

---

**ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA**

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)

---

Cátedra de Clínica Pediátrica y Puericultura — Prof. Mamerto Acuña

**Valor e indicaciones de la esplenectomía en las enfermedades de la sangre en la infancia (\*)**

por el

**Dr. Mamerto Acuña**

Nos hemos ocupado en más de una oportunidad del valor y las indicaciones de la esplenectomía en un grupo de afecciones que tienen su nota clínica más saliente en la anemia, las alteraciones sanguíneas, el aumento de volumen del bazo.

Hemos seguido, desde entonces, el movimiento de la literatura médica al respecto a la vez que continuado compulsando los hechos, en observaciones personales unas, ajenas las otras.

Es en el adulto en el que se ha tentado con éxito el tratamiento y donde parece primar un criterio favorable, casi uniforme.

En la infancia los hechos son menos precisos; el número de observaciones todavía reducido, las opiniones no concordantes frente a situaciones que imponen rápida determinación terapéutica.

En efecto, si en este capítulo reciente del *tratamiento quirúrgico de las enfermedades de la sangre*, algunas adquisiciones son jalones definitivos, la mayoría espera aún la prueba del tiempo y de una más amplia observación.

Hemos de convenir, también, que él, apasiona cada día más a investigadores de toda índole. No únicamente médicos y cirujanos sino fisiólogos, hematólogos, biólogos, etc., se sienten atraídos por

---

(\*) Comunicación al V.º Congreso Nacional de Medicina. Rosario, septiembre de 1934.

esta nueva orientación de la terapéutica quirúrgica frente a afecciones que eran del resorte exclusivo del clínico.

En este relato muy incompleto por cierto, no hemos de referirnos sino a aquellas afecciones en las que conceptuamos eficaz la extirpación del bazo y en las que podamos aportar una contribución personal. Así consideraremos los resultados de la esplenectomía en la enfermedad de Banti, el púrpura hemorrágico crónico recidivante, las anemias graves, la endoteliosis, la ictericia hemolítica congénita; esta última será objeto en otro trabajo de un amplio desarrollo con uno de mis colaboradores, por lo que aquí sólo será considerada en forma somera.

Nos esforzamos por precisar en cada grupo las indicaciones y contraindicaciones de la esplenectomía así como destacaremos los resultados inmediatos y tardíos. Nos abstendremos, en cambio, de abordar la discusión de su modo de acción en afecciones de fisonomía clínica tan diversa como las que pasamos a considerar:

### La esplenectomía en la enfermedad de Banti

Cuadro clínico fácilmente confundible con las anemias esplenomegálicas, y las ictericias con hemolisis. Estaría constituido por hipertrofia del bazo, anemia variable en su intensidad, de tipo clorótico, leucopenia constante y acentuada (hasta 1.500 glóbulos blancos en una de nuestras observaciones), hipertrofia del hígado que llevaría a la cirrosis con ascitis; se completaría este cuadro con la existencia de fibroadenia esplénica.

La hiperesplenía sería la causante de la anemia por destrucción globular a la vez que daría origen a substancias esclerosantes que llevaría a la esclerosis hepática. La extirpación del órgano permitiría eliminar el foco mórbido produciendo la mejoría clínica y hemática con restitución de la actividad general (Banti).

La esplenectomía se sienta exclusivamente para la genuina enfermedad de Banti y no para los estados clínicamente próximos a etiología varia, por lo común luética, y que preferimos denominar "síndrome de Banti".

La afección evolucionaría en tres períodos: es en el período de esplenomegalia con anemia, leucopenia y ausencia de ictericia, que se sienta de preferencia la indicación quirúrgica, ofreciendo los mejores resultados; en el segundo período, cuando sobrevienen hematemesis y enterorragias, los resultados son mediocres, por lo

común malos, como nos demostró un caso personal, correspondiente a una niña de 12 años, que presentaba el cuadro de esta afección, que hicimos intervenir y que tuvo a las 30 horas de operada, profusas hematemesis que determinaron la muerte; a la autopsia se constataron úlceras de esófago y alteraciones degenerativas de hígado que nos explicaron la causa del fracaso operatorio. Aleccionados con este caso, no quisimos hacer intervenir otra niña portadora de igual cuadro clínico, también con hematemesis repetidas y que, finalmente, terminó por fallecer en una de esas crisis, no obstante la mejoría acentuada al tratamiento específico. Conceptuamos, por eso, que las hemorragias gastrointestinales constituyen un factor de gravedad que debe hacer meditar mucho para resolver la intervención operatoria; lo mismo decimos del período cirrótico por la amenaza de la insuficiencia hepática.

En la infancia son pocas e insuficientemente seguidas las observaciones de enfermedad de Banti, sometidas al tratamiento quirúrgico. Nosotros, no obstante haber observado varios casos de esta afección, no pudimos sentar la indicación operatoria sino en el caso mencionado anteriormente.

D'Espine (citado por Fressinger y Brodin) menciona nueve observaciones con ocho curaciones y un muerto, niños todos ellos.

Salazar de Souza, menciona tres casos con resultados inmediatos buenos. Entre nosotros, conocemos el caso presentado a la Sociedad de Pediatría por los Dres. Schweizer, Llambías y Senet, referente a un niño de nueve años, con cuadro hematoclínico de enfermedad de Banti y que fué operado con excelente resultado, tanto lo que se refiere al estado sanguíneo como a la nutrición general y que se mantiene en buena salud. En la actualidad, a dos años y medio de la esplenectomía; el examen de sangre, practicado en febrero de 1934, acusó cifras normales. Recientemente en el Servicio del Dr. Macera se operó una niña de 9 años, con cuadro de Banti, en período más avanzado, pues presentó en diversas oportunidades hematemesis. Actualmente, a cuatro meses de la esplenectomía continúa bien, sin que se hubiesen repetido las hemorragias.

El aspecto general y coloración del sujeto mejora a raíz de la esplenectomía; lo mismo sucede con la cifra de glóbulos blancos que ascienden.

Estos resultados persisten, al parecer con curación definitiva, en muchos casos, sólo parcialmente en otros; en los adultos se han observado retornos de hemorragias graves.

La mortalidad sería del 11 % según estadística de los hermanos Mayo (1926). Esta cifra puede considerarse actualmente algo elevada.

En general, cuando la indicación operatoria ha correspondido al primer período del tipo de enfermedad de Banti, puede asegurarse que los resultados serán buenos y duraderos; en ellos la esplenectomía constituye el mejor tratamiento.

En adultos, operados aun en el tercer período, parecería que las modificaciones favorables pueden prolongarse por algún tiempo, como en un caso de los Dres. Pirovano y Castaño.

Los otros métodos de tratamiento empleados en esta afección deben considerarse inferiores a la esplenectomía. En cuatro casos seguidos largamente en el Servicio de la Cátedra, no obtuvimos ninguna modificación con tratamiento médico.

La radioterapia tampoco parece tener influencia favorable; no hemos visto beneficio alguno en casos personales.

Los casos que ofrecen el cuadro de Banti, pero que son de etiología conocida, luética particularmente, no deben ser operados por cuanto los resultados son malos; la separación de "Enfermedad de Banti" y de "síndrome de Banti" es necesaria y fundamental para sentar la indicación operatoria.

*En resumen:* En la enfermedad de Banti la esplenectomía es el tratamiento de elección en el período anemiantes del mal; en cambio en el período esclerosante su utilidad es dudosa.

La intervención está contraindicada en el período de hemorragias, y toda vez que el funcionalismo hepático muestre signos de insuficiencia.

### **La esplenectomía en el púrpura hemorrágico**

Los púrpuras en el niño se dividen en primitivos y secundarios. Los primeros comprenden los púrpura infecciosos agudos y los crónicos. Hasta hoy, todo induce a considerar que sólo los últimos son pasibles de la esplenectomía.

Se trata de un cuadro clínico aun confuso pero cuyos caracteres principales son constantes. Ha recibido diferentes denominaciones: enfermedad de Werlhoff, púrpura hemorrágica crónica, tromboastenia, trombocitopenia esencial, púrpura trombocitolítica esplenógena de Kaznelson, hemogenia de Weil, etc.

Los principales caracteres de este grupo al que conservaremos

el nombre de *púrpura hemorrágico crónico*, son: 1.º, disminución marcada del número de plaquetas sanguíneas; 2.º, tiempo de hemorragia prolongada; 3.º, tiempo de coagulación poco modificada; 4.º, retardo en la retractilidad del coágulo; 5.º, anemia de intensidad variable, generalmente plástica; 6.º, lesiones vasculares constantes puestas de manifiesto por los signos del lazo y del alfiler. Agreguemos que se trata de un estado crónico, a menudo recidivante, que puede estar acompañado de fiebre ligera y de discreto aumento de volumen del bazo.

Este tipo de púrpura se ve en la infancia con alguna frecuencia, por lo común obedece al tratamiento médico y es por eso, seguramente, que sólo excepcionalmente se haya realizado la esplenectomía entre nosotros.

Personalmente hemos tratado múltiples veces esta afección y sólo una vez tuvimos oportunidad de indicar el tratamiento quirúrgico.

La estadística de los Dres. Ceballos y Taubenschlag comprenden 10 casos operados, de los cuales un niño de 11 años de edad y dos de 15; los restantes eran adultos.

Recordaremos que el primer caso de esplenectomía en esta afección fué practicada por Kaznelson en una niña de 11 años de edad con resultados excelentes y definitivos a varios años de la operación.

En su reciente tesis de Doctorado sobre la enfermedad de Werlhoff, Felipe de Elizalde, en una amplia encuesta bibliográfica, consigue reunir 73 casos, entre los 3 y los 15 años de edad, sometidos a la esplenectomía; desgraciadamente muchos de los casos que figuran en ella son incompletos o seguidos muy poco tiempo después de la operación.

Cuando la indicación operatoria es oportuna, los resultados serían excelentes, tanto los *inmediatos como los alejados*.

Los primeros se traducen por detención *inmediata de las hemorragias con acortamiento del tiempo de sangría, retractibilidad del coágulo* y, hecho de la más alta importancia, puesto de manifiesto en casi todos los casos es el *aumento considerable de los hematoblastos*, que se observa inmediato a la extirpación del bazo y que en algunos casos es durable.

Los resultados alejados hacen esperar que la mejoría pueda ser definitiva; se conocen supervivencias de varios años dentro de una buena salud (5 años en un caso de Ceballos; 9 años en el caso de

Kaznelson; 4 en el de Valdez y Girardet); pero las observaciones en este sentido son aun escasas para formular juicio definitivo.

Se conocen también mejorías incompletas o sólo temporarias con retorno de las hemorragias y de las modificaciones vasculares y sanguíneas; estas recidivas pueden presentarse aún varios años después de un bienestar completo.

Whipple, en su estadística de 61 casos operados, consigna como resultados alejados: buenos, 81 %; incompleos, 16.6 %. En estos puede hacerse de nuevo irradiaciones de la médula ósea como lo aconseja Zondek.

Nosotros hicimos esplenectomizar una niña de 9 años de edad, que había presentado de varios años atrás, brotes de púrpura cada vez más intensos; particularmente el último fué muy grave por la repetición de las hemorragias.

La niña sucumbió dos horas después de la extirpación del bazo, no obstante un repunte de las plaquetas.

Igualmente, malo fué el caso del Dr. J. M. Valdez, niña de 6 años de edad, que fallece 20 días después de operada, con recrudecimiento de las hemorragias; el de los Dres. Giménez de Azúa y González, niño de 4 años, que fallece a los 45 días, también de hemorragias; y el de los Dres. Velazco Blanco, Copello y Echegaray, niña de 11 años, que sucumbe a las 24 horas de la esplenectomía.

Son resultados malos.

En cambio son resultados alejados excelentes: un caso de los Dres. Valdez y Girardet, niña esplenectomizada a los diez años, con curación radical de su diátesis hemorrágica; tiene actualmente 14 años, siendo su estado sanguíneo normal; otro del mismo autor, niña de 6 años, que lleva dos de operada, con estado satisfactorio.

En ambos casos, tanto los resultados inmediatos como los alejados, fueron sorprendentes.

Se ha visto, además, que no siempre existe paralelismo entre la cesación de las hemorragias y el aumento del número de plaquetas; en algunos casos la mejoría clínica observada no se completa con normalización del número de hemoblastos que permanecen en cifras inferiores por mucho tiempo; en otros, al contrario, las plaquetas aumentan a cifras normales, pero las hemorragias continúan como lo demuestran algunas de las observaciones citadas al fin.

La mortalidad operatoria sería en esta afección, para la infancia, del 6 al 10 %; Gregoire, en su reciente relato al 41º Congreso

de la Asociación Francesa de Cirugía (París, octubre de 1932), da para el adulto, el 4 %; Ceballos, sobre 10 casos operados, tiene 3 muertos, entre estos un niño; en los 73 casos reunidos por Elizalde, a que hemos hecho mención, figuran 63 buenos, 5 fracasos y 5 fallecidos, lo que da un 6.85 % de mortalidad.

De donde se deduce que en la infancia es mayor la gravedad de la esplenectomía en los púrpuras que en los adultos y que los resultados son algo inferiores.

Cabe preguntar cual es el valor de la esplenectomía en el tratamiento de los púrpuras de la infancia y en que medida ella es superior a los otros medios curativos empleados?

La radioterapia esplénica y medular es preconizada con entusiasmo por algunos autores, que habrían obtenido resultados halagadores deteniendo las hemorragias y modificando la crisis sanguínea; todo hace suponer, sin embargo, que los éxitos son sólo temporarios, como tuvimos oportunidad de constatar en dos de nuestros enfermos y como lo señalan diversos observadores.

Los resultados inmediatos serían favorables pero en manera alguna evitarían recidivas y nuevos brotes purpúricos.

En cuanto a la ligadura de la arteria esplénica parece indicado en los casos de hemorragias profusas con anemia y debilitamiento mareado. Se trataría de una operación más económica, menos traumatizante (Lenaire y Bastianelli); se señalan éxitos y fracasos.

Los documentos son aun escasos e incompletos, sobre todo en lo que se refiere a los resultados alejados; por ello no pueden formularse deducciones categóricas y debemos esperar una más amplia experiencia y un mayor tiempo de observación de los casos tratados por los diversos métodos; sólo entonces, comparativamente, podremos establecer un juicio valedero.

¿En qué caso debe indicarse la estirpación del bazo? Creo que aquí se puede ser categórico: sólo son posibles del tratamiento quirúrgico, en el niño, las púrpuras crónicas que entran en el gran grupo de la hemogenia de Weill.

No lo son, en cambio, ni el púrpura infeccioso ni el púrpura fulminante. El púrpura agudo, para algunos autores podría beneficiar la cirugía, pero otros hacen serias reservas a los resultados alcanzados; antes convendría ponerse de acuerdo sobre lo que ha de entenderse por púrpura agudo; si es una manifestación de infección, creemos que no puede beneficiar de la esplenectomía.

¿Cuál es el momento oportuno para la indicación operatoria?

Si se es dueño de la situación, el momento más conveniente será el intervalo de las crisis hemorrágicas, o sea, el período de remisión, pero, a menudo, la esplenectomía se sienta como tratamiento de urgencia ante un paciente que se desangra; en estos casos y cuando no se ha esperado el debilitamiento extremo del enfermo, se pueden obtener éxitos sorprendentes, con la cesación inmediata de toda hemorragia, y la vuelta a la vida del paciente.

En presencia de un caso de púrpura hemorrágica, la conducta del médico puede ajustarse al siguiente criterio:

Establecerá el diagnóstico a base de un riguroso examen clínico y hematológico, con especial determinación del tiempo de sangría y del tiempo de coagulación a fin de despistar las formas mixtas de hemogenia-hemofilia, y, luego de haber establecido el *funcionalismo hepático y renal* a fin de eliminar posibles insuficiencias orgánicas, etc., procederá a aplicar los procedimientos médicos corrientes (coagulantes, hematoterapia, etc.), si se trata de formas benignas o medianas de púrpura; preferirá la *radioterapia* para las más intensas y rebeldes; si ellas fracasan y únicamente en presencia de *hemorragias repetidas* y de *frecuentes recidivas* que *ponen en peligro la vida* del paciente, podrá, entonces, sentar la indicación operatoria, la que, eliminadas todas las contraindicaciones señaladas, podrá realizarse, sea en el intervalo de las crisis cuando sea posible, sea frente a un cuadro de hemorragias incontenibles.

Para los casos de *debilitamiento extremo* y de *mal estado general*, la *ligadura de la arteria esplénica* puede preferirse por su mayor rapidez de ejecución y menor acción chocante; podría más tarde completarse en otro tiempo con la esplenectomía.

Una vez establecido el diagnóstico preciso, la indicación operatoria decisiva *no puede surgir ni del tiempo prolongado de sangría ni de la irretractibilidad del coágulo ni tampoco del número disminuído de plaquetas*; aisladamente ninguno de estos factores permite una apreciación pronóstica categórica. Pero si estos elementos de juicio van seguidos de la repetición de las hemorragias, del debilitamiento del enfermo, del fracaso de las medicaciones corrientes la indicación operatoria y su oportunidad pueden formularse categóricamente.

#### HISTORIAS CLÍNICAS

Irma N., de 6 años de edad. Hospital de Clínicas, Sala VI. (Caso personal inédito) fecha: 8 de noviembre de 1930.

*Diagnóstico:* Púrpura hemorrágica recidivante. Esplenectomía. (Fallece).

*Antecedente hereditarios:* Sin importancia; ni hemofílicos ni hemoragíparos en la familia.

*Antecedentes personales:* Fué siempre sana hasta los 3 años, en que tuvo por primera vez manifestaciones hemoragíparas, epistaxis y manchas purpúricas que sobrevenían en brotes durando varios meses y repitiéndose año tras año, de preferencia en la primavera. La actual comenzó en estos días (noviembre de 1930) por epistaxis, petequias, sufusiones sanguíneas hematomas en diversas partes del cuerpo, las encías sangran en napa.

Existe estigmas de raquitismo torácico; aparato circulatorio y respiratorio sin particularidades.

Ligero grado de hepatoesplenomegalia. Sistema nervioso normal.

Tinte amarillo paja, de la piel; Sangre: prueba del lazo, positiva.

Reacción de Wassermann, negativa. Coágulo irretractil.

Tiempo de sangría: más de 15 minutos.

Tiempo de coagulación, 6 minutos.

Plaquetas: 290.000 por mmc. Eritrocitos: 1.700.000 por mmc.

Leucocitos: 13.748, mmc. Hemoglobina: 40 %.

Fórmula normal: no hay elementos inmaduros en sangre circulante.

Tratamiento: hemoterapia materna con escaso resultado.

Radioterapia esplénica con mejoría a partir de la segunda aplicación.

En total 8 aplicaciones; después de la cuarta el examen de sangre da: Glóbulos rojos, 4.360.000; glóbulos blancos, 6.500; hemoglobina, 60 %.

Tiempo de sangría: 12 minutos. Fórmula leucocitaria, normal.

Las hemorragias cesan. Alta en buenas condiciones.

Octubre de 1931: Ingresa de nuevo por los mismos fenómenos que anteriormente, es decir, epistaxis gingivorragias, petequias, sufusiones sanguíneas, hematomas subcutáneas. Discreta anemia; prueba del lazo, positiva; retardo en el tiempo de sangría; hematoblastos, 317.000.

Inyecciones de coaguleno y suero N. de caballo, mejorando rápidamente.

Se da de alta.

Octubre de 1932: A los 7 1/2 años de edad reingresa por tercera vez, por las mismas manifestaciones hemoragíparas, aunque algo más intensas que las anteriores.

Tiempo de sangría: 29'45". Tiempo de coagulación, 9 minutos.

Plaquetas: 215.000. El recuento globular acusa una anemia mediana.

Examen clínico, normal. Se hace radioterapia esplénica, mejorando la enferma, que sale de alta en noviembre de 1932, con tiempo de sangría de 3'30".

Tiempo de coagulación, 6 minutos.

Glóbulos rojos, 3.055.000; hemoglobina, 44 %; leucocitos, 9.000.

Plaquetas: 307.000.

Diciembre 19 de 1933: A la edad de 8 años y medio reingresa por cuarta y última vez, por un nuevo brote hemoragíparo; había pasado

dicho año muy bien, sin molestia alguna, presentando desde hace tres días atrás petequias y algunas discretas sufusiones sanguíneas.

Anteayer, la misma chica se extrajo un canino, produciéndose una hemorragia acentuada, que no ha podido cohibirse con múltiples prescripciones; como continuaran, también las hemorragias de la piel, es que se solicita la nueva internación, haciéndose las siguientes anotaciones: regular estado general; tinte amarillento de la piel, que está cubierta de petequias y de algunas sufusiones sanguíneas, de variable tamaño; hemorragia en napa, en el sitio del diente extraído.

Estado subfebril con decaimiento marcado. El resto del examen clínico no revela nada de particular. Hígado y bazo discretamente aumentados. Este estado se agrava en los días subsiguientes por la continuidad de las hemorragias que no ceden a los tratamientos corrientes.

*Examen de sangre:* Tiempo de sangría, 39'50". Tiempo de coagulación: 9'40". Plaquetas, por mme. 56.700. Glóbulos rojos, 780.000; glóbulos blancos, 13.849; hemoglobina, 81 %.

Fórmula leucocitaria: Polinucleares neutrófilos, 92 %; eosinófilos, 1 %; monocitos, 1.5 %; linfocitos, 6.5 %. No hay elementos inmaduros.

Como continuaran en los días siguientes las hemorragias, persistía el mal estado general y la fiebre, y en presencia del fracaso de la terapéutica empleada (hemoterapia, aplicaciones de Rayos X, coagulantes diversos, tópicos, etc.), se resuelve practicar la extirpación del bazo. Por la evolución crónica y recidivante de la afección, las hemorragias cutáneas y mucosas, la trombopenia (último examen), el prolongado tiempo de sangría con coagulación normal e irretractilidad del coágulo, se hace el diagnóstico de púrpura crónico recidivante trombopénica.

Diciembre 22: Previa transfusión se hace en buenas condiciones la esplenectomía, extrayéndose el bazo, de aspecto y coloración normales algo aumentado de volumen. Peso: 200 grs. Se deja en la cavidad peritoneal 150 grs. de sangre de la madre.

Durante el acto operatorio pierde sangre por la boca y la nariz, debilitándose el pulso y subiéndose a 150 pulsaciones por minuto.

Se termina rápidamente inyectándose suero gloceusado.

Después de la intervención las hemorragias continuaron, sobrevinieron fuertes dolores de vientre, empeorando gradualmente el estado de la paciente, falleciendo tres horas más tarde.

Una hora después de esplenectomizada se hacen las siguientes constataciones.

Plaquetas por mme. 107.000. Tiempo de sangría, 39'40". Tiempo de coagulación, 6'30".

Antes de la operación el resultado fué: Plaquetas, 56.000. Tiempo de sangría, 40 minutos. Tiempo de coagulación, 9 minutos.

En resumen: trátase de una niña que desde la edad de tres años tiene periódicamente manifestaciones hemorragíparas que clínica y hematológicamente encuadra en el grupo del *púrpura hemo-*

*rrágico, crónico recidivante* o Enfermedad de Werlhof, como otros la designan.

De los 3 a los 9 años, anualmente, hacia la primavera, de octubre a noviembre, presenta brotes de la afección con idénticos caracteres y gravedad relativa.

La radioterapia esplénica empleada en dos brotes distintos, ejerció sólo influencia momentánea ya que el mal continuó presentándose periódicamente con los mismos caracteres.

El último brote fué el más intenso, no precisamente por la intensidad de las hemorragias sino por la anemia y por el debilitamiento de la enferma; también fué muy acentuada la trombopenia, 56.000 paquetas por mmc. y prolongado el tiempo de sangría que llegó a 40 minutos.

La extirpación del bazo no detuvo la hemorragia en napa del origen detario, ni llevó una mejora en la prueba de Duke, en cambio *las plaquetas subieron rápidamente a 107.000.*

Desgraciadamente la enferma no soportó el shock operatorio, pues salió de la mesa quirúrgica ya en estado gravísimo, no obstante haberse realizado la intervención con rapidez y sin ningún contratiempo. El resultado inmediato ha sido, pues, malo.

*Estudio anatomopatológico del bazo:* Al corte no se han observado alteraciones macroscópicas; consistencia firme; pulpa muy adherente.

En los numerosos preparados histológicos no se encuentra una alteración estructural evidente, llama la atención la escasez del contenido hemático en los senos; no se aprecia una hiperplasia folicular repartidos difusamente, pero en muy escasa cantidad se encuentran gránulos intracelulares de pigmento sanguíneo.

El hecho más notorio es la existencia en un regular número de vasos y en los senos, de regiones circunscriptas, de células sanguíneas inmaduras, de la serie mielógena, por lo cual el cuadro histológico correspondería más al de una leucemia.

Los preparados coloreados con May Grunwald - Giemsa, permiten ver un buen número de megacariocitos.

Firma: *Sammartino.*

*Caso de los Dres. J. M. Valdez y O. Girardet.*—(Del "Archivo Argentino de Pediatría", junio de 1931).

*Diagnóstico:* Púrpura crónica primitiva. Esplenectomía. (Curación).

L. G., de 10 años de edad.

*Antecedentes:* Sin importancia.

A la edad de 9 años empiezan hemorragias cutáneas y mucosas, que se repiten hasta la actualidad, con alternativas.

Ingresa al Servicio con epistaxis y hemorragias profusas, que no se cohiben.

Se decide la extirpación del bazo. Un examen de sangre previo, dió: Glóbulos rojos, 1.900.000; hemoglobina, 38; leucocitos, 6.000. Prueba de Duke, 14 minutos; de coagulación, 7.

Luego de la intervención, al ligar el pedículo vascular, se constata que la epistaxis se detiene. En los días siguientes nuevos exámenes de sangre acusan repunte de los hemacias, hemoglobina y glóbulos blancos. El tiempo de coagulación es de 7 minutos, el de sangría de 7, también. Días más tarde continúa bien, no se repiten las hemorragias; la plaquetas suben a 500.000 por mme.

Es dada de alta en buenas condiciones 2 meses más tarde.

En la actualidad tiene 14 años; el estado sanguíneo es normal, no habiendo vuelto a tener hemorragias. Signo del lazo se mantiene positivo.

Constituye este caso un éxito de la esplenectomía.

*Caso del Prof. Dr. Valdez* (Archivos de su Servicio, de Córdoba)

*Diagnóstico:* Púrpura trombopénica. Buen resultado.

A. P., de 6 años de edad.

*Antecedentes:* Sin importancia.

Comienzo a los dos años; hemorragias cutáneas y mucosas a repetición.

Tiempo de sangría: 14 minutos.

Tiempo de coagulación: 7 minutos.

Plaquetas: 20.000 por mme.

Como las hemorragias continúan se hace la *extirpación del bazo*, notándose que al terminar la intervención cesa la epistaxis, mejorando en los días siguientes el estado sanguíneo y acortándose el tiempo de sangría. Lleva, actualmente, dos años de operada, siendo su estado satisfactorio; sólo persiste positivo el signo del lazo.

*Caso del Prof. Dr. Valdez* (De los archivos del Servicio de la Cátedra)

*Diagnóstico:* Púrpura recidivante trombopénica. Esplenectomía. (Fallece).

*Antecedentes:* Sin importancia.

Desde hace seis meses se repiten hemorragias mucosas y cutáneas, que traen debilitamiento y anemias marcadas.

Tiempo de sangría: 14'25".

Tiempo de coagulación: 4'16".

Plaquetas: 45 y 50.000.

Se hace la extirpación del bazo mejorando el estado sanguíneo casi inmediatamente.

Tiempo de sangría: 12'25".

Tiempo de coagulación: 7 minutos.

Plaquetas: 100.000.

Diez días después aparecen nuevas hemorragias, cada vez más profusas, provocando gran anemia, con leucopenia (1.500 glóbulos blancos), falleciendo 20 días después de la intervención. Resultado negativo inmediato.

*Caso de los Dres. Giménez de Azúa y González Alvarez* ("Revista Médica de Córdoba", año XXI, N.º 12; 1933)

*Diagnóstico:* Trombocitopenia y tromboastenia.

G. P., de 4 años de edad. Padres sanos, un tío con hemorragias a repetición.

Sano durante los dos primeros años. A los 25 meses de edad, epistaxis que se repiten. En marzo de 1933, intensa epistaxis con manifestaciones de púrpura generalizada y plaquetopenia (45.000 por mme.).

Como las hemorragias no se detienen y la anemia se acentúa, se practica la extirpación del bazo, siendo bien tolerada.

Horas después de la intervención, numeraciones acusan un aumento de hematíes; las plaquetas suben a 157.000; el tiempo de sangría baja a 11 minutos.

El niño, que había mejorado, deteniéndose las hemorragias, sufre, días después, un empeoramiento: sobrevienen edemas, recomienzan hemorragias nasales; las plaquetas descienden a 117.000, volviendo a prolongarse el tiempo de sangría, a 22 minutos, falleciendo, finalmente después de una hemorragia profusa, al mes y medio de la operación.

Resultado nulo, pues la esplenectomía, no obstante la mejoría transitoria de la primera quincena.

Reaparición de las hemorragias, no obstante que el número de plaquetas era elevado.

*Caso de los Dres. Velazco Blanco, Copello y Echegaray.*—Consideraciones sobre un caso de trombocitopenia o Enfermedad de Werlhoff (en prensa)

Se trata de una niña de 11 años de edad, sin antecedentes familiares.

Sus manifestaciones mórbidas comienzan 8 años antes (a los 3 años), con hemorragias por las mucosas. Dichas hemorragias se exacerban en el último mes, por lo cual la internan en el hospital.

Debidamente preparada mediante una serie de transfusiones sanguíneas, es operada el 7 de abril de 1934, con anestesia general (éter).

Se hace una esplenectomía clásica, sin mayor pérdida sanguínea, pero la niña tolera mal la anestesia, teniendo un síncope durante la operación y falleciendo a las 24 horas de operada, con fenómenos de insuficiencia hepática.

El estudio del bazo extraído mediante la intervención, demuestra lesiones análogas a las encontradas en otros casos de Werlhoff.

Total, 6 casos: 4 fallecen al poco tiempo de esplenectomizados; 2 continúan bien, a los 2 y 4 años de la operación.

(Continuará).

## Sobre radiografía de la muñeca del lactante

por los doctores

J. P. Garrahan y E. Muzio

La exploración radiológica de la muñeca del lactante tiene, como es sabido, especial importancia en clínica pediátrica. Interesa para determinar lo relativo a época de aparición de los núcleos de osificación, para pesquisar la sífilis congénita y para diagnosticar el raquitismo y controlar la terapéutica del mismo.

La pesquisa de la sífilis congénita exige un estudio radiológico completo del sistema óseo. Pero no siempre, porque como dice Stafford Mac Lean, en su ya clásico trabajo (1931), los extremos distales del cúbito y del radio, son las zonas óseas afectadas con mayor frecuencia por la infección sifilítica en los primeros meses de la vida. Una simple radiografía de muñeca, permite descubrir muchas veces —o sospechar— la existencia del proceso en cuestión.

En el raquitismo, las lesiones generalmente más precoces son las de la unión condrocostal, que no pueden ser reveladas por la radiografía. En orden cronológico, aparecen después las de rodilla y de muñeca. Pero no obstante ser a veces más tempranas las del extremo distal del fémur, se utiliza de preferencia la radiografía de la muñeca, porque las alteraciones óseas comenzantes son en ella más fácilmente diferenciables.

Es fácil sin duda, diagnosticar radiológicamente el raquitismo, cuando se comprueban las lesiones que podríamos llamar clásicas. Pero no es fácil reconocer las lesiones iniciales y dictaminar con seguridad respecto de ciertos aspectos radiológicos lindantes con lo normal. Es por eso, y para contribuir al estudio del valor diagnóstico de la radiografía de muñeca, que nos hemos empeñado en realizar una investigación al respecto, y es del resultado de ésta

que informamos en esta comunicación, que no deja todavía resuelto el problema, pero que a nuestro juicio aporta algunas luces.

Sólo de ello —de la radiografía de muñeca en relación al raquitismo— nos ocuparemos hoy. En otra oportunidad comunicaremos lo relativo a los datos que la misma radiografía ofrece para el diagnóstico de la sífilis congénita y para el estudio de los puntos de osificación.

Nos referiremos en especial al cúbito, porque en este hueso las lesiones suelen ser más precoces y más típicas, como iniciales, que en el radio, en el cual se observa también, por supuesto, lesiones características.

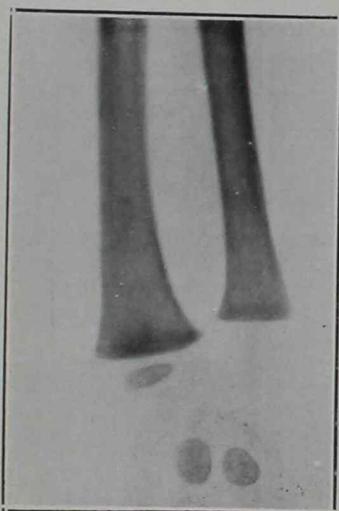


Figura 1

Se considera normal la radiografía del extremo del cúbito en la muñeca, cuando tal extremo se revela por una línea recta, o ligeramente ondulada, de sombra más acentuada que la metafisis (línea blanca en el negativo, negra en el positivo): ver figura 1. Como se lo sabe desde hace mucho tiempo, el raquitismo ocasiona alteraciones más o menos acentuadas, que borran esa línea, que producen una ligera excavación (cúpula) y verdaderos picos en los extremos, y finalmente, en los grados más acentuados, engrosamiento, deformación, y gran cúpula. (ver figuras 2 y 3).

Esas alteraciones radiográficas, son fáciles de reconocer y tie-

nen neto valor diagnóstico, ya que no dejan dudas. Se comprueban en los casos de raquitismo que por lo general se diagnostican clíni-



Figura 2



Figura 3

camente y no tienen por lo tanto gran interés en la práctica. Interesan en cambio las lesiones ligeras, incipientes.

Hemos obtenido en los últimos tres años 335 radiografías de

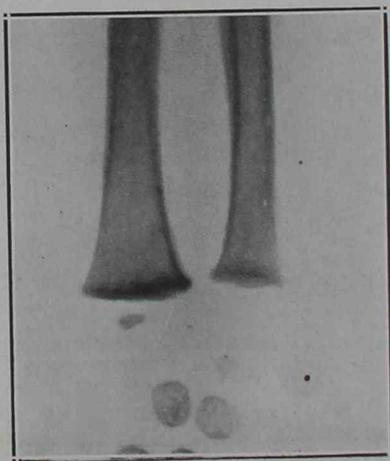


Figura 4

muñeca —algunas repetidas en el mismo niño— de lactantes de diversa edad, que presentaban signos francos o dudosos de raquitis-

mo (craneotabes y rosario costal, sobre todo). Como veremos, en cierto número de casos la radiografía resultó normal, en otros casos evidentemente anormal, y en un gran número —no obstante el buen negativo obtenido a veces— el extremo del cúbito nos pareció de aspecto dudoso. (Fig. 4): ligerísima cúpula, borrosa. En realidad de acuerdo a lo que se ha escrito sobre el punto, pudimos muchas veces admitir que se tratara de una lesión ligera —y así lo hicimos al comienzo de nuestra investigación— pero en más de un caso advertimos grandes diferencias en los aspectos radiográficos entre dos negativos obtenidos con poco tiempo de intervalos o la larga persistencia del aspecto anormal, no obstante la terapéutica.

Creímos que tal cosa pudiera deberse a la posición de la muñeca, ya que a veces el aspecto era distinto según se colocara en pronación o supinación. Pero lo que en este sentido (posición) resultó evidente en la comprobación aislada, no fué confirmado por una investigación en serie (más de 30 casos). Nos queda entonces la duda de que la particularidad en cuestión sea debida a condiciones anatómicas propias de la edad, o a variaciones en la incidencia de los rayos. Por el conjunto de las radiografías, nos parece muy improbable, pero no totalmente rechazable, la posibilidad de que los aspectos dudosos se deban a movimientos del niño. Proseguiremos la investigación con el propósito de resolver el problema.

De cualquier modo, es probable que, muchos de los casos que nosotros registramos como dudosos, correspondan en rigor a lesiones reales. Esperamos que una experiencia más larga aclare el asunto. Diremos por fin que en un trabajo reciente, de Eliot y Jackson ("Am. Jour. of Dis. of Child.", diciembre de 1933) se registra también buen porcentaje de casos dudosos.

De acuerdo a lo anotado, para registrar el resultado de nuestras radiografías adoptamos la siguiente clasificación:

- N = normal
- ? = dudosa
- + ? = probable alteración
- + = raquitismo

Así clasificadas las radiografías, obtenemos, de acuerdo a la edad, los siguientes resultados:

	Radiografía	N.º de casos	Porcentajes
1er. trimestre 58 casos	+	2	3.4%
	+ ?	10	17.5 »
	?	20	34.4 »
	N	26	44.4 »
2.º trimestre 125 casos	+	17	13.5%
	+ ?	32	25.5 »
	?	35	28 »
	N	41	32.8 »
3er. trimestre 61 casos	+	16	26.3%
	+ ?	15	24.2 »
	?	13	21.3 »
	N	17	27.8 »
4.º trimestre 30 casos	+	2	6.66%
	+ ?	2	6.66 »
	?	11	35.6 »
	N	15	50 »
12 a 24 meses 61 casos	+	6	9.8%
	+ ?	4	6.5 »
	?	10	16.3 »
	N	41	67.2 »

Total: 335 radiografías

+	43	(12.8%)
+ ?	63	(18.8 »)
?	89	(26.2 »)
N	140	(41.7 »)

En el gráfico (Fig. 5) pueden apreciarse, más claramente, los resultados obtenidos.

Si consideramos en conjunto las + y las + ? obtenemos un

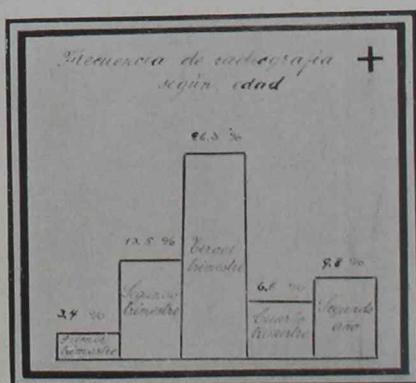


Figura 5

20 % de tales en el primer trimestre, un 39 % en el segundo, un 50 % en el tercero y un 13 % en el cuarto. La curva es similar si nos referimos sólo a las +. Dicha curva es comparable a la que hemos

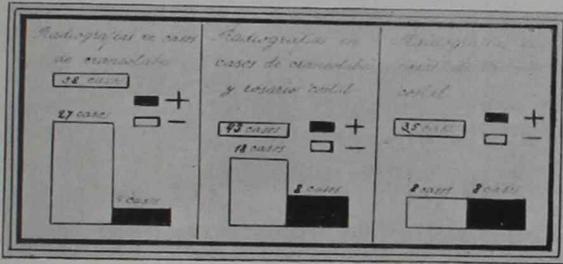


Figura 6

encontrado buscando clínicamente el raquitismo, si bien el porcentaje máximo se retarda un poco. Esto se explica siendo que, por investigaciones seriadas se ha evidenciado que el craneotabes y el rosario anteceden en general a la lesión radiográfica, lo que en cierto



Figura 7

modo le quita importancia a la radiografía de muñeca para el diagnóstico preez del raquitismo (Hess y otros).

Llamará la atención —a quien conozca en detalle el asunto—

to que tratamos— que hayamos encontrado porcentajes relativamente elevados de radiografías normales en un lote de niños con raquitismo o sospechosos de tal. Pero debe considerarse que en muchos casos se trató de signos ligeros o dudosos de tal trastorno, que cierto número de niños de segundo y tercer trimestre habían recibido ergosterol irradiado antes de radiografiarse, y que si se hubieran practicado radiografías ulteriores de todos ellos, tal vez hubiéramos comprobado mayor frecuencia de lesiones, de acuerdo a lo dicho en el párrafo anterior.

Finalmente, correspondería referirse a los centros de osificación de la muñeca. Aun no hemos estudiado nuestras radiografías desde ese punto de vista. Podemos decir, sin embargo, que en los casos de raquitismo acentuado, el retardo en la aparición de esos centros es evidente, pero no así en los casos de raquitismo ligero, en los que hemos visto a veces hasta la aparición precoz.

A continuación anotamos algunos datos estadísticos relativos a las comprobaciones de la radiografía de muñeca en los lactantes con craneotabes y rosario (Fig. 6), y en relación al grado de fosfatemia (Fig. 7).

*Craneotabes y radiografías*

Craneotabes	{	4 casos con radiografías	+
		14 > > >	+ ?
58 casos		13 > > >	? ?
		27 > > >	N

*Craneotabes, rosario costal y radiografías*

Craneotabes - Rosario costal	{	8 casos con radiografías	+
		8 > > >	+ ?
45 casos		11 > > >	? ?
		18 > > >	N

*Rosario costal y radiografías*

		Radiografías				
Rosario costal 35 casos	{	Acentuado 7	+	6 casos		
			+ ?		1 caso	
			? ?			
			N			
Ligeros 28	{		+	2 casos		
			+ ?		9 >	
			? ?			9 >
			N			

*Radiografía de muñeca y fosfatemia*

Aspecto radiográfico	Fosfatemia	Número de casos
+	3 a 3.5	2
	3.5 > 4	3
	4 > 4.5	3
	5.5 > 6	1
+ ?	3 a 3.5	2
	3.5 > 4	6
	4 > 4.5	3
	4.5 > 5	2
?	3.5 a 4	3
	4 > 4.5	3
	4.5 > 5	3
	5 > 5.5	2
	5.5 > 6	1
N	6 > 6.5	3
	3.5 a 4	2
	4 > 4.5	3
	4.5 > 5	3
	5 > 5.5	3
	5.5 > 6	2

De esta tabla se desprende que en los casos con radiografías + o +?, había un 59 % de fosfatemia inferior a 4 y en los casos con radiografías N o ? sólo un 39 %. El gráfico de la figura 7 permite hacerse una idea de la relación entre la fosfatemia y los signos radiológicos.

Se comprueba en nuestra estadística, que el porcentaje de radiografías normales es muy grande en los niños con craneotables. Que es bastante menor cuando los mismos tienen rosario costal. Y que es muy bajo en los niños que presentan este último signo muy evidente. En los 7 casos de rosario costal acentuado, había alteración radiográfica de muñeca.

Se da el caso, sin embargo, de rosario costal franco, en el cuarto trimestre sobre todo, con radiografía normal. En otra ocasión hemos referido dos observaciones tales: consideramos que, cuando así ocurre, probablemente el raquitismo ha curado ya, y el rosario persiste como estigma.

Lo que dice nuestra pequeña estadística habla naturalmente a favor de la importancia diagnóstica del rosario costal, y lo que anotáramos en el párrafo anterior, obliga a recurrir a la radiogra-

fía, antes de dar verdadero valor patológico al rosario costal de los niños próximos al año de edad.

No llamaré la atención, por supuesto, nuestro alto porcentaje de radiografías normales en los lactantes con craneotabes. Ello ha sido ya comprobado por muchos y es uno de los argumentos —muy discutible— que se ha dado en contra de la naturaleza raquíica del citado síntoma. Pero hay que hacer notar, además, que se trató de la primera radiografía, obtenida casi siempre en el primer trimestre o comienzos del segundo. Algunos de esos niños presentaron más tarde lesión radiográfica.

Resulta evidente, por fin, que el porcentaje de casos con hipofosfatemia es mucho más elevado en los niños con lesión radiográfica de muñeca, que en aquellos cuya radiografía resultó normal.

La gran mayoría de las radiografías consideradas positivas, revelaban lesiones ligeras. Y tanto éstas como las que parecieron dudosas, se obtuvieron en porcentajes más altos en los casos más llamativos clínicamente, o con mayor hipofosfatemia. Esto habla a favor de la naturaleza raquíica de las alteraciones radiográficas que con espíritu crítico muy riguroso pusimos en tela de juicio en algunos casos.

No conceptuamos que la exploración radiológica tenga especial interés práctico para el diagnóstico del raquitismo, ya que este diagnóstico puede establecerse casi siempre con seguridad clínicamente.

Pero creemos —por nuestra experiencia— que esa exploración es útil en ciertos casos de raquitismo ligero del segundo semestre: se tiene, así, una prueba objetiva indiscutible para el diagnóstico.

De acuerdo a ello, nos parece que interesa determinar las características de lo normal y de lo patológico en los aspectos radiológicos del extremo distal del cúbito. Estudiando este punto, nos hemos convencido, como se ha visto, que algunas alteraciones ligeras son, en realidad, efectos radiográficos, que es necesario, por consiguiente, estar prevenido al respecto.

Por otra parte, la radiografía de muñeca es un auxiliar indispensable para el control de la terapéutica antiraquíica, y ello, como se comprende, le confiere un especial valor en la práctica de la clínica.

Conviene, por fin, hacer notar que la obtención de una radiografía normal de muñeca no es argumento suficiente para excluir

el raquitismo inicial, sobretodo en el primer semestre de la vida, como se desprende de nuestra investigación. Y conviene destacar otra vez lo ya dicho a propósito de la radiografía normal de niños de alrededor del año de edad, que presentan rosario costal: tal comprobación radiográfica negativa autoriza a dudar de la significación patológica de dicho síntoma en el caso en cuestión; seguramente se trata de un raquitismo curado, que temporariamente deja como secuela el engrosamiento condrocostal.

Todo lo dicho pone de relieve el interés de la exploración radiológica de la muñeca del lactante, exploración que cobra mayor valor práctico si se considera que es de técnica sencilla, que ocasiona molestias mínimas al niño y que es poco dispendiosa.

---

## Comentarios sobre la Cirugía y Ortopedia Infantil en Europa <sup>(1)</sup>

por el

Dr. Oscar R. Maróttoli

La presente comunicación tiene por objeto presentar a los colegas, en su mayoría clínicos de niños, los comentarios que me sugieren las observaciones anotadas durante mi reciente jira por Europa, estudiando la cirugía y la ortopedia en un buen número de clínicas de diversos países.

Desde luego que no es esta la tribuna apropiada para comentar las nuevas orientaciones quirúrgicas y las novedades técnicas operatorias que pudieron brindarnos esos centros. Limitaré mi exposición a la enunciación general de lo que es y abarca la ortopedia y la cirugía infantil en Europa, destacando los hechos fundamentales y tratando, por cierto, de reflejarlos sobre nuestro propio medio.

Para mejor claridad, dividiré mi relato, que ha de ser breve y conciso, en tres tópicos:

- I. Descripción sumaria de los centros estudiados.
- II. Comentario general de los mismos, destacando la verdadera posición de la rama quirúrgica.
- III. Posibilidades prácticas de esta cirugía en algunos de los principales síndromes de la patología quirúrgica de la infancia.

I. Mi actuación hospitalaria anterior como jefe de clínica de la sección cirugía de la Cátedra de Pediatría del Hospital de Clí-

---

(1) Comunicación a la Sociedad Argentina de Pediatría (25 de septiembre de 1934) y basado en el informe presentado a la Facultad de Medicina, en cumplimiento de la misión encomendada.

nicas, donde se realiza conjuntamente la cirugía general del niño y la ortopedia infantil, explica que en mi jira haya encarado por igual ambas manifestaciones quirúrgicas; me permito esta aclaratoria como justificativo de mis actividades evidenciales en la siguiente exposición sumaria de las clínicas universitarias estudiadas en los diez y seis meses de mi viaje.

### Italia

BOLOGNA.—*Clínica Ortopédica y Traumatológica de la Real Universidad. Sede: Instituto Rizzoli. Director: Prof. V. Putti.*—En consideración del conocimiento exacto que se tiene en nuestro medio de este famoso Instituto que funciona desde el año 1896 en el antiguo convento olivetano de San Michele in Bosco, me eximiré de la descripción detallada que se merece por ser el verdadero tipo o patrón en instituciones de esta índole. Destacaré, no obstante, algunos aspectos fundamentales.

La capacidad habitual del Instituto es aproximadamente de 300 camas, comprendida la sección sanatorial; la clase hospitalaria propiamente dicha está repartida en tres secciones, para hombres, mujeres y niños, de los cuales corresponde a estos últimos 70 pacientes, término medio.

La finalidad del Instituto Rizzoli está definida en la siguiente cláusula: “la ortopedia, pero no en el estrecho, restringido significado de la corrección exclusiva de las deformidades de los niños, sino en el sentido de la corrección y prevención en cualquier edad, por medios mecánicos, físicos y quirúrgicos de las desviaciones de la forma normal del cuerpo, combatiendo no sólo los efectos, sino también las causas de las anormalidades”. Actualmente se la define como la cirugía de los órganos del movimiento. Desde hace tres años la Universidad de Bologna agregó el estudio de la traumatología a la ortopedia; al mismo tiempo, por convenio especial con las autoridades de la ciudad, el Instituto es el centro traumatólogo exclusivo de Bologna.

Sin duda, en el grupo de las afecciones ortopédicas el material infantil se presenta con preponderancia. Este hecho motiva a menudo situaciones intercurrentes que obligan la presencia del especialista y la vinculación permanente con la clínica pediátrica, excesivamente distante del Instituto. Por otra parte, en la ense-

ñanza oficial y en los cursos de postgraduados se asigna a la pediatría especial interés.

*Servicio de cirugía infantil.*—En el Hospital Gozzadini asienta la clínica pediátrica que dirige el Prof. Pincherle; consta de un total de 150 camas distribuidas en cinco pabellones. Formando parte integral del hospital existe la sección de clínica quirúrgica infantil. Se encuentra en un pabellón de treinta camas, distribuidas en pequeñas salas para varones, niñas y lactantes. Posee salas de operaciones, sépticas y asépticas, salas de curaciones, consultorios externos y un pequeño pero magnífico solarío en una de las terrazas laterales del edificio.

El material de este servicio está dado por los casos quirúrgicos de la clínica pediátrica, por los niños que concurren a la clínica quirúrgica que se encuentra en la vecindad y por la actividad propia de sus ambulatorios. Esta sección está bajo la dirección del titular de clínica quirúrgica, Prof. Paolucci, secundado por dos asistentes efectivos y varios agregados. Todo este personal pertenece a la clínica quirúrgica.

Detalle interesante a no omitir: en Casaglia, colina cereana a Bologna, existe una colonia permanente para niños débiles y tuberculosos, en vinculación directa con la clínica, en la cual son internados todos los casos que requieren un tratamiento general, clima y helioterápico.

MILANO.—*Pio Istituto dei Rachitici.*—Inaugurado en el año 1875 en una vieja casa donde albergaron quince niños raquítics, constituye hoy día, bajo la dirección del Prof. R. Galeazzi, un hermoso instituto, sede de la clínica ortopédica de la Facultad de Medicina lombarda. En el año 1906 entró a formar parte de los Institutos clínicos de Perfeccionamiento como clínica ortopédica postuniversitaria; actualmente corresponde al sexto año de estudio.

De acuerdo a su primitiva finalidad, este Instituto albergaba y daba cura únicamente a los niños deformes por el raquitismo u otras afecciones congénitas y adquiridas. Era la cristalización de la definición que Andry diera a la ortopedia. Pero como el Instituto para raquítics se transformara en un hospital ortopédico moderno, debió crearse en el año 1915 dos pabellones para adultos, mujeres y hombres, con 50 camas aproximadamente. En la actualidad se practica y se enseña la ortopedia en su concepto integral con el nuevo agregado de la traumatología.

*Cirugía infantil.*—En el Ospedale Maggiore, el más importante de la ciudad y donde se hallan reunidas la mayoría de las clínicas universitarias, existe un pabellón dedicado exclusivamente para la cirugía infantil. Es dirigido por el Prof. Negroni. Tiene una capacidad de 50 camas, divididas en repartos de varones, niñas y pequeñas salitas para lactantes; consta de todas las instalaciones adecuadas para su desenvolvimiento. Practican la cirugía integral del niño, es decir, tanto las lesiones quirúrgicas generales de la infancia como las afecciones del aparato esquelético.

En el Ospedale dei Bambini el Prof. Formeggiani tiene un servicio donde dicta curso especial de cirugía infantil para post-graduados.

TORINO.—En el Ospedale Regina Margherita, sede de la Clínica Pediátrica, se halla el pabellón de cirugía infantil y ortopedia que dirige el Prof. U. Camera. Constituye un completísimo Servicio de 60 camas para varones y niñas, dotado de dos salas de operaciones (séptica y asépticas) sala de yeso, curaciones, Servicio radiológico y consultorio externo, con muy nutrido movimiento de pacientes. El Prof. Camera es secundado por un ayudante y cuatro asistentes en la labor quirúrgica y ortopédica que abarca conjuntamente la cirugía general del niño y la ortopedia. Experimentan allí los inconvenientes de la limitación de la edad a cierto número de pacientes que no pueden ser atendidos pasado la infancia de las mismas afecciones ortopédicas, que requiere muchas veces un tratamiento prolongado de largos años.

VENEZIA.—*Ospedale Civile*: Posee un Servicio de cirugía infantil y ortopedia, dirigido por el Prof. Delitala, encargado en la Facultad de Padua para dictar el curso oficial de ortopedia.

### Alemania

LEIPZIG.—*Orthopädisches Universitäts Klinik*. Director: Profesor Franz Schede.—Es uno de los mejores dotados y organizados de los institutos ortopédicos europeos. Asienta en un imponente edificio que ocupa una manzana de superficie; fué inaugurado hace cuatro años y posee por lo tanto, todos los progresos de la arquitectura moderna.

Está dividido en dos grandes pabellones laterales, unido por un cuerpo central, todos de cuatro pisos. Tiene una capacidad habi-

tual de 180 camas para niños y adultos de ambos sexos, distribuidos en tres departamentos; existe además, una sección especial para enfermos privados.

Además de su espaciosa sala de operaciones, dotada de abundante material técnico, sala de curaciones, salas de elaboración de aparatos de yeso, gabinete radiológico, consultorios externos, laboratorios, bibliotecas, etc., posee una muy importante sección destinada a la fisioterapia y gimnasia ortopédica; este último departamento ocupa tres amplios salones, dos para ejercicios y uno para documentación gráfica y examen de los pacientes. Funciona bajo la dirección de un médico asistente de la clínica, dos profesoras de gimnasia y varias nurses. Concurren a esta sección cerca de 200 pacientes diariamente, en su mayor parte niños.

Integra también la clínica, un taller propio para la construcción de todo el material ortopédico, prótesis, aparatos de celuloide, etc.

Colaboran con el Prof. Schede, un primer ayudante, seis médicos asistentes y varios agregados. Se dicta la enseñanza oficial de la ortopedia para los estudiantes y cursos especiales para postgraduados y escuela de gimnasia médica.

*Chirurgisches Univ. Klinik.*—En el antiguo pero amplísimo hospital quirúrgico de 400 camas que dirige el Prof. Payr, existe un pabellón especial destinado para los niños de ambos sexos. Se practica toda la cirugía general y ortopédica de la infancia.

En el Hospital de Niños de Leipzig, hay un departamento quirúrgico especial, a cargo del Doz. Dr. R. Sievers. Se hace también allí la cirugía integral del niño, general y del aparato locomotor.

FRANKFURT A. M.—*Klinik und Orthop. Chirurgie.*—Se trata de un amplio y moderno instituto con organización semejante al de Leipzig y que dirige el Prof. Hohmann. Posee 150 camas en secciones especiales para niños y adultos. Se practica exclusivamente la ortopedia, operatoria e inervación, en todas las edades. Es también sede de la cátedra oficial de dicha especialidad.

MUNICH.—*Orthopodisches Univ. Klinik.* Director: Prof. Fritz Lange.—En un gran edificio de cuatro pisos asienta la clínica ortopédica universitaria conjuntamente con la escuela para niños inválidos. Tiene capacidad para 300 pacientes de la clínica (niños y adultos) y para 100 niños en el Instituto de reeducación funcional.

La clínica consta de todas las secciones indispensables para su

desenvolvimiento; salas de operaciones séptica y aséptica, salas de yeso y curaciones, departamento radiológico, sección de fisio y kinesiología, laboratorios, consultorios externos, museo, taller propio para construcción de aparatos y prótesis, etc.

En la escuela para niños inválidos y deformes enseñan además de la educación común, la readaptación funcional de los miembros lesionados, tratando de obtener un aprendizaje profesional. Cuentan para ese fin con un cuerpo docente especializado; todos los internados pasan por la revisión periódica de la clínica que se encarga de controlar la evolución del proceso causante de la invalidez y proveer al tratamiento ortopédico o quirúrgico necesario.

El Prof. Lange es el titular de la cátedra de ortopedia; se dictan en el Instituto cursos para los estudiantes, postgraduados y escuela de kinesiología.

*Hauener'sche Kinder Klinik.*—La magnífica clínica universitaria de Pediatría, dirigida por el Prof. Pfaundler y que posee 350 camas en todas sus secciones, consta de un departamento quirúrgico a cargo del Prof. R. Drachter.

Este Servicio de cirugía infantil de 75 camas, puede ser considerado un modelo en su género. Los pequeños pacientes se hallan divididos en secciones para varones, niñas y lactantes; existe una salita para los casos quirúrgicos contagiosos que requieren aislamiento.

Formando este Servicio parte integral de la clínica Pediátrica, posee sus instalaciones completamente independiente de la misma: sala de operaciones, salas de yeso y curaciones, servicio de rayos X, laboratorios y consultorios externos que funcionan diariamente. En virtud de esta organización, este Servicio de cirugía tiene actividad autónoma al mismo tiempo que atiende todos los casos quirúrgicos de las secciones médicas; realizan así la verdadera colaboración entre el clínico y el cirujano de niños. Acompañan al Prof. Drachter en su labor, un primer asistente, dos ayudantes internos y tres externos. Se practica la cirugía completa de la infancia, ortopédica y general.

### Francia

LYON.—*Clínica de cirugía ortopédica e infantil* del Prof. Nové-Josserand.—En el Hospital de Grange Blanche, inaugurado el corriente año en reemplazo del antiguo hospital de la Chârité, están instaladas actualmente la mayor parte de las clínicas de la Facultad

de Medicina de Lyon. El Servicio del Prof. Nové - Josserrand, ocupa uno de los pabellones de dos pisos y subsuelo; tiene capacidad para 90 camas, divididas en salas para varones, niñas y lactantes. Integra el Servicio todas las dependencias necesarias para la terapéutica ortopédica y quirúrgica de la cirugía infantil. El Profesor Nové - Josserrand ha conseguido una pequeña sala de 10 camas para adultos, en virtud de la necesidad perentoria de continuar muchas veces la cura de una lesión del aparato locomotor en sujetos que han pasado el límite de la infancia. Es secundado en sus tareas docentes y hospitalarias por el Dr. Tavernier, cirujano de hospital, Dr. Pouzet, como jefe de clínica y varios asistentes.

PARIS.—*Hôpital des Enfants Malades*. Servicio de cirugía infantil y ortopedia del Prof. Ombredanne.—Formando parte integrante de este hospital general de niños, constituye el Servicio quirúrgico la sede oficial de la cátedra de cirugía y ortopedia infantil de la escuela de Medicina de París. Dividido en varios pabellones posee este departamento todas las reparticiones propias para su funcionamiento independiente del resto del hospital. El Servicio tiene por medio de sus ambulatorios, actividad autonómica, pero al mismo tiempo está en íntima relación con todos los pabellones clínicos del hospital.

Se practica y se enseña allí conjuntamente la cirugía y la ortopedia en la edad infantil, pero es de hacer notar que está establecida dentro de la clínica la división en secciones casi independiente entre la cirugía general y la ortopedia. La "sección ortopedia" como se denomina, está bajo la dirección del Dr. Lance.

Los casos ortopédicos atendidos en el Servicio que por su edad pasan los límites de la infancia, son remitidos para su estudio y tratamiento a la Cátedra de Cirugía ortopédica del adulto, que funciona desde hace dos años en el Hôpital Cochin, bajo la dirección del Prof. Paul Mathieu.

*Hôpital des Enfants Assistés*. Servicio quirúrgico bajo la jefatura del Dr. Martin.—Se practica en ese reparto la cirugía total de la infancia, pero con la diferenciación aun más neta entre la cirugía general que dirige el Dr. Martin y la ortopedia que funciona completamente independiente, bajo la dirección del Dr. Ducroquet (también asistente de ortopedia en la cátedra de ortopedia del adulto del Prof. Mathieu).

## Austria

VIENA.—*Orthopädisches Spital*. Director: Prof. Spitzzy.—Está instalado en un gran edificio de tres pisos, actualmente en vías de modernización. Cuenta comúnmente con 180 camas, pero tiene capacidad para 300; éstas se hallan divididas en departamentos para hombres, mujeres y niños. Todas sus reparticiones son adecuadas: ambulatorios, salas de operaciones, salas de yeso, servicio de radiodiagnóstico, sección de fisio y kinesiterapia, laboratorios, sección prótesis, etc. Posee además, una oficina técnica donde se fabrican bajo control directo del médico, los diversos aparatos ortopédicos, celuloide, etc.

La vinculación de la ortopedia a la medicina social tiene su aplicación práctica en este Instituto, con la creación de una escuela para niños inválidos, paralíticos y deformes, donde agregada a la instrucción escolar común, aprenden bajo la dirección de personal capacitado a la reeducación funcional de los miembros lesionados.

*Ambulatorium Universitäts für Orthopädie*.—En el Allgemeines Krankenhaus, se encuentra este Servicio, en el cual el Prof. J. Haas, discípulo y sucesor de Lorenz, realiza la enseñanza oficial de la materia.

Sus instalaciones son más bien reducidas, respondiendo a su denominación de ambulatorio, a pesar de que en realidad posee salas para la internación de los enfermos. Constituye este Servicio varios consultorios, salas de yeso y de operaciones, sección rayos X y luego dos salas de adultos y una de niños, con un total de 50 camas. Completa un departamento de fisioterapia y kinesiterapia donde también impera el concepto actual de la gimnasia activa casi con exclusividad.

*Mautner Markhoff Spital für Kinder*.—Cuenta con un Servicio de cirugía infantil a cargo del Prof. Salzer, que merece el comentario más elogioso. Tiene una capacidad aproximada de 60 camas divididas en secciones de lactantes y segunda infancia; su actividad está aumentada por un nutrido ambulatorio. El Prof. Salzer practica allí conjuntamente la cirugía y la ortopedia de la infancia. Dependiente del hospital y bajo la misma dirección, existe en los alrededores de Viena, cerca de las hermosas alturas de Cobenzl, un establecimiento de cura para los niños atacados de tuberculosis osteoarticular. El *Pflegeheim Bellevue für Kinder*, como así se llama, está

situado en una pequeña colina rodeada de bosques y a una altura de 300 metros sobre el nivel del mar.

GRAZ.—*Unfall und Orthopädisches Spital*. Director: Prof. A. Wittek.—En un amplio edificio inaugurado en el año 1914, se encuentra instalada la clínica con todo el confort técnico moderno. Tiene una capacidad de 170 camas, distribuídas en Servicios para hombres, mujeres y niños; dos salas de operaciones, salas de yeso, departamento radiológico, laboratorios, consultorios externos, fisioterapia, mecanoterapia y gimnasia. El piso inferior está ocupado por pacientes de traumatología y el superior para los casos de ortopedia. Este Instituto desenvuelve su acción con el criterio unicista de las dos especialidades quirúrgicas: atienden los accidentados de las provincias de Steiermark y Körnter y por otra parte constituye una clínica ortopédica completa, cuya enseñanza es llevada a cabo por el jefe, Prof. Wittek.

En Stolz Alpes (Murau), a 1300 metros de altura, poseen un sanatorio de montaña de 350 camas, donde envían todos los casos de tuberculosis quirúrgica que necesiten de la elima y helioterapia.

*St. Anna Kinder Spital*. Posee un Servicio de cirugía infantil bajo la dirección del Prof. Ph. Erlacher.—Se trata de un departamento relativamente pequeño, con instalaciones sencillas, pero adecuadas y que cuenta sólo con 30 camas.

Por la índole del Servicio, deben practicar al mismo tiempo la cirugía y la ortopedia de la infancia, no obstante la inclinación netamente ortopédica del Prof. Erlacher. A pesar del medio tan limitado, es el ejemplo más elocuente de lo que puede el entusiasmo y método de trabajo; en efecto, espíritu inquieto y renovador realiza allí una acción fecunda en resultados.

## II

Como fácilmente puede deducirse de la descripción de las clínicas que he visitado, se impone una diferenciación neta entre los Servicios ortopédicos por una parte y los de cirugía infantil por otra, los cuales, salvo raras excepciones, comprenden en sí la cirugía general y la ortopedia de la infancia.

Sin entrar a analizar este problema, que es complejo, y que preocupa a nuestra Facultad de Medicina por la modificación impresa en el nuevo plan de estudio, es innegable que la tendencia ac-

tualmente dominante en casi todos los países, es el divorcio completo entre la cirugía infantil y la ortopedia, hecho lógicamente producido como consecuencias de la mayor amplitud y nuevos horizontes que dominan hoy día a la cirugía ortopédica.

Entre la ortopedia del siglo XVIII definida por Andry como la disciplina encargada del estudio y tratamiento de las deformidades congénitas y raquílicas de los niños y la ortopedia del momento, cirugía de los órganos del movimiento, hay una separación enorme; existe, a no dudarlo, toda una trayectoria de preparación y de progreso en la que la cirugía infantil reclama a justo título su capital contribución.

Nadie podrá negar la autonomía propia que exige la ortopedia, sobre todo con el anexo de la traumatología, pero tampoco es posible olvidar lo que hace 30 años dijera Kirmisson, el gran cirujano de Enfants-Malades, sucesor de Broca y antecesor de Ombredanne: “Dos grandes órdenes de hechos dominan toda la cirugía infantil. Estos son, de una parte, los vicios de conformación, de la otra, las enfermedades del aparato locomotor”. Prueba de ello es que en todas las clínicas ortopédicas, la clientela infantil y el departamento de niños, obliga especial atención. Por lo tanto, mientras existan hospitales y Servicios donde se presta asistencia a los niños, existirán forzosamente los repartos quirúrgicos correspondientes que substraerán el material infantil a las clínicas ortopédicas.

La cirugía infantil se realiza en la práctica habitual, bajo tres aspectos distintos: formando parte de las clínicas Pediátricas, o bien como Servicios integrantes de hospitales generales y hospitales de niños, o finalmente, como una sección (Kinder Abteilung o Kinder Station de los alemanes) de las clínicas quirúrgicas generales.

Como hemos señalado, casi todas las clínicas pediátricas nos ofrecían magníficos repartos quirúrgicos que ejercen su actividad práctica y de investigación en completo consorcio con las restantes secciones de la clínica. Como modelos, podríamos considerar las secciones quirúrgicas de la cátedra de Pediatría de Bologna que dirige el Prof. Pincherle, la de Torino, a cargo del Prof. Camera y la clínica pediátrica de Munich, del Prof. Pfaundler, con su Servicio de cirugía dirigido por el Prof. Drachter. Todas ellas son verdaderas dependencias de la Cátedra, pero no obstante, es de hacer notar que los casos quirúrgicos se hallan albergados en salas especiales, completamente independientes de los enfermos de medicina interna. No se crea que estos Servicios están solamente creados pa-

ra asistir los casos quirúrgicos de la clínica pediátrica, sino que tienen actividad autónoma poseyendo clientela propia por intermedio de sus ambulatorios especializados. En este sentido, es de recordar que el reparto quirúrgico de la Clínica Pediátrica de Bologna, es el que mejor organización presenta. Este reparto está bajo la dirección del Prof. de la clínica quirúrgica que se halla en la vecindad, de tal modo que su material se integra con los casos mandados por las secciones médicas, por los pacientes que concurren a sus propios consultorios externos y por los niños que se habían dirigido a la clínica quirúrgica. En estos servicios se practica la cirugía infantil integral, es decir, la cirugía general y del aparato locomotor de la infancia; debemos señalar así, que el Profesor Camera, jefe del Servicio de Torino, es sin duda un alto valor de la ortopedia italiana. Es de hacer notar que en la moderna clínica pediátrica de Nápoles del Prof. Jemma y en la célebre cátedra del Prof. Hamburger de Viena, carecen de repartos quirúrgicos; en ambas clínicas no desconocen el significado de esta deficiencia y no ocultan el deseo de remediarla.

Si en las clínicas pediátricas se ha dado a la sección quirúrgica tan importante proyecciones, se descuenta de antemano que en los hospitales generales de niños, los Servicios de cirugía infantil han de haber alcanzado igual o mayores proporciones. Ellos no faltan en todas las ciudades importantes de Europa; recordaremos sólo aquellos que mejor hemos conocido: las dos clásicas clínicas quirúrgicas del Enfants - Malades y Enfants - Assistés de Paris, el Servicio del Prof. Novè - Jossierand de Lyon. Los repartos de los Ospedale dei Bambini y Ospedale Maggiore de Milano, el departamento quirúrgico del Prof. Salzer en el Mautner Markhof Spital de Viena y el Servicio de cirugía infantil y ortopedia del Prof. Erlacher, en el St. Anna Spital für Kinder de Graz.

Por último, en algunos centros, sobre todo en Alemania, donde la cirugía general no se ha despojado aun de las ramas especializadas, presentan en las clínicas quirúrgicas, salas destinadas para los niños, practicando allí la cirugía infantil totalitaria. Ejemplos de estos Servicios nos proporcionan las clínicas de Sauerbruch en Berlín, Payr en Leipzig y la de Lexer en Munich.

Como balance de estas observaciones, existe un hecho fundamental: la asistencia quirúrgica del niño exige en la actualidad su Servicio especializado correspondiente, ya sea formando parte de las cátedras de pediatría, de los hospitales generales, de las clí-

nicas quirúrgicas o de las clínicas ortopédicas. De la misma manera que la medicina interna diera origen a la Pediatría, la cirugía general en su progreso inusitado ha impuesto la cirugía y la ortopedia infantil. Podrán practicarse conjuntamente, y existen algunos ejemplos, pero en condiciones tales que de persistir con esa norma, podrá hablarse de una cirugía ejecutada en los niños, pero no de la cirugía especializada, como rama quirúrgica en plena evolución en consonancia a las conquistas diarias de la patología.

### III

Precisamente, a algunas de esas conquistas he de referirme someramente en esta circunstancia, tratando de interesar la atención de quienes por las condiciones de la práctica diaria deben saber guiar, discernir y aconsejar el exacto momento de un tratamiento quirúrgico, puesto que si en cirugía general, *la oportunidad* es siempre un factor en juego, en esta cirugía especializada de los niños, constituye en un gran porcentaje el factor decisivo del rendimiento de un acto operatorio.

En primer término me referiré a los defectos y deformidades congénitas especialmente del sistema osteomuscular, que constituyen el caso común todos los días. De entre todos ellos, los pies bot y sobre todo la luxación congénita de la cadera, son las que poseen mayor importancia, tanto por su frecuencia como por la invalidez resultante de tal deformidad. Sin exponernos a ninguna exageración, podemos afirmar que todavía es frecuente observar niños portadores de esas lesiones congénitas que han llegado a un grado tal de gravedad, que todos los recursos modernos de la cirugía y de la ortopedia, son ineficaces para obtener una corrección perfecta; muchos de esos niños han sido asistidos por médicos que no han sabido dar el consejo oportuno para su tratamiento precoz, de tal modo, que un pie bot corregible manualmente desde los primeros días de la vida o una luxación de la cadera reductible con las maniobras más sencillas en el primer año de edad, se transforman en deformidades no modificables eficazmente ni con las mejores de las tarsiectomías en un caso o con la cirugía más brillante de la cadera, en el otro.

En nuestro país, la luxación congénita de la cadera, si bien no presenta la proporción pavorosa de otras naciones, es una afección que tara un gran número de nuestros niños; su exacta amplitud

sólo podía conocerse cuando se levante un censo que abarque todas las provincias y reuna los casos de todas las edades. En un país como Italia, con más de 40 millones de habitantes y que tiene el triste privilegio de esta lesión, se registraron alrededor de 85.000 luxados congénitamente de sus caderas, cifra enorme que los coloca frente a un problema social muy serio. Por eso, si a "prima facie" parecieran exagerados, los conceptos con que el Prof. Putti clausuraba el año pasado su ciclo de conferencias, tienen en la realidad su absoluta justificación. Decía el gran ortopeda italiano: a la experiencia clínica demuestra que el resultado obtenido en la cura de la luxación es tanto mejor cuanto más precozmente se realiza y que para ello es necesario hacer el diagnóstico precoz. No puede establecerse límite de edad como óptimo para el tratamiento: si tiempo atrás eran dos años, hoy serán dos meses, mañana tal vez dos días. Debemos inculcar en vuestra mente estos conceptos que vosotros debéis difundirlos: 1.º, pensar siempre que la luxación congénita de la cadera existe; 2.º, instruir para que las madres se fijan en los pequeños defectos de sus niños; y 3.º, recurrir prontamente al auxilio de la radiografía, la cual desde el primer mes de la vida puede presentar pequeños pero preciosos signos para el diagnóstico de la luxación". Es preciso recordar que, en la cura de la luxación de la cadera, las maniobras deben obtener la reducción perfecta; sólo la victoria anatómica lleva a la victoria funcional.

Además, la cirugía ortopédica en su constante progreso ha servido para mejorar aun más el valor de la restitución funcional de la articulación luxada; en efecto, el mejor conocimiento de los pequeños signos radiológicos de la morfología articular ha hecho posible reconocer algunos de los factores que intervienen para desmejorar el rendimiento funcional alejado de una luxación inercientemente corregida. En este sentido debemos citar las reducciones cruentas oportunamente indicadas y las operaciones plásticas del techo cotiloideo, que día a día rinden mayores beneficios.

La parálisis infantil o poliomielitis anterior epidémica, es otra enfermedad que engendra un variadísimo grupo de síndromes clínicos que brinda a la cirugía un vasto material de experimentación. Nuestro país no ha escapado de las grandes epidemias de años anteriores; por otra parte, los brotes esporádicos de la enfermedad se repiten continuamente en todas las épocas. No nos es posible tampoco dar cifras de la magnitud que tiene en nuestro

ambiente este proceso infeccioso que deja tan graves consecuencias funcionales, pero para tener una idea de la importancia social de este problema, basta recordar la magnitud alcanzada en Alemania, que no es por cierto el país que le rinde mayor tributo. En la estadística levantada por Biesalski, en el año 1925-26, se anotaron 28.615 sujetos inválidos por la poliomielitis, enorme legión de seres incapacitados a los cuales el esfuerzo creciente de la cirugía ortopédica, ha podido devolverle en un porcentaje variable, su rendimiento funcional. El Prof. Rivarola, entusiasta cultor de esta cirugía, entre nosotros, estableció claramente en 1930, que la cirugía ortopédica debe tender en este capítulo a dos finalidades: 1.º, restaurar la función en lo posible, pero especialmente en forma útil; y 2.º, desterrar la prótesis.

El médico general debe tener la convicción de que el tratamiento corrector de los niños poliomielíticos exige la presencia del cirujano - ortopedista, desde las primeras etapas de la enfermedad, aun en la fase aguda del proceso. En esas circunstancias, un aparato de yeso técnicamente ejecutado, podrá evitar muchas de las deformidades secundarias a la parálisis misma y debidas sólo a la acción de fuerzas extrínsecas que obran sobre segmentos de miembros alterados en su justo equilibrio muscular. Luego viene el período de la fisio y electroterapia. No entraremos a juzgar el valor real de estos agentes terapéuticos pero sí, no podemos dejar de llamar la atención que el electroterapeuta no debe actuar en ningún momento sin la colaboración del cirujano, que la fórmula de los tres años de espera (cuando no son cinco o seis) tiene su aplicación correcta en un determinado número de casos para la oportunidad de la intervención quirúrgica propiamente dicha, pero que mientras tanto, de acuerdo a los exactos conocimientos de la fisiopatología articular, sobre todo del miembro inferior, en muchas circunstancias la intervención adecuada del ortopedista podrá lograr con medios incruentos modificaciones en la estática segmentaria de los miembros que facilitan en mucho la readaptación funcional del lesionado y la corrección ulterior de la secuela definitiva.

Para recuperar la función y desterrar la prótesis, la cirugía ha ido creando una serie de intervenciones desde hace más de 50 años, época en que la escuela quirúrgica de Viena creara con Albert y Nicoladoni las artrodesis y los trasplantes tendinosos respectivamente. Pero el éxito inmediato de estas operaciones no fué duradero; muy pronto se sumaron los fracasos. Y la cirugía si-

guió creando técnicas; así aparecieron las artrorraxis. Todas las tentativas dieron resultados inconstantes hasta el momento en que un mejor conocimiento de la fisiología del aparato locomotor en general y de la fisiopatología de estos lesionados en particular, vino a aclarar los factores de fracasos de estas intervenciones. En este estado precisamente se encuentra hoy la cirugía ortopédica en relación con la parálisis infantil. En cada una de las grandes clínicas ortopédicas investigamos el valor real de todos los tipos de intervenciones. Así vimos en el Oscar Helene Heim de Berlin, la clínica donde otrora Biesalski y Mayer sentaron las bases del trasplante tendinoso fisiológico, la verdadera experiencia de este método; así admiramos en Munich los buenos resultados de las plásticas tendinosas con seda, ejecutadas por su autor Fritz Lange, con una técnica rigurosamente metodizada sin la cual se cae en el fracaso más seguro; así seguimos de cerca numerosas artrodesis y artrorraxis en la clínica de Torino, del Prof. Camera, y sobre todo, en la gran escuela del Instituto Rizzoli con el Prof. Putti, creador del esquema de las relaciones estáticas del pie y la rodilla en el miembro paralítico. De este modo pudimos convencernos que cada poliomiélico es un síndrome complejo que exige el juego de varios procesos correctores y que por lo tanto en esta cirugía es imposible sentar fórmulas exclusivistas.

Frente a las parálisis flácidas de la poliomiéritis, debemos considerar esa gran familia de las parálisis espásticas, hemiplejías, diplejías, enfermedad de Little, etc., que constituyen un grupo de procesos relativamente frecuente en la clínica pediátrica y para los cuales, los clínicos exigen muchas veces de la cirugía y la ortopedia, remedios para tales invalideces, que ella hasta hace pocos años no era capaz de brindarle en forma ponderable.

El tratamiento puramente ortopédico demostró su ineficacia completa. No siendo posible buscar un tratamiento causal, era lógico tentar una terapéutica quirúrgica que obrara sobre el mecanismo neurofisiológico alterado y responsable de la hipertonia. Con estas ideas Foerster abogó por la radicotomía posterior, operación no exenta de gravedad y de resultados variables, explicados más tarde cuando se tuvo un mejor conocimiento de la fisiología del tono muscular. Actualmente debemos admitir —aunque no todos los fisiólogos aceptan— que el tono muscular es el resultado de dos mecanismos fisiológicos distintos, el tono contráctil y el tono plástico. Cada uno de ellos está regido por un reflejo cuyas vías son di-

ferentes. La radicotomía posterior suprime el primero y deja persistir el segundo. La sección de ciertos elementos de la cadena simpática al contrario, abole el tono plástico y deja intacto el tono contráctil (Leriche).

El arco reflejo fué atacado a nivel de las ramas comunicantes; en 1924, Royle y Hunter, verdaderos creados de la ramisección presentaban los resultados de 77 intervenciones. La escuela de Lyon con Leriche y Wertheimer, fué entusiasta propulsora de esta nueva cirugía del tono muscular.

El tratamiento de los paralíticos espásticos dista de estar resuelto, pero la solución sólo podrá hallarse por la vía de estas intervenciones patogenéticas asociadas a la reeducación muscular para lo cual se necesita una rigurosa selección de los casos. En el año 1925, Wertheimer, decía, refiriéndose a la ramisección: el campo de aplicación de este método quirúrgico queda ampliamente abierto; el porvenir enseñará cuáles son sus fronteras. Este año en Lyon tuve oportunidad de ver del mismo Wertheimer, algunos resultados francamente entusiasmadores, pero el mismo autor compara aproximadamente en su valor a la radicotomía posterior y a las neurotomías.

Finalmente, me he de referir ahora, a la tuberculosis osteoarticular, localización tan frecuente del bacilo de Koch en la infancia.

La experiencia general demuestra que el tratamiento helio y climatoterápico, debe constituir la base fundamental de toda terapéutica en la tuberculosis osteoarticular, ya sea como factor único en el método clásico o bien como coadyuvante principal en el pre y postoperatorio de cualquier intervención quirúrgica. Este argumento fué ampliamente expuesto en el V.º Congreso Nacional de Medicina.

No puedo dejar de mencionar el tratamiento quirúrgico focal de la tuberculosis osteoarticular, tema sobre el cual me he ocupado en el reciente Congreso de Rosario, donde se planteó un debate que demostró que el alcance de mi comunicación no fué debidamente interpretada. Es un procedimiento ya practicado antiguamente, pero que cuenta en la actualidad con nuevas orientaciones impresas por su entusiasta leader, el Prof. Erlacher de Graz. Tuve oportunidad de escucharlo en su relato al Congreso Internacional de Londres, luego en Viena al promover un interesante debate en la clí-

nica pediátrica de Hamburger y finalmente lo ví de cerca en su Servicio hospitalario del St. Anna Spital de Graz. Partiendo del concepto que no puede existir, sino excepcionalmente, curación anatómica real mientras no se actúe activamente sobre el foco óseo tuberculoso, realiza la extirpación quirúrgica amplia y radical de dicho foco. La operación debe ser tan precoz como sea posible, pero operación precoz no significa operación inmediata; ella será postergada hasta dos o tres meses después de iniciada la lesión en forma tal que haya pasado el período de bacilemia activa y que se haya podido conocer la forma clínica evolutiva, reacciones humorales, existencia de otros focos con evolución en el organismo, etc. No puede ser pues un método aplicable en la realidad a todos los casos; prueba de ello que sobre 200 tuberculosis osteoarticulares, Erlacher sólo ha operado una tercera parte. No es una conducta sistemática, standard, sino el resultado del análisis de las condiciones de cada paciente en particular. Pero, frente al entusiasmo contagiante del ortopedista austriaco y a la realidad de su casuística, entreveo en esta tendencia quirúrgica radical, pero medida y razonada, un amplio horizonte que puede ser fecundo en resultados, cooperando al tratamiento clásico exclusivo, cuyos beneficios, haciendo abstracción de sus dificultades economicosociales, distan de ser rotundamente convincentes.

Unas pocas palabras más para terminar.

No escapa actualmente, ni al más superficial de los observadores que contempla los escenarios médicos del viejo continente, que en todos ellos existe una corriente dominante: la aplicación práctica de cada una de las conquistas de la medicina a la asistencia social. En lo que a nosotros nos interesa, hemos visto ampliamente efectivizados todos los progresos de la cirugía y la ortopedia en instituciones adecuadas para la asistencia de los niños deformes e inválidos por la tuberculosis, raquitismo, poliomielitis, malformaciones, etc. En esos institutos actúan en consorcio armónico el cirujano ortopedista y el pedagogo especializado: se practica allí la "educación funcional" de los niños desintegrados en su validez física. Todos se hallan bajo el control directo del cirujano que vigila la evolución de la lesión causante de la invalidez, provee las prótesis necesarias y realiza la cura incruenta o quirúrgica en el momento adecuado de un posible mejoramiento funcional. Mientras tanto, el niño aprende la instrucción escolar común con métodos pedagógicos

adecuados y prepara su habilitación profesional, de acuerdo a sus inclinaciones y al grado de su invalidez.

Así vimos en Milano la Scuola di Lavoro y Refugio Finzy Ottolenghi, donde realizan la educación elemental y profesional de los niños deformes y paralíticos; ambas instituciones se hallan bajo la dirección del Prof. Galeazzi, titular de ortopedia. Asilan 50 niños y concurren más de 150 externos; en su mayoría son pacientes vinculados a la clínica ortopédica de la ciudad.

Idénticos propósitos y métodos vimos emplear en Leipzig, en el Leipziger Heim für Gebrechliches Kinder "Humanitas", bajo la dirección del Prof. Schede, de la Orthop. Univ. Klinik; tiene capacidad para 100 asilados y recibe además 200 niños externos. Así podemos citar la Schule für Kruppel Kinder de Munich, anexa a la clínica ortopédica del Prof. Lange, el Orthopädisches Spital y el Pflegeheim Bellevue de Viena, el Instituto de reeducación funcional de Madrid y el Treolar Cripples Hospital and College de Alton, en las cercanías de Londres. Destaca la importancia de la obra desempeñada por estas instituciones, es tarea inoficiosa. En nuestro medio, la carencia de una organización basada en principios científicos, es absoluta; no tenemos certidumbre ni del número ni del porvenir de estos desgraciados seres para cuya asistencia, el concepto de la reclusión y aislamiento social debe ser substituído por el más amplio y racional de la readaptación e integración funcional. En esa misión de la asistencia social, los esfuerzos de la cirugía del aparato motor, rinde día a día, positivos beneficios.

Es una obra de vastísimas proyecciones, pletórica de fe y de esperanza, pero también entorpecida por un sinnúmero de dificultades. Para vencerlas, es necesario que todos los esfuerzos personales que se esterilizan sin la ayuda colectiva, hallen en la Sociedad y en el Estado, su justa comprensión.

---

## El recién nacido hijo de la tuberculosa

(CONTRIBUCION A SU ESTUDIO)

por los doctores

**Nicanor Palacios Costa**  
Profesor titular

y

**Florencio Escardó**  
Jefe de trabajos prácticos  
Sección Puericultura

---

(Conclusión)

### CONCLUSIONES

Esta observación nos anima a formular, con todas las restricciones que deben hacerse a un número tan corto de casos, las siguientes conclusiones:

1.º Las condiciones somáticas y orgánicas; las morbilidad y la evolución clínica del recién nacido, hijo de la tuberculosa, no presentan en los primeros días diferencias evidentes con las de los niños normales.

2.º La frecuencia de la tuberculosis congénita *comprobable* es sumamente escasa, si se tiene en cuenta el resultado de los cultivos y de las Mantoux en nuestros casos.

3.º La tuberculosis grave es causa importante de prematuridad, hecho anotado por uno de nosotros y Raimondi en gran estadística: 825 casos (5), pero esos frutos prematuros puestos en las debidas condiciones de atención no evolucionan de manera distinta a los prematuros hijos de no tuberculosas.

4.º El estudio sistemático y prolijo de la vida de los recién nacidos, hijos de tuberculosas, presenta el más grande interés y de-

---

(5) Informe presentado en el 2.º gran Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología.

be ser establecido en la forma más detallada posible y en el mayor número de casos, tarea que incumbe directamente a las Maternidades de tuberculosas que deben ser dotadas de Servicios Especializados de Puericultura.

### Notación bibliográfica de los trabajos directamente referentes al recién nacido de la tuberculosa; por orden cronológico

1898. *Charrin y Nattan Larrier.*—Lesions constatées sur des nouveaunés non tuberculeux mais issus de meres tuberculeuses. Memoires de la Soc. de Biologie, 1898, pág. 1025.  
4 autopsias, 2 en niños de menos de 2.000 grs. Otra en 1 de 2.350 grs.; el cuarto sin indicación de peso; que en resumen no evidencian lesiones típicas que puedan referirse a la infección materna.
1902. *Riviere.*—Des lesions non bacillaires des nouveau-nés issus de meres tuberculeuses. Tesis de París, 1902, citado en la bibliografía de Peaud.
1902. *Bandelac de Pariente.*—Des tares observes chez les rejetons des meres tuberculeuses. Tesis de París, 1902, citado en la bibliografía de Peaud.
1902. *Robelin.*—Modifications organiques des rejetons issus des meres tuberculeuses. Tesis de París, 1902, citado por Debré y Lelong y por Debré y Laplane.  
Contiene la estadística de Charrin y Delamare, sobre 30 niños.
1903. *Freund.*—Artículo Tub. bei Schwangeren en el libro de Winkel—handbuch der Geburtshilfe— Wiesbaden, 1903. Citado por Debré y Laplane.  
Señala 7 prematuros en 47 partos.
1905. *Fabre Thomas Edmond.*—Tuberculose et puerperalite. Tesis de París, 1905.  
En el capítulo correspondiente al nacido de la tuberculosa, reúne 32 casos, señalando sus condiciones somáticas en relación al grado de la lesión materna.
1906. *Mlle. Godreau.*—Influence reciproque de la tuberculose et de la puerperalite. Tesis de Tolosa, citado por Debré y Lelong y por Debré y Laplane.  
Contiene el estudio de 103 partos que han dado 96 niños vivos.
1910. *Vittoz.*—De la survie des enfants d'accouchées atteints de tuberculose pulmonaire. Tesis de Lión, 1910, citado por Debré y Lelong y Debré y Laplane.

Contiene el estudio de 46 niños.

1912. *Mle. Zorochowith*.—Tuberculose et grossesse. Tesis de Montpellier. Citado por Debré y Lelong y por Debré y Laplane.

Estudia 35 casos.

1920. *Peaud Andre*.—Contribution a l'etude des rapports reciproques de la tuberculose et de la puerperalite. D'apres la statistique relevée a la clinique Baudelocque de 1904 - 1914. Tesis de París, 1920.

Comprende 212 casos que declara no haber podido seguir sino los 10 ó 12 días que han permanecido en la Maternidad. Sus estadísticas han sido sometidas a una revisión crítica por Debré y Laplane. El autor concluye al respecto "en todo caso, parece que pudiera decirse que los hijos de los tuberculosos tienen un peso vecino a los que nacen de padres sanos y que entre ellos la mortalidad y la morbilidad durante los días siguientes al nacimiento no pasan a la normal" (pág. 57).

1922. *Debré Robert et Laplane L*.—Le nourrisson issu de parents tuberculeux. "Le nourrisson", julio 1922 (pág. 249).

Este trabajo tiene una considerable importancia por la amplitud y la seriedad de las observaciones; es el primer estudio sobre un gran número de niños rigurosamente aislados de todo contagio; comprende 271 observaciones, de las que 127 son estrictamente controladas. Campea en todo el trabajo el concepto de la no herencia de la tuberculosis "en cualquier sentido que se la entienda" y se resume en las siguientes conclusiones del mayor interés:

1) La tuberculosis pulmonar es una causa innegable de parto prematuro. Pero solamente la tuberculosis pulmonar grave de la mujer embarazada puede provocar el nacimiento del niño antes de término. Esta eventualidad es, por lo demás, muy rara y de un modo general la tuberculosis de la mujer grávida no es causa importante de parto prematuro.

2) El peso de nacimiento de los niños hijos de tuberculosos es, en regla general, vecino al de los hijos de padres sanos. Cuando sólo el padre es tuberculoso, el peso de nacimiento del niño es normal. Cuando sólo la madre es la atacada, si la tuberculosis (ulcerocaseosa o fibrocaseosa) no ha modificado profundamente su estado general, el peso del niño es normal al nacimiento.

3) Cuando la tuberculosis evolutiva de la madre es posterior al embarazo, su influencia sobre el peso del niño será tanto más acentuada cuanto más temprana sea su iniciación, pero una tuberculosis, aun evolucionando desde el principio del embarazo, no impide forzosamente el crecimiento del niño hasta un grado vecino del normal. Cuando la tuberculosis comienza a evolucionar al fin del embarazo, el recién nacido llega a un peso normal o muy próximo a él.

4) Hay un porcentaje elevado (43 %) de nacimientos antes de término y una disminución sensible, aunque ligera, del peso del niño a término solamente en las tuberculosis cuya evolución es anterior al embarazo y que continúan su marcha siguiendo su ritmo acelerado a partir de la iniciación de la preñez.

5) Cuando un hijo de tuberculosos nace con peso inferior al normal, esa debilidad parece ligada, sobre todo, a las miserables condiciones en que se encuentra habitualmente el hogar tuberculoso.

6) Cuando un niño, hijo de tuberculosos, nace sano y normal, no presenta taras, malformaciones congénitas o trastornos profundos de la salud, con mayor frecuencia que el hijo de padres no tuberculosos.

7) Si el hijo de tuberculosos se sustrae al contagio que lo acecha desde el nacimiento, crece y se desarrolla como un niño sano. No está, más que otro niño, sometido a infecciones y trastornos de su salud y no es menos capaz de resistir las infecciones que el hijo de padres sanos.

En cualquier sentido que se la entienda, la herencia tuberculosa no existe.

1923. *Couvelaire M. A.*—Avenir des enfants nés de femmes atteints de tuberculose pulmonaire avec expectoration bacillifere. "Bull. de la Soc. d'Obstetrique et Gynecologie de París", 1923 (pág. 496). En la discusión Wallich, Brindeau, Le Lorier.

Contiene la primer estadística de 63 niños de la clínica Beaudelogue, con un porcentaje de 38 % de mortalidad en el primer mes y describe él "síndrome de denutrición progresiva" en términos que han permanecido clásicos.

1924. *Vignes H.*—Poids des enfants nés de meres tuberculeuses. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 1924, tomo 1, pág. 604.

Estudia 158 niños cuyo peso de nacimiento expresado en dos gráficos elocuentes muestra que en las primíparas, el 80 % aproximadamente, nace con peso inferior al normal y que en las múltiparas esta proporción se mantiene alrededor del 75 % pero que en éstos las cifras son más inferiores. Es de advertir que las comparaciones están hechas en relación al peso de niños considerados normales en igual tiempo de gestación.

1924. *Forssner, Sundell y Kjellin.*—Les relations entre l'état de gestación et la tuberculose. 4.<sup>a</sup> conferencia de la Unión Internacional contra la tuberculosis. Lausana, 5 al 7 de agosto de 1924 (pág. 127).

Este importante trabajo contiene un párrafo categórico sobre el problema del hijo de la tuberculosa, que dice así: "Es seguro que los niños nacidos de madres tuberculosas, cualquiera sea el grado de la enfermedad materna, no nacen tuberculosos. Mi estadística

prueba en particular, que el peso medio de los hijos de bacilares, es igual al peso medio de los hijos de mujeres sanas. De donde emerge esta conclusión lógica: estos niños sanos, no constituyen una cantidad despreciables como lo pretenden todavía buen número de autores”.

Fundamenta sus observaciones en las cifras resumidas en el cuadro siguiente:

Resultado después de una obser- vación de:		1 año	2 años	3 años	más de 3 años	Total
34 niños se- parados de su madre al nacer	vivos y sanos	2	5	3	18	28.82 %
	mueritos, pero no de tuberculosis	3	1	—	—	4.12 >
	vivos con tuberculosis	—	1	—	—	1.3 >
	mueritos de tuberculosis	—	—	1	—	1.3 >
89 niños cria- dos por sus madres	vivos y sanos	3	9	4	30	46.52 >
	mueritos, pero no de tuberculosis	2	1	—	—	3.3 >
	vivos con tuberculosis	3	4	5	11	22.25 >
	mueritos de tuberculosis	10	4	3	1	18.20 >

1924. *Bernard Leon*.—La prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant. 4.<sup>a</sup> conferencia de la Unión Internacional contra la tubereulosis. Lausana, 5 a 7 de agosto de 1924.

Estudio panorámico y elocuente de la cuestión del contagio de la tuberculosis; concluyente en el sentido de negar toda herencia. Transcribimos los siguientes párrafos:

“Todas las investigaciones suficientemente amplias y bien conducidas, han llevado a comprobar que el término medio del peso de los hijos de tuberculosas equivale al que muestran los hijos de mujeres indemnes; solamente las tísicas avanzadas, tal como sucedería en mujeres atacadas de enfermedades muy graves e igualmente consuntivas, dan a luz con frecuencia niños de peso inferior. Asimismo, el desarrollo de los hijos de tuberculosas se realiza como el de los otros; la hipotrofia, los retardos de crecimiento, la debilidad congénita, no se observan más a menudo que en los otros tipos de niños; con Roberto Debré he observado el crecimiento normal en el 62 % de los casos.

Quizá, queda solamente un hecho que dé apoyo al concepto de la herencia: una cantidad de lactantes hijos de tuberculosos en mayor proporción que los otros, mueren en el primero o en el segundo mes de la vida sin manifestación clínica alguna; ninguna lesión anatómica explica esta muerte prematura. Estas muertes inexplicables se han atribuído a la trasmisión hereditaria de principios nocivos, pero muchas otras interpretaciones de este hecho

parecen tan plausibles como esta hipótesis. Es bien seguro que si algunos elementos morbíficos se transmiten, son pasajeros, fugitivos, y agotan rápidamente su acción; si alguna herencia misteriosa mata rápidamente algunos niños hijos de tuberculosos, los que se libran de ella no sufren nunca más, pasada la época crítica, esta desagradable descendencia, puesto que su desarrollo ulterior y su salud futura, no se resenten en absoluto: 62 % de crecimiento normal como hemos dicho”.

1924. *Dossena*.—Il peso dei feti nati da matri tubercolosi. Milán, 1924. Citado por Bompiani.

En estadísticas realizadas en las clínicas de Florencia y Milán, llega a la conclusión de que el peso de nacimiento no es inferior al normal.

- 1924-25. *Lelong*.—L'enfant issu de parents tuberculeux. Tesis de París, 1924-25. Integramente contenida en la 4.<sup>a</sup> memoria de Debré y Lelong.

1925. *Debré y Lelong*.—L'enfant issu de parent tuberculeux séparé avant la contamination. “Annals de medecine”, 1925, tomo 17, pág. 606.

Estudio completo de la herencia humoral y especialmente de las reacciones serológicas, con el estudio de 4 autopsias que los llevan a esta conclusión; “No nos parece que existan en las vísceras y particularmente en el hígado de hijos de tuberculosas lesiones que pueden considerarse como signos indirectos de una intoxicación de origen materno”.

Y finalmente “los anticuerpos maternos desaparecen siempre en la sangre del niño y siempre del mismo modo, sea el niño sano o enfermo, se haga tuberculoso o no, viva o muera, representa una herencia, es cierto, pero una herencia inmediatamente dilapidada con velocidad conocida y ritmo fijo”.

1925. *Debré y Lelong*.—L'enfant issu de parents tuberculeux séparé avant la contamination: la mortalité. “Annales de medecine”, 1925, tomo 18, pág. 256.

Estudio sobre 15 casos, de los cuales tres prematuros, con autopsia. De ese conjunto, dos presentan el cuadro típico de denutrición progresiva con trastornos digestivos. Los autores llegan a esta conclusión, copiosamente fundada y vigorosamente mantenida.

“La mortalidad de recién nacidos, hijos de tuberculosas, separados desde su nacimiento, no se debe a una hipotética herencia tuberculosa, ni a una tuberculosis congénita latente”.

1925. *Debré y Lelong*.—L'enfant issu de parents tuberculeux séparé avant la contamination: sa croissance et sa resistance aux maladies. “Annales de medecine”, tomo 18, pág. 247.

Comprende un estudio completo de numerosos casos, con compa-

ración de las estadísticas anteriores en lo referente a evolución del peso, la talla, la relación pondoestatural, el crecimiento y la frecuencia de raquitismo y las enfermedades infecciosas, para llegar a esta conclusión categórica: "La doctrina de la herencia del germen tuberculoso no está fundada sino sobre algunos hechos excepcionales de contagio intrauterino. La teoría de la tuberculosis congénita latente, y la de herencia de terreno, no se fundan sino en impresiones; detrás de esas impresiones no hemos podido encontrar ninguna prueba valedera".

1925. *Ribadeau Dumas y Lacomme.*—L'importance de l'alimentation chez les enfants issus de mere tuberculeuse et chez les nourrissons tuberculeux. "Rev. de la tuberculose", 1925, pág. 507.

Aceptando que el hecho de ser hijo de tuberculosa implica una "minus valía" de las condiciones vitales, los autores señalan la importancia especial que hay que conceder a la alimentación de estos niños; en las conclusiones dicen: "La tuberculosis de la madre es una causa frecuente de debilidad para el niño. Durante los tres primeros meses de su vida, el niño debe ser atentamente vigilado, en todos los casos, aun si al nacer muestra buen aspecto".

1926. *Couvelaire A.*—Le nouveauné issu de mere tuberculeuse. "Bull. de l'acad. de Medecine", 23 de noviembre de 1926, pág. 272 y "Press Medicale", 1927, pág. 225.

Trabajo donde el autor relata y comenta en conjunto sus tres estadísticas sucesivas (1921-22, 1923-25 y 1925-26) que muestran de manera indudable la importancia del hospitalismo en los hijos de las tuberculosas.

Las cifras de Couvelaire son así:

	Casos	Muertos	%
Primera serie (1921-1923)	57	19	33
Segunda serie (1923-1925)	151	20	13.2
Tercera serie (1925-1926)	111	8	7.2

Y el eminente profesor dice al comentarlas: "Este hecho merece ser intensamente señalado. Se debe esencialmente a que hemos mejorado las condiciones de crianza de esos niños "separados", dándoles leche de mujer, habituándolos progresivamente a la alimentación artificial y poniéndolos al cuidado de enfermeras cuidadoras y disciplinadas. Podemos afirmar, pues, que la causa principal de la excesiva mortalidad señalada por mí en 1923, era, sin duda, la separación organizada en condiciones imperfectas de hospitalización colectiva, sin leche de mujer, para comenzar la alimentación del recién nacido".

Los trabajos de este autor tuvieron además, la importancia de señalar el “síndrome de denutrición progresiva”, muertes inexplicadas de niños que se extinguían “como una lámpara sin aceite”, según una metáfora que ha permanecido clásica. “Es necesario distinguir los niños que desde su nacimiento presentan de inmediato este síndrome que termina más o menos rápidamente en la muerte, y los que lo presentan secundariamente, después de un período más o menos largo durante el cual pueden actuar factores que no sean congénitos”.

1927. *Bernard L. y Nelis.*—La filtrabilité du virus tuberculeux et le probleme de l'heredité tuberculeuse. “La Presse Medical”, 8 de junio de 1927, pág. 721.

Trabajo que contiene importante bibliografía, francesa toda y que formula la conclusión de que aun admitida la filtrabilidad del virus, ese pasaje de la madre al hijo es un factor despreciable de morbilidad y mortalidad que deja intactos la conclusión y consecuencia del concepto del contagio.

1928. *Renther.*—La “Question” de la tuberculose congenital in Brindeau, etc. La pratique de l'art des accouchements.

Artículo de conjunto con muy buena bibliografía que permite obtener una visión panorámica del asunto.

1929. *Barbará.*—La costituzione degli eredo-tuberculosi. Bologna. Cappelli. Cit. por Perondi.

Contiene el estudio de 100 hijos de tuberculosos, separados precozmente del medio infectado y seguidos hasta la edad de 11 años. De la Colonia campestre Enrico Berlinbau de Génova. Las conclusiones son que “el análisis constitucional denuncia una serie de anomalías y deficiencias morfológicas, funcionales y bioquímicas. Estos niños son de tipo preferentemente longilíneo y microspláenicos. Todo lo cual permite concluir que la gran mayoría de estos niños está constituida por débiles, ya que su morfoiogía los hace débiles en todas sus funciones”.

1931. *Perondi G. G.*—Il problema dell ereditá tubercolare considerato dal punto di vista dell eugénica. “Rivista médica”, agosto de 1934, página 117.

Es un detenido estudio sobre el tema del título en sus varios aspectos. Contiene además, la interesante cita de Barbará.

1931. *Bompiani Roberto.*—Eugénica e stirpe. Pozzi, Milano, 1931.

Con un capítulo “l'hereditá tuberculose” en el que puntualiza bien los términos del problema.

Contiene la cita de Dossena.

COMENTARIOS

Puede quizá notarse que en esta enumeración de autores falte la citación de Landouzy el gran campeón de la herencia de la tuberculosis; en sus trabajos resumidos en el Congreso de Bruselas de 1910, este autor proclama hasta sus últimas consecuencias el concepto de que la tuberculosis se hereda y es la causante directa de una condición distrofiante que va desde el tipo somático infantil pequeño y grácil hasta el asma y la estrechez mitral; su exclusión es sin embargo, intencionada, considerando que los autores que hemos citado agrupan hechos que puedan dar base a un mejor conocimiento del asunto y por lo tanto base a una teoría explicativa en tanto que Landouzy da una hipótesis apriorística dentro de la que deben caber los hechos observados en un margen tan amplio como el señalado.

En cuanto a los autores citados, su lectura atenta permite reconocer en ellos dos conceptos; uno representado por Debré y sus colaboradores y por el profesor Bernard que niegan categóricamente toda herencia tuberculosa y apoyan su aserto en datos de observación seria y minuciosa; sin embargo, sin negar la veracidad de sus anotaciones, no es posible desprenderse de la impresión de que han encontrado lo que buscaban encontrar. El otro concepto corresponde a los clínicos como Couvelaire, Ribadeau Dumas, Vignes y Barbará; la sola circunstancia de que el hospitalismo y las condiciones de alimentación adquiriera una extraordinaria importancia en los hijos de tuberculosos, como lo señalan estos autores y la indudable existencia del síndrome de denutrición progresiva, resta eficacia a la afirmación absoluta de la no existencia de herencia tuberculosa "en cualquier sentido que se la entienda", aun manteniéndose en el terreno estrictamente clínico.

---

## Resumen de los Trabajos presentados y Discusiones correspondientes

### Sección: PEDIATRIA

---

Primera Sesión: LUNES 3 DE SEPTIEMBRE DE 1934

Efectuada en el Servicio de la Cátedra de Pediatría. Sala VIII del Hospital Nacional del Centenario (Rosario)

---

1.º **Dr. Velasco Blanco** (de Bs. As.).—**Los estados constitucionales en la infancia:**

Puntualiza el concepto de las diátesis y la frecuencia de su observación. Estudia la importancia de los estados constitucionales latentes, refiriéndose en primer término a los factores eugenéticos, edad avanzada, toxi-infecciones de los padres. Expone la patogenia de los distintos tipos y la importancia de ese estudio para prevenir trastornos ulteriores. La clasificación en síndromes merece conservarse, para orientarnos mejor. Analiza la importancia de los distintos elementos, agua, calcio, etc., en los diversos cuadros clínicos conocidos. En otro grupo incluye los resultados de desequilibrio neurosimpáticos, como el asma, estrofulus, eczema y se refiere a la importancia excitadora de ciertas glándulas de secreción interna. Pasa revista a la anafilaxia y su influencia en estos casos y con respecto a la constitución alérgica cita la posible sensibilización durante los primeros días de vida, cuando el epitelio intestinal es más permeable, hace resaltar la importancia diagnóstica

de la desproporción entre estímulo y reacción y analiza la importancia de una dietética adecuada. En ciertos casos una alimentación pobre en grasas es útil siempre que sea moderada y no se prolongue. Además de la sensibilización, se refirió a la opoterapia, citando los buenos éxitos obtenidos con el extracto pancreático en la diatesis exudativa. Señala la importancia de la curva térmica para el diagnóstico diferencial con los estados infecciosos.

DISCUSIÓN.—*Dr. S. Madrid Páez* (de Bs. As.): Hace notar que la cuestión de las diátesis y temperamentos fué siempre una nebulosa, no cree conveniente el excesivo análisis y considera como fundamental en estos cuadros la insuficiencia hepática, junto a la insuficiencia de otros órganos digestivos. Hay una debilidad de todos los órganos frente a estímulos extraños, cree que la insuficiencia hepática puede explicar muchos casos.

*Dr. Scria B.* (de Córdoba): Felicita al relator y está de acuerdo en seguir la escuela de Czerny. La observación hecha por el Dr. Madrid Páez se complementa con la consideración de los factores metabólicos, diatésicos. Los distintos criterios sólo pueden demostrarse por el resultado terapéutico. Estos estados se modifican muy bien cuando se instituye una dietética adecuada.

*Dr. Madrid Páez* (de Bs. As.): No fué la suya una discrepancia, sino quiso hacer resaltar un injusto olvido de la importancia del hígado, citando el caso de las grasas y la acidez intestinal, que empeoran a los enfermitos, siendo factores nocivos para el hígado.

*Dr. C. Muniagurria* (de Rosario): Deben precisarse bien y delimitarse los factores hereditarios y congénitos y se pregunta cuáles son sus límites precisos. Son más vastos que las diátesis, refiriéndose, por ejemplo, a la obesidad o flacura, y no cree deben atribuirse a un órgano o sistema determinado. Hay que distinguir entre causa y efecto. Lo constitucional presupone una base estructural y desde luego funcional, debiendo ser hereditario.

*Dr. Velasco Blanco* (de Bs. As.): Agradece el interés despertado por su relato y hace notar que la escuela francesa está abandonando la teoría de atribuir estos estados a la insuficiencia hepática, desde que no encuentran alteraciones en el hígado. En cuanto a lo expuesto por el Dr. Muniagurria, dice que desde luego sería utilísimo poder comprobar alteraciones anatómicas, pero desgraciadamente no siempre se encuentran, son lesiones hereditarias pero funcionales.

*Dr. Madrid Páez* (de Bs. As.): Hace la salvedad de que no quiso decir que el hígado sea la causa, sino que su intervención no debe ser olvidada en el desencadenamiento de estos fenómenos.

2.º **Dr. Benito Soria** (de Córdoba).—**Anomalías constitucionales del lactante y regímenes alimenticios:**

Después de algunas consideraciones sobre su concepto de los temperamentos, se refiere a la dietética como base fundamental de su tratamiento, trayendo 28 historias clínicas que ilustran las distintas modalidades que se observan. En los exudativos debe evitarse la sobrealimentación con leche, huevos y azúcar.

En la neuro y psicopatía puede tratarse de alteraciones generales o localizadas: irritabilidad, vómitos y diarrea.

Cuando un neuropático sufre de espasmo pilórico, se debe investigar la cantidad de alimento retenido y si es insuficiente, el mejor consejo será completar su alimentación por enemas de leche de mujer que se absorbe muy bien y es asimilable.

En la enfermedad celiaca no importa que el niño coma los alimentos variados del adulto, con tal que no le repugnen. En la diátesis raquíica juega un rol preponderante el factor constitucional congénito; en estos niños, a pesar de darles la cantidad normal de leche de pecho con cal suficiente para un niño sano, presentan más tarde manifestaciones raquíicas.

Otro grupo de raquíicos se encuentra en los niños de clase acomodada, alimentación con gran cantidad de leche.

En todos los casos de raquitismo de niño a pecho, éste aparece cuando el niño toma grandes cantidades de alimento al que aparentemente lo soporta.

El niño raquíico debe ser internado y confiado a personal práctico.

En cuanto al origen de la anemia alimenticia, ésta parece estar motivada por una alimentación cuantitativamente suficiente y otras veces por una sobrealimentación en niños predispuestos.

Debemos remarcar el hecho frecuente de que los niños por lo general presentan su anemia cuando tienen un fuerte desarrollo de su pánículo adiposo.

El tratamiento de la constitución anémica es exclusivamente alimenticio.

Se refiere finalmente a la diátesis hidrópica y a su tratamiento dietético.

Termina solicitando del Congreso un voto para que se considere la importancia del estudio constitucional antes que el del tratamiento.

DISCUSIÓN.—*Dr. L. Velasco Blanco* (de Bs. As.): Felicita al comunicante por su exposición y complementa algunos puntos tratados. En los espasmos pilóricos no hay un modo dietético seguro para todos los casos, últimamente utiliza el método de Hess de sondajes duodenales con muy buen éxito, aunque la técnica sea a veces difícil. Hay casos de vómitos incoercibles en los que es imprescindible cambiar la alimentación natural por artificial pobre en grasa tipo Babeurre. Cree también que los niños afectados de enfermedad celíaca son neuropáticos. En cuanto a la espasmofilia, es excepcional entre nosotros la producida por causas alimenticias, aunque más frecuente por infecciones. El pañal jabonoso puede producir pérdidas de vitamina D liposoluble y agravar la decalcificación. Si el niño está confinado, aun alimentado a pecho, es de temer la aparición de raquitismo. Acepta la influencia de la predisposición.

*Dr. Madrid Páez* (de Bs. As.): Se refiere al punto del tratamiento de los vómitos incoercibles. Suministra leche en enemas, de vaca o mujer, según la alimentación del niño, trata en esa forma de desensibilizarlo. Actualmente preconiza la técnica de hacer ingerir 20 grs. de leche media hora antes de cada biberón o tetada.

*Dr. P. Cervini* (de Bs. As.): Su experiencia le enseña que en la génesis del raquitismo la alimentación juega un papel subsidiario. Los casos producidos en el primer semestre son más graves y no suelen mejorar con la dietética y sí casi siempre con tratamiento antisifilítico. En el segundo semestre son más leves, si la alimentación fuera el factor primordial debiera ocurrir lo contrario.

*Dr. J. Valdés* (de Córdoba): En Córdoba observa poco raquitismo, la mayoría frustró, un solo caso osteomalácico por confinación absoluta. En colonos con alimentación carenciada encontró casos de raquitismo en los hijos, a pesar de recibir éstos abundante luz solar.

Pregunta al Dr. Cervini si observó casos similares.

*Dr. Cervini* (de Bs. As.): Vió casos con madres carenciadas, pero aun a veces el tratamiento con ergosterinas puede curar casos de etiología sifilítica. El factor alimenticio no siempre puede po-

nerse en evidencia, pero sí las perturbaciones congénitas o hereditarias.

*Dr. Valdés* (de Córdoba): Sigue informando que la espasmodia y el craneotabes son excepcionales en Córdoba. La neuropatía tampeco es frecuente. Son comunes los casos de hipoplasia, aunque discreta, y las alteraciones de piel y mucosa. Se observan pocos casos de síndromes pilóricos. Llama la atención sobre el hecho de provenir la leche de consumo de vacas criadas a campo libre. No está de acuerdo con las indicaciones dietéticas propuestas por el Dr. Soria. Considera debe evitarse en lo posible internar lactantes raquíuticos y exudativos, a objeto de evitarles complicaciones. En cuanto a las anemias por sobrealimentación, a la que se refiere el Dr. Soria, considera que estos casos deben considerarse como producidas por verdaderas carencias alimenticias de hierro, proteínas o vitaminas, aunque sobrealimentados con hidratos de carbono. Son obesos que enferman de anemia porque tienen perturbada su nutrición.

*Dr. Recalde Cuestas*: Trató varios casos de vómitos incoercibles con leche descremada de mujer, agregándole en ocasiones azúcar con muy buen resultado.

*Dr. Soria* (de Córdoba): Contesta al Dr. Cervini diciendo que dejó voluntariamente de lado otras causas de raquitismo para referirse sólo al alimenticio. Todos los autores admiten la existencia de predisposición y refiere casos producidos por leche de vaca en los que volvió la enfermedad a manifestarse cuando se usó nuevamente ese alimento. Los niños sobrealimentados con leche de vaca tienen raquitismo florido de los huesos del tronco y craneotabes, son obesos, a veces se diagnostican y curan espontáneamente o con alimentación heterogénea. Es raro el día en que no tiene ocasión de observar signos raquíuticos en niños. Cree que conviene internarlos en condiciones adecuadas.

3.º **Dres. Pascual R. Cervini y G. Bogani** (de Bs. As.).—**Raquitismo uveorresistente:**

Refieren la historia de un niño nacido inmaduro, criado sólo a pecho, después de una alimentación transitoria con leche de burra, en el que descubrieron a los seis meses de edad un síndrome raquíutico, de probable etiología luética. Había dos órdenes de hechos

que inclinaban en tal sentido: 1.º maternos: aborto espontáneo de seis meses y prematuridad del historiado. 2.º personales: reacción de Kahn presuntiva, positiva.

Sometido durante cuatro meses, y en forma discontinua, al tratamiento de la ergosterina irradiada, no se logró apreciar, radiográficamente, al fin de este tratamiento, ninguna mejoría, después de habersele administrado una dosis superior a 300.000 unidades antirraquíicas.

En espera de que los efectos de esta terapéutica se logaran bastante más tarde, se dejó transcurrir cinco meses, durante los cuales se amplió la dietética y se le procuró aire y sol, sacándolo constantemente a paseo.

Al final de ese plazo, el niño contaba 15 meses, pesaba 8.000 grs., no caminaba y los huesos de los miembros presentaban todavía la imagen de la cúpula raquíica.

El fracaso de esta terapéutica y la constatación de lesiones de periostitis osificante, en cúbitos y radios, hizo considerar los antecedentes obstétricos ya mencionados, y la reacción de Kahn, presuntiva, positiva.

Hicieron una nueva reacción de Wassermann, la que dió resultado positivo. Catorce inyecciones de bismuto liposoluble terminaron, en poco menos de mes y medio, con un proceso que apenas habían logrado modificar, en nueve meses, la higiene y la ergosterina irradiada.

DISCUSIÓN.—*Dr. Velasco Blanco* (de Bs. As.): Lamenta que en este caso no se hayan empleado los rayos ultravioletas, pues el dosaje de los productos comerciales de ergosterina irradiada no está sujeto a control. Es difícil por eso sacar conclusiones del trabajo.

*Dr. Soria* (de Córdoba): Pide más datos sobre cantidad y tiempo de administración de alimento lácteo artificial. La sobrealimentación láctea puede ser causa de raquitismo.

*Dr. Murtagh*: Cita el caso publicado por Garrahan y Traversaro de craneotabes recurrente que curó con dosis altas de ergosterina.

*Dr. Cervini* (de Bs. As.): Está de acuerdo con la necesidad de controlar eficazmente estos productos, para la concentración en unidades se atiende a las que aseguraba el prospecto. Se debe aceptar la clasificación en unidades rata y no en gotas. En cuanto a los rayos, no se usaron por la pigmentación del enfermito,

que lo hacían poco sensible. El resultado del tratamiento con bismuto es muy demostrativo.

*Dr. Madrid Páez* (de Bs. As.): Se desprende del caso la conclusión de que la ergosterina no actuó y en cambio sí el bismuto. Investigar siempre si hay un factor específico. La alimentación juega un papel preponderante cuando es de tipo exclusivo.

4.º **Dres. Samuel Schere y Juan Carlos Pellerano** (de Bs. As.).—  
**Obesidad en la infancia:**

Después de hacer algunas consideraciones sobre los síntomas tipos, grados de obesidad y su pronóstico en la infancia, se ocupan especialmente del tratamiento, exponiendo los resultados obtenidos en una serie de 21 casos, llegando a las siguientes conclusiones:

1.º La obesidad infantil debe tratarse, sobre todo la del período prepupal, ya que, siguiendo el concepto de Laffitte y Carrié “La pubertad es para el obeso un cabo peligroso; si en ese período enflaquece, la partida está ganada, si por el contrario engruesa, la pubertad se establece mal y entonces la obesidad es casi siempre irremediable”.

2.º La restricción alimenticia, tan útil en el tratamiento del obeso adulto, deja de serlo en el niño, siguiendo principios elementales de diética infantil y máxime, cuando en los hipofisiarios, los cuales constituyen el mayor número de niños obesos puede, según Raab, acarrear graves consecuencias.

3.º Los excelentes resultados obtenidos usando la tiroxina como medicación de fondo les inducen a recomendar esta medicación para el tratamiento de la obesidad infantil.

5.º **Dres. Prof. Schweizer y Ovidio Senet** (de Bs. As.).—  
**Consideraciones sobre el cierre de la fontanela mayor:**

La observación ha demostrado que el área de la fontanela se modifica en su forma, es decir, que sus diámetros cambian a medida que el cráneo va desarrollándose. El diámetro ánteroposterior al nacer es bastante mayor que el transversal, pero, a partir del cuarto mes la fontanela se hace más ancha que larga y persiste así hasta su obliteración, por lo que atribuirse a una osificación lenta de la misma cuando al año está extendida hacia la región frontal. Es en

el pequeño raquitismo donde se observa irregularidad en el cierre de la fontanella.

Tiene, también, influencia la alimentación y ambiente higiénico del niño. Hay un factor individual que depende, en primer lugar, del tamaño y forma de la fontanela al nacimiento y en segundo lugar de la influencia de la mala alimentación o factores raquitizantes.

Al apreciar, en un lactante, el área de la fontanela no se le puede valorar con precisión si se desconoce su tamaño al nacimiento.

La extensión superficial sólo sirve como dato relativo, más importante en la relación entre los diámetros ánteroposterior y transversal.

*(Continuará).*

---

# Sociedad de Pediatría de Montevideo

SESION DEL 24 DE AGOSTO DE 1934

Preside el Dr. V. Zerbino

## Complejo de castración y estado melancólico en un adolescente

*Dr. J. M. Estapé.*—Se trata de un joven de 17 años de edad, longilineo-microsplánico (Pende), cuya emotividad constitucional fué sacudida fuertemente a los 11 años, por un traumatismo psicosexual violento, al ser amenazado por su padre de que sería castrado si seguía masturbándose. Así surgió en el psiquismo atormentado de este adolescente un conjunto de estados psicoafectivos a psicosexuales, que constituyeron un complejo de castración, el cual, evolucionando en el terreno de la emotividad constitucional, originó una depresión melancólica conciente. El pronóstico tenía que ser reservado, porque era de temer la evolución hacia la esquizofrenia o demencia precoz. Destaca, del punto de vista psicopedagógico, el error gravísimo del empleo de los procedimientos clásicos de la escuela coercitiva, en la educación psicosexual del niño y del adolescente. La educación en general y la educación psicosexual en particular, deben orientarse suavemente, mediante la simpatía y la persuasión, evitando la intimidación brutal y explicando los hechos y fenómenos de la esfera psicosexual de una manera natural, lógica y familiar.

## Enfisema subcutáneo en la infancia

*Dr. C. Gianelli.*—Relata dos casos observados en dos casos de primera infancia, en el Servicio del Prof. Burghi, en el hospital "Visca". El primero, niño de 30 meses; hijo de padre específico 12 años antes, pero tratado intensamente durante tres años, hasta ser autorizado a casarse, con Wassermann negativa; madre sana, con Wassermann negativa. El niño ha sufrido de catarros frecuentes, durante el primer año. Enfermó dos días antes de ingresar, con fiebre, vómitos y luego convulsiones; al segundo día, tumefacción voluminosa del cuello y parte superior del tórax. Hipertermia (40°), ansiedad, gran disnea, tirajes superior e inferior, cianosis; tórax raquítico, vientre globuloso, hígado grande, pulso rápido y tenso; cuello proconsular;

crepitación de enfisema en el cuello, tórax, miembros superiores y parte superior del abdomen; sonoridad timpánica en el hemitórax derecho; a la auscultación pulmonar, ronquidos. Oxigenación, balneación caliente, tonicardíacos, luminal. El enfisema disminuye en el cuello, pero se extiende por el tronco hasta las bolsas. Mejoría en los días siguientes, hasta llegar a la apirexia al séptimo día, desapareciendo totalmente el enfisema subcutáneo. A la radiografía, sombras difusas perihiliares, prolongándose hacia la región cardio-diafragmática. Reacción de Wassermann, negativa; reacciones a la tuberculina, negativas.

El segundo enfermo era una niña de 10 meses, sin antecedentes de importancia, eutrófica, que enfermó cinco días antes del ingreso, con fiebre alta y tos; luego, disnea. Ingresa febril (39°), pálida, inquieta; disnea y tiraje moderados, sin cianosis; disminución de sonoridad en la base del pulmón derecho, atrás, con ligero soplo tubario y estertores húmedos finos. Al radioscopio, ligeras sombras en la base derecha. Al tercer día se acentúa la disnea y aparece enfisema subcutáneo, que se extiende desde el cuello, hacia abajo, hasta los miembros inferiores. Después del séptimo día comienza a mejorar y es dada de alta a los 20 días, completamente curada. Recuerda algunos casos tomados a la bibliografía uruguaya y hace breves consideraciones sobre el tema.

#### Un caso de tumor cerebeloso (Glioma del vermis)

*Dres. R. Charlone y M. L. Saldún de Rodríguez.*—Niña de 3 años de edad, ingresada al Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura (Prof. Morquio), presentando una inclinación lateral, flexión y rotación de la cabeza, que databa de dos meses atrás, sobrevenidas a raíz de un episodio febril intenso, con excitación y delirio, el que terminó con supuración de ambos oídos. Persistiendo el tortícolis, aparecieron más tarde, cefalalgia, vómitos, dificultad de la marcha. Presentaba nistagmo horizontal, movimientos incoordinados de los miembros, disyunción de las suturas craneanas, marcha de ébrio, éstasis papilar, etc. En suma, síndrome cerebeloso. Reacción tuberculínica y de Wassermann, negativas; reacción de Cassoni, positiva. Se practica una craneotomía decompresiva (Dr. Rodríguez Castro), puncionándose sin resultado el hemisferio cerebral derecho. Muerte: tres meses más tarde, encontrándose a la autopsia, un glioma del vermis cerebeloso. Hacen consideraciones sobre el diagnóstico diferencial entre los tumores de la línea media (vermis y cuarto ventrículo) y los de los hemisferios cerebelosos. Resaltan la dificultad de su búsqueda en el niño chico y las mayores probabilidades del diagnóstico en la segunda infancia. Mencionan otro caso, estudiado por uno de ellos, el Prof. Bonaba y el Dr. A. Volpe, donde se trataba de un niño de 6 años de edad, en el que pudo diagnosticarse la localización en el hemisferio izquierdo; producida la muerte, por hemorragia súbita intratumoral, al año y medio de evolución, se comprobó, en la necropsia, la existencia de un tumor gliomatoso en el sitio sospechado.

Tras breves referencias a las estadísticas de tumores cerebrales y cerebelosos, de Cushing, de Starr y de Morquio y a la clasificación histológica de los gliomas, se ocupan de la reacción de Cassoni, que en el caso había sido

positiva, tratándose, por consiguiente de una falsa reacción; citan otros casos de error y terminan con amplias consideraciones sobre dicha reacción, su técnica, su lectura y sus resultados.

### Encefalitis postdiftérica

*Dres. C. M. Braberousse y J. C. Suárez.*—Refieren un caso observado en el Servicio del Prof. A. Carrau, en el hospital "Visca", correspondiendo a un niño de 4 ½ años de edad. Vacunado con tres dosis de anatoxina, en 1930, ingresa al Servicio de Infecto-Contagiosos (Prof. Leúnda), el 30 de julio de 1933, con una forma grave de difteria faríngea, tratada a las 24 horas del comienzo aparente con 100 c.c. el primer día (50 intramuscular y 50 subcutáneo) y 60 c.c. el segundo (50 intramuscular y 10 intravenoso). Caída de las membranas al sexto día. A los 21 días del comienzo, presenta un síndrome nervioso de tipo cerebeloso, sin parálisis periféricas, con discreta reacción meníngea, que deja como residuo una hemiplejía espasmódica total, izquierda. Llamam la atención sobre el carácter variable, en el tiempo y en la localización, de los signos nerviosos; sobre la forma solapada, sin ictus y sin síntomas llamativos, con que progresivamente se estableció la hemiplejía; sobre la ausencia absoluta de parálisis periféricas y la neta predominancia de los síntomas cerebrales; sobre lo accidentado de la evolución del proceso diftérico, impresionando en cierto momento como un síndrome maligno secundario, con hepatomegalia dolorosa, vómitos y taquicardia extrasistólica, sin que se constatará, clínicamente, lesión cardíaca; por último, sobre la evolución favorable, que sólo deja en el momento actual (10 meses más tarde, la hemiplejía espasmódica completa, con los caracteres cada vez más marcados de la hemiplejía cerebral infantil. Hacen, luego, breves consideraciones, sobre las complicaciones encefálicas de la difteria, revisando la literatura médica.

### El sulfato de estriquina a altas dosis en el niño

*Dr. J. B. Gil.*—Ha ensayado las altas dosis del sulfato de estriquina, en las polineuritis diftéricas, en una parálisis infantil complicada de difteria, en una paraplejía con síntomas cerebelosos de origen sifilítico, en un caso de dilatación brónquica y, por último, en algunos estados asténicos. Los niños mayores de tres años toleran bien dosis mucho más altas de estriquina que las usadas corrientemente, pudiendo llegar a darse hasta 15, 20 y más miligramos por día, en dosis progresivamente aumentadas. La tolerancia le parece que guarda más bien relación con la edad que con la intensidad de los trastornos parésicos. Cuando se utilizan más de 12 miligramos, es frecuente observar síntomas de intolerancia y como el efecto terapéutico es más o menos el mismo que cuando se emplean de 8 a 12 mgrs., considera innecesario sobrepasar estas últimas cifras, salvo en el caso de trastornos muy profundos. Si bien el niño llega a tolerar dosis altas por vía subcutánea, —cuando se ha realizado lentamente la progresión—, considera que el máximo de efecto se obtiene mejor fraccionando la dosis total en 3 ó 4 veces, para mantener al organismo bajo la acción permanente de la estriquina.

Para las parálisis del velo del paladar o de la acomodación, cree innecesario sobrepasar la dosis de 8 mgrs. Los primeros síntomas de intolerancia observados han sido: midriasis, vómitos, mareos, sudores profusos, sequedad de garganta, excitación nerviosa; éstos no obligan a la supresión del tratamiento, pero sí a disminuir las dosis totales.

Discusión: *Dr. C. Pelfort*.—Recuerda que en la Revista de los Hospitales (Montevideo, 1913, págs. 592-6), se ocupó de las "Dosis e indicaciones de la Estricnina", en una Revista General, considerando sobre todo las opiniones de Troisfontanines, Hartenberg y Martinet, todos partidarios de la elevación de las dosis habituales en el empleo de la estricnina. El primero de ellos llegaba hasta aconsejar 2, 3 y hasta 4 centigramos por día; el segundo, preconizaba elevar la dosis hasta la aparición de los primeros síntomas de saturación (ligera ebriedad, vértigo, rigidez de la mandíbula o de las piernas); el aumento de la dosis se hacía progresivamente, pues el acostumbramiento sobrevendría rápidamente. En cuanto para Martinet, la dosis cotidiana manejable sería la de 5 a 15 mgrs. Dice que ha tenido ocasión de emplear la estricnina en las polineuritis diftéricas, a dosis que no sobrepasaban de 2 a 3 mgrs. diarios, obteniendo la curación a plazos más o menos breves, sin que le pareciera conveniente el empleo de dosis mayores.

#### Los catarros respiratorios del lactante pequeño. Valor profiláctico de la transfusión

*Dr. J. Obes Polleri*.—Hace notar la influencia creciente de los catarros respiratorios en los coeficientes de mortalidad infantil. Destaca en especial, su papel en la morbilidad y en la mortalidad de los internados de lactantes, algunos de cuyos aspectos ha analizado en un trabajo anterior. Ahora, se refiere exclusivamente a una cierta categoría de niños, que en esos establecimientos pagan un irritante tributo de mortalidad: los niños de las primeras semanas. Estos, son víctimas fáciles de epidemias, de catarros de las vías respiratorias que, con una sintomatología frustrada, en la que predominan el descenso de peso y la palidez, evolucionan muy frecuentemente hacia la muerte, a pesar de numerosos medios terapéuticos ensayados. La profilaxis es difícil, a pesar de los recursos de la moderna técnica hospitalaria (aislamiento, mascarillas del personal, etc.) debido a la extraordinaria difusión que, por razones de clima, tienen en nuestro medio los catarros respiratorios. Las vacunas generales y locales se han mostrado ineficaces, como era de esperar, en esta edad, en la que los procesos de inmunidad activa son muy limitados. Ha recurrido a la transfusión para suministrar al lactante pequeño las condiciones de inmunidad de que indiscutiblemente goza el adulto. Dos años de experiencia y más de 500 transfusiones le permiten llegar a conclusiones notablemente favorables. Ha llegado a dominar radicalmente la causa de mortalidad que estudia, en el Servicio a su cargo. Utiliza la vía intramuscular (cara externa del muslo) inyectando cantidades que oscilan entre 10 cmc. y 25, repitiendo las inyecciones si sospecha la posibilidad de la existencia de una infección respiratoria.

Discusión: *Dr. J. R. Marcos.*—Dice que la experiencia adquirida en la Clínica del Prof. Burghi, respecto del empleo de las transfusiones de sangre en el tratamiento de las afecciones respiratorias agudas de los lactantes, no es favorable al procedimiento.

*Dr. V. Zerbino.*—Recuerda trabajos anteriores suyos, dando cuenta de buenos resultados obtenidos con esta terapéutica.

*Dr. C. Pelfort.*—Manifiesta que sin ver en ella una panácea, la hetero-hemoterapia puede ser de resultados útiles en el tratamiento de las bronconeumonías del lactante, donde ha visto resultados favorables. Pero, sobre todo, es de un efecto sugestivo importante sobre los padres, cosa que hay que tener muy en cuenta en procesos de tanta gravedad y contra los que no disponemos de medicamentos específicos ni de eficacia indiscutida.

Voto de aplauso a los Dres. A. Carrau y J. J. Leunda

Se tributa un voto de aplauso a los mencionados consocios por haber sido designados Profesores Libres de Clínica Pediátrica y de Clínica de Enfermedades Infecto-Contagiosas, respectivamente, después de haber rendido con brillantez las pruebas reglamentarias.

---

*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

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

## Sociedad Argentina de Pediatría

OCTAVA SESION CIENTIFICA: 14 de agosto de 1934

Presidencia del Dr. Florencio Bazán

### Presentación de un aparato poliextractor de leche de mujer

*Dr. Saúl I. Bettinotti.*—Con el objeto de evitar el fraude, hecho posible dada la organización que tienen actualmente los lactarios (Instituciones destinadas a la provisión de leche de mujer extraída), ha ideado el aparato que presenta a la consideración de esta Sociedad. Permite la extracción simultánea de leche de ocho mujeres, manteniendo la separación y medida de la leche obtenida de cada una. La leche cae directamente a un frasco esterilizado, sin tener contacto alguno con conductores de gomas o de otra substancia. Se puede vigilar directamente la extracción, operación que se realiza en pocos minutos, imposibilitando cualquier maniobra de fraude. Funciona eléctricamente controlándose la succión por medio de un vacuómetro. La realización de la parte mecánica ha correspondido al Sr. Julio D. Fabri, a quien agradece su inteligente dedicación.

Discusión: *Prof. Dr. Casaubón.*—Felicitó al relator por su ingenioso dispositivo, proponiendo que se le denomine "Poliextractor Dr. Bettinotti".

*Prof. Acuña.*—Ha visto funcionar el aparato que reúne grandes ventajas: aséptico, rápido, sin molestias ni dolor para las amas y que permite extraer las cantidades necesarias para el Servicio de la Cátedra.

Llena las condiciones de la extracción mecánica; la leche extraída en esas condiciones, llena todas las condiciones exigidas. Permite guardar la leche congelándola; a las ventajas de orden médico se le sumarán las de orden social. Se adhiere a las felicitaciones del Prof. Casaubón.

*Dr. Garrahan.*—En el Instituto de Maternidad usan el aparato de Shere, basado en el mismo principio que el aparato del Dr. Bettinotti, que ha venido a solucionar el problema de la extracción mecánica, por lo que felicita a su autor.

*Dr. Bettinotti.*—Agradece las conceptuosas palabras de los Profesores Casaubón, Acuña y Garrahan. Dice que al planearse el aparato en cuestión se tuvieron que resolver tres dificultades técnicas: Cantidad de vacío con ener-

gía útil de succión. Succión alternante controlada por la misma mujer y simultánea en las 8 amas, siguiendo cada cual su ritmo. Poder disponer de una bomba aspirante compacta y relativamente silenciosa, cualidades que no poseen los aparatos actualmente en uso de nuestras instituciones.

#### **Sobre la naturaleza y la causa de la esclerodermia del recién nacido**

*Dres. Juan P. Garrahan y G. Thomas.*—Los relatores presentan la observación de un caso que revela la posibilidad de que el proceso llamado esteatonecrosis se produzca en niños que no han sufrido traumatismo y permite pensar por sus características anatomopatológicas, que quizá no todas las observaciones de la llamada induración cutánea curable del recién nacido, sean de igual naturaleza.

Al decir que no ha sufrido traumatismo, se refieren al parto largo y laborioso, a las maniobras obstétricas, al forceps, a la flagelación del niño, nada de lo cual ocurrió en su observación. No dejan de advertir que hubo cierto grado de sufrimiento fetal. Creen que la observación que dan a conocer y el comentario que sobre el punto han hecho, contribuyen a poner en duda la veracidad absoluta del concepto tan difundido de la necrosis traumática de la grasa para explicar la génesis de la antes llamada esclerodermia del recién nacido.

Discusión: *Dr. Pedro Elizalde.*—Califica de interesante la observación de los relatores, siendo solamente de lamentar que no se hayan hecho preparaciones especiales con cortes en congelación, que no destruyendo las grasas permitieran su completo estudio. En cuanto a la designación de esclerodermia está de acuerdo con el Dr. Garrahan, en que tiene la ventaja de no prejuzgar acerca de la etiopatogenia y anatomía patológica del proceso, por lo que es más conveniente.

#### **Megadiafragma derecho**

*Dres. Alfredo Casaubón y S. Cossay.*—Los comunicantes presentan la observación de una niña de 9 años de edad, cuyo examen clínico revelaba un proceso de base pulmonar derecha de difícil diagnóstico por el sólo examen clínico y que sólo la radiografía permitió establecerlo con certeza. Estudian las principales malformaciones congénitas del diafragma, hernias, eventraciones, estableciendo su diagnóstico diferencial y sus características clínicas y radiológicas.

Por presentar el hemidiafragma derecho una motilidad normal, por lo menos en sus dos terceras partes, adoptan el nombre de megadiafragma para calificar la malformación congénita que presentaba la niña en estudio. Acompañan un interesante estudio radiográfico.

Discusión: *Dr. Pedro de Elizalde.*—Al discutirse el año pasado la cuestión de la terminología, decía que eventración significa el traslado de las vísceras sin haber efracción o solución de continuidad. En ese sentido el megadiafragma no es sino una eventración del diafragma.

*Dr. Casaubón.*—En realidad, hay que entenderse sobre los términos. En el

megadiafragma no hay lesiones musculares del diafragma; sólo el estudio anatómopatológico podría decidir la cuestión.

**El recién nacido hijo de la tuberculosa** (Contribución a su estudio)

*Dres. N. Palacios Costa y Florencio Escardó.*—Los autores presentan una estadística de 126 niños, entre los cuales 19 son prematuros, hijos de madres tuberculosas, separados inmediatamente después del nacimiento.

Detallan las condiciones de peso, medidas antropológicas y vitalidad y las relacionan con el grado de infección materna. Comparan sus cifras con la de todos los autores que se han ocupado del tema. Describen un caso de tuberculosis congénita debidamente comprobado; se detienen especialmente en el estudio de los prematuros y formulan la conducta a seguir en la crianza de estos niños.

Terminan con un resumen y comentario de la bibliografía existente sobre el estudio del recién nacido, hijo de la tuberculosa.

---

## Análisis de Libros y Revistas

---

PIGEAUD y BROCHIER.—*Discordance entre les différents critères du diagnostic de la syphilis congénitale du nouveau-né.* "Le Nourrison", septiembre de 1934.

Hacen notar las dificultades para el diagnóstico de la sífilis congénita y refieren cuatro observaciones típicas. La primera, feto macerado expulsado a los 7 ½ meses. Síntoma de Wegner muy positivo. Reacción de Wassermann, negativa en la sangre de la madre. Numerosos treponemas en los frotis de hígado y corazón.

La segunda, prematura de 6 ½ meses, muerto a las 3 horas. Síntoma de Gegner, positivo. Reacción de Wassermann, negativa, en la sangre materna.

Numerosas espiroquetas en los frotis del corazón.

La tercera, niño de 3.600 grs. muerto al décimo cuarto día. Síntoma de Wegner, muy positivo. Reacción de Wassermann, negativa, en la sangre materna.

Numerosos treponemas en los frotis del hígado.

Observación cuarta: Niño de 3.660 grs., nacido espontáneamente y muerto 1 ¼ horas después. Síntoma de Gegner, negativo. Reacción de Wassermann, negativa, en la sangre materna.

Numerosos treponemas en los frotis del hígado.

*Felipe de Filippi*

E. POULIQUEN.—*Au sujet du diagnostic précoce et du traitement de l'invagination intestinale du Nourrison.* "La Presse Médicale", 12 de septiembre de 1934.

Insiste el autor en la precocidad del diagnóstico antes de que la triada clásica (vómitos, cólicos, emisión sanguinolenta por ano) aparezca, pues la emisión de sangre suele ser tardía en su aparición.

Con ese objeto recalca que el *vómito* rara vez falta y su repetición es la regla, teniendo como acompañante el *rechazo del seno o biberón, el cólico* de aparición brusca, como en una hernia que recién se estrangulara, con gritos y agitación que calma, para repetir el mismo cuadro minutos después. Se deben dar gran importancia a estos dolores y más aun a su *intermitencia*; esta se explica porque el budín de invaginación en su progresión se desplaza a continuación de contracciones sucesivas del intestino y no de modos continuos.

Con este cuadro hacer inmediatamente tacto rectal no para buscar el budín que no llega aún a la vecindad del ano, sino a objeto de controlar la presencia de sangre o moco sangre que haría el diagnóstico.

Y si el tacto es negativo, un enema opaco quedará al nivel de la cabeza del budín de invaginación, una imagen en media luna o en cúpula patognomónicas.

Como tratamientos: el enema baritado (200 grs. en un litro de agua) hecho al lado de la sala de operaciones con todo listo para la intervención. Cuando la barita pasó fácilmente al delgado y no se palpe más el budín, la reducción es cierta y no debe operarse.

El autor se muestra partidario del enema bien hecho (da detalles explicativos) habiendo conseguido reducciones en un 60 % de casos. De fracasar, intervenir inmediatamente, en que la rapidez operatoria es primordial, preferible la lateral derecha. Sin enema raramente podría practicársela, pero gracias al rechazamiento del budín por la presión hidráulica, se le puede emplear en cada caso.

M. C. Corlín

FRANCESCO TECILAZIC.—*La pertose e le sue manifestazioni radiologiche.*  
“La Pediatria”, agosto de 1934.

Recuerda las investigaciones anatomopatológicas e histológicas de Popischill y Feyter que precisaron la localización de las lesiones en las partes declives del pulmón y su naturaleza; peribronquitis con lesiones perivasculares e intersticiales, en algunos casos endobronquitis mucopurulenta. Además, por motivos no bien precisados los bronquios de cualquier calibre se dilatan hasta presentar verdaderas bronquiectasias.

Se refiere al trabajo de Pincherle, quien describe radiológicamente como alteración característica la presencia de numerosas y pequeñas formaciones anulares subclaviculares en ambos pulmones, con aumento notable de la estriación bronquial inferior. Estas formaciones anulares presentan un margen intensamente opaco, contrastando con el centro. Este síntoma aparece en el estado de tos convulsiva.

Göttche, en el año 1928, estudia especialmente las alteraciones peribronquiales de las bases y describe un triángulo oscuro que tiene por base al diafragma, llamándolo “triángulo basal” y correspon a las lesiones del bronquio inferior del lado derecho. Es muy visible a la 7.<sup>a</sup> u 8.<sup>a</sup> semana. Al finalizar el estado de tos convulsiva, este triángulo, que varía su forma según la edad del niño, tiende a desaparecer.

De las investigaciones del autor del artículo, resulta que al iniciarse la enfermedad aparecen constantemente rarefacciones en el campo pulmonar superior, con las formas anulares de Pincherle. Estas parecen deberse a pequeñas dilataciones brónquicas vistas de través, o pequeñas zonas de enfisema. El triángulo basal de Göttche se observa en un período ulterior y es debido a lesiones de endo y peribronquitis, es excepcional observarlo sólo sin lesiones anulares concomitantes. En un período ulterior los hilios se espesan por tumefacción ganglionar, previo un estado de estriación simple, sintomática de *hilitis*, según denominación del autor.

Felipe de Filippi

## CRONICA

---

### IX Conferencia Sanitaria Panamericana y II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura

Desde el 12 al 25 de noviembre se reunieron la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, y la II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura.

Los delegados a la IX Conferencia fueron:

*Bolivia*: Dr. Casto Rojas; *Colombia*: Dres. Jorge Bejarano y Lucio A. García; *Costa Rica*: Dr. Solón Nuñez; *Cuba*: Dr. Domingo Ramos; *Chile*: Dres. Sotero del Río, Eugenio Suárez, Víctor Grossi y Waldemar Coutts; *Ecuador*: Dr. Juan José Samaniego; *El Salvador*: Sr. José Villegas Muños; *Estados Unidos de América*: Dres. Hugh S. Cumming, Bolívar Lloyd y Kendall Emerson; *Estados Unidos del Brasil*: Dres. Sérvulo Lima y Orlando Roças; *Guatemala*: Dr. Manuel Arroyo; *Haití*: Dr. Horacio Rubio; *Honduras*: Dr. Manuel F. Rodríguez; *México*: Dres. Francisco de P. Miranda y Francisco Vázquez Pérez; *Nicaragua*: Dr. Rubén Darío; *Panamá*: Dr. Pablo B. Ocamou; *Paraguay*: Dres. Cayetano Masi y Andrés Gubetich; *Perú*: Dres. Carlos Monge, Carlos Enrique Paz Soldán y Luis Vargas Prada; *República Dominicana*: Dres. Max Henriquez Ureña y Osvaldo Loudet; *República Oriental del Uruguay*: Dres. Justo F. González, Javier Gomensoro y Rafael Schiaffino; *Venezuela*: Dr. Carlos Diez del Ciervo; *República Argentina*: Dres. Gregorio Aráoz Alfaro, Miguel Susini, Juan M. Obarrio, Bernardo Houssay, Pedro Baliña, Alberto Zwanck, Raúl Vaccarezza, Alfredo Sordelli y Manuel I. Battaglia.

#### REPRESENTANTES E INVITADOS ESPECIALES

*Oficina Sanitaria Panamericana*: Dr. John D. Long; *Oficina Internacional de Higiene Pública (París)*: Dr. M. T. Morgan; *Rockefeller Foundation*: Dr. Fred L. Soper; *Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones*: Frank Boudreau.

Los delegados de la II Conferencia de Eugenesia y Homicultura fueron:

*Argentina*: Dres. Raúl Cibils Aguirre, Gregorio Aráoz Alfaro, Marmerto Acuña, A. Peralta Ramos, L. A. Podestá Costa, Alberto Zwanck, Josué Beruti y A. Raimondi; *Bolivia*: Dr. Casto Rojas; *Brasil*: Dres. Sérvulo Lima y Orlando Rogas; *Colombia*: Dres. Jorge Bejarano y Lucio A. García; *Costa Rica*: Dr. Solón Nuñez; *Cuba*: Dr. Domingo Ramos; *Chile*: Dres. Víctor Grossi y Waldemar Coutts; *Ecuador*: Dr. Juan José Samaniego; *El Salvador*: Sr. José Villegas Muñoz; *Estados Unidos de América*: Dres. Hugh S. Cumming, Bolívar Lloyd y Kendall Emerson; *Guatemala*: Dr. Manuel Arroyo; *Haití*: Dr. Horacio Rubio; *Honduras*: Dr. Manuel F. Rodríguez; *México*: Dres. Francisco de P. Miranda y Francisco Vázquez Pérez; *Nicaragua*: Dr. Rubén Darío; *Panamá*: Dr. Pablo B. Ocamou; *Paraguay*: Dres. Cayetano Masí y Andrés Gubetich; *Perú*: Dres. Carlos Monge, Carlos Enrique Paz Soldán y Luis Vargas Prada; *República Dominicana*: Dres. Max Henriquez Ureña y Osvaldo Loudet; *Uruguay*: Dres. Roberto Berro y Víctor Escardó y Anaya; *Venezuela*: Dr. Carlos Diez del Ciervo.

#### REPRESENTANTES E INVITADOS ESPECIALES

*Oficina Sanitaria Panamericana*: Dr. John D. Long; *Oficina Internacional de Higiene Pública* (París): Dr. M. T. Morgan; *Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones*: Frank Boudreau.

Exposición de eugenesia de H. H. Laughlin del "Eugenics Record office de la Institution Carnegie", (presentada por el Dr. Domingo Ramos) (local del Concejo Deliberante, Perú 130).

Se trataron los temas siguientes, en la IX Conferencia Sanitaria Panamericana:

(de acuerdo con resoluciones de la anterior Conferencia de Lima, de la de Directores de Sanidad de 1931, de las 6.<sup>a</sup> y 7.<sup>a</sup> Conferencias Internacionales Americanas y a pedido de algunos directores de Sanidad)

- 1°.—Código Sanitario Panamericano. Su ratificación. Estudio de los artículos que hayan motivado reservas o dificultades.
- 2°.—Convención Sanitaria Internacional para la Navegación Aérea.
- 3°.—Demografía. Bases uniformes para toda América.
- 4°.—Organización Sanitaria. Base "per capita" para los presupuestos de sanidad.
- 5°.—Asistencia hospitalaria en relación con los Servicios de Sanidad Pública.
- 6°.—Organización de los Servicios de Epidemiología y Profilaxis en los Departamentos de Salud Pública de las ciudades.

- 7.—Coordinación de los Servicios Sanitarios federales, estatales y municipales.
- 8°.—Enfermedades Tropicales.  
Creación del Instituto de Medicina Tropical "Carlos J. Finlay", (de la 7.<sup>a</sup> Conferencia Internacional Americana).
- 9°.—La Fiebre Amarilla.
- 10°.—El Paludismo. Organización de la lucha antipalúdica.
- 11°.—La Anquilostomiasis en América. Métodos de lucha.
- 12°.—Saneamiento Rural.
- 13°.—La Lepra.
- 14°.—La Peste. Su erradicación de América. Métodos de lucha.
- 15°.—El Tifus Exantemático y otras enfermedades exantemáticas.
- 16°.—La Fiebre Ondulante en América.
- 17°.—La vacunación antivariólica. Accidentes postvaccinales.
- 18°.—Ofidismo y aracnoidismo en América. Descripción de las principales especies ponzoñosas.
- 19°.—Eugenesia.  
Relaciones de la Oficina Panamericana de Eugenesia y Homicultura con la Oficina Panamericana (de la 6.<sup>a</sup> Conferencia Internacional Americana).
- 20°.—La lucha contra la Mortalidad Infantil. Protección de la Infancia y de la Maternidad.  
Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia (de la 7.<sup>a</sup> Conferencia Internacional Americana).
- 21°.—La protección del niño en edad pre-escolar.
- 22°.—La Higiene Escolar. Organización y reformas.
- 23°.—La Tuberculosis y, en particular, la vacunación antituberculosa.  
Proyecto de Instituto Panamericano de la Tuberculosis (de la 7.<sup>a</sup> Conferencia Internacional Americana).
- 24°.—La lucha contra las enfermedades venéreas.
- 25°.—Estupefacientes y especialidades farmacéuticas.  
Unificación u homologación de las farmacopeas.
- 26°.—El Alcoholismo. Medios más eficaces de lucha.
- 27°.—El problema de la alimentación popular en América. Beriberi.
- 28°.—La Leche. Su producción y expendio en condiciones higiénicas.
- 29°.—Provisión de agua potable.  
Estudio sistemático hidro-geológico del subsuelo americano como fuente de provisión. Captación, distribución y depuración. Resultados de los diversos métodos empleados.
- 30°.—Desagües cloacales y tratamiento de los líquidos.
- 31°.—Acción de la prensa y de los otros medios de propaganda, a través de los organismos de salud pública, en la formación de la conciencia sanitaria del pueblo.
- 32°.—La enseñanza de la higiene como factor preponderante en el mejoramiento de la salud pública.

---

(Según el Reglamento, cualquier delegación, si es apoyada por otra, podrá proponer nuevos asuntos que requerirán para su inclusión dos tercios de votos).

En la II Conferencia de Eugenesia y Homicultura, los temas tratados fueron los siguientes:

- 1°.—Informe de la Oficina Panamericana de Eugenesia y Homicultura sobre su trabajo y en relación con el III Congreso Internacional de Eugenesia.
- 2°.—Informe de las Delegaciones sobre Eugenesia y Homicultura en cada una de las Repúblicas Americanas.
- 3°.—Valor Comparativo de las medidas eugénicas.
- 4°.—La Eugenesia Americana y sus posibilidades.
- 5°.—Estudios de población en relación a un proyecto para la investigación científica de la historia de la población Americana, del Dr. H. H. Laughlin.
- 6°.—La raza andina. Características biológicas del hombre de los Andes.
- 7°.—Ley modelo de inmigración para las Repúblicas Americanas. Condiciones eugénicas exigibles al inmigrante.
- 8°.—Examen médico prenupcial.
- 9°.—Eugenesia y Maternidad.
- 10°.—Eugenesia e infancia. Código del niño.
- 11°.—El lactario como institución médico-social de previsión.
- 12°.—Prevención de la tuberculosis. Vacuna de Calmette.
- 13°.—Esterilización eugénica.
- 14°.—Relaciones de la Oficina Panamericana de Eugenesia y Homicultura, con la Oficina Sanitaria Panamericana. Constitución permanente y reglamentación. (Resolución de la Sexta Conferencia Internacional de las Repúblicas Americanas).
- 15°.—Relaciones de la Oficina Panamericana de Eugenesia y Homicultura con la Federación Internacional de Organizaciones de Eugenesia.

Los delegados recibieron el homenaje de las autoridades nacionales y de las comisiones organizadoras argentinas.

Creemos que ha quedado un remanente aprovechable de gran interés para la comunidad de Repúblicas Americanas.

Se han discutido temas que representan problemas sanitarios que le son comunes.

Ha sido también motivo de un acercamiento espiritual y de concordia interamericana.

---