BIBLIOTECA MEDICA · R · ROMA
MISCELL.
B 40
5

Misc. B. 40. 5

Año 1914. Núm. 2900

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PÉNFIGO DE LOS RECIEN NACIDOS Y EN LA PRIMERA INFANCIA

— —

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NICASIO L. CÚNEO
Ex-practicante interno de los Hospitales Pirovano y S. Roque

R. BIBLIOTECA MEDICA DI ROMA

Librería "LAS CIENCIAS"
Casa Editora é Imprenta de A. Guidi Buffarini
2070, Córdoba, 2080 · Buenos Aires

PÉNFIGO DE LOS RECIEN NACIDOS Y EN LA PRIMERA INFANCIA

Año 1914. Núm. 2900.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PÉNFIGO DE LOS RECIEN NACIDOS Y EN LA PRIMERA INFANCIA

— —

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NICASIO L. CÚNEO

EX-PRACTICANTE INTERNO DE LOS HOSPITALES PIROVANO Y S. ROQUE

LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"
CASA EDITORA É IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI
2070, CÓRDOBA, 2080 · BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice-Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » EUFEMIO UBALLES
3. » » PEDRO N. ARATA
4. » » ROBERTO WERNICKE
5. » » PEDRO LAGLEYZE
6. » » JOSÉ PENNA
7. » » LUIS GÜEMES
8. » » ELISEO CANTÓN
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » ANTONIO C. GANDOLFO
11. » » DANIEL J. CRANWELL
12. » » HORACIO G. PIÑERO
13. » » JUAN A. BOERI
14. » » ANGEL GALLARDO
15. » » CARLOS MALBRAN
16. » » M. HERRERA VEGAS
17. » » ANGEL M. CENTENO
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » FRANCISCO A. SICARDI
21. » » DESIDERIO F. DAVEL
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWALL
» » GREGORIO ARÁOZ ALFARO

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. Dr. D. Telémaco Susini
2. » » Emilio R. Coni
3. » » Olhinto de Magalhaes
4. » » Fernando Widal
5. » » Osvaldo Cruz

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JOSÉ T. BACA
» JUVENCIO Z. ARCE
» P. N. ARATA
» F. DE VEYGA
» ELISEO CANTON
» JUAN A. BOERI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoologia Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Anatomia Descriptiva	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomia Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Quimica Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histologia	» RODOLFO DE GAINZA
Fisica Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiologia General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriologia	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiologia y ejercicios clinicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO » DAVID SPERONI
Anatomia Topográfica	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomia Patológica	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patologia Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Médica	» LUIS GUEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Médica	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO » MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSE A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica	,, JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	,, JUAN CARLOS DELFINO
	,, LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica	,, JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	,, JOSÉ F. MOLINARI
	,, ENRIQUE ZARATE (en ejerc.
Clínica Médica	,, PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-sifilográfica	,, MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	,, JOSÉ R. SEMPRUN
	,, MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica	,, BENJAMÍN T. SOLARI
	,, JOSE T. BORDA
Clínica Pediátrica	,, ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica	,, FRANCISCO LLOBET
Patología interna	,, RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	,, ELISEO V. SEGURA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva	,, PEDRO BELOU (en ejerc.)
Botánica Médica	,, RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	,, JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología	,, FRANK L. SOLER
Bacteriología	,, ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	,, FELIPE JUSTO
	,, MANUEL V. CARBONELL
Semiología y ejercicios clínicos	,, CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Topográfica	,, CARLOS R. CIRIO
Anat. Patológica	,, JOAQUÍN LLAMBÍAS
Materia Médica y Terapéutica	,, JOSE MORENO
Medicina Operatoria	,, PEDRO CHUTRO
Patología externa	,, CARLOS ROBERTSON
» Dermato-sifilográfica	,, NICOLÁS V. GRECO
	,, PEDRO L. BALIÑA
» Genito-urinaria	,, BERNARDINO MARAINI
	,, JOAQUÍN NIN POSADAS
Clínica Epidemiológica	,, FERNANDO R. TORRES
Patología interna	,, PEDRO LABAQUI
	,, JORGE L. FACIO
Clínica Oftalmológica	,, ENRIQUE B. DEMARIA
	,, ADOLFO NOCETI
Clínica Oto-rino laringológica	,, JUAN DE LA CRUZ CORREA
» Quirúrgica	,, MARCELINO HERRERA VEGAS
	,, JOSÉ ARCE (en ejerc.)
	,, ARMANDO R. MAROTTA
	,, LUIS A. TAMINI
	,, JOSE A. JORGE (hijo)
	,, MIGUEL SUSSINI
	,, ROBERTO SOLÉ
Clínica Médica	,, LUIS AGOTE
	,, JUAN JOSÉ VITÓN
	,, PABLO MORSALINE
	,, RAFAEL BULLRICH
	,, IGNACIO IMAZ
	,, PEDRO ESCUDERO
	,, MARIANO R. CASTEX
	,, PEDRO J. GARCÍA
Clínica Pediátrica	,, MANUEL A. SANTAS
	,, MAMERTO ACUÑA
	,, GENARO SISTO
	,, PEDRO DE ELIZALDE
Clínica Ginecológica	,, JAIME SALVADOR
	,, TORIBIO PICCARDO
	,, OSVALDO L. BOTTARO
	,, ARTURO ENRIQUEZ en ejerc.)
Clínica Obstétrica	,, A. PERALTA RAMOS (en ejerc.
	,, FAUSTINO J. TRONGE
	,, JUAN B. GONZALEZ
	,, JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
Medicina legal	,, V. JOAQUIN GNECCO

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica	Dr. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA ,, PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas	,, OSCAR MIALOCK (en ejerc.)
Física farmacéutica	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	SR. PEDRO J. MESIGOS
Química analítica	DR. JUAN A. SANCHEZ
Química inorgánica	,, ANGEL SABATINI

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiologico y Clínica Obstétrica.....	DR UBALDO FERNANDEZ.
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO (int.
Prof. suplente.....	DR. ALEJANDRO CABANNE

PADRINO DE TESIS:

DOCTOR ENRIQUE BORDOT
Director del Dispensario de Lactancia N° 4

A MI PADRE

A MI MADRE

A LOS MIOS

Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Es este uno de los tantos trabajos que vosotros veis y juzgais año por año, el cual tiene para nosotros los estudiantes gran importancia, puesto que con él aspiramos a obtener nuestro título, vale decir, el ideal en el cual piensa todo joven que se lanza en el estudio de una rama cualquiera de la ciencia.

No creo exista un solo estudiante, que al presentar a vuestro sabio juicio, su modesta tesis, no piense por un instante, en el importante significado del acto, pues, es esta la última prueba, que los reglamentos de nuestra Facultad nos pide, para autorizarnos en el ejercicio de nuestra noble profesión, bajo una faz, por cierto muy distinta, a la que, hasta este momento hemos seguido.

Y digo una nueva faz, por razones que si hasta el momento, en que vamos a abandonar estas aulas, nos hemos concretado con mayor empeño, a acumular en nuestra mente el conjunto de conocimientos que os habeis esforzado en inculcarnos, con vuestras sabias lecciones y consejos, debemos en lo sucesivo obrar por nuestro propio criterio, teniendo siempre como puntos de miras, el de ser útil a la humanidad, aliviar cuando no nos es posible curar, sin olvidar ni siquiera por un solo instante, la responsabilidad, que en nosotros jóvenes médicos recae, desde el momento que abandonamos estas aulas queridas donde entramos aún siendo niños, para abandonarlas hoy ya hombres, llevando como recompensa de nuestros sacrificios, los conocimientos que nuestros buenos profesores supieron inculcarnos a fuerza de trabajo y constancia.

Igualmente debemos tener muy presente, que es nuestra propia conciencia la que en la mayoría de los casos nos debe juzgar y de allí la extrema prudencia y buen criterio con que debemos obrar.

En este insignificante trabajo, muy poco o tal vez nada encontrareis, que ya no se haya dicho. Sin embargo, entre nosotros muy reducido es lo

que se ha escrito, quizá debido a la relativa escasez de casos, que se tiene ocasión de observar en nuestros servicios hospitalarios y clínicas particulares.

Con estos antecedentes, sólo intentaré, hacer un ligero resumen de todo aquello, que he tenido ocasión de aprender en los libros clásicos, observar y seguir, relatando los casos que hemos tenido oportunidad de ver.

Explicada la razón de ser de mi trabajo, quiero dejar una vez más constancia de mi gratitud, hacia todos aquellos que fueron mis profesores en la Facultad y fuera de ella, como también a todos aquellos, que con su ciencia y experiencia contribuyeron a hacerme comprender y amar esta delicada e importante carrera, que tengo hoy la gran satisfacción de terminar.

Al doctor Gregorio Aráoz Alfaro, sabio clínico, de quien estoy muy agradecido por los conocimientos, que de sus claras y elocuentes lecciones obtuve en el anfiteatro de la Facultad, como también por los consejos prácticos y muy útiles que estuvo siempre dispuesto a darme, en su servicio del Hospital San Roque, del cual tuve el honor de ser interno.

Para el que me honra, siendo mi padrino de tesis, el distinguido doctor Enrique Bordot, quien a más de maestro es mi mejor amigo, no encuentro palabras con que agradecer la enseñanza diaria que me dió, durante el largo tiempo que permanecí a su lado, en su servicio « Dispensario de Lactantes ».

Al médico agregado del mismo, el doctor Rogelio D'Ovidio, muy agradecido.

Admiro al célebre cirujano el doctor Marcelo Viñas, quien con tanta maestría y habilidad maneja el bisturí y a quien debo en gran parte la cirugía que hoy poseo, con motivo de haber sido su practicante, ya en el Hospital Pirovano, ya en el Hospital San Roque.

Mi reconocimiento a su jefe de clínicas, el doctor Lagos García.

A mi buen y distinguido maestro, el doctor Enrique Zárate, la expresión de mi más profundo agradecimiento.

Al doctor Ramón Iribarne, al doctor Juan M. Hitce y al doctor León Velasco Blanco, como a los mdéicos internos de los hospitales San Roque y Pirovano, muy reconocido por todas sus atenciones.

No puedo aquí terminar, sin mencionar al talentoso maestro, el doctor Leopoldo Bar, profesor y jefe de la Clínica Tarnier en París y agradecerle por la enseñanza que de él obtuve, en el tiempo que tuve el honor de ser su discípulo.

CAPITULO I

Reseña histórica del pénfigo de los recien nacidos y en la primera infancia

No nos detendremos en hacer aquí la historia completa de esta enfermedad, que puede leerse en cualquiera de los tratados y que no entra en nuestros propósitos.

Daremos brevemente un resumen de los puntos más salientes de lo que a esto se refiere.

El pénfigo de los recién nacidos, como la mayoría de las enfermedades, que son del dominio de la clínica, no es una entidad mórbida que se haya conocido en el período moderno de la medicina, sino que fué observada por el contrario, aunque de una manera empírica, por los sabios del siglo XVI y XVII

Forestus, en el año 1610, la describe por primera vez y es considerada desde ese entonces durante muchos años, como una enfermedad discrásica.

En 1828 es estudiada por Billar y en los años que siguen por Hervieux, Klemm, Besnier y Homolle, Secretan, Badalani, Henoch. Olivier y Ranvier, habiéndole estos dos últimos, consagrado una memoria muy importante. Roeser en 1876, hace su tesis sobre este tema.

Hasta el año 1870, es considerada por la mayor parte de los autores arriba citados, como una caquexia.

Más tarde, con el transcurso del tiempo y con las diferentes interpretaciones que los autores le dieron, fué motivo de serias discusiones, que debían dar como resultado un mayor empeño en el estudio de esta confusa enfermedad, lo que contribuyó a separarla y catalogarla de gran número de otras, con las cuales había sido confundida hasta ese entonces.

Para darnos cuenta mejor de la evolución del estudio de esta erupción vesiculosa, y llegar a las teorías modernas, observaremos que muchos auto-

res antiguos la confundieron con la varicela. Otros y entre ellos Bohn, han ligado el carácter epidémico de esta lesión, a la influencia de los baños calientes, dados por las parteras a los recién nacidos.

Por último, otros aunque sin ninguna base científica, pero con su espíritu de observadores excelentes, la atribuyeron al contagio por intermedio de las parteras y esto se deducía del hecho, que muchos niños que habían sido cuidados y atendidos por una misma partera, eran justamente los que adquirían la enfermedad.

De lo dicho se desprende, que después de las diferentes opiniones emitidas, se ha ido poco a poco teniendo tendencia y de acuerdo con la realidad de los hechos, a considerarla como una enfermedad microbiana y contagiosa, opinión esta última, en que están de acuerdo la mayor'a de los autores modernos.

Antes de terminar con esta parte de historia, creo interesante insertar aquí, un resumen de una descripción hecha por Besnier en 1874 y que demuestra una vez más el espíritu de observación de los antiguos y que dice así:

« Clínicamente el pénfigo contagioso de los recién nacidos, es caracterizado por desarrollarse, ya en los pocos días que siguen al nacimiento, ya sobre niños sanos y vigorosos, ya sobre enfermitos. Puede desenvolverse con o sin fiebre y se manifiesta por vesículas, que pueden ser solitarias, separadas las una de las otras, o muy numerosas y confluentes, rodeadas secundariamente por una aureola roja, pudiendo localizarse sobre todos los puntos del tegumento cutáneo, inclusive el cuero cabelludo, salvo en la palma de las manos y planta de los pies. El volumen de las vesículas es variable entre un petit-pois y una pequeña nuez, su contenido es transparente, grisáceo o citrino. Evoluciona por poussés, rompiéndose y desecándose las vesículas como en la varicela. Rara vez la erupción es tan intensa para que sea causa de muerte. El pronóstico, depende del estado del niño en el momento en que es atacado por la afección. La duración puede variar entre una y varias semanas ».

CAPITULO II

FRECUENCIA

El pénfigo de los recién nacidos, de acuerdo con las estadísticas que he tenido ocasión de consultar, es una afección que, como todas aquellas que son igualmente infecciosas, tienden hoy, debido a los progresos de la antisepsia y asepsia, sino a desaparecer, por lo menos a disminuir considerablemente de número.

Basta para quedar plenamente convencido de lo que precede, citar los siguientes datos :

« Hervieux, vió un recién nacido atacado de pénfigo, crear una epidemia que atacó no menos de 150 niños, en una maternidad de París ».

« Homolle, ha relatado una epidemia no me-

nos importante a la interior, en las salas de partos, del Hospital Charité (1874)».

«Koch de Wisbaden, ha visto 25 niños atacados de pénfigo, en la clientela de una misma partera y que había llevado el contagio con su propio brazo».

Hoy día puede decirse, que esta afección es tan poco frecuente, que muchos médicos no la conocen, muy especialmente entre nosotros, en que es tal vez más rara que en las clínicas europeas.

Esto último me permito decirlo, basándome en lo que hemos tenido ocasión de observar con el distinguido Pediatra, el doctor Enrique Bordot, en su dispensario de lactantes que funciona en el Hospital San Roque.

Es decir, que sobre un conjunto de 3500 niños de 0 a 2 años de edad allí observados, sólo hemos tenido ocasión de encontrar 10 casos de pénfigo de los recién nacidos, 6 de los cuales se encuentran detallados en las observaciones clínicas que se encuentran al fin de esta tesis.

La edad, parece influir en la frecuencia de esta afección, puesto que es más común observarla en

la primera infancia que en la segunda y que en esta a su vez es más común que en la edad adulta.

En cuanto al sexo, no creo exista una predisposición más marcada en uno que en otro.

No parece ser lo mismo, en lo que se refiere al estado de higiene del enfermito, así como también al régimen defectuoso de alimentación a que están sometidos los lactantes.

Se citan algunos casos, en que el pénfigo parece haber aparecido después de otras afecciones, tales como una fiebre aguda, sarampión, fiebre tifoidea, etc.; pero sobre este punto sólo se mencionan hechos, sin que se le haya dado mayor importancia ni sacado nada en claro.

CAPITULO III

ETIOLOGIA

De que el pénfigo de los recién nacidos, es una enfermedad infecciosa, contagiosa, e inoculable, nadie lo duda desde hace ya mucho tiempo.

Esta conclusión, está plenamente argumentada por los hechos de observación, que he detallado en el capítulo anterior, agregándose a ello un dato más, que no hace sino reforzar dichos argumentos y que consiste en casos de inoculación positiva.

Koch, Mettenheimer, Salvaje, etc., han visto la transmisión de un pénfigo del niño a la nodriza. Nosotros con el doctor Bordot, hemos visto también un caso semejante y que se encuentra detallado al final en una de las observaciones.

El caso de Salvaje, no deja de ser interesante ; se trataba de un niño que presentaba vesículas de pénfigo en el dorso, cuello, cara, tronco y miembros ; 4 días después vesículas semejantes aparecían en el brazo de la nodriza.

A todo este empirismo viene a agregarse, más tarde los datos suministrados por el laboratorio, haciendo entrar la cuestión en la faz verdaderamente científica.

De los agentes patógenos, de los cuales primero se sospechó como causantes de esa afección, debemos colocar en primera línea a los hongos, gonidias, ciertos miceliums, etc., que por el hecho de habérseles encontrado más o menos frecuentemente y conjuntamente en las vesículas del pénfigo, se les atribuía toda la responsabilidad.

Hoy día muchos autores están de acuerdo, en pensar, que el agente patógeno es el estafilococo aúreo (Demme, Stoelitz, Alenquist, Hagenbach. Burkhardt, etc.), por el hecho de haber encontrado con mucha frecuencia este agente en líquido de las flictemas, muy especialmente en los casos benignos.

En la forma maligna, o sea septicémica, se le atribuye más bien al estreptococo piógeno (Bendix).

Hoy por hoy, la cuestión de la etiología, sigue siendo aún algo confusa, puesto que a más de los gérmenes que he mencionado se han encontrado otros, cuyo rol se ignora.

Para terminar diré, que algunos han querido establecer una relación directa, entre el pénfigo de los recién nacidos y el impétigo contagioso.

Otros piensan, sea debido a un diplococo especial (Pacini). Se ha también incriminado a la vacuna, infección puerperal y a las infecciones de la herida umbilical.

CAPITULO IV

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Anatómicamente el pénfigo de los recién nacidos, se caracteriza por la presencia de vesículas, cuyo tamaño puede variar entre una lenteja a una pequeña nuez, de forma esférica o más o menos aplanada.

Su contenido está formado por un líquido transparente algo tenso, pobre en células, pero rico en albúmina, que coagula fácilmente. La mayor parte de las cléulas que en ellas se encuentran, son casi sin excepción leucocitos eosinófilos. En algunos casos el líquido puede ser citrino.

Localización — Estas flictenas pueden localizarse en todas partes del cuerpos, pero de preferencia

ya en las partes irritadas y humedecidas por los pañales, o ya en el cuello, vientre, muslo o cara. En la epidemia descripta por Besnier, Klemm y Homolle, se observaron vesículas, no sólo en todos los puntos de la superficie cutánea, sino también en algunos casos en las conjuntivas y mucosa bucal. Las vesículas cuando no son muy numerosas, están separadas unas de otras por trozos de piel sana. En la observación número 1, la lesión ducida a su mínima expresión.

Formación — Según Luithlen, se trata de vesículas producidas por el derrame del líquido en la red de Malpigio y por la elevación de la capa córnea. Los vasos del dermis se dilatan, trasudan y dejan emigrar algunos leucocitos. La base de estas flictemas se rodean de una aureola roja.

Evolución — Ellas evolucionan por poussés como el pénfigo vulgar o varicela a erupción múltiple. Al cabo de un día y mismo a veces después de algunas horas, estas ampollas se rompen, dejan en libertad su contenido, quedando entonces una ero-

ción que puede agrandarse durante un cierto tiempo, para después cubrirse de una costra, debajo de la cual la epidermis se encuentra en reparación.

Estas costras delgadas, foliáceas, no tardan en desprenderse, dejando en la piel que le servía de base manchas rojas destinadas también a desaparecer.

CAPITULO V

SINTOMATOLOGÍA

El comienzo del pénfigo de los recién nacidos, en general no sigue un cuadro sintomático único, sino que suele variar en su evolución y gravedad según el predominio de los fenómenos generales. La mayor parte de los autores están de acuerdo en admitir según la gravedad de los casos, dos formas de pénfigo : una maligna y otra benigna.

En una y otra forma, debemos estudiar síntomas generales y síntomas locales, aunque debemos tener presente que los primeros se manifiestan casi únicamente en la forma maligna, que por otra parte suele ser rara.

En la forma grave el cuadro general se presenta con la mayor parte de los síntomas que esta-

mos habituados a observar en las enfermedades agudas, vale decir : fiebre, malestar general, agitación, diarrea, vómitos, inapetencia, caquexia, colapsus y muerte. Estos síntomas, varian en intensidad entre límites muy amplios y preceden por lo general a la erupción, para atenuarse en muchos casos después que ésta última haya aparecido.

Esta forma, como ya hemos dicho, no es la más común, siendo por el contrario más frecuente la forma benigna que paso a detallar a continuación.

Entre el tercero, al octavo o noveno día que sigue al nacimiento, algunas veces más tarde, sin fenómeno premonitores con o sin fiebre, aparecen en los puntos más variados del cuerpo y en zonas de piel roja, flictenas de forma oval o redondeada, al principio aisladas, pequeñas y separadas unas de otras por piel sana, llenas de un líquido amarillento que las pone de relieve. Su base está rodeada por una aureola rojiza. Pocos días después estas flictenas, aumentan al número de 30 a 50, desarrollándose por poussés y se encuentran esparcidas irregularmente por todo el cuerpo, cara, espalda, extremidades (plano de flexión de preferencia) y muy especialmente en el vientre.

En este período, se puede observar que cuando se viste, desviste o toca al niño, estas flictenas se rompen y dejan derramar el líquido en las ropas, quedando la piel desprovista de su epidermis y algo húmeda, no tardando después en secarse.

La planta de los pies y palma de las manos, quedan por lo general respetadas por la erupción, salvo en los casos, como el de la observación Nº 1, en que el exantema era muy extendido llegando a fusionarse algunas flictenas, lo que daba lugar a la formación de grandes ampollas que tomaban planta de pies y palma de manos.

En la forma por decir así leve, el estado general no sufre grandes cambios ; la fiebre suele desaparecer en los primeros días y cuando esto no sucede, sólo queda reducida a algunas décimas. El apetito casi no sufre, así como el resto del aparato digestivo.

Más tarde, estas flictenas siguen más o menos la evolución descripta en el capítulo de la anatomía patológica, es decir, que se rompe, se secan, se cubren de costras que caen al cabo de 7 a 8 días.

Durante el proceso curativo suele existir, en muchos casos, escozor intenso que obliga al niño al

grattage, lo que produce muy comúnmente heridas que no tardan en infectarse, dando lugar a complicaciones, tales como forúnculos o pequeñas ulceraciones, que pueden comprometer la vida del niño y que una vez curadas dejan pequeñas cicatrices.

El período de evolución de esta forma, habitualmente dura entre 5 a 7 semanas.

CAPITULO VI

DIAGNÓSTICO

El pénfigo de los recién nacidos, se ha prestado y se presta, a una confusión con una serie de afecciones, que aparentemente tienen algo de común, pero que en realidad son de causas completamente distintas.

Recordemos lo que decía Stanilas Gilbert, en 1813 (Monographie du Pemphigus ou traité de la maladie vesiculaire).

«Entre los síntomas del pénfigo no hay nada más notable, más distinto, ni más constante que las vesículas amarillentas traslucidas; variando entre ellas por su volumen, formándose expontáneamente por la acumulación de líquido seroso que levanta la piel, y evolucionando 2 o 3 días después por la

efusión de dicho líquido, denudación de su base roja, desecación en escamas y costras que se desprenden espontáneamente ».

Como se ve, desde tiempo muy remoto los antiguos, se basaban para hacer el diagnóstico, en el elemento vesiculoso y era muy lógico que tomaran como pénfigo una serie de afecciones que hoy día con los progresos de la ciencia y ayuda del laboratorio se han clasificado y estudiado aparte.

Entre las afecciones con las cuales puede confundirse el pénfigo de los recién nacidos, tenemos las siguientes :

El pénfigo sifilítico de los recién nacidos, que se caracteriza por ser congénito. Las flictenas en estos casos, se radican de preferencia en la planta de los pies y palma de las manos, lugares estos respetados por el pénfigo que nos ocupa.

Las extremidades de los niños con pénfigo sifilítico, dice Comby, parecen haber sido sumergidos en el agua hirviendo, su epidermis se levanta en masa y se desprende a grandes colgajos, dejando heridas sanguinolentas.

Contribuye al diagnóstico diferencial la presencia de coriza, placas mucosas ano-genitales y muy

especialmente, los antecedentes específicos de parte de la madre y del padre.

Por último diré, que en el pénfigo sifilítico no existen leucocitos eosinófilos en el líquido.

Con la varicela ampollosa forma rara de enfermedad, el error sólo puede existir al principio y se distingue porque la erupción es generalizada, tomando el cuero cabelludo, tronco, cara, extremidades, etc. En estos casos, las vesículas se desecan prontamente y todo concluye.

Con el impétigo en su comienzo, antes de la formación de las costras, en que suele haber ampollas cristalinas que no tardan en cubrirse de costras características del impétigo.

La erupción penfigoide de la gangrena, quemaduras y vesículas accidentales, se localizan en el sitio del mal y el diagnóstico no ofrece ninguna dificultad.

Ciertos medicamentos de la serie balsámica, pueden en algunos casos muy raros dar erupción vesiculosa (toxidermias ampollosas), pero jamás serán confundidas con el pénfigo de los recién nacidos.

La dermatitis esfoliativa de los recién nacidos,

puede tener alguna analogía con el pénfigo grave, pero la rareza de ampollas, o la ausencia casi constante de éstas, hacen el diagnóstico con el pénfigo.

CAPITULO VII

PRONÓSTICO

Si se da una ojeada a las estadísticas que traen los libros clásicos, deducimos que el pronóstico del pénfigo de recién nacidos es muy variable.

En ciertos casos muy graves desde su comienzo, suelen terminar con la vida de los enfermitos en 8 a 10 días y a veces en mucho menos.

Homolle, cita el caso de un niñito que murió en 24 horas, con desprendimiento casi completo de los tegumentos. Berhend, relaciona 5 casos mortales. Zechmeister, sobre 28 casos observados, da 6 muertos.

No por esto debemos olvidar, que el pénfigo por lo general, se manifiesta en una forma benigna y que en la mayoría de ellos curan con toda facilidad.

Es prudente sin embargo, ser en lo que al pronóstico se refiere, algo reservado, sino se quiere tener sorpresas desagradables para el médico y la familia del pequeño paciente. Hay casos, en los cuales la enfermedad no sólo se concreta a una sola poussé, sino a varias y que sería, por lo tanto absurdo, declararse optimista, por el hecho de haber visto desaparecer el primer ataque, puesto que no sabemos si a los pocos días, va a aparecer un segundo que sea capaz de terminar con la vida de nuestro pequeño enfermo.

Claro está, que el pronóstico será tanto más favorable, si se trata de un pénfigo no complicado y que se desarrolla sobre un niño bien sano, que aquel que tuviera lugar en un niño ya debilitado por una afección anterior, o aquel que es acompañado de una complicación cualquiera.

En los casos que hay gran parte de piel tomada, el pronóstico suele hacerse grave, por la razón que los tegumentos, verdadero emontorio deja de funcionar trayendo una verdadera intoxicación del enfermito (ver observación núm. 1).

CAPITULO VIII

TRATAMIENTO

Desgraciadamente, muy poco conocemos de eficaz en el tratamiento de esta afección y nuestra terapéutica moderna, no es más rica que lo que era hace 15 o 20 años.

En la mayoría de los casos, debemos concretarnos a la expectación ; se hará muy bien sin embargo en ayudar la cura, cubriendo las partes enfermas con polvos de talco o licopodio.

J. Simón, usaba lociones hechas con solución débil de alumbre y luego aplicaciones de polvos aisladores.

Zechineister, ha empleado vendajes con algodón iodoformado o salicilado.

Heuber, aconseja en los casos leves expectación. Se evitarán los baños, se hará limpieza de la piel con cuidadosos baños locales y se colocarán polvos inertes de arroz, o licopodio en las regiones ocupadas por las vesículas. Por último se abandonará la erupción a la desecación espontánea.

En los casos graves, se puede emplear según este mismo autor, el subacetato de alúmina al 2 %, que se colocará en substancias hidrófilas, sobre las cuales se harán vendajes impermeables.

Cuando las vesículas se localizan en las extremidades y región glútea, se pueden aconsejar baños astringentes, colocando en cada baño 20 gramos de alumbre o tanino, o sino $^1/_2$ kg. de corteza de encina en 3 litros de agua hirviendo. Luego se espolvorea con alguna substancia inerte o pomada a base de zinc.

Cuando existe infección o forúnculos, puede intercalarse algún baño con sublimado, teniendo mucho cuidado en el dosaje (nunca más de 0 gr. 5 por baño), o sino con permanganato de potasio.

Berduc, aconseja en algunos casos, el aceite común, aceite de hígado de bacalao o aceite de linaza mezclado con agua de cal ; también recomienda el ictiol :

Itiol. ... ... 5 gramos
Vaselina ... ... 50 gramos

Puede también usarse, pomada de subnitrato de bismuto (vendaje de Bardeleben).

CONCLUSIONES

1° El pénfigo es una enfermedad que se observa en los niños jóvenes, con más frecuencia en los recién nacidos.

2° Puede observarse en todas las edades y aún en los adultos.

3° Es una afección infecciosa y contagiosa.

4° Se caracteriza por la aparición de vesículas, variables en tamaño y número.

5° La evolución puede ser benigna o grave.

6° Debe diferenciarse con el pénfigo sifilítico, varicela, impétigo, dermatitis esfoliativa y toxidermas ampollosas.

7° Los casos observados por nosotros son 10 y evolucionaron así :

Observ.	N. de inscrip.	Edad	Sexo	Evolución
Nº 1	3469	12 días	masc.	8 días †
Nº 2	3283	9 días	masc.	4 días †
Nº 3	2123	20 días	fem.	curado
Nº 4	2296	1 mes	masc.	curado
Nº 5	2563	2 m.2	fem.	curado
Nº 6	608	5 1/2 mes.	fem.	curado
Nº 7	2713	6 1/2 mes.	masc.	curado
Nº 8	871	10 mes.	fem.	17 días †
Nº 9	813	11 mes.	masc.	curado
Nº 10	3090	14 mes.	masc.	curado

8º De los tres muertos, evolucionaron en 8, 4 y 17 días respectivamente.

9º Dos de los niños que murieron eran los más jóvenes (9 y 12 días).

10. Los 10 casos observados, lo han sido sobre 3500 niños enfermos, de 0 a 2 años de edad de modo que indicaría un porcentaje de morbilidad de 0,28 por ciento.

11. La mortalidad en esta afección ha sido de 30 por ciento.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

OBSERVACION I

Hospital San Roque. Dispensario de Lactantes dirigido por el doctor Enrique Bordot

Nº 3469, Ramón González.
Fecha de inscripción: noviembre 6 de 1914.

Antecedentes hereditarios — Padre español, 26 años, sano. Madre española, 23 años, sana y sin antecedentes específicos.

Antecedentes del niño — Nació el 25 de octubre de 1914, a término, parto fisiológico.
Alimentación materna, sin ningún régimen.

Estado actual — Edad 12 días.
Peso 3 k. 080. Talla 0,493. Temp. rect. 37.
Circunferencia de la cabeza 0,322.

Circunferencia del tórax 0,330. Diám. de la cabeza ant. post. 0,110; transv. 0,090.

Estado de nutrición bueno, panículo adiposo regular, piel blanca. Esqueleto bien desarrollado.

No se palpa bazo.

Aparato respiratorio negativo.

Aparato digestivo, lengua húmeda, deposiciones normales (3 a 4 por día).

Enfermedad actual — La erupción de pénfigo comenzó a los dos días de su nacimiento, por la aparición de ampollas en el miembro superior izquierdo, luego en los miembros inferiores, espalda y mano derecha.

Estas vesículas al romperse dan salida a un líquido claro.

El estado general del niño es bueno. Como tratamiento se le indica, pecho cada tres horas y cubrirlo con polvo de talco.

Noviembre 7 : se le vuelve a ver, pesa 2 k. 980 gramos. El estado general se agrava. Temperatura rectal 38. Se alimenta con dificultad.

Noviembre 9 : sigue muy mal, las vesículas se han unido las unas a las otras y se han formado

grandes ampollas, que toman todo el cuerpo con excepción de algunos islotes de piel sana en la parte anterior del cuerpo. Estas ampollas se rompen con facilidad, dejando salir un líquido algo turbio. La piel se seca y cae en grandes colgajos.

Ha disminuído de peso, hay disnea, tiene 38° de temperatura, no toma el pecho.

Como tratamiento se le indica lo mismo.

Muere el mismo día a las 4 de la tarde.

OBSERVACION II

Servicio del doctor E. Bordot

Nº 3283.—Antonio Mustaccinoli.

Fecha de inscripción, agosto 17 de 1914.

Antecedentes hereditarios — Padre italiano, 32 años, bien sano. Madre italiana, salud buena, sin abortos ni antecedentes específicos.

Antecedentes del niño — Nació a término el 8 de agosto de 1914, parto fisiológico.

Alimentación materna sin ningún régimen.

Estado actual — Edad 9 días.

Pero actual 3.310 kg. Talla 0,498. Temperatura rectal 37.

Circunferencia de la cabeza 0,340.

Circunferencia del tórax 0,325. Diam. de la cabeza ant. post. 0,120, transverso 0,090.

Circunferencia del abdomen 0,320.

Estado de nutrición buena, panículo adiposo abundante, piel blanca.

Esqueleto bien desarrollado. Bazo no se palpa.

Aparato respiratorio, negativo.

Aparato digestivo nada de particular, deposiciones 3 a 4 diarias.

Enfermedad actual — Hace tres días que aparece una pequeña flictena en la axila derecha, que según la madre ha aumentado de volumen en poco días. Este niño fué visto por primera vez el 17 de agosto de 1914, constatándose varias vesículas en la axila derecha, que se rompen y dejan salir un líquido claro.

El estado general del niño no es muy satisfactorio, no quiere tomar alimento. No tiene fiebre, pulso 110.

Tratamiento, pecho cada 3 horas y polvos de talco.

El 19 de agosto se le vuelve a ver y se observa que las ampollas de pénfigo se han reproducido

habiendo aparecido varias otras en las piernas, brazos, cara, tronco, etc., y que no están todas en el mismo período de evolución, pues algunas ya se han roto y están cubiertas de pequeñas costras.

Peso 3.200 grs. Temperatura 37°,5.

Como se ve, el niño no sigue bien, ha perdido 110 grs. en dos días, tiene disnea y diarrea.

Nos dice la madre, que ya no quiere tomar el pecho.

El estado general es bastante alarmante, está pálido y algo deshidratado. Se le ordena le dé la leche con una cucharita y que lo baño con agua de corteza de encina y luego que le ponga pomada a base de óxido de zinc y vaselina.

Durante los días 20 y 21 continúa muy mal, ya no toma alimento su estado general se agrava, tiene mucha disnea.

El día 21 por la tarde nos comunican que ha fallecido.

OBSERVACION III

Servicio del doctor E. Bordot

Nº 2296.—Juan Piza.

Fecha de inscripción, mayo 9 de 1913.

Antecedentes hereditarios — Padre español, 41 años, buena salud. Madre tiene 27 años, no ha tenido abortos.

Antecedentes del niño — Nació a término, parto normal el 9 de abril de 1913.

Alimentación materna.

Se presenta al consultorio, al mes justo de su nacimiento.

Estado actual — Talla 0,558. Peso 3 k. 900.

Circunferencia de la cabeza 0,384.

Circunferencia del tórax 0,350.

La lesión penfigoide en este caso es muy leve, sólo se concreta a la existencia de dos vesículas en la pierna derecha y tres en la izquierda, son pequeñas del tamaño de un petit-pois. Su contenido es transparente.

Estas vesículas desaparecieron al cabo de seis días sin ningún accidente, habiéndose primero roto y luego cubierto de costra. Estas vesículas aparecieron doce días después del nacimiento. No hubo fiebre, el estado general del niño continúa bueno.

Este niño se siguió asistiendo en el consultorio hasta el 20 de marzo de 1914, para que se le dirigiera en la alimentación, habiéndosele dado de alta con un peso de 9 k. 800 grs.

OBSERVACION IV

Servicio del doctor E. Bordot

Nº 2563.—Enriqueta Gómez.

Fecha de inscripción, septiembre 17 de 1913.

Antecedentes hereditarios — Padre español, 27 años, buena salud. Madre 24 años, no ha tenido abortos, ni nada que haga sospechar en sífilis.

Antecedentes del niño — Nació a término el 15 de julio de 1913.

Alimentación materna.

Se presenta al consultorio a los dos meses y dos días después de su nacimiento, y se constata que se trata de un niño bien desarrollado que pesa 5 kilogramos. Talla 0,546.

Circunferencia de la cabeza 0,390.

Circunferencia del tórax 0,380.

Circunferencia del abdomen 0,390.

Diámetro de la cabeza ant. post. 0,135 ; transverso 0,100.

Esqueleto bien desarrollado.

Aparato respiratorio y digestivo, nada de particular.

Enfermedad actual — Comienza hace cinco días con la aparición de una erupción de vesículas de 5 a 6 milímetros de diámetro, llenas de líquido claro. Estas vesículas se rompen con toda facilidad.

Se localizan en la parte superior del cuerpo y cuello.

Existen algunas vesículas en la cara y en los brazos.

El estado general del niño es excelente no hay fiebre, no hay vómitos, ni diarrea.

Como tratamiento se ordena baños, y espolvorear con talco.

Este enfermito no volvió más al consultorio, lo que nos hace pensar que hubo de continuar bien.

OBSERVACION V

Servicio del doctor E. Bordot

N° 2713.—Carlos A. Prado.

Fecha de inscripción, noviembre 25 de 1913.

Antecedentes hereditarios — Padre italiano, 32 años, sano. Madre italiana, 43 años, salud buena, no ha tenido abortos.

Antecedentes del niño — Nació el 10 de mayo de 1913, a término, parto fisiológico. Alimentación materna hasta los 2 meses y desde entonces lactancia mixta con leche de vaca.

Estado actual — Edad 6 1/2 meses.

Peso 6 k. 670 grs. Talla 0,668. Temperatura rectal 37°,5.

Circunferencia de la cabeza 0,430.

Circunferencia del tórax 0,410. Diámetro de cabeza ant. post. 0,150. Transverso 0,110.

Circunferencia de abdomen 0,365.

Estado de nutrición buena, panículo adiposo abundante.

Esqueleto bien desarrollado. No hay ganglios.

Aparato respiratorio negativo.

Aparato digestivo, lengua húmeda, rosada. Deposiciones grumosas, amarillo-verdosas, frecuentes.

Enfermedad actual — Además de los trastornos intestinales por los cuales viene a la consulta, se observa que existe en la cara un pénfigo ampolloso que toma labio, naríz y mentón, de tamaño pequeño que evoluciona sin ningún accidente y en pocos días.

No tuvimos ocasión de seguirlo viendo a este niño, pero nos informó la madre que había curado muy bien.

OBSERVACION VI

Servicio del doctor E. Bordot

Nº 3099. José González.

Fecha de inscripción, mayo 26 de 1914.

Antecedentes hereditarios — Padre español, de 26 años, de buena salud, sin antecedentes de importancia. Madre española, de 21 años, buena salud.

Antecedentes del niño — Nació el 12 de septiembre de 1913 a término y en parto normal.

Ha sido alimentado con lactancia materna hasta los 3 meses y desde entonces con leche de vaca.

Estado actual Ingresa al consultorio el 26 de mayo de 1914.

Edad 8 meses y 14 días. Peso 8 k. 860 grs. Talla 0.720. Temp. rect. 37°,3.

Circunferencia de cabeza 0,445.

Circunferencia del tórax 0,440. Diámetro de cabeza ant. post. 0,150; transv. 0,130.

Circunferencia del abdomen 0,445.

Esqueleto bien desarrollado. No tiene ganglios.

Enfermedad actual — La madre lo trae porque tiene tos.

Al examen se constata, una ligera bronquitis.

Tratamiento : se le da una bebida para la tos y se le reglamenta la alimentación.

Mayo 28 : pesa 8 k. 960 grs. Tiene una conjuntivitis. Se le indica lavajes con Argirol.

Junio 6 : pesa 8 k. 960 grs. Sigue mejor. Continua con lo mismo.

Junio 11 : Pesa 9 k. 60 grs. Sigue bien, se le da de alta.

El 14 de noviembre, se presenta nuevamente al consultorio con un Peso de 10 kilos. Talla 0,760.

Esta vez, la madre lo trae porque ha notado desde el día anterior la aparición de dos ampollas del tamaño de una moneda de dos cents. que se hallan, una en el flanco izquierdo y otra en la ingle derecha. Hoy, estas ampollas están rotas y se vé

el dermis denudado y enrojecido. En el mentón presenta dos placas de impétigo.

Tiene 39° de fiebre, el estado general es bueno.

Como tratamiento, se le indica polvo de talco y una pomada con ictiol, esta última para el impétigo.

El 16 de noviembre ha aparecido una nueva poussé de flictenas, las que se localizan en el muslo derecho. Son en número de tres, de tamaño pequeño, y con los mismos caracteres que las anteriores. Sigue con fiebre 38°7.

El 18 de noviembre nueva poussé de flictenas en la parte inferior del dorso y en el labio inferior.

Temperatura 38°.

El 20 de noviembre sigue mejor, las flictenas tienden a desaparecer. No tiene fiebre.

El 22 de noviembre está curado.

NOTA N° 1. —Este caso es muy interesante, por tratarse de un hermano del de la observación N° 1, que ha fallecido a causa de un pénfigo generalizado y grave a los doce días de su nacimiento.

Como se vé, es un caso de contagio evidente, lo que comprueba una vez más el carácter infeccioso y contagioso de esta afección y que hemos ya mencionado en los capítulos anteriores. Ha evolucionado por poussés con fiebre y en 8 días.

NOTA Nº 2.—La madre de este niño, ha sido también contagiada, puesto que presenta en su seno derecho, dos pequeñas ampollas, semejantes a las que presenta su niño. Son del tamaño de una lenteja y están llenas de un líquido algo turbio y rosado.

OBSERVACION VII

Servicio del doctor E. Bordot

Nº 608. María E. D'Amato.

Fecha de inscripción, diciembre 17 de 1910.

Edad 5 1/2 meses. Peso 6 k. 470 grs. Lactancia materna.

Diagnóstico — Pénfigo.

Evolucionó y curó bien.

OBSERVACION VIII

Servicio del doctor E. Bordot

Nº 813.—Eusebio Castillo.

Fecha de inscripción, maryo 14 de 1911.

Edad 11 meses. Peso 8.670 grs. Talla 0,662. Lactancia mixta.

Diagnóstico — Pénfigo de la pierna izquierda. Evolucionó y curó bien.

OBSERVACION IX

Servicio del doctor E. Bordot

Nº 871. María E. Farias.

Fecha de inscripción, abril 15 de 1911.

Edad 10 meses. Peso 5 k. 740 grs. Talla 0,640. Lactancia artificial.

Diagnóstico — Pénfigo.

Murió el 2 de mayo de 1911.

OBSERVACION X

Servicio del doctor E. Bordot

Nº 2123.—Juana M. Valentini.

Fecha de inscripción, febrero 18 de 1913.

Edad 20 días. Peso 3 k. 750 grs. Talla 0,526.

Lactancia materna.

Diagnóstico — Pénfigo.

Evolucionó y curó bien.

NICASIO L. CUNEO.

Buenos Aires, Octubre 15 de 1914.

Nómbrase al señor Académico doctor Gregorio Aráoz Alfaro, al profesor titular doctor Rodolfo de Gainza y al profesor suplente doctor Manuel A. Santas, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4° de la «Ordenanza sobre exámenes».

L. GÜEMES

J. A. Gabastou.
Secretario.

Buenos Aires, Octubre 30 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N° 2900 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La sangre del recién nacido en el pénfigo y en las infecciones en general.

Aráoz Alfaro.

II

Diagnóstico diferencial con el pénfigo sifilítico.

R. de Gainza.

III

Elementos de pronóstico del pénfigo en el lactante.

M. A. Santas.

30693