
REVISTA DE REVISTAS

SIFILIS CONGENITA EN UNO DE DOS GEMELOS APARENTEMENTE IDENTICOS

La madre de los gemelos presentados en este informe, no tenía síntomas de sífilis, pero el examen serológico corriente que se le practicó el 7 de julio de 1949, en el momento de ingresar a la Clínica de Obstetricia, fue positivo para la sífilis. Antes de haber podido comenzar un tratamiento antiluético, se inició el período activo del parto dando a luz dos gemelos de sexo masculino el 4 de agosto de 1949. Desgraciadamente, no se examinó lo bastante cuidadosamente la placenta para determinar si los gemelos eran monoovulares o binoovulares. En un principio, los gemelos no presentaron signos de sífilis, y no se trataron específicamente, decidiéndose examinarles cada semana la sangre y los huesos largos para investigar la existencia de posibles signos de sífilis. Cuando el gemelo A presentó signos de anemia, recibió una transfusión de sangre. Seis meses después del nacimiento, no habían aparecido signos de sífilis en ninguno de los gemelos, si bien el gemelo A desarrolló posteriormente una febrícula y un leve tinte icterico, aumentando posteriormente la ictericia.

El hecho de que la ictericia se presentó solamente 4 semanas después de una transfusión de sangre, habla en contra del posible diagnóstico de ictericia por suero homólogo. La prueba serológica fue intensamente positiva para la sífilis. Un frotis de sangre duplicado reveló una reacción Kolmer 4 plus con una titulación de 1: 160. Los exámenes radiográficos revelaron, también, extensos cambios periósticos y áreas de destrucción

en los extremos metafisarios de los huesos largos, que son lesiones características de sífilis ósea congénita. La prueba de Wassermann en el líquido cefalorraquídeo y la del oro coloidal fueron también positivas.

En vista de que el gemelo A había recibido una transfusión de sangre cuatro semanas antes de la aparición de los síntomas de sífilis, se suscita la duda de si el infante se infectó de sífilis como resultado de una transfusión de sangre contaminada. Sin embargo, las reacciones de Kahn, Mazini y Wassermann, llevadas a cabo en una muestra de la sangre usada para la transfusión, fueron negativas. Por añadidura, otro paciente que recibió el resto de la misma sangre tuvo reacción de Wassermann negativa seis meses después de la transfusión.

Aunque no se puso en claro si ambos gemelos eran idénticos, todo parece indicarlo.

Ha quedado en duda la patogenia de este caso, siendo posible que un área localizada de la placenta estuviera infectada con espiroquetas, y que antes o durante el parto, se introdujeran dichos gérmenes por la vena umbilical del gemelo A. También es posible que el gemelo A se infectara durante el parto por contacto con una lesión abierta, localizada en algún lugar del tracto genital. Hay que citar la posibilidad remota de que el otro gemelo, B, haya sido infectado, aunque en grado menor.

(R. A. Raskin, del Departamento de Pediatría, Beth Israel Hospital, ciudad de Nueva York, Nueva York: *Gonorrhoea and Venereal Diseases*, 35: 334-339 (julio 1951).

* * *

UN NUEVO CONCEPTO DE LA ALIMENTACION DE LOS INFANTES

El nuevo concepto de la alimentación de los infantes presentado por Sackett está basado en establecer, a partir del nacimiento, un intervalo de 6 horas entre las comidas. El autor ha desarrollado el siguiente plan en el curso de las observaciones realizadas en 50 infantes, 16 de los cuales fueron cuidados en instituciones de asistencia infantil. Hasta el tercero o cuarto día, desde el nacimiento, se da el pecho o el biberón a las 6 de la mañana, 12 del mediodía, 6 de la tarde y 12 de la noche. Al cabo de 3 o 4 días, se agrega un cereal a la comida de las 6 de la mañana y a la de las 6 de la tarde. Al cabo de 10 días se agrega, a mediodía, una papilla de vegetales. Se aconseja, para comenzar, dar guisantes, habichuelas y zanahorias. A los 17 días, se agrega una papilla de frutas a la comida de las 6 de la tarde, y se elimina o rebaja gradualmente la cantidad de cereal administrada en esta comida. A intervalos semanales, se agregan papillas de carne, jugo de naranja (generalmente diluido), flanes, sopas, puré de bananas maduras, y yema de huevo duro.

En algún momento adecuado debe incluirse, también, alguna preparación de aceite de hígado de bacalao. La alimentación a la medianoche se elimina en cuanto sea conveniente para la madre, cuanto antes mejor.

Los infantes pueden estar sometidos a una alimentación a base de tres comidas diarias en cuanto tienen 3 semanas de edad. El autor enumera las siguientes ventajas de este régimen: estos infantes no lloran pidiendo que se les alimente cada vez que se despiertan; aprenden fácilmente a comer con cuchara; aceptan muy bien que les den nuevos alimentos; tienen deposiciones menos frecuentes y mejor ligadas, y están menos propensos a padecer trastornos intestinales; aprenden rápidamente a consumir grandes cantidades de comida, que les permiten pasar de un período de alimentación al otro. Por otra parte, la madre tiene períodos más largos de reposo, y, por lo tanto, la libertad, entre los momentos de alimentar al infante; y con la adición precoz de alimentos, se hace innecesario, en muchos casos, dar un suplemento de vitaminas y sales minerales.

Aunque los aumentos de peso inicial son menos rápidos con el plan de alimentación, cada 6 horas, que cuando los períodos de alimentación son más cortos, estas diferencias desaparecen al cabo de 2 a 4 meses.

W. W. Sackett, Jr.: *Journal of the Florida Medical Association*, 38: 109-112 (agosto) 1951. 2.500 Way, Miami, Florida.
