	Osteocondritis, tercer estadío.



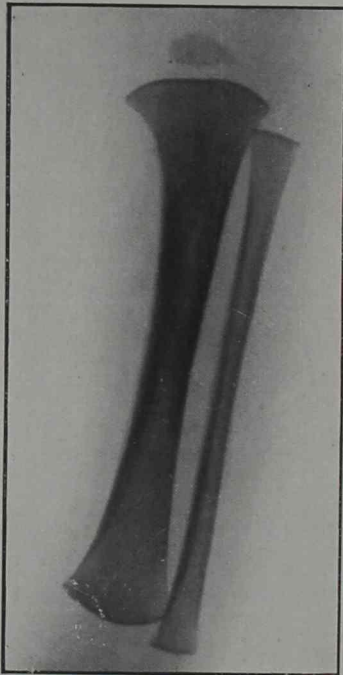
9	C. 3	Justo P.	30744	2 meses	—	Pénfigo generalizado. Alopecia de c. cabelludo, cejas y pestañas. Circulación epicraneana visible. Esplenomegalia y hepatomegalia.	Wass. + Kahn +	Wass. + Kahn +	Osteocondritis, 2.º estadío. Periostitis osificante.
10	C. 3	Esther G.	31957	2 meses	No antecedentes	Alopecia. Bazo a 4 traveses del reborde. Hígado grande. Pseudoparálisis de Parrot, del lado derecho.	Wass. + Kahn +	Wass. + Kahn +	Osteocondritis del tercer estadío. Periostitis osificante.
11	C. 3	Alicia R.	32413	2 meses	Ha tenido 2 abortos	Infiltración difusa de cara, especialmente alrededor de los orificios nasal y bucal. Lesiones ampollas de palmas de manos y plantas de pies. Onixis, perionixis. Coriza.	Wass. — Kahn —	Wass. + Kahn +	Osteocondritis, primer estadío. Periostitis osificante. Rarefacciones óseas.
12	C. 3	Luisa R.	32484	3 meses	No antecedentes	Infiltración difusa peribucal, de cejas, palmas de manos, plantas de pies y cara anterior de antebrazos. Esplenomegalia.	Wass. + Kahn +	Wass. + Kahn +	Osteocondritis del 2.º y tercer estadío. Periostitis osificante. Rarefacciones óseas.
13	C. 3	Sofía C.	32896	4 meses y ½	4 abortos y uno muerto a los 15 días (ignora la causa)	Caput quadratum. Nariz en silla. Alopecia. Red venosa visible. Eczema de cejas. Pseudoparálisis de Parrot. Bazo e hígado grandes.	Wass. + Kahn +	Wass. + Kahn +	Periostitis osificante. Rarefacciones óseas. Línea de fractura.
14	C. 3	Rodol. N.	33267	5 meses	Nació prematuro (8 meses)	Frente olímpica, red venosa visible, nariz en silla. Infiltración difusa de cara (esp. de mejillas y mentón), manos y pies. Rosario condrocostal. Bazo, a 4 traveses del reborde.	—	Wass. — Kahn —	Osteocondritis, 4.º estadío. Periostitis osificante. Rarefacciones óseas.
15	Sala San Camilo	Teodora	46175	--	No abortos	Nariz en silla de montar. Retardo en la dentición. Palidez acentuada de los tegumentos. Esplenomegalia.	—	Wass. + Kahn +	Periostitis osificante. Rarefacciones óseas.
16	Sala San Camilo	Margarita	46541	—	—	Coriza. Infiltración difusa peribucal. Fisuración de la piel de los orificios nasal y bucal, con lesiones costrosas. Esplenomegalia. Hepatomegalia (se palpa un borde duro e irregular).	—	Wass.: anti-complementaria Kahn pres. +	Osteocondritis del primer estadío. Periostitis osificante, discreta.

\* El guión indica que el antecedente no fué consultado.

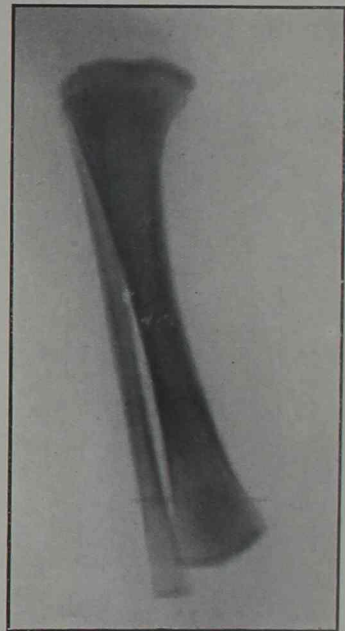
cluye todas las lesiones por nosotros observadas y que las agrupa bajo una terminología más lógica y natural.

OSTEOCONDRIITIS.—Nosotros hemos visto toda la gama de alteraciones atribuidas a esta lesión condro-ósea.

*En un primer tipo, (1<sup>er</sup>. estadio), comprobamos la existencia de una gruesa banda negra, (blanca en los negativos), en el límite interdiáfisoepifisiario (ver radiografía N.º 1). Esta banda negra corresponde a la zona de osificación inicial, muy calcificada.*



Radiografía 1



Radiografía 2

*En un segundo tipo, (2.º estadio), hemos observado la banda negra más ancha, de bordes más ondulados y la hemos visto seguirse, hacia la metáfisis, por otra banda clara, a cuyo nivel no se observaba estructura ósea (ver radiografía N.º 2).*

En este estadio, la banda negra corresponde a la zona de calcificación inicial, muy calcificada y la banda clara a la zona de reabsorción, que por ser aquí, en el hueso enfermo, anormalmente desmedida, proporciona la imagen de una banda en donde no se vé estructura ósea, porque sólo existe tejido conjuntivo.

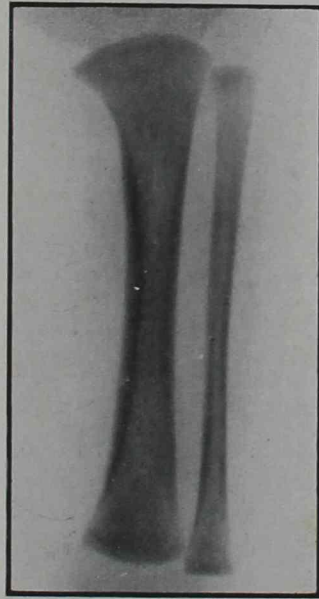
*En un tercer tipo, (3er. estadio), el número de bandas negras y blancas, las hemos visto multiplicadas, pero guardando, en su alternancia, el mismo orden del estadio precedente, que es su expresión más simple (ver radiografías Nros. 3, 4 y 5).*

*En un cuarto tipo, (4.º estadio), la metafisis adyacente a la zona de osificación, tomó un aspecto claro, que a veces fué uniforme (ver radiografía N.º 6), pero otras, desigual (ver radiografía N.º 7).*

Menos frecuentemente vimos, en este estadio, en una metafisis de



Radiografía 3

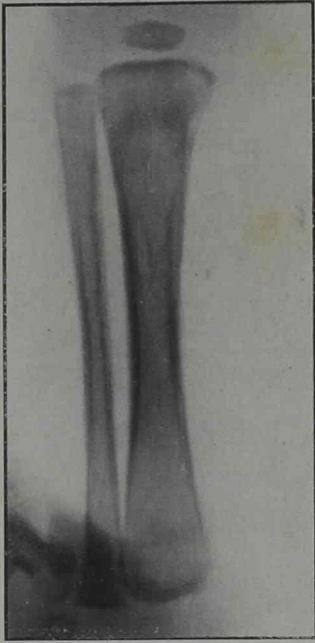


Radiografía 4

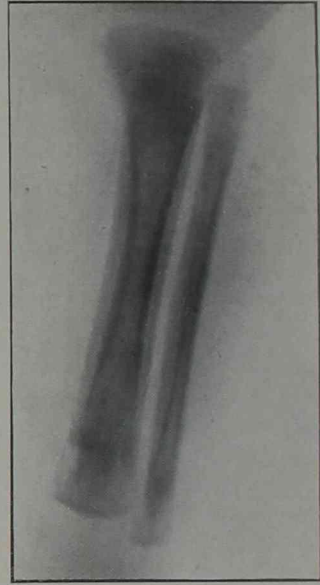
aspecto casi normal, una solución de continuidad, limitando un segmento que quedaba así, segregado del resto del hueso (ver radiografía N.º 8).

Es que el desprendimiento metafisiario, que resumiría este tipo de lesión y que se ha dado como característico de este estadio, se observa sólo de vez en vez, al contrario de lo que acontece con los otros aspectos ya comentados.

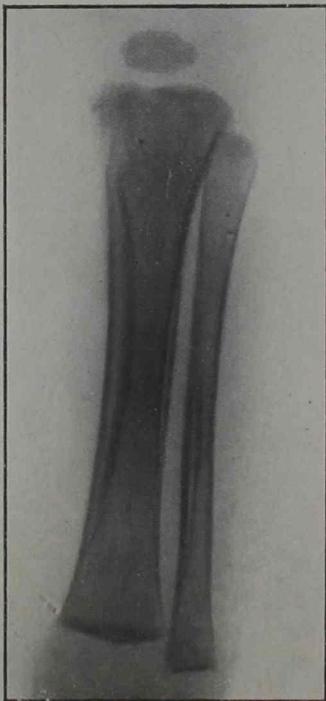




Radiografia 5



Radiografia 6



Radiografia 7

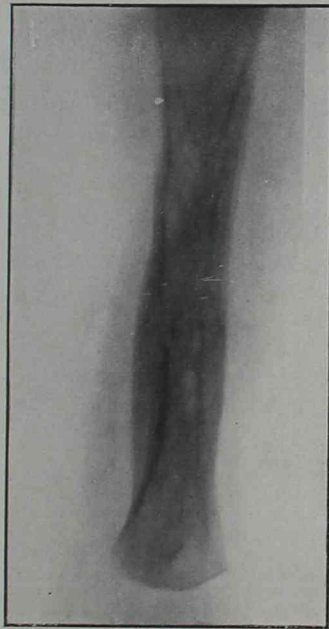


Radiografia 8

Histológicamente, el tipo tres, no sería otra cosa que la exageración de lo que pasa en el tipo dos.

El tipo cuatro, en cambio, trasunta el predominio del proceso de reabsorción, que en algunas observaciones, es realmente difuso.

La lesión osteocondrítica, siempre ha tenido, en cada enfermo que la padecía, un carácter de generalidad, que nos permitió observarla, en casi todas las zonas interdiafisoepifisiarias de mayor actividad; pero habitualmente careció del carácter de uniformidad evolutiva, que hizo que presenciáramos en el mismo paciente, estadios di-



Radiografía 9

ferentes, en los distintos huesos explorados y aun a veces, en ambos extremos de un mismo hueso.

PERIOSTITIS OSIFICANTE.—La hemos observado bajo dos aspectos diferentes: en raros casos, como cortical exhuberante, (ver radiografía N.º 9), y en la mayoría, como cortical de aspecto hojaldrado. En este último caso, la manera de traducirse en los positivos de radiografías, fué la de líneas negras, delgadas, en número variable (una, dos, tres y hasta cuatro), paralelas a la cortical, y separadas entre ellas, por espacios claros. En los huesos de los miembros inferiores, dichas líneas habitualmente eran metametafisiarias, vale de-

cir, que recorrían la diáfisis en todo su extensión, perdiendo sus extremos en las metáfisis (ver radiografía N.º 10), pero en los huesos de los miembros superiores, frecuentemente, fueren más breves, sólo diáfisometafisiarias (ver radiografía N.º 11).



Radiografía 10



Radiografía 11

La periostitis ha coexistido casi siempre, en el primer trimestre, con otras lesiones, especialmente de osteocondritis; en edades ulteriores, hemos podido observarla hasta aislada.

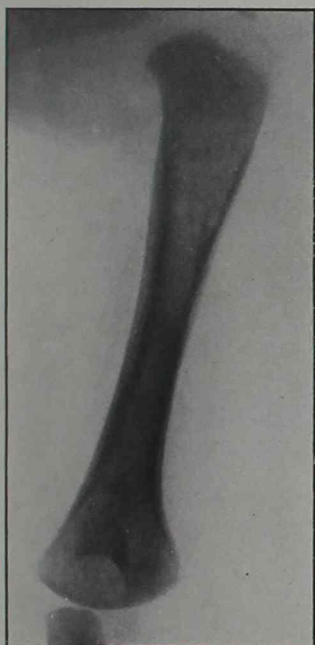
Histológicamente, está caracterizada por la rarefacción del hue-



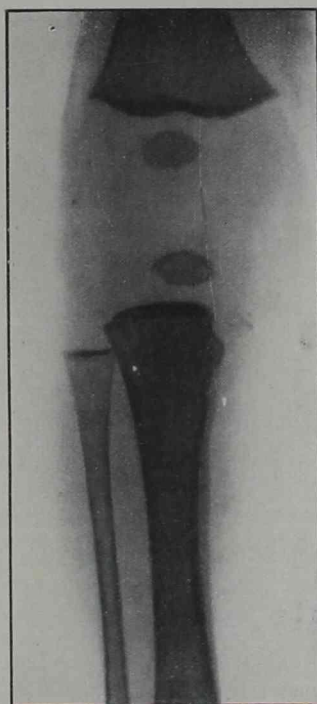
so diafisiario, antes compacto, y por el depósito óseo, en el periostio normal.

RAREFACCIONES ÓSEAS.—Bajo este término, se agrupan lesiones que se han designado de diferentes modos: osteítis y osteomielitis (Mc Lean), osteomielitis rarefaciente fibrosa (Ludwig Pick), etc.

Son lagunas óseas, de tamaño y número variables, que pudimos observar en las metáfisis y diáfisis de los huesos, pero más frecuentemente, en las metáfisis (ver radiografía N.º 12), y representan



Radiografía 12



Radiografía 13

simples rarefacciones óseas (ocupadas por tejido de granulación), o verdaderos gomos.

Algunas de ellas, como la que hemos visto, a veces, en el borde interno de la metáfisis de ambas tibias, se consideran como muy típicas de la infección luética (ver radiografía N.º 13).

LA PRODUCCIÓN ÓSEA EXHUBERANTE, (hiperplasia del tejido óseo metafisiario), es una lesión rara que nosotros no hemos encontrado.

En cuanto a las *bandas transversas*, son líneas o cintas oscuras, meta o diafisiarias, sobre cuyo valor, hablaremos más tarde.

X Las imágenes que dejamos descriptas y que pudimos observar en el esqueleto de los niños, ciertamente sifilíticos, son propias de la infección luética. Las únicas discutibles, desde este punto de vista, serían las bandas transversas, a las que se les tiende a atribuir hoy, la significación de detenciones de crecimiento (“Le Journ. de Med. de Lyon”, año 1931, pág. 519); provocadas, es verdad por infecciones crónicas, como la lúes, pero también por infecciones agudas y hasta por síndromes de naturaleza no bien establecida.

En cuanto a las otras alteraciones, que comentamos, la dificultad, no muy seria, estaría en diferenciarlas de procesos que se le aproximan.

Así, el raquitismo y el escorbuto, suelen producir alteraciones interdiáfisioepifisarias que la radiografía trasunta, a veces, en forma parecida. Nos referimos, sobre todo, a las imágenes del raquitismo comenzante y del llamado preescorbuto, que se observa recién en el segundo semestre de la vida. Pero ambos procesos, comienzan en una época, en que lo único que queda de las lesiones sifilíticas, son: la periostitis osificante, las rarefacciones óseas, amén de las secuelas de lesiones osteocondríticas. De este modo, ni la osteocondritis raquítea ni las alteraciones interdiáfisioepifisarias del preescorbuto, suelen entrar en el cálculo.

Aun, si no se esgrimen argumentos apoyados en la edad, cabrían diferenciaciones radiográficas que podrían hallarse en el primer examen efectuado, o en otros realizados con corto intervalo.

No entraremos al análisis de estas diferencias, no muy serias, como decíamos más arriba, ya que nos parece exorbitarnos del objetivo que nos ocupa.

Sólo insistiremos sobre la osteocondritis del raquitismo descubierto en los primeros meses de la vida, porque es una lesión que debe ser tenida en cuenta, para el diagnóstico diferencial; pero el aspecto “flou” de la epimetáfisis, primero, el aspecto de peine o rastrillo, más tarde, y la imagen de la cúpula, después, permiten zanjar los inconvenientes.

Dificultades no mayores, se experimentan con las lesiones de periostitis.

El raquitismo suele presentar un discreto grado de periostitis, cuya diferenciación con la periostitis osificante, casi siempre es posible, ya que ni es tan intensa como ésta, ni se presenta aislada, sino complicando, a menudo, groseras lesiones de osteocondritis raquítea.

Pero, en el raquitismo que aparece en los primeros meses, suele

observarse periostitis osificantes severas, que en tales casos, seguramente, indican la evolución simultánea, de ambos procesos (ver observaciones N<sup>os</sup>. 30 y 36).

Argumentos basados en la falta de generalidad de las lesiones, suelen bastar, para descartar las osteomielitis prolongadas y las fracturas.

De este modo, dejamos sentados dos órdenes de hechos:

1.º) Constancia de las lesiones del esqueleto en los niños ciertamente luéticos del primer semestre.

2.º) Exclusividad para la sífilis, de estas lesiones, excepción hecha de las bandas transversas.

La constancia, pues de las alteraciones óseas en los sífilíticos y su exclusividad, sumadas a las reacciones serológicas negativas, que tuvimos en algunos casos de sífilis ostensible, nos indujeron a utilizar y valorar este medio de investigación, en aquellos niños en quienes el examen semiológico, sólo permitió sospechar la infección luética.

El número de éstos ascendió a 44 (ver sus respectivas historias al final), y su edad osciló entre 15 días y 9 meses:

	4 niños de 0 a 1 mes de edad
10	„ „ 1 „ 2 „ „ „
7	„ „ 2 „ 3 „ „ „
8	„ „ 3 „ 4 „ „ „
4	„ „ 4 „ 5 „ „ „
5	„ „ 5 „ 6 „ „ „
3	„ „ 7 „ 8 „ „ „
2	„ „ 8 „ 9 „ „ „

(En un caso, la edad no fué determinada).

El síntoma que nos movió, habitualmente, a esta investigación, fué la esplenomegalia, que pusimos en evidencia en 34 casos. De ellos, en sólo 3, constituyó la razón única de la investigación; en los demás, se sumó, en forma variada, a otros detalles, como: antecedentes obstétricos de abortos o partos prematuros; nariz deprimida en silla de montar, caput quadratum, cráneo natiforme, frente olímpica, red venosa visible, de cuero cabelludo, craneotabes, rosario condrocostal y espesamientos epifisarios, hepatomegalia, hidrocele uni o bilateral, etc.

Entre estas asociaciones, destacamos un caso, en donde la esplenomegalia coexistió con hidrocefalia interna crónica.



En dos observaciones, la razón de la sospecha radicó solamente, en los antecedentes obstétricos, y en los restantes, manifestaciones raquíicas, asociadas, en casi todos los casos, a antecedentes obstétricos sospechosos.

La exploración radiológica del esqueleto, en tales niños, nos permitió poner de manifiesto alteraciones que evidenciaron claramente la lúes, en 15 casos, 34.09 % (Obs. N<sup>os</sup>. 4, 7, 8, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 30, 31, 32, 36 y 44); en 15, 34.09 %, sólo observamos lesiones discretas (Obs. 1, 2, 6, 10, 12, 13, 15, 23, 24, 35, 37, 39, 40, 41 y 42); en los 14 restantes, 31.81 %, nada de particular (Observaciones 3, 5, 9, 11, 14, 16, 22, 27, 28, 29, 33, 34, 38 y 43).

Los aspectos que ofrecía el esqueleto de los 15 primeros casos, se descomponen así: Osteocondritis en su primer estadio, 2 (Observaciones 4 y 8); Osteocondritis del 1.º y 2.º estadio, 1 (Obs. 7); Periostitis osificante, 6 (Obs. 19, 20, 21, 30, 32 y 36); Periostitis y rarefacciones óseas, 3 (Obs. 25, 26 y 31); Periostitis y osteocondritis en su primer estadio, 1 (Ob. 17); Periostitis y osteocondritis del cuarto estadio, 1 (Ob. 18); Periostitis y rayas transversas, 1 (Ob. 44). De los 6 casos de periostitis osificante, 3 (Obs. 30, 32 y 36), se acompañaron de osteocondritis raquíica.

Las lesiones, en cambio, constatadas en los 15 niños que presentaban alteraciones discretas, fueron de periostitis osificante en 12 (Obs. 6, 10, 12, 13, 15, 23, 24, 37, 39, 40, 41 y 42); de periostitis osificante y rayas transversas, en 2 (Obs. 1 y 2); y de periostitis osificante y rarefacciones óseas, en 1 (Ob. 35).

De esta suerte, hemos podido sentar un diagnóstico firme de sífilis, en niños con síntomas apenas sospechosos de lúes, en el 34.09 %. Pero si pensando como Grävingshoff, aceptamos como convincentes las lesiones poco intensas que hemos encontrado en los 15 casos con síntomas óseos, que rotulamos discretos, llegaríamos a concluir, que la exploración radiológica del esqueleto, nos facilitó el diagnóstico en el 68.18 % de los casos.

Analícemos, ahora, los resultados de la investigación serológica, que hicimos practicar en la mayoría de estos niños. Se examinaron desde este punto de vista, 41 de los 44 niños considerados; recurriendo (como se podrá ver en las historias comentadas), a las reacciones de Wassermann, Khan standard y Khan presuntiva, que se utilizaron solas o combinadas, y casi siempre en madre y niño.

Dichas reacciones se buscaron en la sangre; en raros casos en

la sangre y el líquido cefalorraquídeo. Del total, sólo en 6 observaciones (14.8 %), la serología dió resultado positivo.

En suma, un por ciento muy inferior al que arrojó la investigación radiológica del esqueleto.

Esto no es todo. Si relacionamos el resultado de estas reacciones con los hallazgos radiológicos, veremos:

a) De los 15 niños con aspectos radiológicos claros, en el sentido de lúes, en 14 se practicaron reacciones serológicas, cuyo resultado se buscó: en 1 caso (Ob. 20), en la sangre materna; en 8 (Obs. 8, 17, 18, 21, 25, 31, 32 y 36), en la sangre del niño y de la madre; y en 5, en la sangre del niño (Obs. 4, 19, 26, 30 y 44).

El número de reacciones positivas, fué de 5.

b) De los 15 casos con imágenes radiológicas discretas del esqueleto, fueron investigados serológicamente, 14: en 2 (Obs. 6 y 42), sólo la madre; en 3 (Obs. 1, 23 y 35), sólo el niño; en el resto la madre y el niño (Obs. 2, 12, 13, 15, 24, 37, 39, 40 y 41). Tuvimos un caso positivo (Ob. 15).

c) De los 14 casos sin lesiones óseas, en 13 se hicieron investigaciones, no obteniéndose ninguna reacción positiva (Obs. 5, 9, 11, 14, 16, 22, 27, 28, 29, 33, 34, 38 y 43).

Estos números demuestran, en forma elocuente, un hecho fundamental: la sensibilidad mayor de la exploración radiológica del esqueleto, cuando se la compara, como en el caso presente, a la investigación serológica.

Y en consecuencia, nos permite concluir aconsejando su uso en el diagnóstico de la lúes, no sólo por constituir un método más sensible, sino también más práctico.

#### HISTORIAS CLÍNICAS

*Observación N.º 1.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 29.819).

Lucrecia D. M., de 4 meses; alimentación artificial.

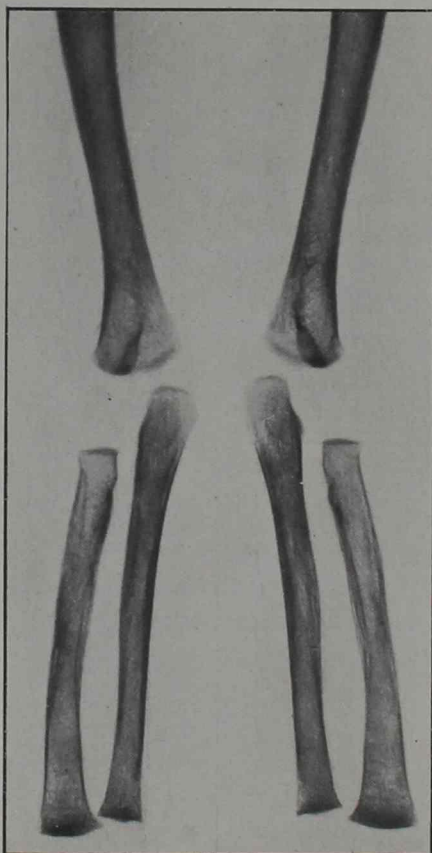
Antecedentes, sin importancia.

Enfermedad actual: concurre al Consultorio, porque desde los 2 meses de edad, presenta, con frecuencia, convulsiones.

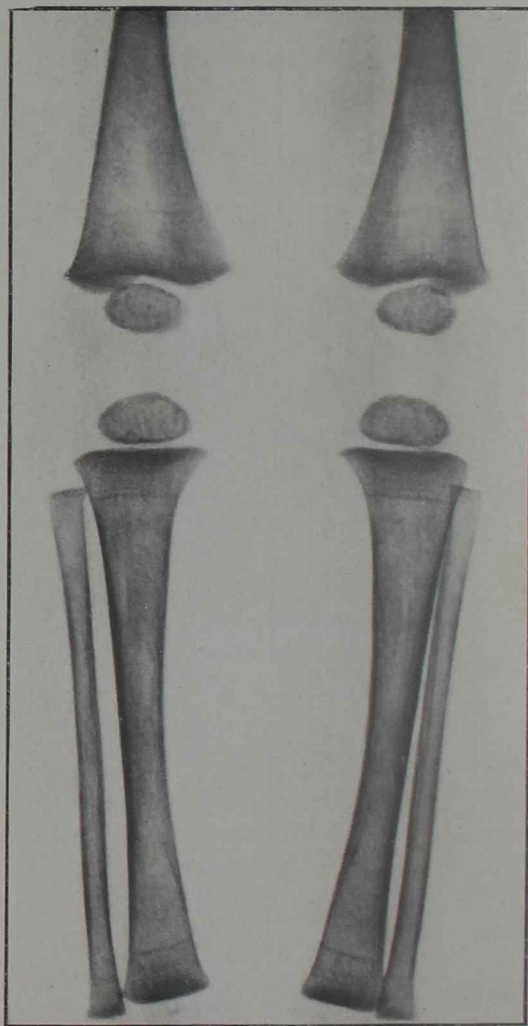
Al examen semiológico, se constata: cráneo grande, fontanela tensa; cara pequeña, las córneas sólo se ven en su mitad superior; hepatomegalia (4 traveses de dedo del reborde costal); bazo, palpable en su polo inferior, a la altura de la línea umbilical.

Serorreacción de Wassermann en líquido cefalorraquídeo, negativa.  
(protocolo 210 - 933).

Radiogramas: periostitis, osificante, en borde interno de las imágenes de ambos cúbitos, y rayas transversas, en extremos distales de fémures,



Observación 1



Observación 1

proximales de tibia, distales de tibia y peroné y en los extremos distales de radios.

*Observación N.º 2.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 30.058).

Juan Carlos M., de 43 días; pecho. Único hijo.

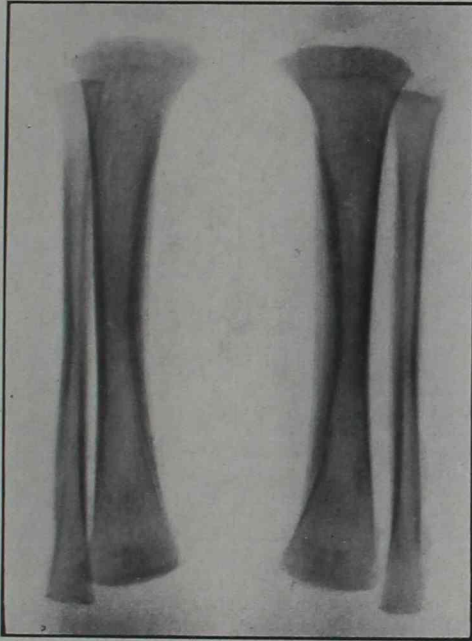
Antecedentes: La madre padeció, a la edad de 13 años, de un proceso



en un ojo, que hoy se exterioriza por una opacidad corneana, del tamaño de un grano de arroz. Fué tratada con numerosas inyecciones. No abortos.

Es traído a la consulta por catarro bronquial. Al examen, se constata: hipertrofia de amígdalas y polo inferior de bazo. Mantoux al 1‰, reiteradamente negativa. Radiografía de tórax: gran sombra cardíaca y mediastino superior ensanchado (hipertrofia de timo?).

Serorreacción de Wassermann, en la madre y en el niño, negativas.



Observación 2

Radiogramas: periostitis osificante, en borde interno de la imagen de ambas tibias discretas bandas transversas, en las metafisis superiores de las mismas.

*Observación N.º 3.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 30.888).

Nicolás R., de 8 meses; alimentación mixta.

La madre ha tenido cinco embarazos: del primero, nació un niño de término, que falleció a los 47 días, a raíz de un ataque; el segundo y el tercero, terminaron en partos prematuros (7 meses); los dos últimos, (entre ellos el caso comentado), llegaron hasta el noveno. Hizo tratamiento específico en todos los embarazos, a excepción del primero.

Niño con buen estado nutritivo; cabeza grande, (caput quadratum), fontanela 2 x 2.

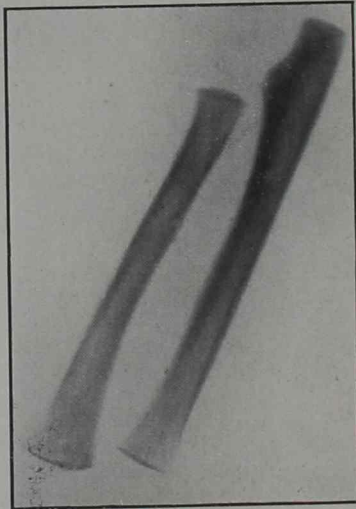
Hipertrofia de amígdalas. Rosario condrocostal (como grano de maíz).

Espesamientos epifisarios. Vientre flácido, esplenomegalia.

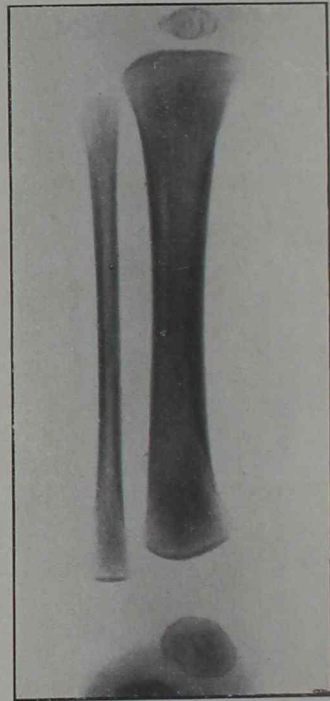
No hay reacciones serológicas.

Las radiografías del esqueleto no muestran nada de particular.

*Observación N.º 4.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 30.717).  
Silvia T., de 42 días; alimentación materna. Única hija.  
Padres, dicen ser sanos; no abortos.  
La traen a la consulta porque no progresa.  
Niña pequeña (presenta las características del débil vital). Esplenomegalia (po'lo inferior a 2 traveses de dedo del reborde).  
Serorreacción de Wassermann, negativa.  
Radiogramas: osteocondritis del primer estadio, en los extremos distales de cúbitos y radios y proximales y distales de tibias y peronés. Los



Observación 4



Observación 4

núcleos de osificación de los huesos del tarso, tienen un reborde periférico que resalta como un anillo blanco (en el negativo), de  $\frac{1}{2}$  mm. de espesor.

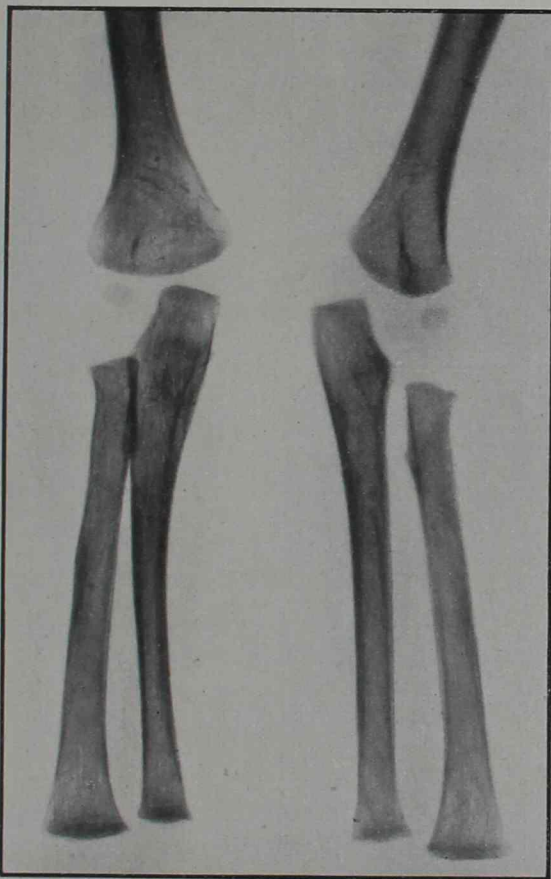
*Observación N.º 5.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.111).  
Leopoldo V. C., de 8 meses; alimentación artificial.  
Padres, aparentemente sanos. Polimortalidad fetal (2 abortos).  
Al examen semiológico del niño, se constata: asimetría craneal y esplenomegalia.  
Serorreacción de Wassermann, en la sangre materna y del niño, negativas (protocolo 418).  
La radiografía de los huesos largos de los miembros, muestra zonas

de condrocalcosis, (osteocondritis en el 1er. estadio?), en los extremos distales de cúbitos, radios y fémures, y distales y proximales de tibia y peroné.

*Observación N.º 6.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.172).

Pedro B., edad, 9 meses; alimentación materna, exclusiva.

Padre específico (en el Hospital Rawson, reacción de Wassermann



Observación 6

positiva en el líquido cefalorraquídeo); la madre, aparentemente sana, no ha tenido abortos.

En el niño, sólo se constata esplenomegalia (el polo inferior se palpa a dos traveses de dedo del reborde costal correspondiente).

Wassermann en la sangre materna, negativa (protocolo 448 - 933).

Radiogramas: muestran periostitis osificante a nivel de ambos húmeros, y en el borde interno de la imagen de cúbito izquierdo.



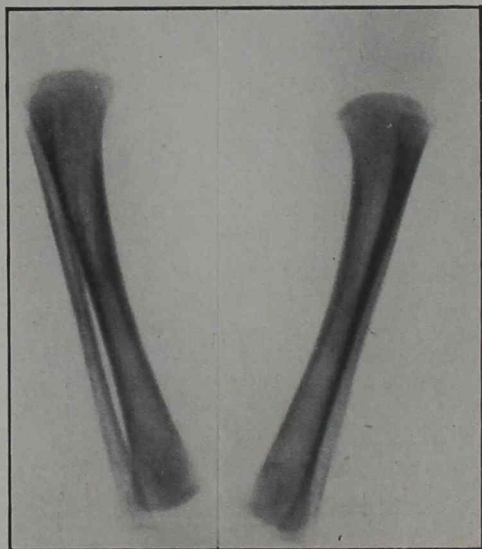
*Observación N.º 7.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 30.400).

María M. C., de 3 meses de edad; alimentación materna.

Madre primeriza. Embarazo gemelar, parto prematuro, dos fetos de 7 meses, del mismo sexo. Alumbramiento: placenta con dos amnios. Uno de los niños murió a los 14 días, con p $\acute{e}$ nfigo neonatorum.

María no presenta nada de particular al examen.

Las radiografías permiten ver osteocondritis en el 2.º estadio, en metafisis superior de tibia; menos evidentes, por defectos en la placa, en los extremos distales de tibia y peroné (estos últimos se encuentran excavados, directamente, en forma de cúpula), como así, en el núcleo de osificación del astrágalo. Lesiones de osteocondritis en el 1er. estadio, en extremos distales del húmero derecho, de cúbitos y radios y extremos distales y proximales de metacarpianos y falanges.



Observación 7



Observación 8

*Observación N.º 8.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 30.780).

Alfredo C., de 4 meses de edad; alimentación mixta.

Padres, niegan enfermedades. No abortos. Sólo dos embarazos a término y sanos.

Al examen, cabeza grande, (*caput quadratum*), red venosa de cuero cabelludo, visible. Fontanela tensa. Cara pálida, cejas algo despobladas en

las colas. Abdomen voluminoso, con red venosa colateral. Hepato y esplenomegalia. Examen de fondo de ojos (Dr. Nocito): polo posterior despigmentado. Vasos venosos, muy pronunciados.

Wassermann y Khan, en la madre y en el niño, negativas.

Radiográficamente, osteocondritis en el 1er. estadio, en los extremos proximales de tibia y peroné, pero más evidentes en los extremos distales de esos mismos huesos y de cúbitos y radios.

*Observación N.º 9.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 30.700).

Lidia A. F., de 50 días; pecho exclusivo.

Antecedentes sin importancia. No abortos.

Al examen semio'ológico: craneotabes, esplenomegalia (polo inferior a dos traveses de dedo del reborde), y eczema seborréico de cejas.

Reacción de Wassermann en sangre materna y del niño, negativas.

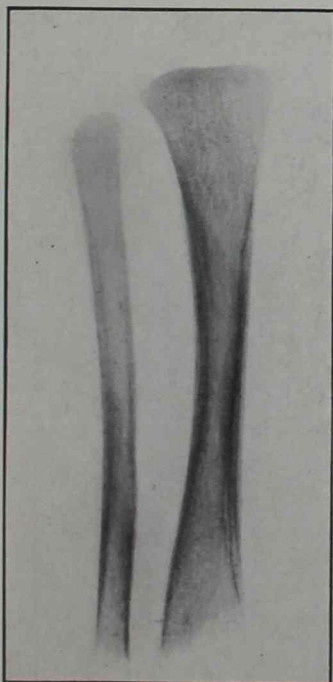
Las radiografías de los huesos largos de los miembros, no muestran nada de particular.

*Observación N.º 10.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.203).

Cora Y. S., de 3 meses; a pecho.

Padres, dicen ser sanos. Un aborto espontáneo, de 3 meses. Cora nació a término, de embarazo y parto normales.

Al examen, sólo se constata polo inferior de bazo, palpable a 2 cms. del reborde costal correspondiente.



Observación 10

En las radiografías se observa periostitis osificante, visible sólo en borde interno de la imagen de tibia izquierda.

*Observación N.º 11.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.169).

Etelvina E. B., de 45 días; a pecho.

Padres sanos. No abortos ni otros niños.

Concurre a la consulta por eczema de cuero cabelludo, frente, cejas y alas de la nariz, así como por eritema de muslos, genitales y bajo vientre. Al examen se constata, además: nariz en silla y esplenomegalia (se palpa el polo inferior, duro, a 1 ½ ctms. del reborde).

Wassermann y Khan, en la madre y en la niña, negativas (Instituto Biológico del Dep. N. de Higiene).

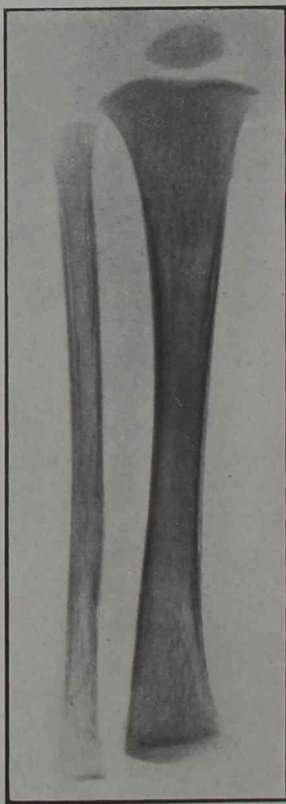
Las radiografías, permiten observar un discreto doble contorno, en las imágenes de ambos cúbitos.

*Observación N.º 12.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.083).

Irma M., de 4 meses de edad; alimentación materna.

Antecedentes, sin importancia.

Presenta eczema seborréico de cuero cabelludo. Esplenomegalia. Con-



Observación 12



vulsiones clónicas de los músculos de la cara y miembro superior izquierdo. Punción lumbar: se recoge líquido cristal de roca y se practica Wassermann, con resultado negativo (protocolo 461). Mantoux  $\%$ , negativa.

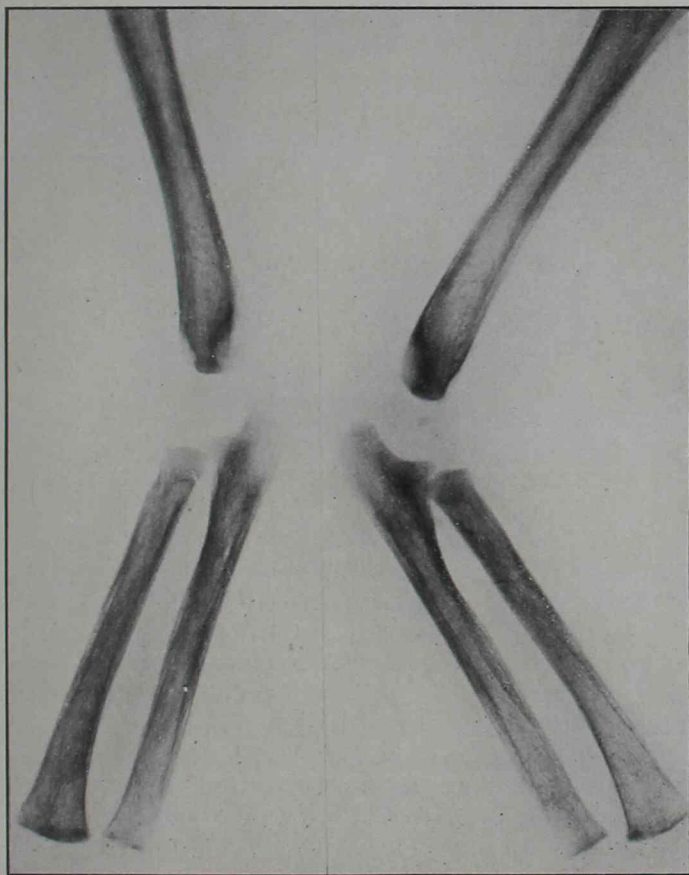
Wassermann y Kahn, en la sangre materna y del niño, igualmente negativas (protocolo 766 y 773).

Radiográficamente, se observa doble contorno, (periostitis osificante), en borde interno de la imagen de tibia izquierda.

*Observación N.º 13.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.302).

Antonio S., de 4 meses de edad; a pecho solo.

Como único antecedente, un aborto espontáneo.

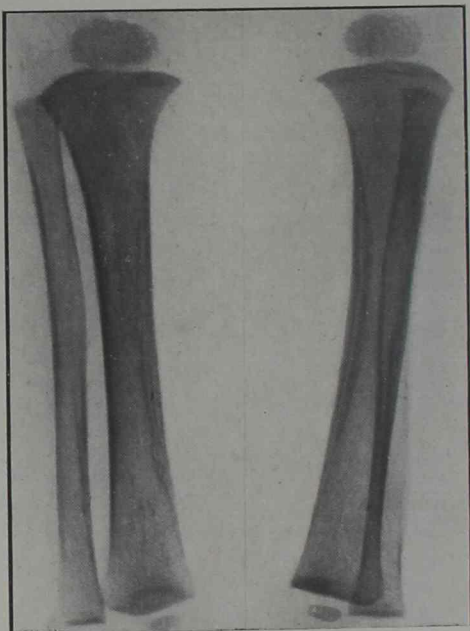


Observación 13

Se constata al examen: palidez acentuada de los tegumentos; caput quadratum (circunferencia craneana, 0.49 ctms.); red venosa de cuero cabelludo, visible; nariz en silla; esplenomegalia.

Khan standard, en la madre y en el niño, negativas (protocolos 550 y 549).

Las imágenes radiográficas, muestran lesiones discretas de periostitis osificante, en borde interno de tibias y más marcadas, en húmeros y cúbitos.



Observación 13

*Observación N.º 14.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.305).

Alberto M., de 3 y medio meses de edad; alimento artificial.

La madre ha tenido cinco embarazos; de entre ellos, un aborto de 3 meses y un niño (el primero), nacido prematuro, con 1.600 grs. de peso. Otro niño falleció a los 45 días, de toxicosis, después de tres días de hospitalización.

Nuestro enfermito nació a término, de parto normal, con 3.050 grs. de peso. Buen estado general. Presenta: eczema de cuero cabelludo y cejas; nariz en silla; bazo a 2 ctms. del reborde.

Wassermann y Khan standard y presuntiva, en sangre materna, negativas.

Radiografías de huesos largos de los miembros: nada de particular.

*Observación N.º 15.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 30.473).

Jorge A. G.; de 25 días; alimentado a pecho.

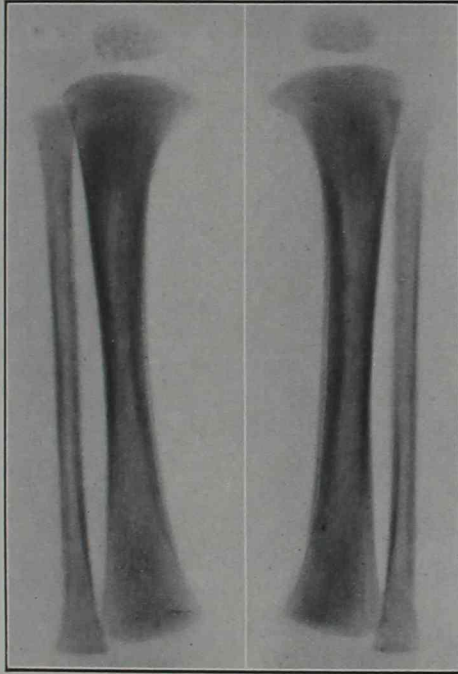
Antecedentes, sin importancia.

Presenta: coriza, esplenomegalia e hidrocele bilateral congénito.

Intradermorreacción de Mantoux, al 1‰, negativa.

Wassermann y Khan standard, en el niño, positivas. Las mismas reacciones en la madre, negativas.

Examen radiográfico del esqueleto de los miembros: discreta periostitis osificante, en borde interno de la imagen de ambas tibias.



Observación 15

*Observación N.º 16.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 30.014).

Constantino S.; de 23 días; alimentado a pecho.

No se conocen antecedentes.

Al examen semiológico sólo se constata; craneotabes y esplenomegalia (polo inferior a dos traveses de dedo del reborde costal correspondiente).

Reacción de Wassermann, practicada en la sangre del niño, negativa.

La radiografía del esqueleto de los miembros, no muestra nada de particular.

*Observación N.º 17.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 30.446).

Osvaldo S.; 2 meses de edad; alimento artificial.

No hubo abortos.

Al examen presenta: esplenomegalia (2 traveses), e hidrocele congénito unilateral.

Las reacciones en la sangre del niño, negativas. En la madre, positiva únicamente la Khan presuntiva.

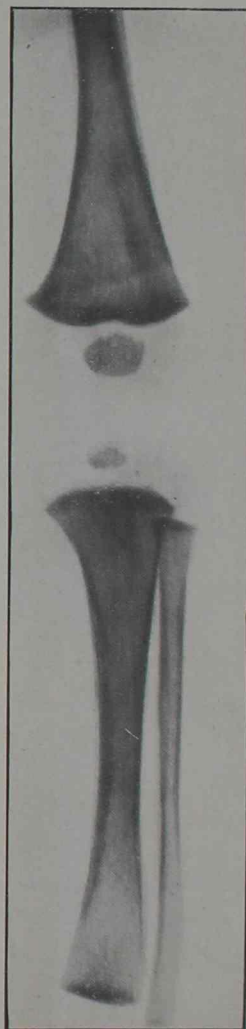
Las radiografías muestran lesiones de periostitis osificante, en húmero



izquierdo y en ambos cúbitos. Mismas lesiones en borde externo de la imagen del fémur y borde interno de la imagen de la tibia de uno de los miembros. Aunque la radiografía es poco discriminativa, en el sentido que a continuación informamos, parece observarse lesiones de osteocondritis del primer estadio, en los extremos proximales y distales de tibias y peronés.



Observación 17



Observación 17

*Observación N.º 18.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 29.923).  
Oscar D. L.; de 5 meses de edad; alimentación artificial.  
Antecedentes familiares, negativos. No abortos.

Al examen del niño se recogen los siguientes datos: caput quadratum; ectasias venosas de cuero cabelludo; alopecia circunscripta de cuero cabelludo; cejas y pestañas ralas.

Wassermann y Khan presuntiva en el niño, positivas (protocolo 21.472

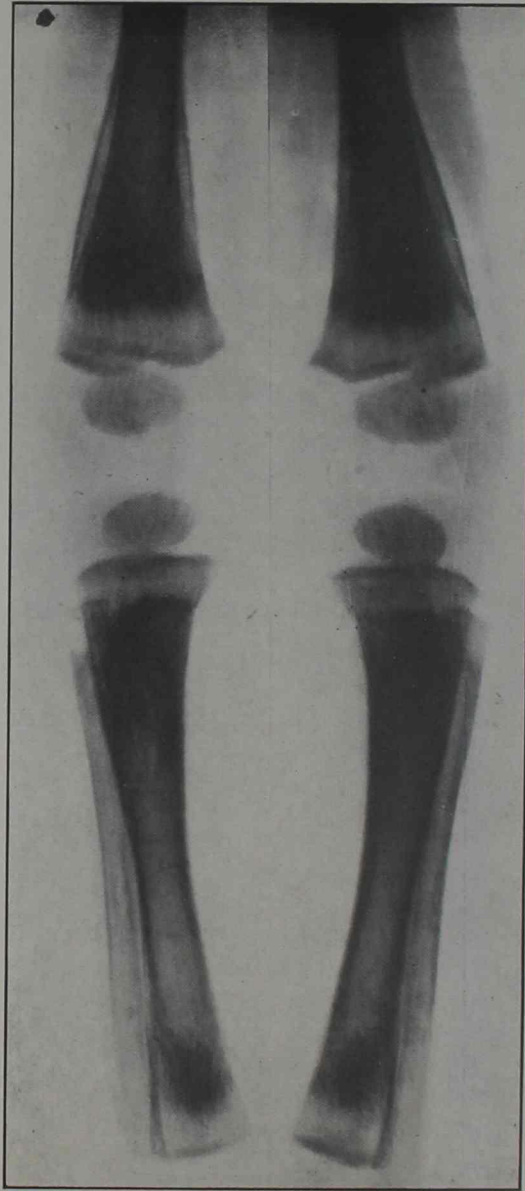


Observación 18

del Inst. Biol. del Dep. N. de Higiene). En la sangre materna se obtiene Khan standard positiva (protocolo 21.473 del Inst. Biol. del Dep. N. de Higiene).

Radiogramas: groseras lesiones de periostitis osificante en ambos cú-

bitos y húmeros, en fémures y borde externo de la zona diáfisometafisiaria de ambas tibias. Osteocondritis del 4.º estadio en los extremos distales



Observación 18

de cúbitos y radios, y muy especialmente en los extremos distales de ambos fémures y proximales y distales de tibias y peronés.



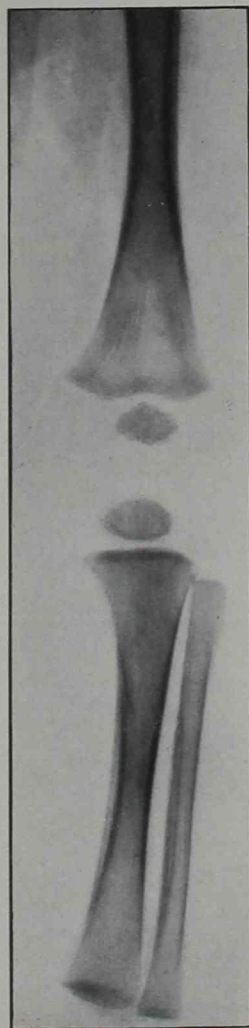
*Observación N.º 19.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 27.691).

Enrique A., de 4 y medio meses de edad; alimentación mixta.

Padres, aparentemente sanos. Enrique es el décimo hijo; todos viven y son sanos. Hubo un aborto de 3 meses, anterior al embarazo del niño historiado (la madre lo atribuye a tactos que se le practicaron).



Observación 19



Observación 19

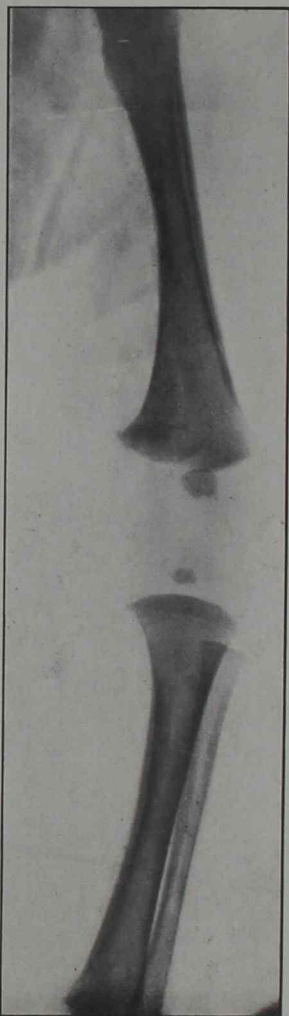
Niño con buen estado general. No bazo. Hígado a un través de dedo del reborde costal correspondiente. Hidrocele unilateral, a involución lenta. Reacción de Wassermann en la sangre del niño, negativa.

Radiogramas: periostitis osificante en húmeros, tibias y peronés.

*Observación N.º 20* —Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 28.076).

Oswaldo S., de 3 meses de edad. Nació de parto gemelar, univitelino (mismo sexo).

Al examen clínico se encuentra: polo inferior de bazo, palpable a dos y medio traveses de dedo del reborde costal correspondiente.

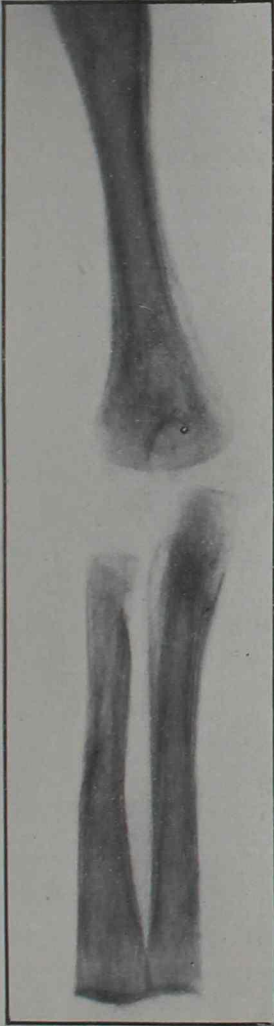


Observación 20

Reacciones de Wassermann y Khan (standard y presuntiva), en la sangre materna, negativas (protocolo 2.140).

En los radiogramas se ven lesiones de periostitis osificante, en borde interno de las imágenes de ambas tibias, y especialmente marcadas, en los bordes externos de las imágenes de los fémures. En ambos cúbitos, estas periostitis existen también, pero en forma más discreta.

Observación N.º 21.—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 46.712).



Observación 21



Observación 21

Angel F., 5 meses de edad; alimentación artificial.

Padre, niega lúes, sin embargo ha hecho tratamiento específico. Madre bacilosa (presenta bacilos de Koch en los esputos). No abortos.

Ingresa al Servicio con tos, conjuntivitis catarral y otitis media supurada derecha. Niño con caput quadratum, venas epicraneanas visibles y alopecia de cejas. Hepatomegalia (a tres traveses de dedo) y esplenomegalia. Reacción de V. Pirquet, positiva.

Wassermann en la madre y en el niño, positivas.

Radiogramas: groseras lesiones de periostitis ósificante, en las imágenes de todos los huesos largos de los miembros.

*Observación N.º 22.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 29.344).

Sara M., de 6 meses de edad; alimento artificial.

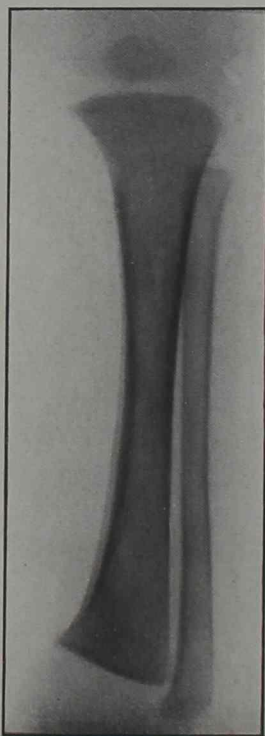
Antecedentes obstétricos: 10 hijos, cinco muertos (uno a los 6 años y los 4 restantes, antes del año). No abortos.

Al examen: bolsas parietales, circulación epicraneana visible, cabellera rala, discreto rosario condrocotal y espesamientos epifisarios.

Reacción de Wassermann en el niño, negativa.

Las radiografías de los huesos largos de los miembros, no denotan ninguna particularidad.

*Observación N.º 23.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 30.369).



Observación 23



Jorge B., de 4 meses de edad; alimento artificial.

Antecedentes obstétricos: cuatro embarazos, dos terminaron en parto prematuro a los 7 meses (entre ellos, Jorge).

Al examen: niño regularmente desarrollado; fontanela grande, craneotabes poco marcado, paladar ojival; rosario condrocostal, discreto. No se palpa bazo. Hígado en sus límites normales. Mantoux al 1‰, negativa.

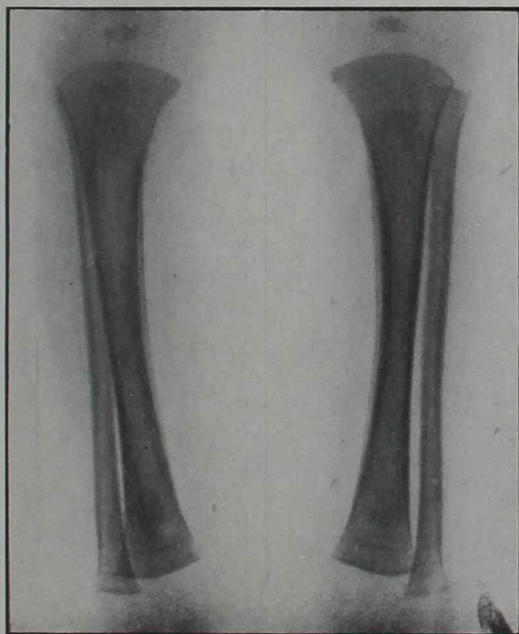
Wassermann en la sangre del niño, negativa.

Las radiografías de los huesos de los miembros, sólo muestran la existencia de un doble contorno, en borde interno de la imagen de ambas tibias; la imagen de los fémures, está borrosa, por lo que resulta de interpretación difícil.

*Observación N.º 24.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.516).

Sara E. N., de 2 meses de edad; alimentación materna.

Antecedentes obstétricos: el primer embarazo a término; el segundo, terminado, espontáneamente, en aborto, a los 90 días; el último (Sara), en parto prematuro, a los 8 meses.



Observación 24

Concorre al Consultorio por coriza. Peso 2.400 grs. No se palpa bazo; hígado en sus límites normales. Nada en el resto del examen.

Wassermann en sangre materna, negativa (protocolo 746). Wassermann en sangre del niño, igualmente negativa (protocolo 747).

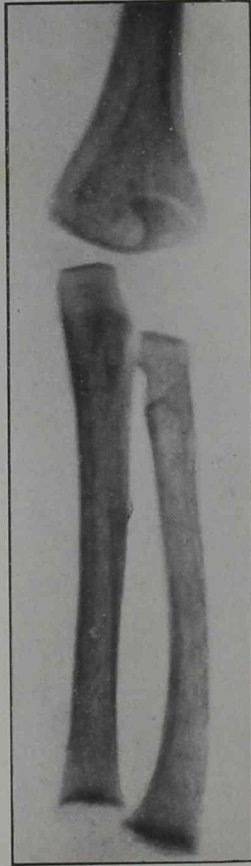
En la placa radiográfica, se observan lesiones de periostitis osificante, en borde interno de las imágenes de ambas tibias y bandas transversas, en las metafisis distales de tibias y peronés.

*Observación N.º 25.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.554).

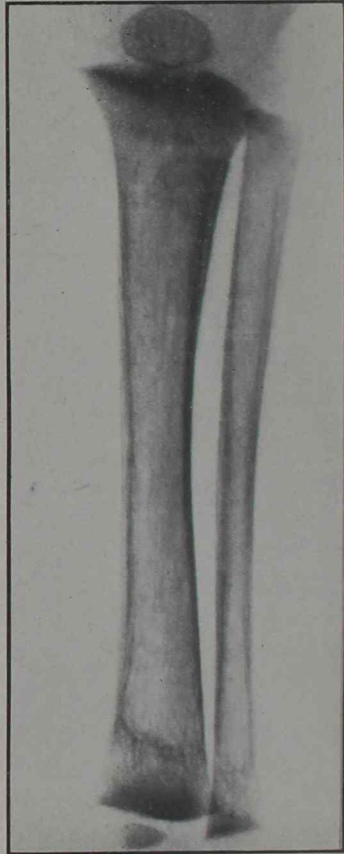
Marcos R. L., de 9 meses de edad; alimento artificial.

El padre ha tenido blenorragia y una "llaguita" que curó con sólo algunas inyecciones endovenosas. La madre, aparentemente sana; no ha tenido abortos.

Marcos nació 15 ó 20 días antes de término, de embarazo y parto normales. Presenta cráneo grande, red venosa discreta. Tercer párpado



Observación 25



Observación 25

que recuerda la membrana nictitante de las aves. Palidez de los tegumentos. Esplenomegalia. Hipotonía: no se sienta, y desde hace sólo pocos días, mantiene su cabeza erguida.

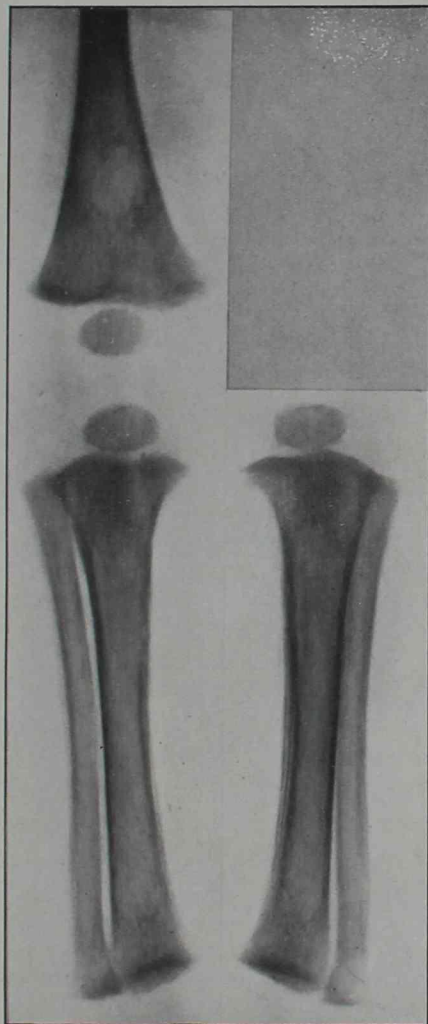
Wassermann y Khan standard en la madre y en el niño, positivas (protocolos 748 y 757).

Examen del esqueleto: periostitis osificante en las imágenes de tibias, cúbitos y húmeros; rarefacciones óseas diáfisometafisiarias.

*Observación N.º 26.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.576).

Juan A. F., de 4 meses de edad; a pecho solo.

Antecedentes: cuatro hijos; los dos primeros nacieron muertos; el tercero falleció a los dos días y el último (Juan), nació aparentemente sano, con 2.500 grs. de peso. La madre hizo tratamiento específico durante el embarazo de éste.



Observación 26

Al examen clínico, sólo se constata polo inferior de bazo, palpable a un través de dedo del reborde.

Reacción de Wassermann y Khan en el niño, negativas (proteo. 772).

Radiogramas: muestran lesiones de periostitis osificante en borde in-

terno de las imágenes de ambas tibias. Rarefacciones óseas, del tamaño de una moneda de 0.05 ctvs., en la zona diáfisometafisiaria del extremo distal del fémur izquierdo; rarefacciones, más irregulares, aunque menos manifiestas, en el otro fémur y en ambas tibias.

*Observación N.º 27.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.615).

Juan Carlos C., de 6 meses de edad; alimento artificial.

La madre ha tenido 4 embarazos: del primero, nació un niño muerto, a término, de 5 kilos de peso; los demás, vivos y sanos. No abortos.

Al examen, se constata: rosario condrocostal, como grano de maíz y espesamientos epifisarios. Fontanela pequeña. Bazo, no se palpa. Hígado, normal.

Wassermann (protocolo 863) y Khan standard (protocolo 877), en la sangre del niño, negativas.

En las radiografías puede verse: osteocondritis raquílica, en extremo distal de cúbitos y radios, extremos distales de ambos fémures y proximales y distales de tibias y peronés. Además, se observa periostitis osificante discreta, en húmeros, tibias y peronés; muy especialmente, en el peroné derecho, en donde aparece una fractura, en tallo verde. Por último, zonas de osteoporosis, en radios, cúbitos y peronés.

*Observación N.º 28.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.658).

Aurora G., de 20 días; a pecho.

Antecedentes obstétricos: la madre ha tenido un aborto espontáneo, de 3 meses, y 7 hijos, de los cuales 3 murieron; uno prematuro, a los dos días de nacer; otro nació muerto y el tercero a los 9 meses de edad.

Aurora nació a término, con 3.500 grs. de peso; durante la gestación la madre hizo tratamiento (neo-salvarsan), en la Maternidad Pardo.

Al examen sólo constatamos frente olímpica, con discreta red venosa. No se palpa bazo.

Wassermann y Khan standard, en sangre materna, negativa (protocolo 1002); iguales reacciones en el niño, resultan, también, negativas (protocolo 1001).

Las imágenes radiográficas del esqueleto, sin ninguna anormalidad.

*Observación N.º 29.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.800).

María Rosa A., de 3 meses de edad; peso 4.420 grs.; nacida a término, de parto normal.

La madre padece del hígado. Tiene 6 hijos sanos. El embarazo anterior al historiado, terminó a los 2 meses, por aborto espontáneo.

Al examen presenta: frente ligeramente olímpica, con red venosa visible en la piel que la cubre; tinte pálido; nariz en silla; bazo duro, palpable a dos traveses de dedo del reborde.

Wassermann y Khan standard en el niño, negativas (protocolos 935 y 948).

La radiografía muestra: bandas transversas, bien visibles, en metafisis superior de ambas tibias e inferior de ambos peronés; apenas esbozadas, se pueden ver las mismas, en las metafisis distales de los húmeros, cúbitos, radios y tibias.



*Observación N.º 30.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.823).

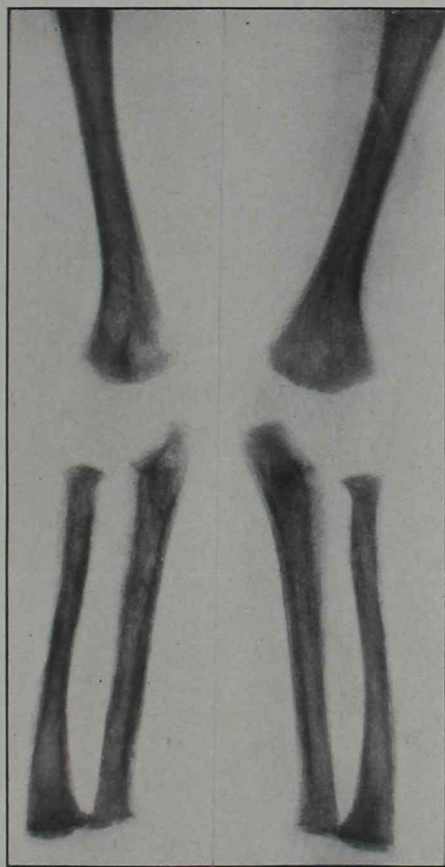
José L., de 3 y medio meses de edad; pecho exclusivo.

Antecedentes: parto prematuro con feto muerto.

José nació a los 9 meses, de embarazo y parto normales.

Al examen: craneotabes, espesamiento epifisiario, rosario costal y esplenomegalia (polo inferior se palpa a 3 traveses del reborde). Mantoux negativa.

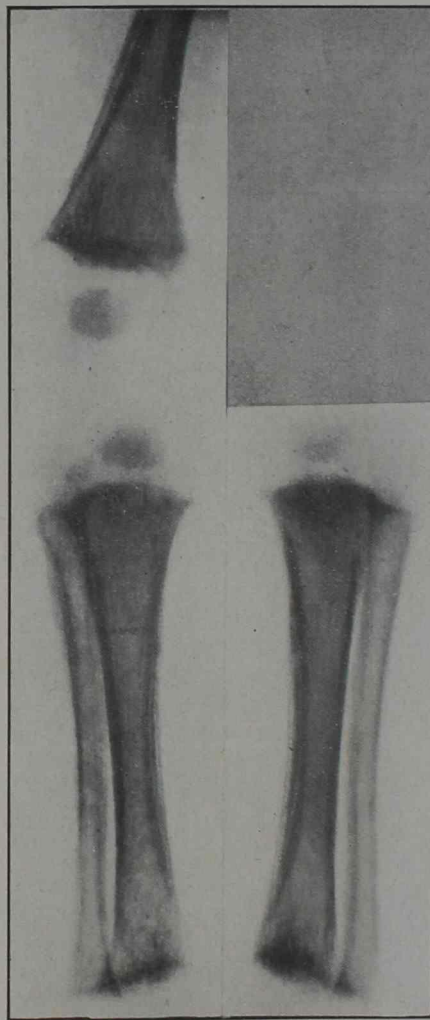
Wassermann (prot. 930), y Khan standard (prot. 946), negativas.



Observación 30

Radiogramas: lesiones de osteocondritis raquítica, en metafisis de ambos fémures, proximal y distal de tibias y peronés, y distal de cúbitos y radios. En los mismos metacarpianos, se ven algunos con sus metafisis distales desfleçadas. Puede verse, asimismo, en la diáfisis del cúbito y radio, y en la metafisis distal de los húmeros, un aspecto apollillado. Por último se observan, también, grandes lesiones de periostitis osificante, en

borde externo de la imagen de ambos fémures, y borde interno de imagen de las tibias; mismas lesiones, más discretas, en cúbitos y húmero izquierdo.



Observación 30

*Observación N.º 31.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.875).

Haydée R., de 8 meses de edad; alimento artificial.

La madre ha tenido 11 hermanos, de los que sólo 3 viven; los 8 restantes fallecieron en la primera infancia (ignora la causa). No abortos.

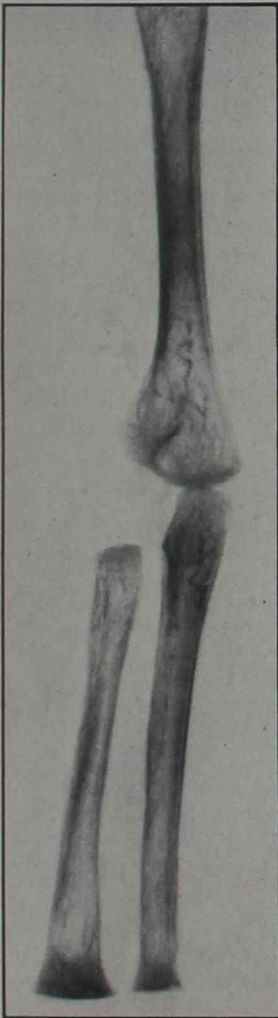
Haydée nació de parto prematuro, gemelar, bivitelino, del mismo sexo; el gemelo falleció.

Presenta: bolsas parietales prominentes (cráneo natiforme); bazo pal-

pable, a un través de dedo del reborde, de consistencia dura y borde liso. Atrofia simple de papila (examen de fondo de ojos por el Dr. B. Curtis).

Wassermann y Khan standard en la madre y en la niña, negativas (protocolos 959 y 960).

Radiogramas: en todos los huesos se vé una red ósea rara, pero de mallas gruesas (osteoporosis); en algunos, como en las zonas interdiáfiso-epifisaria de extremos distales de radios, esta porosis es tal, que se ven verdaderas lagunas, como granos de maíz. Además, periostitis osificante, bien visible, en húmero, (especialmente izquierdo), discreta, en los otros huesos.



Observación 31



Observación 32



*Observación N.º 32.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.927).

Jorge R., de 6 meses de edad; a pecho.

La abuela materna tuvo 15 hijos, de los cuales 5 murieron en la primera infancia (ignóranse las causas). Los padres dicen ser sanos.

Jorge es el producto del primero y único embarazo; nació a los 7 meses, de parto eutóxico.

Buen estado general. Fontanela 3 x 3, rosario condrocostal, como grano de maíz, espesamientos epifisarios. Bazo a 2 ½ ctms. del reborde, de consistencia dura.

Wassermann y Khan en la madre y en el niño, negativas (protocolos 14 y 18 - 934).

En las radiografías se observa: osteocondritis raquílica de las metafisis distales de cúbitos y radios, distales de fémures y proximales y distales de tibias y peronés. Periostitis, osificante, en fémures y tibias; más discreta, en cúbitos y radios.

*Observación N.º 33.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.188).

Oswaldo A., de 4 y medio meses de edad; alimentación mixta.

El padre, antes de casarse, fué sometido a un tratamiento específico; la madre, padece de aortitis.

Antecedentes obstétricos: 2 embarazos: del primero, un niño sano; del segundo, un parto gemelar, univitelino, con niños del mismo sexo. El gemelo de Oswaldo, con labio leporino.

Al examen de nuestro enfermito, constatamos: craneotabes en suturas parieto-occipitales, rosario condrocostal, espesamientos epifisarios y esplenomegalia (polo inferior a un través de dedo del reborde).

Wassermann y Khan en sangre materna y del niño, negativas (protocolos 55 y 70 - 934).

Radiogramas: discretísimas alteraciones óseas, trasuntadas en el aspecto ondulado y borroso de las zonas interdiáfisoepifisarias distales de los fémures y proximales de las tibias. La zona interdiáfisoepifisaria distal de los cúbitos, está ligeramente excavada hacia la metafisis.

*Observación N.º 34.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.984).

María B., de 6 y medio meses de edad; alimento artificial.

Padres sanos. Única hija. No abortos.

María nació a término, de parto normal, con 3.600 grs. de peso.

Al examen se constata: palidez acentuada de los tegumentos; nariz en silla; frente olímpica y esplenomegalia (polo inferior a 2 ctms. del reborde).

Wassermann y Khan en la madre (protocolo 56 - 934), y en el niño (protocolo 57 - 934), negativas.

Las radiografías no permiten ver ninguna alteración.

*Observación N.º 35.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 32.096).

Etelvina Rosa C., de 6 meses de edad; pecho de ama y leche de vaca diluída.

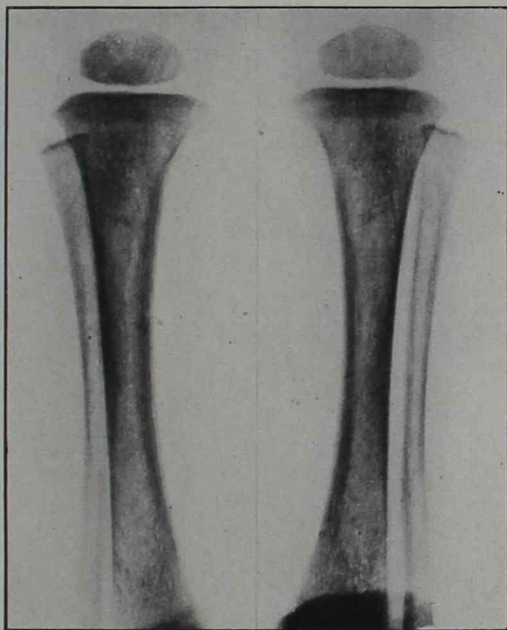
Antecedentes: padres sanos. La madre abandonó la niña; actualmente al cuidado de la abuela paterna. Único hijo. No hubo abortos.



Al examen semiológico, se constata: cabeza grande, fontanela tensa (5 x 6), frente olímpica; nariz en silla. Se palpa rosario condrocostal y espesamientos epifisarios. No se palpa bazo.

Wassermann y Khan en la niña, negativas (protocolo 73 - 934).

Radiogramas: en los huesos largos, sobre todo en ambos radios, y muy especialmente en fémures y tibias, osteoporosis. Se observa, además, en la



Observación 35

cortical de todos ellos, una estructura fibrilar, y en consecuencia, un aspecto hojaldrado, que trasunta la existencia de imágenes de periostitis osificante, mejor caracterizadas en el borde interno de la imagen de ambas tibias.

*Observación N.º 36.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 32.250).

Roberto M., de 3 meses; pecho.

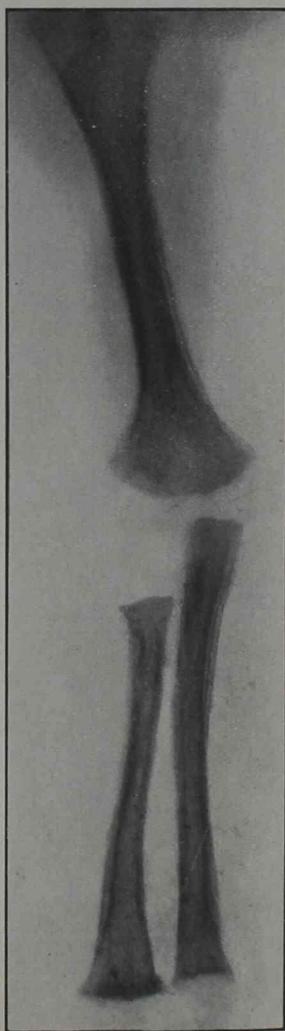
Antecedentes obstétricos: 2 embarazos: del primero, un aborto de 40 días; del segundo embarazo, Roberto, que nació a los 6 ½ meses del mismo, con 1300 gramos de peso.

Al examen, constatamos los siguientes síntomas: cráneotabes, red venosa tegumentaria aparente, nariz en silla de montar y discreto rosario condrocostal. Bazo, no se palpa.

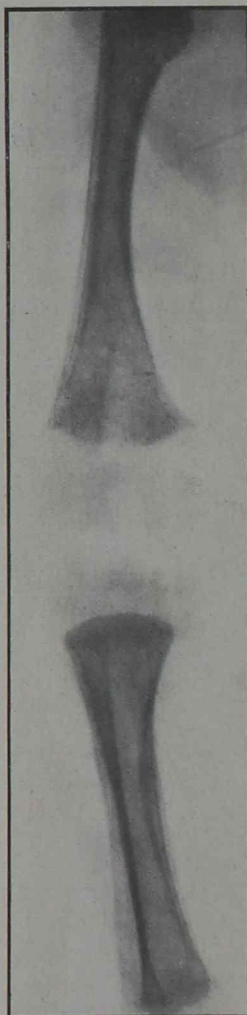
Wassermann y Khan en sangre materna, negativas (protocolo 143, de la Casa de Expósitos), y mismas reacciones en el niño, igualmente negativas (protocolo 26.067, del Inst. Biol. del Dep. N. de Higiene).

Radiogramas: groseras lesiones de periostitis osificante en borde ex-

terno de las imágenes de ambos fémures, y borde interno de las imágenes de ambas tibias; aunque no tan manifiestas, se las oobserva, igualmente, en húmeros, cúbitos y radios. Además, cúpulas raquíticas en las zonas interdiáfisoepifisiarias de cúbitos, y un aspecto francamente desflecado en extremos distales de radios y fémures, lo mismo que en los extremos distales y proximales de tibias y peronés.



Observación 36



Observación 36

*Observación N.º 37.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 31.723).

Juan C., de 2 meses de edad; pecho.

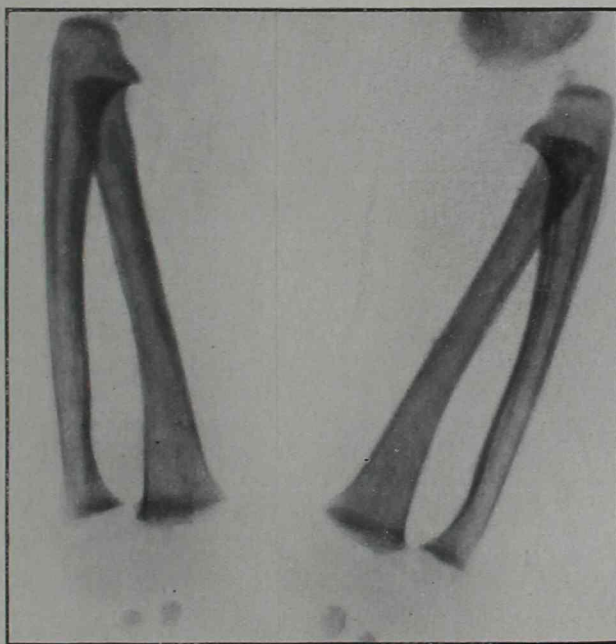
Antecedentes obstétricos: la madre tuvo 3 abortos de 1, 2½ y

3 ½ meses, respectivamente. Durante el embarazo del cuarto, hizo tratamiento (30 inyecciones); el niño nació bien; actualmente tiene 2 años; recién comienza a dar los primeros pasos, y se le atiende en el Hospital Rawson, por insuficiencia glandular. Durante el embarazo de Juan, recibió 12 inyecciones solamente.

Buen estado general; vómitos que no ceden a las medicaciones habituales. Asimetría craneal. Polo inferior de bazo, a un través del reborde.

Wasserman en sangre materna y del niño, negativas (protocolos 224 y 223).

En las radiografías se observan discretas lesiones de periostitis osificante en ambos cúbitos.



Observación 37

*Observación N.º 38.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 32.689).

Raúl José A., de 3 meses; pecho exclusivo. Único hijo.

Padres, dicen ser sanos. No abortos.

Al examen clínico, constatamos: hepatomegalia (a tres traveses de dedo del reborde) y esplenomegalia (polo inferior a un través). Nada en el resto.

Wassermann y Khan, en madre e hijo, negativas (protoc. 343 y 344).

Radiogramas: nítidas bandas transversas en las metafisis proximal y distal de húmeros, tibias y peronés, y distales, solamente, de cúbitos, radios y fémures.



*Observación N.º 39.*—Casa de Expósitos . (C. 3, N.º 32380).

Antonio L., 2 meses, pecho.

*Antecedentes:* La madre ha sido tratada en el Hospital Rawson, con escasas inyecciones de bismuto, por una lesión a la vista, que no determina exactamente. Padre dice ser sano. No abortos.

Antonio, único hijo, nació a término, de parto normal.

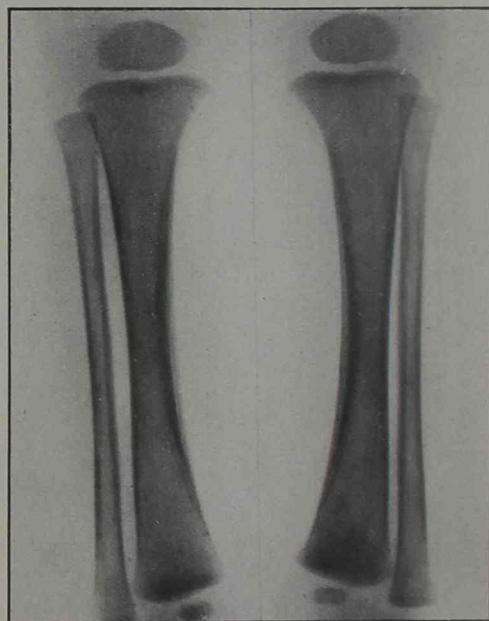
Al examen, nariz en silla y esplenomegalia (polo inferior se palpa a un través de dedo del reborde costal correspondiente).

Wassermann y Kahn, en la madre y en el niño, negativas (protocolos 359 y 362).

Radiogramas: Discreta periostitis osificante, sobre todo en el húmero izquierdo.



Observación 39



Observación 40

*Observación N.º 40.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 32378).

Héctor O. S., edad 15 días, alimento: pecho.

*Antecedentes obstétricos:* Un aborto de 5 meses.

Al examen semiológico, se constata: esplenomegalia (polo inferior a un través de dedo), y hepatomegalia (borde inferior, duro, palpable a 6 cms. del reborde correspondiente).

Wassermann y Kahn presuntiva, en la sangre materna y del niño, negativas (protocolo 27190 y 27189 del I. B. del D. N. de H.).

En las radiografías de los huesos de los miembros, se observa discreta periostitis osificante, en borde interno de las imágenes de ambas tibiae.



*Observación N.º 41.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 32891).

Angel J. V., edad 3 meses, alimentación artificial.

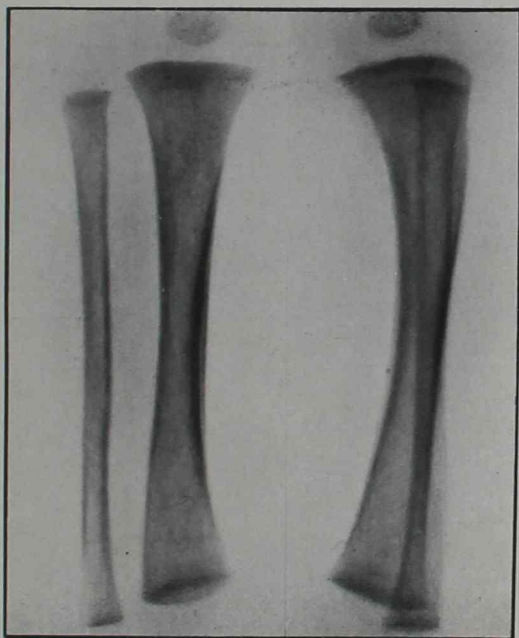
Padres dicen ser sanos. No abortos.

Angel, nació a término, de embarazo y parto normales.

Niño bien constituido; sólo se constata esplenomegalia y hepatomegalia.

Wassermann y Kahn en la madre (protocolo 406), negativas; las mismas reacciones en el niño (protocolo 399), igualmente negativas.

Radiografías: Discreta periostitis osificante, en borde interno de la imagen de ambas tibias; apenas esbozada, se le observa también en el húmero derecho (zona diáfisis-metafisiaria, proximal), y en cúbitos y radios.



Observación 41

*Observación N.º 42.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 32939).

Alfredo A. V., 2 meses, alimentación artificial.

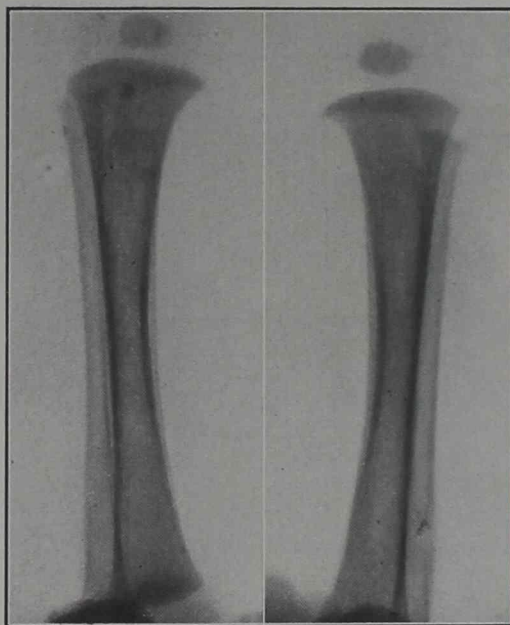
Padres, dicen ser sanos. No abortos.

Alfredo, nació del único embarazo, de parto gemelar, univitelino, biamniótico y del mismo sexo, 15 días antes de término.

Al examen clínico sólo se constata esplenomegalia (polo inferior se palpa a 1½ cms. del reborde costal correspondiente); nada en el resto.

Wassermann y Kahn en sangre materna, negativas (protocolo 437); y Wassermann en líquido cefalorraquídeo en nuestro enfermito, también negativa (protocolo 443).

Radiogramas: Periostitis osificante en borde interno de la imagen de ambas tibias.



Observación 42

*Observación N.º 43.*—Casa de Expósitos. (C. 3, N.º 32942).

Julio Alberto S., edad 2 meses; alimento artificial.

Padres sanos. La madre ha tenido 2 abortos, espontáneos, de 40 días. Del primer embarazo, una niña que nació prematuramente (8 meses) y es sana; del último, Julio, que nació a término.

Examen semiológico: Buen estado general, frente olímpica, red venosa visible, esplenomegalia e hidroce'e bilateral congénito.

Wassermann y Kahn presuntiva, en la madre y en el niño, negativas (protocolos 27331 y 27332 del I. B. del D. N. de H.).

Radiográficamente, nada de particular.

*Observación N.º 44.*—Casa de Expósitos. (Sala San Camilo, N.º46652).

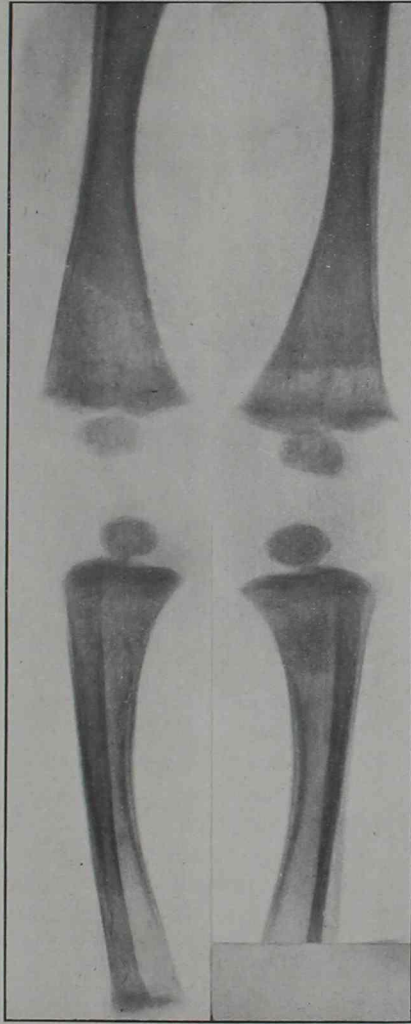
Nélida, edad 6 meses; alimento: artificial.

*Antecedentes:* No se conocen.

Al examen: frente olímpica, red venosa de cuero cabelludo muy marcada, nariz en silla, alopecia craneana y de cejas, onfalocoele, esplenomegalia y hepatomegalia.

Wassermann y Kahn presuntiva, positivas (protocolo 23626 del I. B. del D. N. de H.).

Radiogramas: Lesiones de periostitis osificante en las imágenes de húmeros , cúbitos, fémures y tibias.



Observación 44

#### BIBLIOGRAFIA

1. *Baliña, P. L.*—Algo sobre el valor clínico de la suerología actual de la sífilis. “La Semana Médica”, 1932, N.º 46, pág. 1409.
2. *Cibils Aguirre y Tetes.*—Enfermedad de Parrot. “La Semana Médica”, 1932, N.º 39, pág. 853.
3. *Dunham, E. C.*—The diagnosis of congenital syphilis in the new born. “Am. Jour. of Dis. of Children”, 1932, tomo 43, pág. 317.

4. *Grävingshoff, W.*—Über die Schwachzeichen der angeborenen Lues am Knochen. "Jahrbuch für Kinderheilk.", 1931, tomo 133, pág. 189.
5. *Mc. Lean, S.*—The osseous lesions of congenital syphilis. "Am. Jour. of Dis. of Children", junio de 1931, vol. 41, N.º 6, pág. 1411.
6. *Mc. Lean, S.*—The correlation of the roentgenographie and pathologic aspects of congenital osseous syphilis. "Am. Jour. of Dis. of Children", 1931, vol. 41, N.º 2, pág. 363.
7. *Péhu, M.*—Sur la syphilis osseuse de la seconde enfance. "Rev. Franç de Ped.", 1932, tomo 9, N.º 1, pág. 1.
8. *Péhu, M.*—La syphilis infantile. "Rev. Franç de Ped.", 1929, tomo 5, N.º 4, pág. 502.
9. *Péhu, Chassard et Enselme.*—Etude radiologique de la syphilis congenitale des os longs envisagée dans la première enfance. "Jour. de Radiologie et D'Electrologie", 1926, tomo 10, pág. 54.
10. *Péhu et Policard.*—Les images radiographiques des ostéopathies syphilitiques dans la première enfance. "Rev. Franç. de Ped.", 1932, tomo 8, N.º 1, pág. 78.
11. *Péhu et Policard.*—La syphilis du squelette dans la première enfance en dehors des os longs. "Rev. Franç. de Ped.", 1930, tomo 6, N.º 1, pág. 50.
12. *Péhu et Policard.*—Nosologie de la syphilis osseuse congénitale dans la première enfance. "La Presse Medicale", 1931, agosto 22, N.º 67, página 1245.
13. *Péhu et Policard.*—Les bases histologiques des images radiographiques offertes par les os longs dans la syphilis congénitale de la première enfance. "Jour. de Rad. et D'Electrol.", 1929, tomo 13, pág. 74.
14. *Péhu et Policard.*—L'Ostéochondrite. "Rev. Franç de Ped.", 1929, tomo 5, N.º 6, pág. 655.
15. *Péhu, Policard et Boucomont.*—Les bases anatomiques des images offertes par les os longs dans le rachitisme de la première enfance. "Le Jour. de Méd. de Lyon", 1931, pág. 411.
16. *Péhu, Policard et Boucomont.*—Etudes d'anatomo-radiologie. Documents nouveaux sur les ostéopathies syphilitiques de la première enfance. "Le Jour. de Méd. de Lyon", 1931, febrero 20, pág. 113.
17. *Péhu, Policard et Boucomont.*—Les aspects radiographiques du rachitisme dans la première enfance. "Le Jour. de Méd. de Lyon", 1931, mayo 5, pág. 273.
18. *Péhu, Policard et Boucomont.*—Les raies transversales des os. "Le Jour. de Méd. de Lyon", 1931, pág. 519.
19. *Policard, Péhu et Boucomont.*—Structure et mécanisme de formation de certaines stries transversales observées sur les radiographies d'os longs. "Bull. d'Hist. appliquée a la physiologie et a la pathologie et de technique microscopique", 1931, tomo 8, pág. 233.
20. *Podlasky and Enzer.*—The comparative value of the serologie and roentgenologie diagnoses of congenital syphilis. "Radiologie", 1933, vol. 20, pág. 337.
21. *Vogt, E. C.*—The value of roentgenography in the dianosis of congenital syphilis. "The A. Jour. of Roentgenology and Radium Therapy", 1931, vol. 26, pág. 96.



## Enfermedad de Still (1)

por los doctores

Eugenio Zucal y Jorge Picco

Presentamos a la consideración de los distinguidos colegas, un caso de enfermedad de Still, afección rara en nuestro medio, ya que la bibliografía pediátrica argentina cuenta hasta la fecha con tres casos publicados: el de los Dres. de Elizalde y Pozzo; el de los Dres. Casaubón y Cruz Derqui y el de los Dres. Macera y Messina. En la bibliografía médica mundial, no llégase al centenar el número de casos publicados.

Se trata de la niña M. M. de P., argentina, de 3 años de edad, quien es traída al consultorio N.º 5 del Servicio del Prof. de Elizalde, en la Casa de Expósitos, el día 11 de agosto de 1933.

*Antecedentes hereditarios:* Padres viven, sanos; tres hermanos, sanos. Ningún aborto, no hay antecedentes de tuberculosis en el medio familiar.

*Antecedentes personales:* Nacida a término; criada a pecho hasta el año; primeros dientes a los 7 meses. Caminó antes del año. Vómitos habituales a los seis meses. Sarampión y coqueluche antes del año.

Comienza su enfermedad actual hace un año, al cumplir los dos años de edad, con fiebre alta que se prolongó con intermitencias, hasta la fecha. Se comprobó en aquella oportunidad, pus en la orina. En esa época vivía la enferma en la provincia de Tucumán, razón por la cual, y ante un cuadro clínico con fiebres intermitentes, los médicos que la examinaron, sospechando paludismo, la trataron con inyecciones de quinina. A los ocho meses de haber comenzado la fiebre, se nota tumefacción en las articulaciones radiocarpianas y en la femorotibial izquierda. Al poco tiempo, fué poniéndose rígida la columna cervical. Así ha seguido hasta la fecha, invadiendo la enfermedad otras articulaciones. To-

---

(1) Trabajo presentado en la sesión del día 27 de noviembre de 1934.

das las noches fiebre alta, actualmente, una a dos deposiciones por día, fétidas. Orinas no muy claras, dice la madre.

*Estado actual:* Niña en mal estado de nutrición, piel y mucosas pálidas; facies de sufrimiento. Actitud de la cabeza y mirada de la enfermita especiales. Articulaciones radiocarpianas asiento de intensa tumefacción, con sensación de renitencia. Articulaciones del carpo, metacarpofalángicas y algunas interfalángicas de ambas manos, también tumefactos. En la misma forma están afectadas las articulaciones de ambos

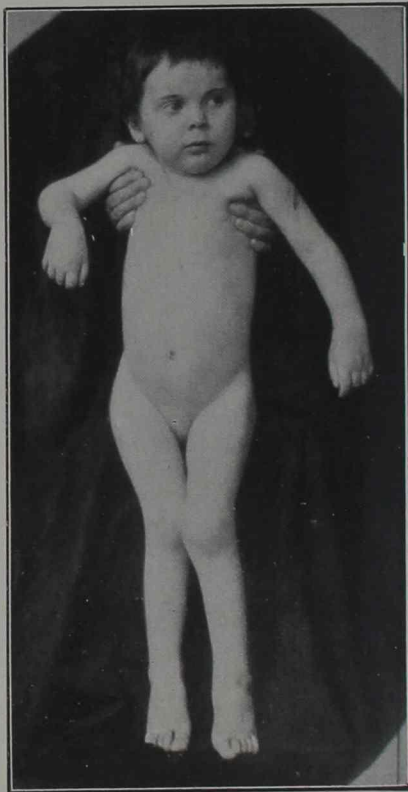


Figura 1

codos, femorotibiales derecha e izquierda, así como también ambos tibio-tarsianas y metatarsofalángicas de los dedos gordos y pequeño de ambos pies. Las articulaciones intervertebrales del cuello están también afectadas, inmovilizando la cabeza en ligera flexión y rotación hacia la izquierda. La piel que recubre las articulaciones no presenta modificación alguna. No hay mayor dolor en el reposo; en cambio, todo intento de movilización pasiva, despierta vivo dolor. Se palpan ganglios infartados, duros, poco dolorosos en cuello, axilas, ingles y en el hueso poplíteo. Se palpan también los ganglios epitrocleares.

Se comprueba 37° de temperatura, llegando por las tardes, según refiere la madre hasta 39°. Peso, 11.400 grs. Desarrollo pondoestatural correspondiente a una niña de dos años. Psiquismo normal a su edad.

Boca: Lengua saburral; caries de varias piezas dentarias. Hiper-trofia de amígdalas.

Tonos normales en todos los focos a la auscultación cardíaca. Se palpa polo inferior de bazo a 5 cms. del reborde costal.

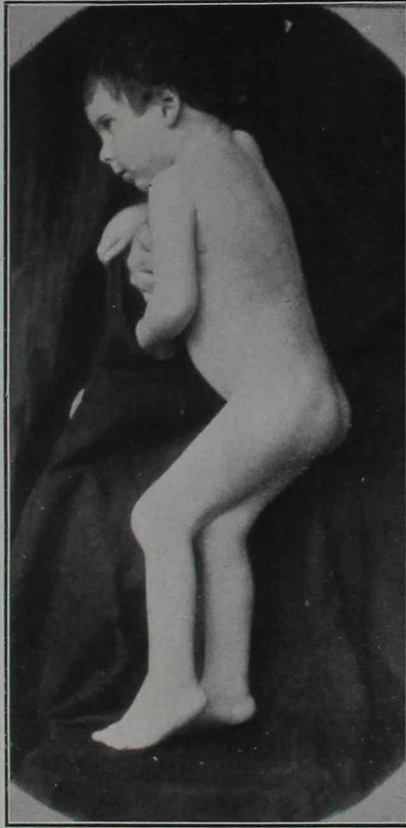


Figura 2

El análisis de sangre revela: Glóbulos rojos, 4.200.000 por mm.<sup>3</sup>; glóbulos blancos, 12.200 por mm.<sup>3</sup>; valor globular, 0.72; relación globular,  $1 \times 344$ ; hemoglobina, 62 %; polinucleares neutrófilos, 54 %; basófilos, 2 %; eosinófilos, 1 %; monocitos, 1 %; linfocitos, 42 %. Reacciones de Wassermann y Kahn, dan resultado negativo.

Reacción de Mantoux, negativa.

El análisis de orina no revela nada de anormal.

Veinte días después se comprueba tumefacción dolorosa en las articulaciones de las últimas vértebras lumbares.

Como tratamiento recibe una serie de inyecciones de peptona y aplicaciones de rayos U. V. que no modifican para nada el cuadro clínico. Se le practica la amigdalectomía, no pudiendo hacerse el raspaje del cavum porque la rigidez de la columna cervical impide poner la cabeza en extensión.

Se le practican más tarde, inyecciones de aceite azufrado al 1% ( $\frac{1}{2}$  hasta 2 c.c.). Estas últimas producen gran reacción "chocante" con hipertermias hasta de 40°. Desde que recibe estas inyecciones, la madre nota que la mejoría se inicia y acentúa día a día. No ha vuelto a tener fiebre, ni dolores al movilizarla; las tumefacciones articulares comienzan a disminuir; los ganglios infartados se achican; el estado general es cada vez mejor y comienza a efectuar movimientos activos.

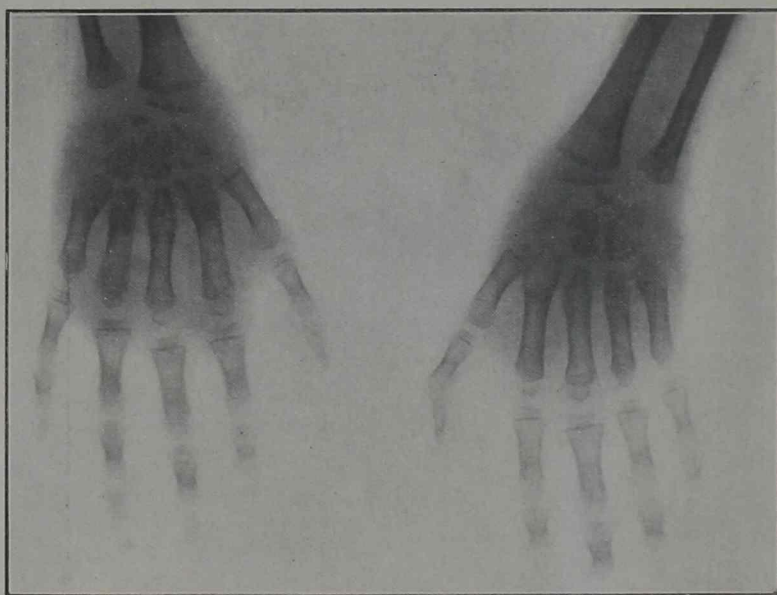


Figura 3

Examinada tres meses después se comprueba: Buen estado general y buena turgencia; color sonrosado de la tez. Las tumefacciones articulares han desaparecido casi completamente, efectuándose sin dolor movimientos activos y pasivos. Limitación de estos movimientos en la articulación del codo, radiocarpiana derecha y femorotibiales derecha e izquierda. La columna cervical se mantiene rígida. Estos movimientos están limitados por procesos de fibrosis de las partes blandas periarticulares. Atrofia muscular marcada en ambas extremidades. Desaparición completa de los infartos ganglionares. Bazo ya no se palpa. No ha vuelto a tener fiebre. Peso, 15.600 grs. (julio de 1934).

Esta remisión dura cuatro meses, presentándose después una nueva "poussée" con reaparición de todo el cortejo sintomático de la enfer-



medad de Still. Ha perdido más de dos kilos de peso en dos meses. Esta "poussée" parece haber sobrevenido a raíz de una neumopatía aguda.

CONSIDERACIONES GENERALES.—Las poliartritis crónicas, constituyen un capítulo de la patología infantil que ha quedado envuelto en la obscuridad, a pesar de todas las tentativas hechas para aclararlo. Esta forma morbosa se presenta con relativa rareza, no contándose hasta la fecha sino con 300 casos referidos en la literatura mundial. De entre estos casos de poliartritis crónica,

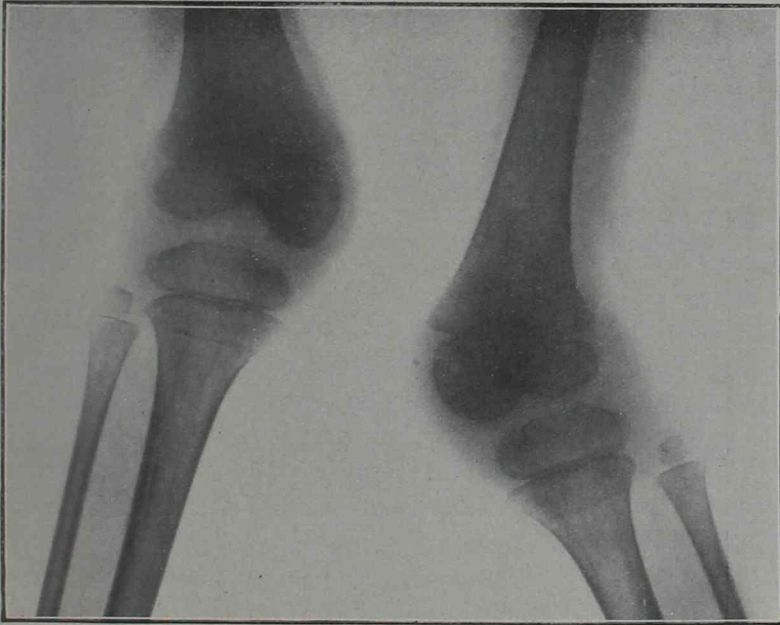


Figura 4

hay una entidad perfectamente definida, y que ha sido descrita por Still en 1897 y que se caracteriza por la triada sintomática que comprende: poliartritis, esplenomegalia y adenomegalias, sobreviniendo en niños desde los 2 hasta los 7 años, aunque se han descrito casos de comienzo a los 4 meses (Gentile) y otros en la pubertad.

Se han descrito casos de enfermedad de Still en el adulto. Chauffard y Ramond, en 1896, habían descrito una poliartritis reumática con infarto de los ganglios tributarios, pero sin es-

plomegalia, por lo que algunos autores, entre ellos Reitano no admiten que sea un mismo proceso.

Otros la aceptan como una misma enfermedad y la denominan enfermedad de Chauffard-Still. Aun aceptando que la enfermedad de Still sea patrimonio de la infancia, es para unos una verdadera entidad nosológica, siendo para otros una forma clínica artificialmente aislada de un complejo morbo a síntomas múltiples, vale decir, un síndrome, ligándolo a la tuberculosis o a la sífilis o en estrecha vinculación con focos sépticos que se localizan en dientes, senos nasales, otitis medias supuradas, cisto-pielitis, amigdalitis, etc. Estos focos sépticos darían a la enfermedad la característica de evolucionar crónicamente con "poussées" agudas, en correlación con la exaltación de la virulencia, al reavivarse estos focos sépticos o sobrevenir nuevos focos. Sin embargo, los estudios histopatológicos de estos últimos años, le han conferido una verdadera autonomía clínica, con una fisonomía particular que la diferencia de las demás poliartritis crónicas de la infancia. Algunos autores admiten que necesita para producirse o desenvolverse, un estado constitucional especial.

La etiología es ignorada, habiendo encontrado Stransky e Iseke, en cultivos de la sangre de dos enfermos, el estreptococo viridans. Otros admiten la existencia de un virus no demostrable bacteriológicamente. Lo que parece ya admitido, es, que ni la tuberculosis, ni la sífilis entran para nada en la génesis de esta enfermedad, y, aunque a veces se ha presentado en sujetos con un foco tuberculoso concomitante, las lesiones histológicas de los ganglios y articulaciones no presentaban nada que tuviera atinencia con las lesiones tuberculosas.

Podemos, pues, definir la enfermedad de Still como una infección a germen desconocido, de curso crónico, con "poussées" agudas que sobreviene en niños, por lo general de 2 a 7 años que poseen un estado constitucional especial, que puede atacar a todas las articulaciones, acompañándose concomitantemente, o poco después de infarto de los ganglios y de infarto esplénico. Puede atacar la enfermedad al niño en plena salud, pero a veces sigue a un proceso infeccioso: gripe (en el caso descrito por los Dres. de Elizalde y Pozzo) escarlatina, coqueluche, etc.

La iniciación varía, ya es brusca con temperatura elevada y dolores articulares vivos con precoz tumefacción articular, simulando un reumatismo poliarticular agudo. Ya comienza en forma

insidiosa con leve elevación de temperatura, moderado dolor articular y moderada tumefacción articular.

La fiebre no presenta un tipo definido; en el mayor número de casos la temperatura se mantiene elevada entre  $38 \frac{1}{2}^{\circ}$  a  $40^{\circ}$  y puede adoptar el tipo intermitente o remitente a curso continuo como también puede haber accesos febriles recurrentes, alternando con períodos de febrícula o apirexia. A veces toma un curso crónico con elevaciones térmicas entre  $37 \frac{1}{2}^{\circ}$  a  $38^{\circ}$ . Durante la fase febril pueden presentarse exantemas, morbiliformes o escarlatiniformes. En los casos de fiebre intermitente pueden presentarse durante los descensos térmicos, profusos sudores.

Lo primero que llama la atención aparte de la fiebre, es la limitación de los movimientos en las articulaciones afectadas y su tumefacción con vivo dolor si el comienzo es agudo, y con dolor moderado, si el comienzo es insidioso. La localización del primer ataque articular es variable, pudiéndose iniciar en una articulación grande cadera, rodilla, codo o bien en las articulaciones de las muñecas, del carpo, metacarpo y metatarso falángicas e interfalángicas. Se han referido casos de iniciación en las articulaciones intervertebrales, simulando un mal de Pott. Las articulaciones son atacadas sucesivamente, hasta quedar afectadas en su mayoría. Otras veces son afectadas simultáneamente varias de ellas. La piel, a nivel de las articulaciones afectadas no presenta por lo general modificación alguna, presentándose a veces luciente y tersa en las grandes tumefacciones articulares. En el período de estado, rara vez duele espontáneamente la articulación afectada, despertándose dolor sólo en los movimientos pasivos.

En el curso de la enfermedad, las articulaciones afectadas se fijan en posición viciosa: semiflexión de las rodillas y de los codos; pie varus; incurvación de las muñecas y de los dedos hacia el lado cubital; flexión de la segunda falange sobre la primera en la mano. A veces imposibilidad absoluta de todo movimiento como si hubiera anquilosis ósea, aunque nunca se produce tal anquilosis. Esta pseudo anquilosis es debida pura y exclusivamente a modificaciones de las partes blandas periarticulares: cápsula, ligamentos y retracciones tendinosas. (Bajo anestesia general se pueden extender los miembros sin dificultad). Los músculos sufren una atrofia rápida, pero sin reacción de degeneración. Cuando la afección evoluciona desde hace tiempo, el aspecto del enfermito es característico: acostado, mejor dicho, tirado en la



cama, sin efectuar movimiento alguno, con los miembros en semiflexión, las articulaciones parecen más tumefactas de lo que en realidad están, a causa del aspecto esquelético de los miembros por la atrofia muscular y la caquexia. Otro hecho saliente es la bilateralidad y la simetría notable con que están afectadas las articulaciones.

Concomitantemente o poco después de afectarse las articulaciones, los ganglios tributarios de las mismas se infartan y pueden llegar a tener el tamaño de una nuez. Estos ganglios infartados presentan consistencia duroelástica, son indoloros, lisos, movilizables sobre los planos subyacentes, no confluentes y entre sí, no presentan adherencias a la piel que no está caliente, ni dolorosa ni enrojecida. Faltan signos de periadenitis y de renitencia, no llegando nunca a la supuración. Si bien las adenomegalias se localizan al principio en los ganglios vecinos a las articulaciones afectadas, se generalizan cuando la enfermedad tiene algún tiempo de evolución, observándose adenopatías de las cadenas ganglionares intratorácicas e intra-abdominales. Las adenomegalias siguen las mismas incidencias que los procesos articulares, es decir, disminuyen de volumen cuando la articulación mejora, para engrosar de nuevo a raíz de cada "poussée" evolutiva. Este hecho fué evidente en nuestro caso.

El tercer elemento clínico característico de la enfermedad de Still, es la hipertrofia del bazo, que se presenta poco después de los infartos ganglionares, considerándose con reservas, los casos en que el bazo aparece agrandado después de algunos años de evolución y más aun, aquellos en los que no se presenta la hipertrofia del bazo (casos descriptos por Chauffard y Ramond en adultos y que algunos autores no consideran como de enfermedad de Still).

El polo del bazo sobrepasa por lo general 5 a 6 cms. el reborde costal, pudiendo en ocasiones estar más grande aun. Lo mismo que los ganglios el bazo se achica cuando la enfermedad entra en un período de calma, agrandándose de nuevo a cada forma evolutiva.

Se han descripto casos de enfermedad de Still con hepatomegalia pero esto es un hecho inconstante y no cuenta para nada en el diagnóstico.

En la gran mayoría de los casos de enfermedad de Still, no se han observado lesiones de endocarditis. Porkes-Weber y Poynton, han descripto casos con lesiones de endocarditis simple. De-



bré, Broca y Lamy, describen un caso con lesiones de endocarditis maligna a evolución lenta. Es casi seguro que éstos, no son casos puros de enfermedad de Still. En cambio, se han descrito casos en que la autopsia ha demostrado una pericarditis adhesiva, no diagnosticable clínicamente. Son también hallazgos de autopsia las pleuritis adhesivas. Se ha observado también ligera exoftalmia sin explicación. En los casos de larga evolución, se ha descrito anemia marcada, con palidez cérea de los tegumentos, oligocitemia y oligocromemia; a veces leucocitosis neutrófila y otras leucopenia. Las orinas no presentan nada anormal salvo a veces, ligera albuminuria.

**EVOLUCIÓN.**—La evolución es muy larga, la marcha es progresiva, puede durar años y caer afectadas sucesivamente todas las articulaciones, instalándose una poliartritis generalizada, progresiva y permanente. Otras veces, empujes evolutivos alternan con remisiones que pueden durar varios años, a veces (6 años en el caso de los Dres. de Elizalde y Pozzo).

En cada nueva "poussée", las condiciones generales del enfermo, van haciéndose cada vez más deficientes: las masas musculares son presa de una atrofia e hipotonia marcadas; el color de la piel y mucosas se tornan cada vez más pálidas, sobreviniendo una caquexia que lleva a la letalidad por una infección intercurrente, siendo la más frecuente la bronconeumonía. Es raro que la afección intercurrente terminal sea la tuberculosis.

**PRONÓSTICO.**—Sea cual fuere su evolución, la terminación, para la mayoría de los que han observado esta enfermedad, sería siempre fatal. Hay que tener cuidado de no tomar una larga remisión por una sanación. En un caso de Stork, la sanación se prolongaba al cabo de diez años.

Para Parkes, Weber, Poynton y Lindsay, el pronóstico es menos sombrío: "después de algunos años de evolución, puede sobrevenir la mejoría y permitir una existencia activa, quedando como secuelas, algunas articulaciones rígidas". Estas formas si existen, han de ser muy raras.

Se han visto casos en los cuales, siendo buenas todavía las condiciones generales del enfermo, una enfermedad aguda (sarampión, escarlatina, etc.), han producido mejorías notables bastante prolongadas. Este hecho es interesante, pues sugiere el tratamiento de esta afección mediante la piritoterapia.

**ANATOMÍA PATOLÓGICA.**—Las lesiones de las articulaciones, no son artritis en el sentido estricto del término: Todas las lesiones se desenvuelven por fuera de la sinovial, es una periartrosis. A pesar de la gran tumefacción con sensación a veces de renitencia, nunca hay derrame en la cavidad articular. Solamente la cápsula, el tejido periarticular y los ligamentos están afectados. Stoye describe procesos de hiperplasia inflamatoria de la cápsula, espesamiento del tejido conjuntivo y focos múltiples de infiltración linfocitaria. Según Reitano, no se debe hablar sino de artrosis, porque ninguna alteración aparece como exponente de un proceso inflamatorio. En los casos prolongados, y raramente, se han encontrado lesiones de tipo ulceroso en el cartílago, con leve proliferación ósea.

**Ganglios:** Al corte, los ganglios presentan una coloración uniforme, gris blanquecina, sin focos de necrosis, sin lesiones tuberculosas aunque en el organismo del enfermo exista un foco tuberculoso. Al microscopio: hiperplasia de los elementos propios de los senos linfáticos, endotelio y células del retículo y de los elementos reticulares del tejido linfático propiamente dicho con notable dilatación de los senos ricos en elementos, dando el aspecto llamado impropriamente catarro de los senos. Este proceso hiperplásico se acompaña de cierto número de plasmacélulas y de numerosos neutrófilos y eosinófilos. Se trata de un proceso irritativo crónico y no de un proceso inflamatorio, como si la tumefacción glandular se produjese a causa de una toxina que de la articulación llegase a los ganglios por los linfáticos aferrantes, lo que habla de la estrecha vinculación de la artropatía con la adenopatía. La adenopatía sobreviene después de las lesiones articulares y sigue una evolución paralela.

**Bazo:** En el bazo se observa histológicamente, hiperplasia de los elementos celulares e integridad de los folículos.

**RADIOGRAFÍA.**—En las radiografías se comprueba que la interlínea articular está completamente libre y los contornos articulares regulares. Solamente en los casos que evolucionan en largo tiempo se observa que el borde de los huesos no presenta un contorno neto, sino que se ven difusos. En algunos casos se ha comprobado espesamiento del periostio en las falanges. No se han observado en los casos puros de enfermedad de Still, la producción de osteofitos. La esponjosa aparece granulosa por la irregu-



lar desaparición de las sales de calcio. No son visibles las travéculas normales del hueso. No hay retardo en la aparición de los puntos de osificación, sino por el contrario, se comprueba una soldadura prematura del cartílago espifisario. Se ha descrito un caso en el que los núcleos óseos de la mano estaban en adelanto dos años con respecto a la edad del enfermo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.—Entre las afecciones que pueden confundirse con la enfermedad de Still, sobre todo antes de que llegue al período de estado y esté constituída la triada sintomática, tenemos: las poliadenitis con pseudo reumatismo tuberculoso de Grocco-Poucet; el pseudo reumatismo sifilítico; el reumatismo crónico fibroso, consecutivo a un reumatismo poliarticular agudo; el reumatismo crónico deformante; el reumatismo crónico infeccioso por foco séptico; los diversos pseudo reumatismos infecciosos y por último las artritis verdaderas.

Es, a veces, difícil el diagnóstico diferencial entre la enfermedad de Still y el pseudo reumatismo tuberculoso de Grocco-Poucet, acompañado de poliadenitis sobre todo, porque en ocasiones de la enfermedad de Still evoluciona en un organismo infectado por tuberculosis, sin que ésta tenga ninguna ingerencia. Se diferencia por el aspecto diferente de las adenopatías. En la enfermedad de Still, los ganglios quedan siempre libres, sin confluir, sin periadenitis, sin reblandecimiento, sin supuración, sin modificación de la piel que los recubre. Lo contrario sucede en las adenitis tuberculosas. La biopsia en caso de dudas zanja toda dificultad. Por otra parte, en la enfermedad de Still, no hay sinovitis, ni bursitis, ni tenositis.

Las adenomegalias, la esplenomegalia, la falta de endocarditis y del carácter cambiante fluxionaran y cambiante de las lesiones articulares diferencia la enfermedad de Still del reumatismo crónico fibroso consecutivo al reumatismo poliarticular agudo.

El reumatismo crónico deformante se diferencia de la enfermedad de Still en que es al mismo tiempo anquilosante; hay anquilosis ósea y fibrosa de causa intraarticular. En nuestro caso hay reducción del juego articular pero por una fibrositis tenomuscular y por un proceso periarticular y capsular, vale decir, extra-articular. Esto lo comprobamos por la radiografía que muestra en nuestro caso la interlínea articular completamente libre y los contornos articulares regulares, mientras que en el reumatismo crónico deformante se ven osteofitos que atraviesan el campo articular y

dislocan y fijan la articulación con deformaciones y anquilosis. Falta en el reumatismo crónico deformante las adenomegalias y la esplenomegalia.

Descartamos el pseudo reumatismo sifilítico por la falta de antecedentes hereditarios, por la Wassermann y Kahn negativas, por la falta de secuelas de lesiones anteriores, por lo diferente de las lesiones articulares. El pseudo reumatismo sifilítico produce en las articulaciones, lesiones semejantes a las que acabamos de describir en el reumatismo crónico deformante, siendo en el pseudo reumatismo sifilítico las lesiones más polimorfas, comprobándose a la radiografía al lado de lesiones de osteítis hiperostósante, lesiones de osteítis atrofiante. En el pseudo reumatismo sifilítico no hay fiebre en ningún momento de su evolución.

Se diferencia nuestro caso del reumatismo crónico infeccioso por focos sépticos, en que en éste no hay adenomegalias ni esplenomegalias.

No entra tampoco nuestro caso, en los pseudo reumatismos infecciosos. Este proceso acompaña o puede acompañar, a cualquier proceso infeccioso y puede haber tantos pseudo reumatismos infecciosos como infecciones hay. En este caso la enfermedad causante es evidente. Además, no se acompaña de infarto de los ganglios tributarios. El pseudo reumatismo infeccioso acompaña o sigue a la infección y tiene tendencia a la sanación.

---



## El tenor de proteínas de la leche albuminosa

por el

Dr. Florencio Escardó

Siguiendo, naturalmente, las indicaciones de Finkenstein (1), está universalmente admitido que la leche albuminosa contiene 2,7 de proteínas por ciento. Vale decir, una cantidad inferior a la de la leche común, circunstancia especialmente señalada por el autor, quien, en nota del libro ya citado (pág. 338) dice: “La leche albuminosa no constituye un alimento especialmente rico en albúmina, sólo es rica en albúmina en proporción con su contenido de suero y lactosa, pero su contenido absoluto en albúmina es inferior al de la leche de vaca sin diluir”.

Esta cifra ha sido repetida y aceptada por buena por todos los autores; Garrahan (2), entre nosotros, por ejemplo; Marfán (3), da cantidades un poco más elevadas, 3 %; así como también Escardó, de Montevideo (4), quien, a su vez, insiste en que “en realidad no es una leche albuminosa, pues contiene menos albuminoides por litro que la leche de vaca pura y que el babeurre”.

Los productos del comercio se limitan sin excepción a repetir estas cifras y el médico que los usa dispone, a estar en las indicaciones de los prospectos y de los envases, de una substancia con 3 % de albúminas.

Sin embargo, el examen atento de la cuestión hace que el problema no aparezca tan claro; razones teóricas, corroboradas por el

---

(1) *H. Finkenstein*.—Tratado de las enfermedades del niño de pecho. Trad. española, “Labor”, 1929, pág. 339.

(2) *J. P. Garrahan*.—Medicina infantil. “El Ateneo”, 1930, pág. 208.

(3) *A. B. Marfán*.—Trait de l'allaitement. “Masson”, 1930, pág. 764.

(4) *V. Escardó*.—Alimentos del lactante. “El Palacio del Libro”, Montevideo, 1931, pág. 58.

análisis, evidencian que la cantidad de proteínas de la leche albuminosa, debe ser mucho mayor.

PLANTEO TEÓRICO.—Si se recuerda el modo de preparar la leche albuminosa, un litro de ella resulta del coágulo de *un litro* de leche de vaca más *medio litro* de babeurre, completado todo con agua hasta mil. O sea:

1 litro de leche albuminosa = coágulo 1 litro leche vaca +  $\frac{1}{2}$  litro de babeurre.

De donde, su contenido proteico debe resultar de la suma aritmética del contenido proteico de sus componentes.

Ahora bien; en el coágulo de 1 litro de leche de vaca están todas las proteínas de la leche (excepto las proteosas del lacto suero que son una cantidad muy pequeña y prácticamente despreciable en un cálculo como el que estamos planteando, en el que se busca un error de dos gramos) o sea, 3,5 %.

En medio litro de babeurre se encontrará la mitad de las proteínas de 1 litro; considerando que el babeurre tiene 3,7 % de proteína por litro <sup>(5)</sup>, en medio litro habrá 3,7 dividido por 2 = 1,85 por litro; de donde, en un litro de leche albuminosa debe haber:

$$3,50 + 1,85 = 5,35 \% \text{ de proteínas}$$

Aritméticamente el problema no tiene objeción. El asunto ha sido observado por algunos autores: en 1912, Velasco Blanco y Castex <sup>(6)</sup>, dicen que en la práctica “el término medio de los análisis no corresponde a estas cifras pues una parte de la caseína y grasa se pierden al filtrar el cuajo”. Si así fuera, habría que concluir que una técnica que hace perder en su aplicación el 50 % del producto a aprovecharse, debe ser rechazada en absoluto por su imperfección. Habría que admitir que la mitad del cuajo se pierde en manipuleos. Volveremos sobre este asunto en la parte analítica.

En el folleto de propaganda de la casa Merrel Soule, de Siracusa, en Nueva York, sobre la leche proteica en polvo, el asunto vuelve a ser entrevistado: el análisis de dicho producto, da 3,8 %

---

(5) *Marfan*.— (Op. Cit., pág. 786) Da dos análisis diferentes; uno de Francois, que da como cifra, 4,1 %; y otro de Dorlencourt, 3,7 %; adoptamos este último, que es el menos favorable a nuestra argumentación.

(6) *L. Velasco Blanco y M. R. Castex*.—La leche albuminosa en el tratamiento de los trastornos nutritivos del lactante y su preparación por el fermento de los cardos de Castilla. “La Semana Médica”, 1912.

de proteína; ahora bien: es sabido que toda leche en polvo debe ser diluída en 6 partes de agua puesto que en la desecación su volumen se reduce de 1 a 7; si así se hiciera, la leche en polvo de referencia contendría 5,40 % de proteína: (38 dividido por 7). Es evidente que la cantidad está en tal divergencia con la conocida como clásica, que los fabricantes recomiendan diluir en agua en proporción de 1 a 11; de ese modo, se obtiene la cifra de 3,16 %, que permite una comparación más razonable con las cifras de Filkenstein.

COMPROBACIÓN ANALÍTICA.—Con estas referencias teóricas decidimos emprender el estudio del asunto, analizando directamente las distintas muestras de leche albuminosa que pudimos obtener.

Elegimos el método de Kjeldahl, cuya técnica se encontrará descrita en la Guía de Trabajos Prácticos de Química Biológica del Instituto de Fisiología de la Facultad de Medicina (7); se trata de un micrométodo (multiplicador 6,37). Añadamos para quienes quieran repetir la experiencia, que la dificultad máxima de este método aplicado a la leche albuminosa consiste en la obtención de diluciones suficientemente homogéneas; algunas muestras del comercio y otras de leche albuminosa preparadas particularmente, dieron resultados tan irregulares, que su estudio hubo de ser abandonado. Atribuimos esto a que la leche no había sido debidamente homogeneizada, condición formalmente exigida por Pelka (8), en su primer trabajo original sobre análisis de la leche albuminosa.

De cada dilución hicimos siempre tres determinaciones simultáneas en tubos numerados I, II, III, rechazando siempre toda la determinación cuando en el colorímetro la diferencia era superior a 0,2 en cualquiera de las muestras.

Analizamos distintas muestras de leche del comercio y la que se prepara en el Hospital de Niños, y, finalmente, preparamos nosotros mismos leche albuminosa cuyo análisis expondremos luego.

Los resultados son los siguientes:

1.º Leche albuminosa del Hospital de Niños: 3,40 — 3,48 — 4,52 — 4,68.

---

(7) El Ateneo, 1934.

(8) "Zeitschr. für Kinderheilk.", 1911, pág. 42. Eiweissmilchanalysen.



2.º Leche albuminosa de la casa Kasdorf: 3,40 — 3,53 — 3,72 — 3,72 — 3,72 — 3,82 — 4 — 4 — 4,04 — 4,14 — 4,16 — 4,29 — 4,30 — 4,42 — 4,42 — 4,45 — 4,68 — 4,68 — 4,77 — 4,77 — 4,77 — 4,77 — 4,77 — 5,22 — 5,22 — 5,48.

3.º Leche albuminosa de la Vascongada: 3,18 — 3,40 — 3,72 — 3,82 — 3,82 — 3,82 — 3,82 — 4,04 — 4,04 — 4,14 — 4,16 — 4,23 — 4,24 — 4,32 — 4,33 — 4,33 — 4,36 — 4,45 — 4,45 — 4,45 — 4,45 — 4,77 — 4,77 — 4,77 — 4,77 — 4,87 — 5,03 — 5,03 — 5,08 — 5,08 — 5,53 — 5,73.

4.º Leche albuminosa Etcheagaray: 3,68 — 5,09 — 5,12 — 5,17.

Leches albuminosas en polvo: Estos análisis se hicieron en leche en polvo diluída en 6 veces su peso en agua, vale decir, como si fuera a usarse.

5.º Leche albuminosa en polvo de Mead Johnson: 4,29 — 4,45 — 4,45 — 4,71 — 4,77 — 4,77 — 4,77 — 4,77 — 4,79.

En cuanto a la Protein Milk de Merrel Soull nuestros cinco análisis no hicieron sino corroborar, con muy ligeras variantes los datos de que informa la casa en el folleto de propaganda y que han sido comentados anteriormente.

6.º Las muestras por nosotros preparadas, dieron: 3,94 — 5,09 — 5,09 — 5,09 — 5,54 — 5,59.

Complementariamente a estas investigaciones, hicimos la determinación de proteínas en el babeurre, con los siguientes resultados: 3,48 — 3,60 — 3,60 — 4,24 — 4,24 — 4,46.

Cifras, como se ve, muy aproximadas a las de Francois y Dorlencourt más arriba citadas.

También dosamos las proteínas en el suero de la leche que servía para la preparación de la leche albuminosa, después de separar el coágulo. Los resultados fueron: 0,43 — 0,44 — 0,44 — 0,47 — 0,63 — 0,76.

Teniendo todavía en cuenta la objeción de Velasco Blanco y Castex, procedimos, en cinco casos, a raspar cuidadosamente la parte de cuajo que quedó adherida a los filtros, tamices, cucharas y recipientes después de la fabricación, en la forma más estrictamente prolija que nos fué posible. Dosada la cantidad de proteína de esa substancia, dió: 0,75 — 0,75 — 0,76 — 0,82 — 0,90.

Lo que, si bien es cierto es una cantidad no despreciable, está muy lejos de alcanzar la cifra supuesta por los autores citados.



CONCLUSIONES.—Los análisis expuestos evidencian que la leche albuminosa fresca tiene un contenido proteico sumamente variable, inconveniente observado por el mismo Finkelstein, quien aconseja la elección de un producto seco. Nuestros análisis muestran también que en las leches proteicas en polvo las variaciones son menores. Con todo y como resulta evidente desde el punto de vista teórico, las cantidades obtenidas son siempre muy superiores a la cifra de 2,7 y 3 admitida clásicamente.

Creemos poder afirmar que el contenido proteico de la leche albuminosa es mayor que el aceptado clásicamente, condición que se realiza también cuando se emplean las formas sustitutivas preparadas con caseinatos de calcio. Como es sabido, para cada litro de leche se emplean 20 grs. de caseinato, lo que, sumado a los 3,50 que tiene la leche, da un tenor proteico de 5,50. Por lo demás, las variaciones de composición de la leche albuminosa, son perfectamente explicables si se considera que la composición de la leche común varía según las estaciones del año, la raza y el modo de alimentación de las vacas que la proporcionan, y que en la leche albuminosa entran dos leches de vaca de origen distinto: la que proporciona el coágulo y la que da el babeurre.

---

*Doctor:*

*Recuerde que el **MALTOSAN**, es una harina preparada especialmente para usarla en los trastornos digestivos de la primera infancia, por indicación médica.*

*El Maltosan, circunscribe su propaganda, tan sólo dentro del cuerpo médico y jamás se anuncia al público.*

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS

*Unico concesionario: A. PERRONE  
Córdoba 2427 - Buenos Aires*

## Crónica

---

### Jornadas Nipiológicas Peruanas

Se realizaron a fines del mes de febrero las reuniones de estas Jornadas, en la ciudad de Lima, habiéndose aprobado los votos siguientes:

1.—Expresa su agradecimiento al supremo Gobierno, a la Municipalidad y a las instituciones y personas que han cooperado en las tareas de organización y celebración de la Jornada.

2.—Tributa al Prof. Ernesto Cacace, de Nápoles, genial creador de la ciencia integral del niño que aun no habla, su más viva simpatía, testimoniándole la admiración de los profesionales a su brillante concepción que abrió nuevos derroteros en la protección de la infancia.

3.—Presenta a los profesionales de Hispanoamérica, profesores Luis Morquio, Gregorio Aráoz Alfaro, Mamerto Acuña, Julio A. Bauzá, José María Macera y Saúl I. Bettinotti su más rendido agradecimiento por la colaboración científica que le han prestado.

4.—Acuerda expresar a la Liga Nacional de Higiene y Profilaxis Social, su beneplácito por haber organizado el primer certamen de esta naturaleza que se ha llevado a cabo en el Perú.

5.—Declara que para perennizar los empeños nipiológicos en el Perú, deben celebrarse reuniones periódicas, encomendándose este propósito al Comité permanente de Nipiología y Paidología de la Liga Nacional de Higiene y Profilaxis Social.

6.—Exhorta a los cultores de la ciencia integral del niño que aun no habla, para que, en un futuro próximo, funden la Sociedad Peruana de Nipiología.

7.—Manifiesta que para llevar a cabo la obra coherente de protección que necesita el niño es indispensable unificar los criterios técnicos que orienten la tutela, lo que sólo podrá conseguirse creando el Ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social.

8.—Reconociendo que la base sólida para todo empeño de protec-

ción a la infancia es la educación de la mujer, declara que en las Escuelas Normales femeninas se dicten cursos de nociones prácticas de Nipiología y Paidología, pues la maestra peruana debe ser factor importante de esta educación.

9.—Estima que todos los empeños en favor del niño deben comenzar por una intensa y sana propaganda eugenésica que aumentará el valor biológico de los progenitores y declara, con este motivo, que es conveniente que los estudiosos de estas disciplinas concreten sus aspiraciones en un certamen de cultura, que podrá servir para orientar la opinión pública sobre este tema.

10.—Reconoce que la protección a la maternidad es el primer paso del amparo al niño, y, con tal motivo, manifiesta que las disposiciones del Código Civil que protegen a la madre y garantizan los derechos del niño, deben estar comprendidas en el Código de Menores.

11.—Recomienda a los poderes públicos, la implantación del seguro social de maternidad obligatorio.

12.—Sostiene que para hacer obra de protección del niño antes de su nacimiento, es necesario ampliar el número de los actuales dispensarios prenatales que existen en Lima, reconociendo que su asistencia debe estar en conexión con las maternidades y que necesitan el concurso del Servicio Social.

13.—Teniendo en consideración que el 300 por mil de las mujeres que se asisten en la Maternidad, ofrecen signos inequívocos de lúes adquirida, declara que dentro de una enérgica campaña que debe emprenderse contra esta enfermedad, está aquella que tiene que llevarse a cabo en los dispensarios prenatales y en los centros de asistencia infantil.

14.—Apreciando el valor que tiene la frecuencia de la lúes matrnal en Lima, aunque no se puede fijar numéricamente la cuantía de la heredolúes, afirma que es necesario aumentar todos los recursos que permitan hacer el diagnóstico de la enfermedad en el niño y que favorezcan su tratamiento oportuno, porque esta dolencia es la causa de muchos cuadros distróficos que fomentan la formación de tipos frágiles con minusvalía fisiológica y disminución de la vitalidad de la población.

15.—Sostiene que establecido el Seguro Social de Maternidad, se organicen refectorios maternas para mujeres en estado de gestación, donde se les proporcione alimentos, por lo menos, durante el último mes del embarazo y los que sigan al parto.

16.—Atenta a señalar rumbos claros para una política de natalidad que esté en armonía con los intereses permanentes de la Nación, invoca los sentimientos patrióticos de las clases directoras y de los propietarios y empresarios de las tierras de laboreo agrícola, para que rodeen a la infancia rural de las seguridades y atenciones necesarias, no sólo como el mejor sistema de repoblación, sino como la forma más adecuada de civilizar a las razas autóctonas y asegurar la verdadera nacionalización social y económica del suelo peruano.

17.—Alarmada por el crecimiento demótico de los japoneses en Li-



ma, cuya prolificidad es extraordinaria, alcanzando el 4,19 % de la natalidad anual, llama la atención pública sobre este fenómeno de grave y sombrío efecto sobre la étnica nacional, recomendando su estudio a los encargados de los registros de población a fin de seguir su marcha evolutiva.

18.—Declarar: a) que la lactancia materna es el primer elemento nutritivo del niño y que el Estado debe asegurarla recurriendo a los procedimientos legales y técnicos que se preconizan para este fin; b) que la leche de vaca, fresca, pura o diluída, es alimento que conviene cuando se carece del pecho materno, siempre que provenga de vaca sana, ordeñada higiénicamente, pasteurizada con prontitud y sin adulteraciones; c) que en la práctica es difícil obtener en Lima leche buena; d) que la leche seca es preferible cuando el producto que se expende con el nombre de leche no reúne las condiciones higiénicas señaladas; e) que la leche en polvo tiene un alto valor como sustancia alimenticia, siempre que sea imposible la lactancia materna; f) que el niño sano y el niño enfermo se benefician por igual con la alimentación exclusiva de leche seca; g) que la leche condensada azucarada es un elemento valioso para la alimentación complementaria o suplementaria del niño de pecho, cuando es imposible la crianza con leche humana; h) que la leche condensada dosificada por el médico es benéfica para el niño enfermo porque conserva, cuando es fresca, sus vitaminas.

19.—Después de escuchar los trabajos presentados por los profesores Mamerto Acuña y Saúl I. Bettinotti, de Buenos Aires, recomienda que para resolver el problema de la lactancia mercenaria, el "lactario" de leche humana ideado y realizado por Bettinotti, merece adoptarse y difundirse en nuestro país, pues permite alimentar a los niños con leche humana. Confirma en todos sus alcances el voto emitido por la Segunda Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura reunida en Buenos Aires en noviembre de 1934.

20.—Se pronuncia en el sentido de recomendar que en la investigación de la paternidad se recurra a los grupos sanguíneos, como uno de los tantos medios científicos para asegurar la filiación.

21.—Sostiene que para el mejor éxito de la protección al niño es necesario el estricto cumplimiento de la disposición legal que establece que todas las actividades que se dediquen a proteger al niño deben estar controladas por la entidad oficial encargada de estos menesteres en la administración pública.

22.—Declara que debe extenderse a toda la República la obra de protección a la infancia que realiza en Lima el Instituto del Niño, para lo cual deben crearse institutos departamentales, órganos técnicos centralizados de las actividades regionales que se realicen en favor de la infancia, los cuales dependerán técnicamente de la entidad técnica oficial.

23.—Recomienda que se apruebe el proyecto de ley que extiende a toda la República el impuesto de 10 % a los espectáculos para dedicarlos totalmente a las obras de protección a la infancia.

24.—Recomienda multiplicar las colonias marítimas infantiles y las



escuelas-sanatorios para niños tuberculosos, así como servicios para niños tuberculosos en el Hospital del Niño de Lima.

25.—Declara que es urgente realizar la asistencia de la infancia en el ambiente rural y para ello recomienda la creación de centros ambulantes de higiene infantil, cuyos resultados han sido muy satisfactorios en otros países.

26.—Manifiesta que la capacitación de especialistas en Nipiología y Paidología es indispensable para asegurar la protección del niño en el Perú, recomendando con este motivo la creación de la Escuela Nacional de Sanidad.

27.—Declara que para la experimentación científica de la vacuna antituberculosa de Calmette, se debe instalar una “creche” en la Maternidad de Lima.

28.—Expresa su recuerdo a la memoria de la Sra. Juana Alarco de Dammert, por la labor que llevó a cabo en beneficio de la infancia limeña, constituyendo sus empeños en jalón precursor de las obras realizadas posteriormente.

29.—Contemplando la protección que debe recibir el niño recién nacido hijo de padres tuberculosos, recomienda que se separe al niño del foco tuberculoso en los lugares de la costa, aunque en la sierra dicho aislamiento pueda hacerse dentro del mismo hogar en virtud de tratarse de ambientes distintos.

30.—Después de tomar en cuenta el incremento de la difteria en Lima y la crecida mortalidad por la falta de tratamiento oportuno, como consecuencia del precio del suero antidiftérico, recomienda a los organismos técnicos del Estado que se ocupan de la salubridad pública, que estudien el problema para ponerle inmediata solución, en vista del peligro que representa para la infancia de la capital de la República.

31.—Declara que es urgente establecer una Escuela de Servicio Social, de conformidad con la doctrina de Ricardo Cabot, de Boston.

32.—Recomienda que en los establecimientos de protección a la infancia, existan Trabajadoras Sociales, debidamente preparadas, porque son factores importantes para ampliar el radio de sus actividades asistenciales.

33.—Después de considerar que es costumbre secular entre los aborígenes, la institución denominada “sirvinaeuy” o “sirviciña”, recomienda que se dicten disposiciones legales para que en esa forma de convivencia entre indígenas solteros, se considere como un matrimonio *per verba de presenti*, y que el niño lactante, en caso de separación de sus progenitores, posea derechos de hijo legítimo.

---

### Sociedad de Pediatría de Montevideo

En la Asamblea celebrada el 28 de diciembre último se realizó la elección de miembros para integrar la C. D. de la Socie-

dad de Pediatría de Montevideo, durante el año 1935, resultando electos:

Presidente: Dr. W. Piaggio Garzón; Vicepresidente: Dr. A. Rodríguez Castro; Secretario: Dr. J. A. Soto; Tesorero: Dr. M. Rodella, y Bibliotecario: Dr. J. R. Marcos.

Formulamos votos para que la nueva C. D. mantenga y acreciente el sólido prestigio de la Sociedad hermana.

---

### Sociedad Argentina de Pediatría

La Sociedad Argentina de Pediatría, en la Asamblea realizada el día 9 del corriente mes ha procedido a la renovación de sus autoridades para el período 1935-1937, quedando su C. D. constituida en la siguiente forma:

Presidente: Dr. Mario J. del Carril; Vicepresidente: Dr. José María Macera; Secretario General: Dr. Pascual R. Cervini; Secretario de Actas: Dr. Juan J. Murtagh; Tesorero: Dr. Carlos S. Cometto (reelecto); Biblioteca y Archivo: Dra. María Teresa Vallino (reelecta), y Vocales: Dres. Juan C. Navarro y Mamerto Acuña.

Auguramos mucho éxito en el desempeño de sus funciones.

---