
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*(Conclusión)***Esplenectomía de la ictericia hemolítica**

Enfermedad que se inicia, por lo común, en la infancia, de evolución crónica con repercusión sobre el estado general, tanto físico como psíquico, compatible con la vida en condiciones de inferioridad fisiológica, pudiendo pasar a la adolescencia y adultez, no curando espontáneamente ni obedeciendo a tratamientos médicos, pudiendo obtener por la extirpación del bazo, resultados curativos.

En la infancia no es este un tratamiento corriente, faltando experiencia en qué apoyar las conclusiones, pero, a base de las existentes y de nuestros casos personales, podremos emitir una opinión fundada.

La indicación operatoria de este síndrome de ictericia hemolítica, surge en la infancia, sea de las frecuentes crisis de deglobulización con gravedad del estado anémico y acentuación de la ictericia, sea de la cronicidad del mal, con repercusión sobre la nutrición

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

general, el crecimiento y los procesos de inmunidad que se encuentran disminuídos.

En efecto, y como se desprende del estudio de nuestros casos, se trata de niños de talla y peso inferiores a la normal, de aspecto enfermizo, por lo común tristes y apáticos, que hacen infecciones de todo orden, con interurrencias febriles inexplicables.

Son niños, física y psíquicamente retardados, cuya actividad general e índice de salud se encuentran por debajo del término medio normal. Si a ello agregamos que el mal es crónico, con graves interurrencias de empeoramiento y que los tratamientos médicos hasta ahora empleados no modifican sino de manera incompleta y transitoria, este estado mórbido, es fácil comprender que ante tal dilema, y una vez sentado el diagnóstico en forma categórica, deba ser planteada la indicación operatoria.

Que la edad no es un factor para hacerla diferir para más adelante, salvo naturalmente circunstancias excepcionales, lo demuestran los resultados favorables obtenidos en niños de meses. Uno de nuestros esplenectomizados tenía 4 1/2 años, otro 10 meses, otro 6 meses; todos toleraron la intervención sin accidentes.

El hecho de que algunos ictericos pasen la adolescencia y lleguen a la adultez dentro de relativas condiciones de actividad, no deberá detener la indicación operatoria, pues, a parte de ser ello excepcional, no debemos olvidar que en el mejor de los casos se trata de enfermos sobre los que gravita constantemente, la amenaza de rápidos empeoramientos, que puede llevarlos hasta la muerte, como lo confirma el caso referido por los Dres. Beretervide y Alurralde, de una enferma, que observada en la infancia, terminó a los 19 años en una de esas crisis de deglobulización; como lo comprueba, también, el enfermito de nuestra publicación de 1908, entonces de 12 años de edad, que fallece a los 21 años en plena anemia e ictericia.

En el niño la *indicación operatoria* no es dada ni por la gran hipertrofia del órgano ni por el éxtasis sanguíneo que acarrea, ni por las crisis vesiculares o esplénicas, raras en esa época de la vida.

Debe resultar, en cambio, del análisis clínico de conjunto, ante la cronicidad del proceso, que por su rebeldía conduce al déficit del desarrollo general que puede ir acentuándose con la edad para presentar durante la pubertad y adultez, verdaderos empeoramientos, con serios peligros de la vida.

Por eso, creemos, que en tales circunstancias y ante un diag-

nóstico cierto de ictericia hemolítica congénita, debe sentarse también con firmeza la indicación de la esplenectomía.

Una *contraindicación formal* a la extirpación del bazo será la que resulta de un mal funcionamiento hepático con peligro de posible insuficiencia de hígado; peligro felizmente raro ya que no se presentó, en nuestros operados que tenían, sin embargo, aumento de volumen de dicha víscera.

Otra *contraindicación*, pero sólo de carácter *transitorio*, puede resultar de una *fuerte crisis de deglobulización* con anemia y mal estado general del enfermo. En este caso, las transfusiones, la hepatoterapia, el régimen higiénicodietético adecuado, pueden aumentar el índice general de resistencia orgánica del niño, creando condiciones favorables para la indicación operatoria.

En cambio, no constituyen *contraindicación*, ni una *fuerte ictericia* ni una *resistencia globular muy disminuída*, como lo testimonia nuestra observación III, que siendo el más completo éxito obtenido, fué el que presentó una mayor fragilidad globular.

El *momento más oportuno* para practicar la esplenectomía es el período de reparación entre las crisis de deglobulización.

RESULTADOS.—Nuestras observaciones confirman los resultados obtenidos por otros investigadores; las modificaciones favorables se presentan inmediatamente a la extirpación del bazo, pues la coloración icterica disminuye de intensidad ya al tercer día para desaparecer al quinto o sexto, como sucedió en nuestra observación III y IV; en la III desapareció en forma definitiva. Otras veces, luego de desaparecer durante un tiempo, vuelve a hacerse presente de manera discreta y discontinua, caso de Arena, observación II. La anemia también mejora acusando un aumento de 5.000.000 glóbulos rojos en uno de nuestros casos, al segundo o tercer día de la intervención; también cambian los caracteres de los hematíes, lo mismo que la fórmula blanca. Es lo que muestran nuestras observaciones personales en lo que respecta a la anemia, ictericia, actividad general, (Obs. II y III). En otros casos sobreviene en la circulación periférica una crisis de *elementos inmaduros* tanto de la serie roja como de la blanca, que perdura años; como en las observaciones 1 y 2.

También se modifica favorablemente la fragilidad globular pero, en forma muy lenta y progresiva, como se ve en el caso de la observación II, en quien, antes de operarse, la resistencia globular

era de 6.5 y 3.5; al año de operado de 5.6 y 1.6; a los 4 1/2 años fué de 4.8 y 1.6. Es decir, curva de hemolisis muy largo y lentamente progresiva hacia la normalización; lo mismo vamos viendo el caso de la observación III, en el que antes de la operación la resistencia globular era de 7 y 4, un mes después 6.5 y 3.6; siete meses después 5.5 y 3.8.

Esta resistencia de la fragilidad globular años después de la esplenectomía no parece influir sobre los otros elementos de pronóstico: rápida mejoría del estado general, del apetito, del crecimiento en talla y en peso, etc. Chauffard explica esta discordancia diciendo que la resistencia globular no es un proceso de origen esplénico. Lo mismo podemos decir de la reacción eritoblástica tenazmente persistente en dos de nuestras observaciones, pero que no parece perturbar el normal desarrollo del organismo infantil.

Los *resultados alejados* parecen definitivos en muchos casos, a lo menos se mantienen largos años después de la operación, como lo demuestran los operados de Lohr y de Sauer, que seguían bien a los 11 y 6 años de la intervención. En estos casos de supervivencia es cuando puede apreciarse mejor la influencia de la esplenectomía sobre el desarrollo corporal e intelectual, sobre el carácter que de sombrío y huraño, se torna alegre y vivaz, sobre la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

En dos de nuestros enfermos operados, los *resultados alejados* son verdaderamente sorprendentes por la restitución completa de la salud y de los caracteres sanguíneos.

Pero, a veces, los resultados aun siendo buenos, *no son completos ni definitivos*, tal, nuestra observación II de A.A. que no obstante haber mejorado bajo diversos conceptos, conserva, sin embargo, carácter infantil (10 años), con retardo puberal, presentando intermitentemente crisis de subictericia.

Al lado de los resultados señalados se mencionan *fracasos y recidivas*; pero, ellos, parecen constituir la excepción y no pueden invocarse en desercito del método; lo demuestra la estadística global de Santy citada en su relato al IXL Congreso de la Asociación Francesa de Cirugía, que comprende 99 casos sometidos a la esplenectomía; de éstos, 2 fueron seguidos de caquexia y muerte; 4 mejorías incompletas; los otros 93 restantes fueron seguidos de curación.

Ninguno de los métodos de tratamiento preconizados tienen en su haber tales éxitos. La *radioterapia* no ha dado sino muy aislados

éxitos; autores como Barjón y Garnier la consideran peligrosa. En cuanto a la ligadura de la *arteria esplénica*, sólo como excepción puede formularse su indicación en la ictericia hemolítica (Alessandri, de Roma).

A base de nuestros resultados y por coincidir con ellas, adherimos totalmente a las conclusiones de Fiessinger y Brodin cuando dicen: "Aucun traitement médical ou physiotherapique ne peut être comparé a la splenectomie. Aucun ne donne une guerison aussi parfaite. La splenectomie est le seul acte therapeutique que puisse entierement guerir una ectére hemolytique".

Los casos de ictericia hemolítica observados en el país y tratados quirúrgicamente que conozcamos, suman ocho, distribuídos como siguen:

Beretervide y Alurralde: Niña de 16 años.

Cervini y Greco: Niña de 6 años.

Marval y Pons: Niña de 5 años.

J. M. Valdez (inédita): Niño de 10 años.

M. Acuña: Niña de 4 años y tres varones de 6, 6, y 11 años.

En todos estos casos, los resultados, tanto inmediatos como alejados, son buenos; pues todos han beneficiado del tratamiento en forma halagadora. Todos viven, salvo el enfermo de nuestra observación primera, que falleció de una afección intercurrente un año después de ser operado.

He aquí nuestras observaciones muy resumidas por haber sido ya publicadas en otra oportunidad:

OBSERVACIONES: I^a, II^a, III^a, IV^a

Observación I^a.—L. P., de 6 años de edad. Ingres a al Hospital de Clínicas en abril de 1923. Esplenectomía.

Los hechos culminantes en la evolución de este enfermo han sido: perfecta tolerancia de la esplenectomía; desaparición del tinte subictérico; mejora del estado general y del estado hemático; marcada reacción eritroblástica, que subsiste hasta el momento del fallecimiento, ocasionado por una afección intercurrente, 12 meses después de la extirpación del bazo.

Observación II^a.—A. A., de 11 años de edad. Ingres a al Hospital de Clínicas el 8 de enero de 1928. Esplenectomía el 14 de marzo de 1928.

Mejoría rápida; persiste intermitentemente el tinte subictérico; intensa reacción eritroblástica que subsiste hasta la actualidad.

Agosto de 1934: Edad, 17 años y medio con 6 años y medio de operado. Talla: 1.74 de estatura. Peso: 57 kilos. Continúa bien.

Glóbulos rojos, nucleados, 100.000; hemoglobina, 82 %; resistencia globular: hemolisis inicial 4; hemolisis total, 3.

Observación III^a.—W. Di Giorgio, 5 y medio años de edad. Ingresa al Hospital de Clínicas el 5 de octubre de 1931. Esplenectomía en octubre de 1932.

Curación total; ausencia de reacción eritroblástica en sangre. Resistencia globular: tiende a normalizarse, lenta y gradualmente.

Alta en 1933. Recientemente, en agosto de 1934, se obtienen noticas de que continúa en excelentes resultados; lleva 2 ½ años de la esplenectomía.

Observación IV^a.—Rosa A., septiembre de 1934: Durante el año 1933 continuó mejorando, pero aun, periódicamente, el tinte subictérico se hacía manifiesto; los exámenes de sangre acusando siempre una intensa reacción eritroblástica.

En lo que va de 1934 se acentúa la mejoría soportando bien una coqueluche contraída en junio y de la que ha curado.

Actualmente el tinte subictérico, muy discreto, se observa algunos días fríos; entonces la orina toma color oscuro. Heces normales.

	Junio 1933	Agosto 1934
Glóbulos rojos por m. m. c.....	3.230.000	3.250.000
Glóbulos blancos por m. m. c.....	13.433	26.333
Hemoglobina	60	65 %
P. neutrófilos	42 %	45 %
Eosinófilos	2 %	1 %
Basófilos.....	—	1 %
Monocitos	9 %	3 %
Linfocitos	42 %	48 %
Mielocitos neutrófilos	—	—
Metamielocitos	5 %	2 %
Eritroblastos ortoc.....	215 % B1	415 %
Policromatofilos	185 % B1	90
Nucleos picnóticos.....	—	—
Rojos nucleados por m. m. c.....	53.734	107.334

Junio 1933: Dosage colessterina..... 1.71 gr. %.

4 Agosto 1934: Dosage colessterina..... 1.770 gr. %.

11 Agosto 1934: Resistencia globular..... Máx.: 2.5 %. Mín.: 3.5 %.

11 Agosto 1934: Dosage calcio suero..... 0.088 gr. %.

En general, las mucosas permanecen rosadas, la piel ha perdido su tinte amarillento. Hace vida activa, siendo normal su desarrollo físico y psíquico. Tiene 6 años de edad; en noviembre próximo harán dos años de la esplenectomía. En la sangre aun persiste la fuerte reacción eritroblástica, contándose 500 % de leucocitos. La medida de la resistencia glo-

bular acusa, aun, una disminución en la Resistencia mínima. La colesterolemia en suero sanguíneo es de 1.77‰. La calcemia de 0.088, es decir, aproximadamente normales. Existe, en una palabra, una evidente mejoría cercana a la normalidad, en todas las manifestaciones del desarrollo en esta enfermita. Inteligencia vivaz. Únicamente son llamativas las alteraciones óseas acusadas por la radiografía, a ellas nos referimos en otro lugar.

Su peso, es de 19 kilos 550 gramos; su talla, 120 cms.

Damos únicamente el resultado de algunos exámenes de sangre, ellos traducen suficientemente la persistencia de una hiperactividad medular.

La esplenectomía en las anemias graves

Los reiterados fracasos de la medicación antianémica corriente ha inducido a algunos investigadores a aconsejar la extirpación del bazo en el tratamiento de las anemias graves del niño.

Desde luego, sólo son pasibles de esta terapéutica, de una parte, los casos inveterados que resisten a tratamientos bien conducidos: transfusiones, radioterapia, dietoterapia, hepatoterapia, etc.; de otra, aquellos estados cuya principal causa deglobulizante parece radicar en el bazo.

Las anemias de mediana intensidad, las de etiología infecciosa, las anemias arregenerativas, aplásticas, etc., no tienen, sino excepcionalmente, indicación operatoria.

La esplenectomía en la anemia perniciosa ha sido intentada sobre todo en el adulto, en las formas rebeldes a todo tratamiento médico. Los resultados son poco alentadores, como parece inferirse de la estadística de Krumbhaar del año 1923 referente a 208 casos de anemia perniciosa esplenectomizados.

Esa estadística da:

35 casos de mortalidad operatoria.

79 muertes tardías.

144 mejorías.

0 curados.

Como decimos, los resultados son nada satisfactorios, pues aun los casos mejorados por la esplenectomía, lo fueron sólo temporariamente, ya que la mayoría falleció en el transecurso del año de intervenidos.

En la infancia, la anemia de tipo pernicioso es felizmente rara; hemos tenido, sin embargo, oportunidad de observarla en la

primera, como en la segunda infancia; en su variedad aplásica y metaplásica.

La esplenectomía en la variedad aplásica acompañada de insuficiencia de la hematopoyesis y esclerosis atrófica del bazo, es seguida de fracaso inmediato.

En cambio, en la forma metaplásica, cuando lo que domina es una perturbación de la función sanguiformadora, y cuando se sospeche puedan estar en juego sustancias inhibitoras de la médula ósea, de origen esplénico, entonces se comprende pueda obtenerse beneficios de la eliminación del órgano sindicado de mal funcionamiento.

La observación demuestra que la esplenectomía en la *anemia perniciosa* da resultados malos; no conocemos en la infancia ningún caso curado, ni siquiera mejorado, con esta terapéutica.

Consideramos que en la actualidad la hepatoterapia es el tratamiento de elección por sus magníficos resultados.

Las esplenomegalias parasitarias han sido también consideradas como pudiendo beneficiarse de la esplenectomía, sobre todo en el *paludismo* y en el *kala-azar infantum*. Salazar de Souza en repetidas publicaciones, ha insistido sobre las ventajas de dicho tratamiento. En una estadística de 38 casos favorables, este autor ha efectuado la extirpación del bazo con éxito inmediato de 24 casos de *kala-azar* infantil, cuatro de enfermedad de Banti; tres de lo que el autor llama anemia esplénica aleucémica; tres de *paludismo*; uno de ictericia hemolítica; uno de enfermedad de Gaucher. Repetidos exámenes de sangre en los sujetos operados, han permitido al autor apreciar la favorable influencia de la extirpación del bazo sobre el aumento de los glóbulos rojos, la hemoglobina y los leucocitos. Para Salazar de Souza, la esplenectomía tendría ventajas en el *kala-azar* infantil, sobre el tratamiento médico.

Consignamos estos hechos sin mayores comentarios, pero queremos significar la importancia que la esplenectomía ha tomado en manos de algunos investigadores en el tratamiento de estados en los que se supone fundadamente que el bazo, por la exaltación de su macrofagia, interviene activamente en la destrucción desmedida de los hematíes, creando así el estado anémico.

Pero son las anemias con esplenomegalia las que mejor responden a la indicación operatoria, particularmente aquellas que ofrecen el cuadro de la anemia pseudolucémica; síndrome éste muy

amplio, en el que se agrupan provisoriamente tipos hematoclinicos semejantes y muy próximos, pero a etiología diferente.

No creemos que por el momento haya ventajas en desmembrar este grupo, cuyos caracteres clínicos y hematológicos aceptados universalmente, se compendian en la designación de anemia pseudoleucémica de Von Jaksch Luzet, por la que es conocida en todas las escuelas. Nos referimos particularmente a la variedad eritroblástica de los autores americanos.

La terminación casi siempre fatal de este tipo de anemia nos ha inducido, a igual de otros autores, a tentar la esplenectomía; esto no obstante de tratarse de una enfermedad general, en la que todo el sistema hematopoyético está afectado.

Son favorables las observaciones de Mühsan (1914), Griffin (1915), Cholmely (1916), dos casos; Stillman (1917), tres casos, dos favorables; E. H. Pool, Ashby y Sautham, Di Giogio, Rossi, Babomeix y Miget (1931), cuyo caso lleva ya tres años de operado; mencionemos el de French y Turner, relativo a un niño de 5 años, en el que fracasaron todos los tratamientos; sometido a la esplenectomía, se obtuvieron modificaciones inmediatas favorables, que persistían dos años después.

Tápie en su relato al XIX Congreso Francés de Medicina (1927) termina haciendo reservas a las indicaciones de la esplenectomía.

Lewis, Koch, B. Shapiro en su publicación reunen 23 observaciones de diferentes autores, correspondientes a otros tantos casos de anemia grave, que con Cooley, la escuela americana, llama anemia eritroblástica, la que hasta hoy se involucraba en la anemia pseudoleucémica de von Jaksch - Luzet.

De ellos, diez fueron sometidos a la esplenectomía, continuando cinco con vida, a los 14 meses, cuatro, cinco y ocho, respectivamente, de ser observados; dos fallecieron, uno a los cinco meses; otro a los tres años de la intervención. En tres no se menciona la evolución posterior. *De los trece no operados*, todos murieron por agravación del mal, salvo dos que continuaban viviendo a los ocho años del comienzo de la enfermedad.

Whipple y Bradford observan tres casos de anemia que llaman de Cooley von Jaksch en niños de 24, 25 y 27 meses; los dos primeros, sometidos al tratamiento médico, fallecen no obstante el recurso de las transfusiones y la radioterapia; el tercero fué esplenectomizado, continuando bien a los 16 meses de la intervención,

aunque todavía pálido y con una fuerte reacción eritroblástica en la sangre.

Si agregamos a nuestras tres observaciones publicadas en 1932, dos de Velasco Blanco y otra personal del corriente año, tendremos que han sido sometidos al tratamiento quirúrgico un cierto número de casos, que si bien aun reducidos, pueden permitirnos una impresión en los resultados y en las indicaciones.

Agreguemos dos casos de Orrico y Allende que continúan bien a ocho años de operados.

Tratándose de una afección grave, es lógico que los resultados no siempre han de ser favorables; nuestros dos primeros casos tuvieron una evolución que podemos calificar de satisfactoria, con mejoría del estado general y de los caracteres sanguíneos y plasmáticos, ya que no sólo los glóbulos rojos y la hemoglobina aumentaron, sino que también el fósforo, calcio y colesterol. Nótase igualmente en ambos una fuerte reacción de *glóbulos rojos nucleados*, con persistencia sostenida, ya que a los cinco años y tres meses de operado, nuestro enfermito J. P. tiene aún en la circulación 90.000 eritroblastos por mm.c.

En cambio, los signos clínicos y hematológicos mantienen su mejoría, lo mismo que tiende a normalizarse el crecimiento, la actividad general, la defensa contra las infecciones.

Recordemos que este enfermo al ingresar a la clínica tenía cinco años y pesaba 13 kg. Como el bazo al extirparse acusaba un peso de 1.100 grs., resulta de 11.900 kg. el peso neto del paciente; presentaba el tipo subagudo de anemia pseudoleucémica con 25 a 80 % de glóbulos rojos nucleados en la circulación; además presentaba alteraciones óseas marcadas idénticas a las descritas por Cooley; esplenectomizado en junio de 1929, continuó mejorando hasta la fecha, aunque sin alcanzar un estado de salud floreciente; no obstante ello, concurre a la escuela, toma parte en juegos de los chicos de su edad y ayuda a sus padres en el despacho de un pequeño comercio.

El otro caso, H. P., de tres años, presentaba un grado de anemia menos acentuado que el de su hermanito, y sólo 10 a 15 hemáties nucleados por cien. El estado general era mejor, habiendo soportado la esplenectomía admirablemente y con resultados inmediatos y alejados satisfactorios, como puede verse en el cuadro hematológico adjunto; la mejoría clínica fué evidente y todo parecía indicar un éxito rotundo de la esplenectomía; desgraciadamente,

falleció siete meses después de operado, de una infección intercurrente: meningitis a neumococos.

La tercera observación es interesante en diversos conceptos: padres italianos muy pálidos, otro hermanito fallecido al parecer de igual enfermedad; ingresa al Servicio el 3 de noviembre de 1931, a los cinco meses de edad.

Los caracteres sanguíneos y clínicos permiten el diagnóstico de anemia pseudoleucémica de von Jaksch - Luzet, forma aguda con fuerte crisis eritroblástica, según puede verse en el cuadro hematológico adjunto.

Los diversos tratamientos ensayados fracasan; en presencia del continuo debilitamiento de la enferma, se resuelve la esplenectomía, que se practica a los *diez meses de edad*, el 13 de abril de 1932. Postoperatorio bueno; los sucesivos exámenes practicados no demuestran la franca reacción observada en los dos casos anteriores, salvo el primer mes. Pronto sobreviene intensa crisis eritroblástica, llegando a más de 100.000 glóbulos rojos nucleados por mm.c. El estado general no progresa al principio, intercalándose periódicamente brotes febriles, que aumentan la desnutrición, así como el progreso de la anemia; el cuadro adjunto demuestra los caracteres de la sangre en sucesivos exámenes realizados.

Lleva *ya dos años y medio de esplenectomizada*, siendo su estado mejor; es un éxito relativo, pero cabe preguntar: ¿Continuaría con vida si no se hubiera aconsejado el tratamiento quirúrgico? Creemos que no, dado el comienzo precoz con rápido empeoramiento. Es conocido el grave pronóstico a breve plazo de la anemia de von Jaksch en su forma aguda y a iniciación tan temprana.

Nuestra cuarta observación es interesante igualmente: Padres italianos, sanos, no anémicos; cuatro hijos; dos de ellos habían estado afectados del tipo de anemia que estudiamos.

C. V. Ingresa el 27 de marzo de 1933, a los 5 1/2 meses de edad; fué pálida ya desde el nacimiento. Se hace diagnóstico de anemia esplémica de von Jaksch - Luzet. Los tratamientos instituídos no dieron beneficio alguno, y ante el temor manifestado por los padres de una evolución fatal, se resuelve aconsejar la extirpación del bazo, no obstante la edad (seis meses) y la iniciación precoz de la anemia.

La intervención se realiza en buenas condiciones, mejorando gradualmente luego de la segunda semana; aumentó de peso y apetito.

La sangre mejora también algo, sobreviniendo una *marcada crisis eritroblástica*, idéntica a la observada en los casos anteriores.

Se da de alta para ser observada en el consultorio externo, siguiendo bien en su domicilio. A los tres meses de la intervención, se enferma repentinamente, haciendo una *meningitis a neumococos* que termina con la vida en 48 horas.

Caso de anemia esplénica familiar iniciada luego del nacimiento, con caracteres graves; esplenectomizada a la edad de seis meses, en mejoría y que fallece de una intercurrente cuando había esperanzas de sobrevida prolongada.

Estos casos son ilustrativos en el sentido de la importancia que el factor *edad* tiene para fijar la indicación operatoria, lo mismo que la forma clínica de la afección; dos casos eran de tres y cinco años, respectivamente, y el grado de la anemia, si bien intensa, se desarrolló lentamente, permitiendo que el organismo se adaptara a las nuevas características sanguíneas.

En otros dos niños, seis y diez meses, en el momento de operarse, la iniciación fué al poco tiempo del nacimiento y fueron formas graves, pero toleraron la operación.

También pueden considerarse malos los resultados obtenidos en el caso del Dr. Velasco Blanco, niño de cuatro años, con anemia grave, que esplenectomizado, reacciona insuficientemente, falleciendo cinco meses más tarde.

Se notó en este caso la intensa crisis eritroblástica vista en los nuestros. Igualmente es poco satisfactorio el segundo caso del mismo autor, referente a un lactante que operado a los doce meses, de anemia eritroblástica, fallece tres meses después de una afección intercurrente.

En resumen: La indicación de la esplenectomía se sienta en las anemias graves del niño en presencia del fracaso del tratamiento instituido y del porvenir sombrío que la agravación progresiva del mal les depara.

Este solo hecho bastaría para que recomendáramos se prosiga estudiando los resultados de la extirpación del bazo en los estados anémicos inveterados, sobre todo cuando se sospecha una activa participación de dicho órgano en la patogenia del proceso.

De acuerdo con ello, es dable esperar muy poco de la esplenectomía en la anemia perniciosa, en las de etiología infecciosa o parasitaria y en las de tipo aplástico.

Su indicación más formal parece sentarse en el grupo heterogéneo de la anemia esplénica de von Jaksch-Luzet, particularmente en la variedad eritroblástica de Cooley; los resultados son distintos, según se trate de la forma *aguda* o *subaguda* y *crónica*.

En la primera, a iniciación precoz, los resultados son malos; en ellos la esplenectomía no parece modificar la gravedad ni detener la evolución del proceso (observación cuarta); a lo sumo permitiría una mayor supervivencia, que puede prolongarse a varios años. Es el caso de nuestra observación N.º 3. La edad muy tierna no nos parece ser una contraindicación formal (casos 3 y 4. En los segundos, se produce después de la esplenectomía una mejoría del estado general, discreta en algunos casos, marcada y duradera en otros; igual reacción favorable del cuadro sanguíneo en lo que respecta a la cantidad de glóbulos rojos y a la hemoglobina, pero sin alcanzar los límites normales.

Mejoría en las cifras de calcio, fósforo, colesterol; a pesar de ello, sólo estamos autorizados a hablar de la mejoría apreciable que se traduce tanto en las manifestaciones de actividad general como en el regular funcionamiento orgánico; recordemos que uno de nuestros operados de hace seis años concurre a la escuela, toma parte en los juegos propios de su edad, habiendo hecho su segundo grado normalmente.

A pesar de conocerse supervivencia de ocho y más años en condiciones favorables de salud (caso de Hitzrit), conceptuamos prematuro hablar de mejoría definitiva; sólo el tiempo, a base de prolijas observaciones, dirá si ello es posible y en qué medida.

OBSERVACIÓN I (sólo lo relativo a 1933 y 1934)

J. P., 11 años (1), en observación desde marzo de 1929; lleva cinco años de esplenectomizado.

Durante el año de 1933 ha continuado sin novedad, fuera de una fractura del miembro inferior, a consecuencia de un ligero traumatismo; consolida y cura rápidamente; continúa yendo a la escuela; el color de la piel y mucosas es discreto; hígado, a tres traveses de dedo; sangre con reacción eritroblástica acentuada, según puede verse en el cuadro.

En abril hace una angiocolitis con decoloración de las heces, ictericia y fiebre; cura bien en dos meses, quedando delgado y pálido. Hoy tiene 21.500 grs. de peso y 124 cms. de talla; su edad es de 11 años, llevando cinco años y tres meses de operado.

1) Historia clínica detallada anterior en: "Archivos Arg. de Pediatría", N.º 5, 1933.

El desarrollo general es algo menor que lo que corresponde a su edad; en cambio, el psíquico es bueno, ha sufrido una nueva fractura del húmero que consolida pronto. Colesterolemia y calcemia aproximadamente normales.

Exámenes de sangre: Ver el cuadro de conjunto.

	Diciem. 1933	Marzo 1934	Mayo 1934	Julio 1934
Glóbulos rojos	3.750.000	3.400.000	1.860.000	3.700.000
Glóbulos blancos.	18.400	24.410	20.133	47.473
Hemoglobina	60 %	60 %	25 %	60 %
Glób. rojos nucleados	64.400	90.260	34.227	84.451
Polinuc. neutrófilos	45 %	45 %	38 %	37 %
Linfocitos	32 %	42 %	36 %	42 %
Mielocitos neutrófilos	1.5 %		5 %	5 %
7 Marzo 1934 : Dosage calcio en suero sanguíneo				0.096 gr. ‰
7 Marzo 1934 : Dosage colesiterina en sangre				1.11 gr. ‰
2 Agosto 1934 : Dosage calcio en suero, cont.				0.088 gr. ‰
4 Agosto 1934 : Dosage colesiterina, cont.				1.645 gr. ‰

Se puede comprobar en él la persistencia de la intensa reacción eritroblástica, coexistiendo con anemia ligera.

Las alteraciones del esqueleto acusan el mismo aspecto poroso, con la medular ensanchada y la cortical muy delgada, anotada en radiografías tomadas en serie.

Son descriptas en un trabajo aparte.

OBSERVACIÓN III

J. T. (continuación de su historia clínica: 1933 y 34). Edad, 3 años; continúa en observación, H. de Clínicas, desde noviembre de 1931.

Durante el año de 1933 persistió con alternativas en más o en menos la anemia con reacción embriónica de la sangre. Soportó en tres oportunidades neumonías a evolución breve y tuvo otras tantas congestiones pleuropulmonares e infecciones diversas a cargo del neumococo.

La persistente anorexia dificultó la alimentación sólida y variada, obligando a seguir con papillas a base de leche.

Se administraron en forma continuada preparados de bazo, sangre, estómago, duodeno, hígado, carne cruda, los resultados fueron sistemáticamente nulos.

La gran medicación para esta enfermita fué la transfusión de sangre intraperitoneal o endovenosa, particularmente por esta última vía produce verdaderas resurrecciones con bienestar general y aspecto floreciente, por espacio de uno a dos meses según la cantidad de sangre inyectada; luego, progresivamente, la anemia se acentúa revelando los análisis de sangre un evidente empeoramiento.

La calcemia y la colesterolemia se acercaron a las cifras normales. Las radiografías del esqueleto denunciaron discretas alteraciones óseas.

En lo que va del año 1934 asistimos a una gradual mejoría y mayor apetito; prosiguiéndose las transfusiones con los buenos e inmediatos resultados consignados anteriormente.

Los análisis de sangre muestran las mismas alteraciones de antes (véase el cuadro).

	Marzo 1933	Abril 1934	Julio 1934	Agosto 1934
Glóbulos rojos	1.950.000	1.790.000	2.980.000	2.630.000
Glóbulos blancos	82.098	91.279	44.900	47.660
Hemoglobina	29 %	20	54.28 %	30 %
Valor globular	0.76	0.59	0.90 %	0.60
Polinuc. neutrófilos %	30 %	32 %	28 %	32 %
Eosinófilos %	11 %	6 %	2 %	3 %
Bosófilos %	—	—	—	—
Linfocitos %	50 %	41 %	43 %	43 %
Monocitos %	2 %	6 %	3 %	3 %
Metamiel. neutraf. %	4 %	9 %	8 %	8 %
Rojos nucleados %...	252.222	214.550	179.600	104.880

- 6 Marzo 1934 : Dosage colessterina..... 1.62 gr. ‰
 6 Agosto 1934 : Dosage colessterina..... 1.053 gr. ‰
 8 Agosto 1934 : Dosage calcio en suero..... 0.082 gr. ‰
 8 Agosto 1934 : Resistencia globular..... Máx. : 4. — ‰ Mín. : 5. — ‰

Septiembre de 1934: Tiene actualmente 3 años y 3 meses de edad; llevando 2½ años de la extirpación del bazo, su peso es de 10 kgrs., su talla de 78 cms. Su desarrollo psíquico acusa progresos diarios. Su vocabulario es inferior al correspondiente a su edad, lo mismo que la marcha que es aún algo incierta. Domina en ella más la palidez de piel que de las mucosas, de acuerdo a la persistente anemia que revelan los exámenes. El hígado grande y duro se mantiene a 4 traveses de dedo del reborde costal; persisten discretos estigmas de raquitismo. La fontanela anterior acaba de cerrarse definitivamente. Su apetito ha mejorado permitiendo una más amplia y completa alimentación, a base de proteínas y frutas; permanece en el Servicio donde se le prodigan cuidados de todo género que la indigencia de sus padres no le permiten sino escasamente, pero el hospitalismo impide una más rápida mejoría de su estado.

Los exámenes de sangre que continúan practicándose mensualmente, ponen de manifiesto una anemia persistente con leucocitosis que oscila alrededor de unos 30 a 44.000 blancos y una intensa reacción eritroblástica, es decir que persisten las manifestaciones de la anemia eritroblástica con alteraciones óseas discretas aunque evidentes. Pero la mejoría en su desarrollo y supervivencia de dos años y medio que lleva nos per-

miten esperar un mayor progreso en los atributos de la salud general. La colesteroemia es de 1.60; la calcemia de 0.082 ‰.

Las radiografías de distintas partes del esqueleto denuncian apariencia normal. Únicamente en los metacarpianos y metatarsianos parecen verse mínimas alteraciones.

OBSERVACIÓN IV

C. V., 5 ½ meses. Ingres a la sala VI el día 27 de marzo de 1933, a la edad de 5 meses y medio.

Los padres manifestaban ser sanos; han tenido cuatro hijos: el primero vive y es sano; el segundo fué observado en este Servicio afectado también de anemia pseudoleucémica, falleciendo a la edad de dos años; el tercero falleció a los diez meses presentando, según la madre, anemia y bazo grande; el cuarto es la niña de esta historia.

Reacción de Wassermann en los padres y niños: Negativa.

Antecedentes personales: Nació a término, con 3.500 grs., sana; criada a pecho exclusivo hasta los cinco meses, en que fué vista por primera vez por nosotros, constatándose en esa oportunidad, muy ligero aumento de volumen del hígado y del bazo; discreta palidez.

A la edad de 5 ½ meses ingresa al Servicio, constatándose deficiente nutrición, peso de 4.800 grs., marcada palidez de piel y mucosas; hígado a dos traveses de dedo su borde inferior; bazo palpable a dos traveses de dedo del reborde costal.

El *examen de sangre* acusó alteraciones correspondientes a la anemia pseudoleucémica de Van Jacksech Luzet, como puede verse por el siguiente análisis efectuado el 27 de marzo de 1933:

Glóbulos rojos, 3.896.000; glóbulos nucleados, 48.990; glóbulos rojos nucleados, 28.615; glóbulos blancos, 20.375; hemoglobina, 54 ‰; valor globular, 0.70.

Fórmula leucocitaria: Polinucleares neutrófilos, 35 ‰; polinucleares eosinófilos, 1 ‰; polinucleares basófilos, 0.5 ‰; monocitos, 4.5 ‰; linfocitos, 51 ‰; linfoidocitos, 2 ‰; metamielocitos neutrófilos, 2.5 ‰; pre-mielocitos neutrófilos, 3 ‰; mielocitos neutrófilos, 0.5 ‰.

Anisocitosis; poikilocitosis; polieromatofilia; se cuentan 140 glóbulos rojos nucleados por cada 100 leucocitos.

Análisis que revela los caracteres de una anemia esplénica a predominio de glóbulos rojos nucleados.

Marzo 29: Se establece dietética correspondiente, practicándose inyecciones intraperitoneales de sangre de la madre. Concluyó una serie de Myosalvarsán, sin beneficio.

Abril 5: No se nota mejoría alguna, los caracteres sanguíneos acusan idénticas observaciones. Se la prepara por transfusiones para una próxima esplenectomía.

Abril 8: *Operación:* Previa transfusión se procede a extirpar el bazo, lo que se consigue con facilidad y sin inconveniente alguno.

Bazo aumentado de volumen, peso 200 grs.; edad, 6 meses. Post-

operatorio con vómitos y fiebre, mejoría progresiva al tercer día y siguientes.

Abril 15. Continúa mejor, se alimenta y aumenta de peso; palidez igual. El análisis de sangre acusa una reacción eritroblástica acentuada llegando a 96.000 por mm.c. y a 240 rojos nucleados por cada 100 leucocitos. La herida operatoria no ha cicatrizado de primera.

Análisis de sangre del 16 de abril: Colesterina en sangre, 1,47%; calcio en suero, 8 mgrs. 6%; fosfatemia, 3 mgr. 6%.

Resistencia globular, sangre desplasmatazada: Mínima, 4.5; máxima, 3.0.

16 de junio de 1933: Glóbulos rojos, 3.650.000; glóbulos nucleados, 96.800; glóbulos rojos nucleados, 69.175; glóbulos blancos, 27.625; hemoglobina, 56%; valor globular, 0.79.

Fórmula leucocitaria: Polinucleares neutrófilos, 48%; polinucleares eosinófilos, 3%; monocitos, 6%; linfocitos, 31.5%; metamielocitos neutrófilos, 7.5%; premielocitos neutrófilos, 1%; linfoblastos, 1.5%; mielocitos neutrófilos, 1.5%.

Anisocitosis y poikilocitosis. Se cuentan 250 rojos nucleados por cada 100 blancos.

Mayo 2: Continúa mejorando lentamente; ligero aumento de peso. Los análisis de sangre ofrecen las mismas características anteriores.

Junio 27: Lenta mejoría aunque bastante pálida; se hacen inyecciones de hepatrat. Sangre con las mismas características, como puede verse en el siguiente análisis:

Glóbulos rojos, 3.300.000; glóbulos nucleados, 208.000; glóbulos rojos nucleados, 180.000; glóbulos blancos, 27.000; hemoglobina, 49%.

Se observan 650 glóbulos rojos nucleados por cada 100 leucocitos, es decir que se acentúa la intensa reacción eritroblástica a raíz de la esplenectomía.

Julio 7: Ha tolerado bien el hepatrat habiendo mejorado el estado general; se alimenta bien, ha aumentado de peso, poca variación en el estado sanguíneo. Es dada de alta en buenas condiciones; la madre concurrirá al *Lactarium* para llevar leche y dar noticias de la evolución de la enfermedad.

El *examen de sangre* del día fué como sigue:

Glóbulos rojos, 3.650.000; glóbulos nucleados, 165.000; glóbulos rojos nucleados, 136.033; glóbulos blancos, 28.947; hemoglobina, 40% (Sahli).

Fórmula leucocitaria: Polinucleares neutrófilos, 39.5%; polinucleares eosinófilos, 2%; polinucleares basófilos, 1.5%; monocitos, 6%; linfocitos, 41%; linfocitos, 1.5%; metamielocitos neutrófilos, 4%; mielocitos neutrófilos, 2.5%.

Anisocitosis; macro y microcitosis; hipocitocromía, y se cuentan 750 glóbulos rojos nucleados por cada 100 leucocitos.

Agosto 4: Es vista hoy en el Consultorio Externo constatándose buenas condiciones generales, aunque la palidez es llamativa; la sangre ofrece las mismas características anteriores.

Agosto 8: Hace dos días que se resfría, subiendo la fiebre y apareciendo tos y disnea. Desde ayer se agrava considerablemente.

El colega que la examina en su casa la envía a este Servicio por encontrarla grave; al examen se constata excitación, convulsiones tónicas, rigidez de nuca y de los miembros, fontanela tensa, exoftalmía bilateral.

En vista de los signos meníngeos se practica una punción lumbar, extrayéndose líquido turbio, opalescente, cuyo análisis dió *neumococos en cultivo puro*. Se hacen lavados con optoquina al 5%, por vía cisternal, pero la enfermita fallece por la noche del mismo día de su ingreso: la meningitis neumocócica evolucionó en horas.

Falleció a los 9 meses de edad; sobrevivió 3 meses a la esplenectomía. Se trataba, pues, dados los caracteres clínicos y hematológicos, de anemia esplénica infantil de Von Jacksch Luzet, de iniciación precoz y de carácter familiar, ya que dos hermanitos de nuestro enfermo presentaron la misma afección, falleciendo ambos tempranamente al avance de la afección. Uno de ellos fué seguido por nosotros en el Servicio de la Cátedra; sus exámenes de sangre denotaron intensa reacción eritroblástica.

La rápida terminación fatal de estos dos casos y la evolución progresivamente grave del enfermito internado actualmente, nos indujeron a aconsejar la esplenectomía, la que se realizó en buenas condiciones, y si bien no podemos hablar de un éxito franco, podemos, en cambio, decir que fué bien tolerada, que hubo una mejoría halagadora en el estado general a que puso término la meningitis neumococécica.

El estudio del bazo ofreció los caracteres descriptos en la anemia de Von Jacksch-Luzet.

Las radiografías del esqueleto ofrecen aspecto normal; no hay alteraciones propias de las anemias hemolíticas.

Caso de los Dres. Orrico y Allende

Anemia esplénica (curación). Observación de dos hermanos presentados por dichos autores al Congreso Nacional de Medicina del año 1926, con el diagnóstico de anemia esplénica infantil tratados por esplenectomía.

Estos niños sobreviven actualmente con buena salud. El último examen de sangre practicado en 1933 daba 5.000.000 de glóbulos rojos y 14.000 blancos, con fórmula leucocitaria normal, niño menor.

El mayor en la misma época tenía 5.200.000 hematíes y 7.500 blancos con fórmula normal.

Casos brillantes, como se ve, llevan varios años de esplenectomizados.

Caso de los Dres. Babonneix y Miget (1)

Anemia pseudoleucémica esplenectomizada en junio de 1931; mejora a raíz de la intervención, pero persisten alteraciones hematológicas; éstas

(1) *Babonneix y Miget*.—“Boletines Sociedad de Pediatría” de Paris. Junio de 1931 y mayo de 1934.

se atenúan, pues en exámenes practicados en marzo del corriente año se aprecia sensible mejoría.

Según los autores, estado general perfecto; resultado satisfactorio, llevando algo más de tres años de operada.

Caso de los Dres. Velasco Blanco, G. Copello y Echegaray

A. S., 4 años. Observada en noviembre de 1931.

Anémica desde los dos años con progresiva acentuación. Los caracteres hematológicos y radiológicos permiten a los autores hacer el diagnóstico de anemia eritroblástica de Cooley; esplenectomizada sobreviene crisis eritroblástica con decadencia del estado general y fallecimiento cinco meses después de la intervención.

Caso de los Dres. Velasco Blanco y D. Fuks

P. S., 6 meses. Ingresa en diciembre de 1931. Padres italianos (del Sud de Italia). Palidez desde los dos meses con aumento gradual.

Los síntomas y los caracteres de la sangre llevan a formular el diagnóstico de anemia pseudoleucémica; variedad eritroblástica de Cooley.

Esplenectomía en julio de 1932, a los 12 meses de edad. Mejora algo de su anemia con aumento de peso, no obstante observarse una intensa reacción eritroblástica.

Continuaba en observación cuando sobreviene una infección enterocolítica grave que determina un desenlace fatal tres meses después de la operación (2).

Esplenectomía en las endoteliosis

(Enfermedad de Gaucher, Niemann Pick y Schuler Christian)

Se ha creído durante mucho tiempo que la enfermedad de Gaucher era una esplenopatía; recordemos que primeramente se la llamó "epitelioma primitivo y aislado del bazo".

Hoy sabemos que se encuentra afectado el sistema linfohematopoiético: bazo, hígado, ganglios, médula ósea, que existen modificaciones sanguíneas más bien discretas y alteraciones especiales del esqueleto al examen radiográfico, pero lo que la caracteriza es la presencia de una gran célula reticular, célula de Gaucher que llena literalmente aquellos órganos (bazo, médula ósea, etc.) y que aparece cargada de una substancia particular llamada kersina.

Esta enfermedad también se encuentra en la infancia y aún en el lactante, caracterizada por tinte amarillento de la piel, gran es-

(2) Publicados en extenso en "Archivos Americanos de Medicina", N.º 3, año 1932 y N.º 2 año 1933.

plomegalia, constatación de la célula reticulada por punción de bazo.

No obstante considerársela hoy como producido por un trastorno congénito del metabolismo en vista de su evolución fatal y del fracaso de medicaciones corrientes incluso radioterapia esplénica y de los miembros inferiores se ha tentado por algunos autores la extirpación del bazo, particularmente en el adulto, aunque con resultados poco halagadores.

Sin embargo, S. de Dzrambowsky, en su relato al Congreso Francés de Cirugía, Paris, octubre de 1932, comunica haber operado con buen resultado, dos casos de esta afección no dando mayores detalles relativos a la evolución posterior.

Más recientemente Lesné, Clement y Guillain ⁽³⁾ publican la observación de un niño de 9 años de edad con enfermedad de Gaucher, al que practicaron la extirpación del bazo con resultados alentadores, ya que intervenido en septiembre de 1932 continuaba bien en marzo del corriente año haciendo vida casi normal.

Hemos tenido oportunidad de someter a la esplenectomía a un lactante de 16 meses, en el que el estudio del bazo permitió fundamentar el diagnóstico de enfermedad de Gaucher (véase la historia).

Se trataba de un niño de escaso desarrollo y de poco peso, tinte amarillento de la piel, anemia discreta, gran bazo que llenaba literalmente el abdomen; no obstante su mal estado general, que denunciaba su próximo fin, los padres solicitaron la intervención; ésta se realizó sin accidentes, extrayéndose el bazo que pesaba 600 grs., pero el niño se agravó rápidamente falleciendo dos días después.

Es natural que este caso no puede computarse como desfavorable a la esplenectomía dado el estado de suma gravedad del paciente al ser intervenido.

Creemos que no es la extirpación del bazo la terapéutica del futuro en esta afección; trátase en efecto no de una esplenopatía aislada, sino de una reticuloendoteliosis con profundas alteraciones generales e invasión por células de gran tamaño.

Pero la supervivencia de 18 meses después de operado que lleva el enfermo de Lesné, con sensible mejoría del estado general, es un estímulo para aconsejar la esplenectomía en dicha en-

(3) "Archives de Medicine des Enfants". Mars 1934.

fermedad, mientras no dispongamos de otra terapéutica más lógica y razonable.

Otro tanto podríamos decir de la *enfermedad de Nieman Pick*, particular a la primera infancia, caracterizada por la gran esplenomegalia y por células gigantes con su protoplasma cargado de lipóide.

La esplenectomía ha sido seguida de muerte en poco tiempo en los pocos casos tratados.

Las mismas consideraciones caben al considerar el síndrome de Schuler - Christian del grupo de las reticuloendoteliosis, caracterizado por gran bazo y células en "espumaderas", infiltradas de colesterol. Este grupo no saca beneficios de la esplenectomía.

CONCLUSIONES

Algunos síndromes hemaesplénicos de la infancia se benefician de la extirpación del bazo.

En ellos, ante el fracaso del tratamiento médico correctamente instituido y sin esperar la acentuación progresiva de la anemia, ni el debilitamiento del organismo, debe proponerse la esplenectomía como terapéutica salvadora.

La mortalidad global de la operación en sí puede calcularse en el 10 %; esta cifra es susceptible de disminuir cuando los enfermos sean suficientemente preparados con transfusiones de sangre y la técnica operatoria debidamente ajustada.

La extirpación del bazo tiene su mejor indicación, por los resultados obtenidos, en el púrpura hemorrágico crónico, la enfermedad de Banti, la ictericia hemolítica, grupo de afecciones en las que aquel órgano parece constituir el principal foco mórbido.

Es menos eficaz en las anemias graves de la primera y segunda infancia, en las esplenomegalias de origen parasitario, así como en la anemia esplénica de von Jackseh - Luzet; grupo de enfermedades en las que el mal no radica en un órgano aislado, sino que parece extenderse al sistema hematopoiético entero; de aquí las reservas al tratamiento quirúrgico invocadas por algunos autores.

Basándonos en nuestras observaciones personales, creemos poder hablar de curación completa y definitiva por lo menos en algunos casos de ictericia hemolítica. En cambio, en la anemia de von Jackseh aceptamos como una conquista real una acentuada y

duradera mejoría en el primer grupo; algo menos, aunque todavía apreciable, en las del segundo.

En nuestros casos esta mejoría se tradujo por disminución de la anemia; desaparición de la ictericia, duradera en un caso, temporaria en otro; aumento de la resistencia globular, del peso, de la talla, etc., en los casos de ictericia hemolítica; por modificaciones favorables del estado general y del estado hemático, en la anemia pseudoleucémica.

En ambos grupos fué constante la fuerte *reacción eritroblástica inmediata a la esplenectomía* y mantenida en el curso de nuestras observaciones; ella parece traducir una actividad medular excesiva y desordenada, pero que no daría la reacción saludable del organismo; la mejoría clínica acentuada y duradera de nuestros casos contrasta con la persistencia de formas inmaduras en la sangre.

Es como si el organismo se hubiese habituado a las nuevas condiciones de su fórmula sanguínea embrionaria.

El tiempo dirá hasta cuándo perdurará el desequilibrio hemático señalado, ya que a los 3 1/2 años que lleva de operado uno de nuestros casos, las alteraciones continúan intensas.

El índice de inmunidad nos parece disminuído en los enfermos esplenectomizados, pero una mayor experiencia es indispensable para establecerla definitivamente; nos parecen estos sujetos sensibles al neumococo.

Las condiciones favorables en que se encuentran actualmente los enfermos que motivan este relato nos permiten acariciar la esperanza de alcanzar en ellos una mejoría definitiva, próxima a la curación en algunos de ellos.

Concretando nuestras conclusiones, diremos que benefician de la extirpación del bazo en la infancia: la ictericia hemolítica; la enfermedad de Banti; el púrpura recidivante trombopénico y en un grado menor, los estados anémicos crónicos.

En la *ictericia hemolítica* la extirpación del bazo es hoy el tratamiento de elección. Cualquier edad es buena para practicar la intervención, como lo prueban nuestros casos; no debe ser ello motivo para esperar la adolescencia o la edad adulta.

Los *resultados inmediatos* se manifiestan desde las primeras horas sobre la ictericia, luego sobre el estado sanguíneo; la resistencia globular, en cambio, se modifica lenta y tardíamente.

Los *resultados alejados* son excelentes: curación total y defi-

nitiva en la mayoría, con persistencia en pocos de ligera subictericia y reacción eritroblástica de la sangre.

El momento oportuno para aconsejar la esplenectomía es el *período de remisión* que sigue a la crisis de deglobulización.

Una contraindicación temporaria puede resultar de la intensidad de la crisis y de la seriedad de la anemia.

La contraindicación definitiva surge de un mal funcionamiento hepático (peligro de insuficiencia aguda) y del estado general grave del paciente.

De nuestros cuatro casos personales, todos sacaron beneficio evidente; en uno de ellos la curación es completa.

En el *púrpura hemorrágico*, cuando la indicación operatoria es precisa y oportuna, los resultados inmediatos y tardíos pueden ser excelentes.

Los primeros se traducen por detención de las hemorragias con aumento considerable de los hematoblastos y acortamiento del tiempo de sangría inmediatos a la extirpación del bazo.

Los *alejados* pueden ser definitivos; pero faltan aún observaciones prolongadas que nos permita ser categóricos.

La mortalidad en el primer período y las recidivas en los primeros años son más elevadas en la infancia que en el adulto.

De los siete casos de diversos autores recogidos en nuestro medio, tenemos dos, que fallecen dentro de las 24 horas de esplenectomizados, y tres antes de los dos meses, por recrudecimiento de las hemorragias. *En dos, los resultados excelentes se conservan a dos y cuatro años de operados.*

Tenemos la impresión de que la esplenectomía en el *púrpura hemorrágico es más grave en el niño* que en el adulto.

En la *enfermedad de Banti* la esplenectomía es el tratamiento de elección en el período *anemiante del mal*; en cambio, en el *segundo período* su utilidad es dudosa; inútil y peligrosa en el tercero (nuestra observación). Se conocen resultados duraderos dentro de una salud normal.

En los *procesos anémicos graves*, si bien los resultados son aún inciertos, existe un haz de hechos alentadores como para recomendar la esplenectomía, particularmente cuando se sospeche una participación activa del bazo en el proceso.

De acuerdo con esto, la anemia perniciosa, las anemias arre-generativas, no son pasibles de la esplenectomía.

Son las *anemias de tipo pseudoleucémico*, en cualquiera de sus

variedades, pero sobre todo en la *eritroblástica*, las que pueden sacar beneficios del tratamiento quirúrgico.

En la forma aguda a iniciación temprana, poco después del nacimiento, los resultados por lo común son malos; pero pueden obtenerse sobrevividas de años (2 1/2 en uno de nuestros casos: observación III).

En cambio, en la *forma crónica a evolución lenta*, una vez agotados los recursos médicos debe aconsejarse la extirpación del bazo, con lo que se obtienen mejorías que en algunos casos alcanza ya a varios años (cerca de 6 en nuestra observación I).

En la *enfermedad de Gaucher*, algunos resultados favorables con sobrevivida de años, autorizan a aconsejar la esplenectomía lo más precozmente posible.

Diátesis hemorrágicas en la primera infancia

por los doctores

Prof. F. Schweizer, Raúl I. Cello y O. H. Senet

El estudio de los síndromes hemorrágicos en la infancia, nos ha presentado siempre la dificultad de ubicar al enfermo en estudio, en su casillero clínico correspondiente. Presentamos el modo de clasificación que hemos adoptado para los síndromes hemorrágicos, desde un punto de vista meramente clínico, y que utilizamos para el estudio de nuestro material.

Creemos inútil pasar revista a las clasificaciones más conocidas, como son las de Tibierge, la modificación de la misma propuesta por Aubertin, Le Sour y Pagnies, la de Pittaluga y la de Pfaundler.

Dividimos las diátesis hemorrágicas, en cuatro grupos:

Grupo A: comprende los púrpuras.

Grupo G: el morbus maculosus o Enfermedad de Werlhoff.

Grupo C: hemogenia o Enfermedad de Weil.

Grupo D: hemofilia.

Los púrpuras (Grupo A).—Tienen como carácter clínico ser generalmente enfermedades agudas, febriles, cuyo elemento característico es la aparición de la sufusión sanguínea (petequias, vibices, o equimosis) acompañada de trastornos gastrointestinales y artralgias; su carácter etiológico es vincularse a estados infecciosos. Carácter hematológico: en sangre se observa que todo es normal, salvo la reacción infecciosa (leucocitosis), y a veces pequeña anemia. Por lo tanto el tiempo de sangría y la coagulación son normales.

Síntoma característico: La fragilidad vascular; se pone en evidencia por cualquiera de los métodos conocidos (Rumpell Leede,

Koch, etc.). Formas clínicas: 1.º, Púrpura simple (en un cuadro infeccioso aparición de petequias); 2.º, Púrpura reumatisal de Schonlein Henoch (petequias más cuadro de reumatismo); 3.º, Púrpura abdominal de Henoch (los dos primeros más un cuadro de padecimiento gastrointestinal); 4.º, Púrpura fulminante de Henoch.

Presentamos de este grupo, los siguientes enfermos:

Agueda G., de 8 años de edad, argentina. Ingresa el 21 de junio de 1932. Alta, el 30 de octubre de 1932.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Criada a pecho; sarampión a los 7 años, es decir, uno antes de su enfermedad actual; reumatismo poliarticular agudo, del cual quedan nódulos reumatismales en ambas piernas.

Su enfermedad actual se inicia hace 21 días, con dolores abdominales intensos y vómitos. Un día después dolores en las articulaciones del miembro inferior. La temperatura, que había sido normal hasta entonces, asciende a 39 grados por las tardes.

Estado actual: Manchas purpúricas en la piel de la región de ambos codos, abdomen y miembros inferiores; son petequias pequeñas, pero muy numerosas, adoptan una disposición casi simétrica. El examen del resto del organismo no acusa nada anormal.

Plaquetas, 330.000; glóbulos rojos, 4.000.000 (hematíes sin alteración); glóbulos blancos, 7.000; hemoglobina, 76 %; valor globular, 0.97; neutrófilos, 36 %. Fórmula: eosinófilos, 3 %; linfocitos, 59 %; monocitos, 2 %.

Las orinas son oscuras, contienen el 1 % de albúmina, pus y sangre.

Junio 30: El examen de orina revela el 2 % de albúmina, abundante cantidad de sangre, en el sedimento cilindros y células renales.

Septiembre 27: Amanece con una erupción de petequias distribuidas en ambos antebrazos y piernas, en las superficies de extensión, subfebril.

Octubre 3: Gran bote de púrpura con los caracteres anteriores. El examen de sangre en esta fecha da:

Glóbulos rojos, 4.720.000; glóbulos blancos, 8.600; plaquetas, 350.000; hemoglobina, 65 %; valor globular, 0.70. Fórmula: neutrófilos, 43 %; eosinófilos, 2 %; linfocitos, 47 %; monocitos, 8 %.

El tiempo de sangría buscado con la prueba de Dukes (bleeding times) da: 2' 30"; el tiempo de coagulación: comienza a los 4' 30" y termina a los 6'. La fragilidad vascular fué mal investigada, siendo en estas condiciones el Rumpell Leede negativo.

Diagnóstico: Púrpura a forma reumatisal.

Agustín A., 7 años, argentino. Ingresa el 1.º de julio de 1933, de alta el 30 de julio del mismo año.

Antecedentes hereditarios y familiares: Sin importancia.

Enfermedad actual: Bruscamente y en plena salud, tiene vómitos,

dolores abdominales con discreta defensa muscular, facies peritoneal, lengua seca, pulso muy frecuente; temperatura, $38 \frac{1}{2}$. Ingresa con este cuadro a la sala de guardia, de donde lo remiten a nuestro servicio.

El examen general no da ningún dato, salvo el cuadro abdominal, que impresiona fuertemente, cuadro peritoneal de causa ignota. Se decide intervenirlo esa misma mañana. Con anestesia etérea se abre el vientre y se encuentra el apéndice normal, pero llama la atención grandes manchas subperitoneales, de un color rojo vivo, diseminadas en el intestino y distribuidas al azar; no había líquido en el peritoneo, ni hipertrofia de ganglios y el tránsito intestinal estaba libre; cerrado el abdomen y días después en plena convalecencia de su intervención, aparece una pousse de púrpura petequiral, diseminada en rodilla y codos de ambos miembros, sobre su cara de extensión y dolores articulares, persistiendo la temperatura alrededor de 38° ; cura después de una segunda pousse de púrpura de idénticas características que la anterior.

Queremos hacer notar el error de diagnóstico cometido, cuya posibilidad mencionan todos los autores. La causa de ello fué en nuestro caso, el dolor abdominal, la ligera defensa, los vómitos, la facies peritoneal, en fin, que nos indujo a pensar en una causa inflamatoria. La explicación de dicho cuadro la obtuvimos después de la laparatomía: eran esas manchas rojas, esas equimosis subperitoneales las que actuaron como "primun movens" de ese cuadro peritoneal. Este enfermo estuvo afectado de un *púrpura a forma abdominal de Henoch*.

Manuel S., 12 años, argentino. Ingresa el 22 de septiembre de 1931, de alta el 13 de octubre del mismo año.

Antecedentes hereditarios y personales: Sin importancia.

Enfermedad actual: Se inicia 15 días antes del ingreso al servicio, con signos de embarazo gastrointestinal, tumefacción y dolor de rodilla y muñeca izquierda, muy febril, aparece una erupción de petequias.

Estado actual: Desarrollo correspondiente a su edad. En la piel se ven en número considerable pequeñas petequias, predominando sobre todo alrededor de las articulaciones; unas de color rojo vivo, otras más pálidas y algunas amarillo verdosas. No se descubre nada de anormal en el resto del organismo. El Rumpell Leede es intensamente positivo, el examen de sangre es normal, hay una ligera leucocitosis neutrófila. Tiempo de sangría: 2' 30"; tiempo de coagulación: comienza a los 5', termina a los 7'. Con tratamiento salicilado (3 grs. diarios) puede irse de alta, curado, el 13 de octubre.

Diagnóstico: *Púrpura a forma reumatismal.*

Enfermedad de Werhloff (Grupo B).— Esta afección tiene como caracteres clínicos: la aparición de grandes sufusiones hemorrágicas espontáneas que aparecen en los sitios de presión o de traumas, nunca en la cara, y hemorragias por las mucosas; de seguir un curso crónico y afebril. Como carácter etiológico, de estar en

relación con avitaminosis, con trastornos endócrinos, siendo en general criptogenética. El carácter hematológico es fundamental: en el examen de sangre se encuentra la gran disminución de plaquetas (trombocitopenia), cuyo hallazgo confirma el diagnóstico; por lo tanto, el coágulo no se retrae y el tiempo de sangría es muy prolongado. No hay fragilidad vascular.

Formas clínicas, agudo y crónico.

Presentamos los siguientes casos:

Fernando G., de 9 años de edad, argentino. Ingresó el 23 de enero de 1932 y egresó el 14 de mayo del mismo año.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Nacido de parto normal, criado al seno materno hasta el año, época en que camina y habla; gripe y sarampión a los cinco años.

Enfermedad actual: Empieza 15 días antes de su ingreso al Servicio, apareciéndole manchas equimóticas en la parte superior de ambos muslos y varias epistaxis.

Estado actual: Desarrollo correspondiente a su edad, esqueleto normal; piel blanca pigmentada, con cicatrices acrómicas anecodérmicas en brazos y piernas. En la piel del abdomen se observa una mancha de color rojo violáceo, tipo equimótico, del tamaño de una palma de mano. En el muslo derecho cara externa otra mancha con los mismos caracteres que apareció después de una inyección hecha en el Servicio. Las primeras sufusiones sanguíneas tienen un color amarillo verdoso. El resto del examen es negativo. Tiempo de coagulación, 3'40". Tiempo de sangría, 12'3". Recuento globular: glóbulos rojos, 3.890.000; plaquetas, 20.000.

El 11 de febrero tiene, durante la noche, una profusa epistaxis que lo deja postrado y anémico con 140 pulsaciones, coaguleno 20 c.e. y 20 c.e. de sangre total del padre que se sigue practicando los días subsiguientes rebiciendo en total 100 c.e. de sangre del padre y 60 c.e. de coaguleno.

Febrero 20: Examen de sangre: glóbulos rojos, 3.950.000; (hematíes en anisocitosis); glóbulos blancos, 10.400; plaquetas, 35.000; (de aspecto normal); hemoglobina, 64 %; valor globular, 0.82. Imagen de Arneeth, desviada a la derecha. Índice polimorfo nuclear 3 con 44. Fórmula: neutrófilos, 63 %; eosinófilos, 4 %; linfocitos, 33 %.

Marzo 3: El niño está perfectamente, han desaparecido las manchas de las sufusiones sanguíneas.

Mayo 10: Tiempo de sangría y de coagulación normal, recuento de plaquetas, 160.000.

Diagnóstico: Enfermedad de Werhloff a forma aguda común.

Luisa S., argentina, de 7 años de edad. Atendida en el consultorio externo en marzo de 1933.

Esta niña es traída al consultorio por el padre porque le nota unas

manchas equimóticas de gran tamaño asentadas en regiones lumbares y ambos muslos (es el caso del "enfant martyr") sin epistaxis ni otro tipo de hemorragias de las mucosas. En sus antecedentes nada de importancia, salvo la mala alimentación y el confinamiento (se trata de una hija de inmigrantes en condiciones de pauperismo notable), el resto del examen general es normal. Rumpell Leede negativo. Examen de sangre: plaquetopenia, tiempo de coagulación normal. Esta observación no se pudo continuar por haber dejado el enfermo de concurrir al consultorio, ignoramos su evolución ulterior.

Se trataba sin duda, de otro caso de morbus maculosus de Werhloff agudo (forma común).

Hemogenia de Weil (Grupo C).—Enfermedad caracterizada esencialmente por una tendencia manifiesta a las hemorragias (epistaxis, gingivorragias, hematomas) con modificaciones de la sangre y alteraciones de los órganos endócrinos (tiroides, ovarios, etc.) y que afecta casi exclusivamente al sexo femenino. Carácter hematológico: fragilidad vascular (Rumpell Leede, Koch, etc.) disminución o ausencia de plaquetas, o plaquetoastenia de Glanzman, tiempo de sangría aumentado considerablemente, arrítmico (las gotas de sangre salen en forma irregular: rápidas o lentas) inestable (diferencia de un sitio a otro, en donde puede ser normal el tiempo de sangría), el coágulo se retrae poco o nada y cuando lo hace, es defectuoso (debido a la disminución de la viscosidad). Formas clínicas: 1.º, (forma frustra), (aparecen epistaxis, equimosis, malformaciones vasculares, pero el tiempo de sangría está poco aumentado y el coágulo es irretráctil). 2.º, formas localizadas (hemorragias uterinas, son de diagnóstico difícil, deben investigarse las taras sanguíneas). 3.º, formas paradójales (flebitis, trombosis, embolias). 4.º, formas combinadas con la hemofilia (hemofilo hemogenia). 5.º, para Bensaude existe también la forma intermitente a despertarse separados y forma crónica continua en relación con los accidentes hemorrágicos a nivel de la piel y mucosas. En cuanto a la patogenia de la enfermedad, Weil e Ysch Wall se manifiestan partidarios de la teoría hepatoesplenomedular o poliglandular. Otros autores la relacionan con la diátesis luética.

Relatamos el siguiente caso observado por uno de nosotros en su clientela civil.

Angela M., argentina, de 11 años de edad, observación recogida en el año 1932.

Antecedentes hereditarios: Padre sospechoso de lúes, madre artrítica.

Antecedentes personales: Prematura de ocho meses; criada al seno mercenario; a los seis años, sarampión y coqueluche que curan sin complicación.

Enfermedad actual: Se inicia hace cinco meses, época en la cual la traen al consultorio por notarle discreta exoftalmia y aumento de tamaño de la tiroides; metabolismo basal hecho por el Dr. H. Gotta en tal oportunidad dió aumento del mismo (más 20); se instituye medicación yódica y se piensa que se trata de una poussée puberal. Nuevamente es traída por presentar epistaxis a repetición gingivorragias y algunas manchas purpúricas equimosis aisladas en el cuerpo; el Rumpell Leede efectuado el mismo día es positivo. El examen de sangre efectuado en el Instituto Modelo de Clínica Médica por el Dr. Bianchi da los siguientes valores: glóbulos rojos, 3.150.000; glóbulos blancos, 10.000; hemoglobina, 70 %; plaquetas, 30.000. El tiempo de coagulación: se realiza en tiempo normal; el tiempo de sangría está sumamente aumentado.

Se practica una serie de inyecciones de sangre total de la madre, desapareciendo las manifestaciones hemorrágicas por las mucosas. En el interín a raíz de una gripe con gran fluxión nasal y bronquitis, se inicia una epistaxis que no se consigue cohibir, se intenta transfusión fracasando y se inyectan los 200 c.c. de sangre sacados a la madre en el peritoneo. Al día siguiente aparece un foco de bronconeumonía. Un colega practica esplenectomía falleciendo poco después del acto operatorio. Se trata de una enferma de *hemogenia común* y el cuadro tiroideo entra en la fenomenología de la enfermedad de Weil.

Hemofilia (Grupo D).—El carácter clínico de esta enfermedad se manifiesta por ser familiar y hereditaria y por su tendencia a las hemorragias siempre consecutivas a un trauma por insignificante que sea. Se inicia precozmente antes de los dos años, excepcionalmente más tarde, por hemorragias cutáneas, serosas (los derrames articulares según Koenig son al principio simples hemartrosis, luego artritis para terminar en anquilosis) viscerales y de órganos de los sentidos. En la sangre, todo es normal, excepto la coagulación que se produce muy tarde y mal, debido a la falta de tromboquinasa (por lesión de los tejidos y endotelios vasculares que no la producen) tiempo de sangría normal. Formas clínicas: 1.º, habitual (de intensidad media, de la primera infancia, se atenúa con la edad; 2.º, forma grave (se inicia en los primeros días). 3.º, formas ligeras o benignas. 4.º, formas latentes (que se revelan a raíz de una intervención, trauma, etc.). 5.º, forma femenina (frecuencia que varía: para L. Tixier hay un caso femenino para seis masculinos; para Grandidier, uno por diez; para Ettinger, citado por Hecker, uno por cuatro.

Relatamos de esta afección el siguiente caso:

Juan C. B., argentino, de 7 años de edad, ingresa el 6 de septiembre de 1933, de alta el 7 de julio de 1934.

Antecedentes hereditarios: El padre ha tenido un chanero en su juventud, actualmente Wassermann positiva. La madre murió de tuberculosis pulmonar. Dos tíos por parte de madre tienen trastornos en la deambulaci6n.

Antecedentes de su enfermedad actual: Se desconoce su evoluci6n detallada. Una tía nos dice "sufría primero de su rodilla, más tarde de la sangre, estuvo internado en Córdoba". Ingresó al Servicio con una anquilosis de rodilla derecha.

Estado actual: Desarrollo físico, el correspondiente a su edad. Esqueleto, normal. Piel, muy pálida: pigmentada desde epigastrio a los pies, por baños de sol, panículo adiposo, escaso; atrofia muscular de la totalidad del miembro inferior derecho. Salvo la anquilosis ya anotada, el examen del resto del organismo es normal. Examen de sangre, plaquetas normales en cantidad y forma; los demás elementos de la sangre están en proporci6n normal. Rumpell Leede negativo. Tiempo de sangría, es normal; el tiempo de coagulaci6n muy alargado: no se ha coagulado la sangre después de dos horas de observaci6n (examen repetido varias veces).

Durante su internaci6n en el Servicio se fracturó el fémur derecho, con gran derrame sanguíneo, febril, que se reabsorbió lentamente; el accidente afectó notablemente el estado general durante los dos meses que duró la curaci6n de la fractura. Basándonos en los antecedentes del padre, sometimos al enfermo a intenso tratamiento antilúético, con lo que mejoró notablemente su estado general. De nuestro enfermo ignoramos la época de aparici6n de los primeros síntomas de su padecimiento. Se trata sin duda alguna de un caso de *hemofilia a forma habitual*.

Al terminar nuestra exposici6n, con un cuadro que engloba en su clasificaci6n, las diátesis hemorrágicas, queremos agregar que omitimos expresamente el estudio en detalle de cada una de las enfermedades mencionadas para hacer resaltar con su brevedad esquemática los rasgos dominantes de su sintomatología y también con ese propósito no agregamos sus sinonimias, ni las teorías patogénicas que tratan de explicarlas (nerviosas, humorales, tóxicas, bacterianas, etc.) y todos los descubrimientos o noticias, algunas no aceptadas unánimemente por los autores.

Concebimos así a los púrpuras como enfermedades infecciosas, agudas o tóxicas que atacando al endotelio vascular determinan por su fragilidad y la influencia del ortostatismo, la aparici6n de petequias; serían así una endotelitis infecciosa o tóxica.

La enfermedad de Werhloff, nos forma el grupo B, la se-

paramos netamente de los púrpuras: 1.º, porque la lesión fundamental está en la falta de plaquetas, es decir, una lesión en sus células formadoras, los megacariocitos (bazo, retículo endotelial, médula ósea, etc.); 2.º, el retardo en el tiempo de sangría concomitante por la falta de formación del tapón fibrino plaquetico; 3.º, por ser de curso crónico y no vincularse a trastornos infecciosos. Sería una enfermedad plaquetopénica por excelencia.

El tercer grupo, las hemogenias son verdaderas diátesis hemorrágicas con su fragilidad vascular y trombocitopenia. Su vinculación con los trastornos endócrinos producidos por el disfuncionamiento de la tiroides, ovario, etc., en terrenos luéticos, y su predominio en el sexo femenino, le dan carácter especial diferenciándola así de la hemofilia, enfermedad hereditaria con hemorragias provocadas por traumatismo, ser del sexo masculino, etc.

La hemofilia no necesita mayores comentarios. La falta de tromboquinasa, fermento producido por los tejidos y endotelios vasculares y por ende el tiempo de coagulación sumamente prolongado, o aun la falta de coagulación, la caracterizan apartándola de las enfermedades infecciosas o por carencias. Su cuadro clínico, las leyes de su transmisión (leyes de Grandidier y Bulloch) la vinculan netamente a las *malformaciones congénitas* pudiendo decirse que ya se nace hemofílico, hijo de familia hemofílica y que no se hace hemofílico.

Diátesis hemorrágicas en la infancia

Grupo A Púrpuras	Carácter clínico ...	{ Petequias o vibices o equimosis, ser enf. agudas y febriles, vinculadas a infecciones, aparecer por poussées
	Carácter hematológico	{ En sangre todo es cualitativamente normal, leucocitosis, plaquetas normales, tiempo de S y C normal, fragilidad vascular: Rumpell Leede, Koch, etc.
	Formas clínicas ...	{ Púrpura simple Púrpura reumatisal de Schonlein - Henoch Púrpura abdominal de Henoch Púrpura fulminans
	Tratamiento	{ Anti infeccioso
Grupo B Morbus M. de Werhloff	Carácter clínico ...	{ Grandes sufusiones sanguíneas espontáneas o, por presión o traumas -hemorragias por las mucosas. Curso crónico y afebril, no se vincula a las infecciones.
	Carácter hematológico	{ Trombocitopenia o tromboastenia, no hay retracción del coágulo. Tiempo de S muy prolongado de C normal. No hay fragilidad vascular.
	Formas clínicas ...	{ Werhloff agudo y crónico
	Tratamiento	{ Dietético, coagulante, esplenectomía
Grupo C Hemogenia de Weil	Carácter clínico ...	{ Tendencia durante toda la vida a las hemorragias por las mucosas, epistaxis, etc., y por la piel hematomas, etc., con alteraciones en la sangre y endócrinas (tiroides, ovarios). Ser del sexo femenino.
	Carácter hematológico	{ Fragilidad vascular Rumpell, etc. Ausencia o disminución de plaquetas. Tiempo de S prolongado, arrítmico e inestable. El coágulo no se retrae.
	Formas clínicas ...	{ Forma común Forma frustra Forma localizada Forma paradojal
	Tratamiento	{ Coagulante - endócrino - esplenectomía
Grupo D Hemofilia	Carácter clínico ...	{ Ser familiar y hereditario. Hemorragias provocadas aparecen en la piel, mucosas y serosas (articulaciones). Se transmite: leyes de Grandidier y Bulloch; no se vincula ni a infecciones ni a trastornos endócrinos.
	Carácter hematológico	{ Falta la tromboquinasa, tiempo de C muy retardado de S normal, no hay fragilidad vascular.
	Formas clínicas	{ Forma habitual Forma grave Formas benignas o ligeras Forma latente Forma femenina
	Tratamiento	{ Corrección del trastorno de la coagulación

Presentación de una forma práctica de proteína vegetal para alimentación infantil

por el

Dr. Florencio Escardó

Desde hace tres años estudiamos con particular interés el empleo de las proteínas vegetales en la alimentación infantil. Nuestras experiencias han sido dificultadas por la escasez del producto a emplear: disponíamos solamente de Soleurone, producto preparado por la casa Byla, de París, y que consiste en una mezcla de 53 partes de crema de arroz, 21 de aleurona de girasol salado al 1% y 26 de azúcar. Esta fórmula estaba impuesta por el hecho que la aleurona de girasol precipita en grumos al ser sometida a cocción, inconveniente que no se presenta en presencia del almidón; pero el añadido de esa sustancia, si bien facilita la operación culinaria, no deja de tener inconvenientes en la administración a los niños.

Ese asunto es obviado procediendo al malteado de la harina.

Todo ello hace que en la práctica y, sobre todo en la práctica de Consultorio de Hospital, no sea demasiado fácil indicar este alimento a las madres. Por otra parte, el producto francés es sumamente difícil de obtener entre nosotros, a tal punto que, según creo, sólo hay en Buenos Aires alrededor de 50 tarros, que debemos a la amabilidad del fabricante.

Por todos estos motivos nos pusimos en trabajos con el fin de obtener entre nosotros una aleurona vegetal que permitiera ensayos en mayor escala y, si fuera posible, careciera de los inconvenientes del producto usado anteriormente.

Gracias a la colaboración inteligente y en absoluto desinteresada de la casa Kasdorf, hemos podido obtener aleurona vegetal pura, de la contenida en la semilla del girasol (*helianthus annuus*).

Deseando conservarnos estrictamente en los límites de una presentación, es decir, de ofrecer a los distinguidos colegas material y ocasión de experimentar y controlar este producto, sólo deseamos mostrarlo objetivamente:

Se trata de un polvo finísimo, color gris claro, con un sabor ligeramente acre, que la boca tarda en percibir. Cocido en agua, precipita en grumos, formando una papilla fácil de incorporar a otras formas de alimento; esta precipitación puede ser evitada o, al menos, muy reducida, agregando al agua de cocción una pequeña cantidad de goma arábiga.

Pero aparte de todos estos modos de administración que serán sin duda, ensayados por cada experimentador, nosotros deseamos recomendar especialmente su uso en la misma forma y proporción que se hace con los caseinatos de calcio. Su adición a la leche le da un gusto muy agradable, semejante al de la leche con chuño, y esta forma es bien tolerada por los lactantes aun pequeños.

Nuestra experiencia es ya bastante extensa al respecto y sumamente satisfactoria.

Casi está de más decir que la empleamos tal cual los caseinatos de calcio, en los trastornos fermentativos, y en todos los casos en que debe emplearse un regimen hiperprotéico.

Digamos, de paso, que nos ha dado éxitos halagüeños en el eczema del lactante. Estos resultados serán objeto de un trabajo especial. En el intervalo, deseamos poner en manos de los colegas este producto, que nos parece digno de estudio, que es fácil de obtener, y sumamente barato entre nosotros.

Sólo queremos agregar que en el caso de usarse sola, debe añadirse siempre suficiente aporte de vitaminas A, B, C y D, así como el necesario añadido de cloruro de sodio.

Telescopage vertebral

por los doctores

Manuel Luis Pérez y José Roberto Abdala

Las anomalías congénitas de la columna vertebral, interesaron siempre a los observadores, pero durante mucho tiempo los autores sólo refirieron hechos anatómicos excepcionales, monstruosidades raramente descritas, es decir, verdaderas piezas de museo.

Esas publicaciones provocaron el interés de los anatómicos, ya que no de los clínicos, quienes por esa causa, casi desconocieron su existencia.

Estudiadas las más de las veces en las autopsias de fetos monstruosos, las deformaciones vertebrales han sido consideradas por la mayoría, como incompatibles con la existencia, y sobre todo, excepcionales como malformaciones aisladas.

La aparición de la radiología, facilitó enormemente su descubrimiento durante la vida, transformando completamente su estudio, ya que realizando una especie de autopsia en el vivo, ella demostró que ciertas malformaciones extendidas, consideradas hasta entonces como hechos de excepción, se presentaban con una frecuencia mayor de la que se suponía.

Ha puesto en claro, también, como en ciertos sujetos con modificaciones ínfimas del aspecto exterior, esas malformaciones hubiesen pasado desapercibidas, a no mediar ese nuevo medio diagnóstico.

Diremos, pues, que la radiología ha dado un interés clínico y práctico a una cuestión hasta entonces puramente anatómica, dándole al clínico los reparos necesarios para comprender casos hasta entonces mal estudiados, y, habitualmente muy confusos.

El estudio de las anomalías vertebrales de origen embrionario, tiene su progreso mayor; en el trabajo de Putti en el año 1910,

el cual con su contribución personal y original clasificación, dió inmensa difusión a este estudio.

V. Putti clasifica las anomalías congénitas de la columna vertebral en cuatro grupos, a saber:

1.º *Anomalías de diferenciación regional*: tales como fusión atleoideo-occipital, costillas cervicales, sacralización de la 5.ª lumbar.

2.º *Anomalías numéricas*: que pueden ser por exceso (lo que es excepcional), y por defecto: grupo donde entraría el síndrome de Klippel Feil.

3.º *Anomalías morfológicas*: soldadura parcial o total de vértebras, deformaciones, hemiatrofías, hemispondilos, espinas bifidas, etc.

4.º *Anomalías complejas*: son las que se forman, por la asociación frecuente de las malformaciones precedentes, la que puede hacerse a diversas alturas o a todo lo largo de la columna, y se acompañan a menudo con malformaciones de otros órganos.

Las observaciones cuyo estudio clínico y radiológico nos permitimos traer a consideración, ofrecen caracteres de sumo interés, no sólo por la rareza de sus alteraciones esqueléticas, sino también por la intensidad con que esas alteraciones se revelan en ellos. Estas observaciones fueron hechas en la Maternidad del Hospital Alvear, dos de las cuales figuran entre los recién nacidos del año 1933, siendo seguidas en el Consultorio Externo de Puericultura de la misma.

1.ª OBSERVACIÓN.—Se refiere a M. E. R. y está contenida en la historia clínica 1051 del año 1933 (R. G. 24201).

En breves términos, el extracto de sus particularidades es el siguiente:

Antecedentes negativos: 1 hijo. No hay aborto.

Examen clínico y serológico familiar: negativos.

El niño nace el 29 de junio de 1933. Sexo femenino. 2650 grs. de peso; talla, 43.3; cir., 34; cir. torácica, 33.

Como vemos, el niño muy pequeño, de talla y peso indantes con la debilidad congénita. Busto corto, brazos y piernas largas en relación. Brevedad intensa del cuello, casi ausencia total; hallándose la cabeza completamente pegada al tórax encajada entre los hombros (ver figs. 1, 2 y 3), e inclinada hacia la derecha, en tanto que el mentón lo hace a la izquierda. Cabeza inmóvil, movimientos activos de rotación del cuello, nulos. Movimientos pasivos, disminuidos y limitados. Suturas inoclusas; fontanela posterior ampliamente abierta; pelo sedoso, abundante, de una implanta-

PRIMERA OBSERVACIÓN

El niño a los pocos días de nacer. Fotografías y radiografía



Figura 1



Figura 2



Figura 3

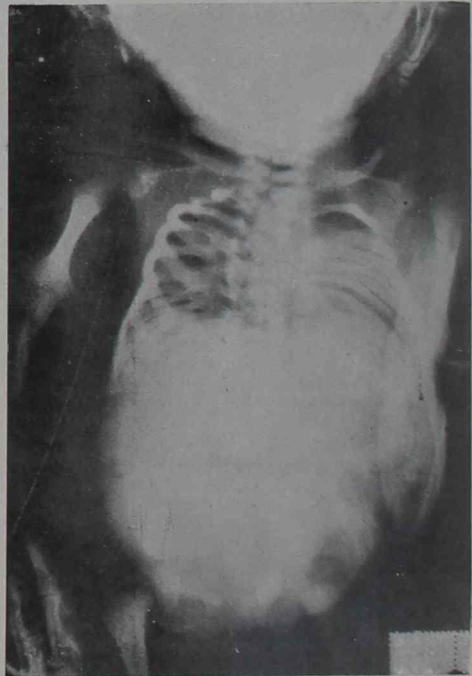


Figura 4

PRIMERA OBSERVACIÓN

Fotografías y radiografía del niño a los diez meses de edad



Figura 5

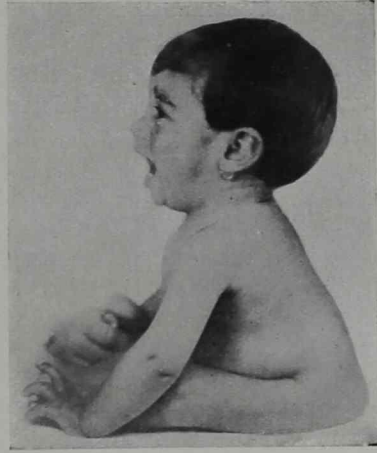


Figura 6

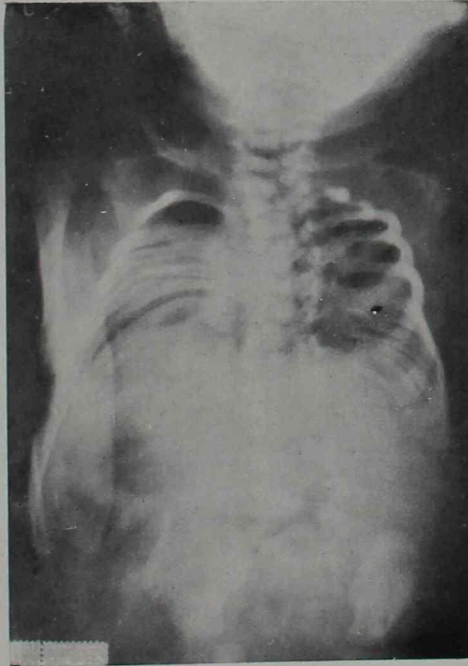


Figura 7

ción tan baja en su parte posterior que no permite ver el cuello. Párpados ligeramente edematizados.

Tórax elevado, corto, de tipo cervical, muy saliente en su parte ántero superior, ensanchándose en la inferior. Respiratorio y circulatorio nada de particular.

Abdomen: vientre grande, flácido, depresible, hepatomegalia discreta; no se palpa bazo; genitales normales.

Las radiografías que se practicaron produjeron el siguiente informe: La columna vertebral (fig. N.º 4), aparece en éstas radiografías totalmente bífida, normalmente, en efecto, no se hallan soldados los núcleos que irradian la osificación en el cuerpo vertebral, pero ese estado de incompleta osteogénesis con que se presenta la columna en el primer año de vida, revela su normalidad, por la regularidad y simetría, que acusan los diversos núcleos que forman el cuerpo vertebral, y la igualdad existente entre todos ellos. Aquí vemos todo lo contrario, la bífidez que acusa la columna se revela desigual y asimétrica, en todos sus segmentos; es completamente desordenada y diferente en todas las vértebras, lo que hace suponer, que no sólo ha habido un retardo en el desarrollo osteogénico de la columna, sino que éste, se ha realizado en forma acentuadamente anormal.

A nivel de las vértebras cervicales, no es posible individualizar más de seis; además, el número de vértebras dorsales se halla muy disminuído: no hay más que nueve y con todas las alteraciones descriptas en los casos que se refieren posteriormente.

Las costillas, en su mayoría, se presentan soldadas entre sí. No hay ausencia de ninguna costilla, pues se cuentan doce a cada lado.

La columna lumbar, en cambio, se observa muy alterada, revelando muchas de las deformaciones descriptas en la columna dorsal (C. H. Niseggi).

Seguido este niño en el Consustorio Externo de Puericultura, constatamos que su progreso era por debajo de lo normal, teniendo tendencia a hacer procesos del tubo digestivo (además de su coriza crónica), de los cuales curó, aunque manteniéndose en un estado distrófico pronunciado. Se constató además, la presencia de una hernia umbilical.

Nos ha llamado la atención en este niño, que la movilidad de su cuello ahora está mejorada, a la par que parece disminuída su brevedad, como puede verse en las fotografías adjuntas (figs. 5 y 6); sin embargo, el síndrome radiológico persiste como tal. (Fig. N.º 7).

En resumen: Niño que presenta la triada clínica del síndrome de cuello corto, y que estudiado radiológicamente, manifiesta las anomalías más complejas en la columna cervical, dorsal y lumbar, con disminución de su número, ya que existe sólo seis cervicales, 9 dorsales y quizá 4 lumbares.

2.^a OBSERVACIÓN.—Historia Clínica 1171, de 1933 (R. G. 25321). L. M., nacido el 20 de julio de 1933, de parto normal. Antecedentes negativos en lo que se refiere a lúes y tuberculosis. Examen clínico y seriológico familiar, negativos. El hermano que tiene, es el que motiva la historia que sigue, y que padece, como se verá, de la misma afección.

De sexo masculino, 3150 grs. de peso. Talla, 44.8. Cuello casi ausente (figs. 8 y 9), y de movilidad escasísima. En la posición decúbito dorsal, presenta el mentón completamente adherido al pecho y desviado hacia la izquierda, inclinándose la cabeza hacia la derecha. Sorprende lo fijo de su posición, que se halla encajada entre los hombros, los que hacen, sobre todo el derecho, como una depresión para recibirla, encontrándose la articulación escapulo humeral de ese lado más elevada que la oreja (descenso de las orejas).

Las arcadas no se afrontan en su totalidad (fig. 9), encontrándose la inferior por su mitad izquierda, paralela a la superior, mientras que en su mitad derecha, se acerca a la línea media, y se va introduciendo por debajo y detrás del maxilar superior.

Por detrás, se ratifica la brevedad del block del cuello, que es muy grueso y corto, notándose con evidencia la inclinación de la cabeza hacia la derecha.

Tórax elevado, corto, de tipo cervical. Respiratorio y circulatorio: normales.

Abdomen: vientre flácido, globuloso; nada de particular. Hígado y bazo en sus límites normales. Genitales, bien.

El informe radiológico dice lo siguiente: La imagen vertebral de este esqueleto es idéntica a la que se observa en la hermana, y que describiremos más adelante, pero en un estado anterior, como que hay seis años de diferencia entre ellos. (Fig. 10).

La columna cervical, muy cartilaginosa aun, no permite ser estudiada con precisión, pero ya se vé que está profundamente alterada. La columna dorsal, acusa las mismas groseras alteraciones que se describen en la hermana, es decir: agenesias vertebrales, hemivértabras, vértebras hífidas y asimétricas. No se pueden descubrir más de 10 vértebras dorsales.

Las costillas se presentan nada más que en número de nueve a la izquierda, quizás con una más, rudimentaria, y nueve a la derecha. Soldadas entre sí la mayoría, tienen ellas una disposición tan irregular, que unos espacios intercostales se hallan muy ensanchados, y otros, en cambio, están reducidos.

Como en el caso que sigue, la columna lumbar y el resto del esqueleto aparece sin anormalidades notables. (C. H. Niseggi).

Este niño ha sido seguido en el Consultorio de Puericultura de la Maternidad, habiendo progresado bien en peso y estando sometido a alimentación artificial exclusiva, que tolera perfectamente. Ya se para, comienza a dar los primeros pasos y balbucea algunas palabras.

En las fotografías adjuntas (Figs. 11 y 12) se puede ver la fijeza, la cortedad y ensanchamiento de su cuello, así como la inclinación de la

SEGUNDA OBSERVACIÓN

Fotografías y radiografía del niño a los pocos días de nacer



Figura 8



Figura 9



Figura 10

SEGUNDA OBSERVACIÓN

Fotografías y radiografía del niño a los diez meses de edad



Figura 11



Figura 12

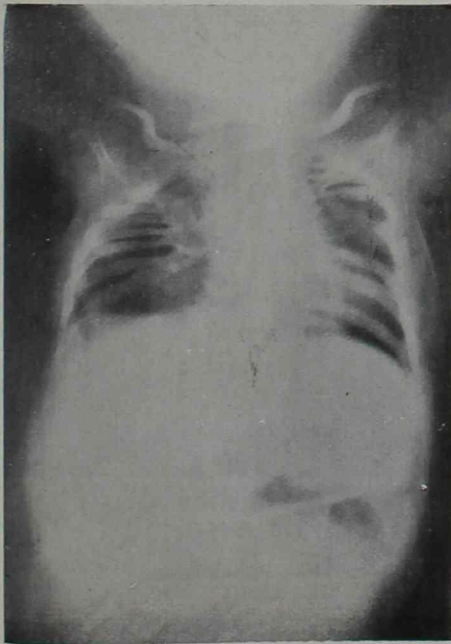


Figura 13

cabeza, y en las radiografías hechas por la misma época, la persistencia del síndrome esquelético (Fig. 13).

En resumen: Niño que presenta los mismos síntomas clínicos que el de la historia anterior, con un complejo radiológico de mayor interés bibliográfico: fusión y disminución de vértebras cervicales, groseras alteraciones de vértebras dorsales, disminuídas y deformadas en su aspecto.

Malformaciones notorias de costillas, disminuídas en su número.
Malformación de maxilar inferior.

3.^a OBSERVACIÓN.—F. M., hermana de la anterior, de 7 años de edad, nacida a término de un parto normal, alimentada a pecho exclusivo hasta el año, aunque con alimentación mixta hasta los dos años y medio.

Casi siempre está resfriada, padeciendo de bronquitis a repetición.

Estado actual: Cráneo asimétrico, cabeza inclinada hacia la izquierda. Cuello corto y grueso, de movilidad disminuída. Se observa que cuando quiere efectuar algún movimiento de rotación del cuello, gira el busto. Llama la atención la fijeza de la cabeza, como encajada entre los hombros, con la inclinación antedicha. Orejas descendidas. El eje de la mirada es oblicuo. Mira en alto. Dientes de Hutchinson.

Tórax: Deforme; el esternón desviándose hacia la derecha, eleva el hemitórax de ese lado. Respiratorio y circulatorio normales.

Abdomen: Vientre grande, flácido, parece más grande por la elevación del tórax y el ensanchamiento de la parte inferior de la parrilla costal. Punta de hernia de la línea alba, inmediatamente por encima del ombligo. Alcanza a palpase el hígado de consistencia normal. La distancia de los mamelones al ombligo, está disminuída. Hernia inguinal derecha, visible sólo en el esfuerzo. Genitales normales.

Es manifiesta la desproporción entre la pequeñez del busto, y el largo de los miembros. Puede verse que en la estación vertical, los dedos llegan casi a tocar la cara lateral de la rodilla.

Vista de espalda, se nota perfectamente lo corto y grueso del cuello, que parece formarse de un solo block, de una inmovilidad manifiesta (Figs. 14 y 15); se ve la inclinación de la cabeza hacia la izquierda, notándose la desaparición de la lordosis cervical habitual, y continuando el block antedicho, directamente con la convexidad dorsal.

La inserción de los cabellos, ligeramente baja. Es visible, además, la elevación del omoplato derecho, que se acompaña en el espacio interescapular, de una pequeña escoliosis a convexidad derecha, como si la columna siguiera la elevación del omoplato.

Palpando la región cervical, se muestra formada por un block óseo corto, ancho e indoloro. De arriba a abajo, inmediatamente del occipital, se nota una depresión donde cabe la yema del dedo pulgar, y a la que sigue una saliencia grande, que da la impresión de estar formada por la

TERCERA OBSERVACIÓN

Fotografías y radiografías de la niña en la actualidad



Figura 14



Figura 15

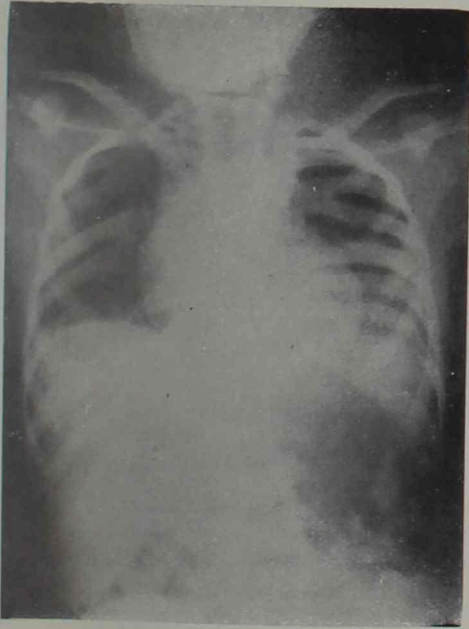


Figura 16

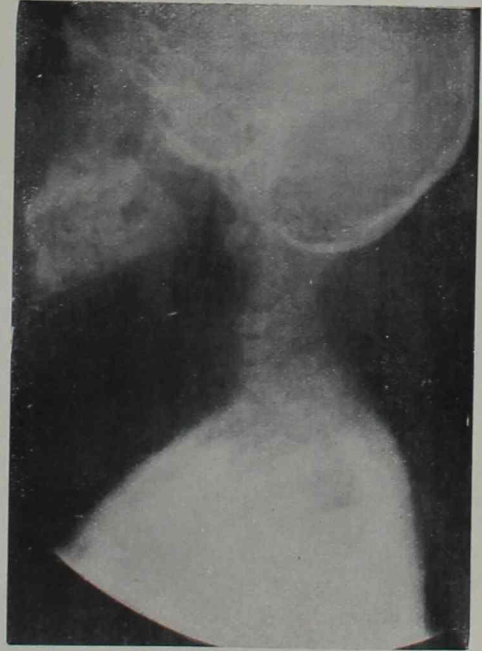


Figura 17

fusión de varias apófisis espinosas; todo esto se observa con nitidez en la radiografía lateral. (Fig. 17).

En la región lumbar, la ensilladura es más notoria. Apetito escaso, palidez discreta, funciones digestivas normales. Juega, corre y hace vida normal. Duerme mucho.

La madre dice que es inteligente, y cumple todo lo que se le ordena sin dificultad. El informe de la maestra, se refiere a la poca agilidad mental y a la pereza cerebral.

Las distintas radiografías que se le practicaron, revelan lo siguiente:

La columna cervical, acusa tanto en las radiografías anteroposteriores como laterales, groseras alteraciones.

En la parte media se observa una verdadera fusión de varios cuerpos vertebrales, y al nivel de la 6.^a y 7.^a hay un engrosamiento marcado del cuerpo en el lado izquierdo, como si tuviera un apéndice costiforme. Es imposible contar las vértebras cervicales, dada la fusión existente.

La columna dorsal revela también alteraciones notables. La cifosis normal de la columna dorsal, es aquí más acentuada, y sin poder contar con precisión el número de vértebras dorsales, se puede afirmar con seguridad que faltan dos o tres; porque como hay hemivértebras, y otras son muy deformes y bífidas, es imposible determinar con exactitud cuántas son; pero no pasan de 10.

Las mejor formadas son la 1.^a y 2.^a. La 3.^a muestra una sinostosis incompleta de los arcos posteriores. La 4.^a es bífida y groseramente asimétrica. La 5.^a se presenta engrosada en su parte media. La 6.^a, como la 4.^a, no ha llegado a cerrar su arco posterior y aparece muy asimétrica. La 7.^a, sumamente deforme, como si se hubieran luxado las hemivértebras constitutivas, y se hubieran soldado entre sí. La 8.^a y la 9.^a forman como un cuerpo único, pues sólo se alcanza a ver separación en la mitad derecha.

Luego ya sigue la columna lumbar, que presenta una configuración casi normal.

La 5.^a vértebra lumbar acusa una sacralización bilateral. La 1.^a vértebra sacra acusa también una bifidez evidente.

Respecto a las costillas, sólo existen nueve del lado izquierdo y diez del lado derecho. Agenesia costal acentuada.

Del lado izquierdo, la 1.^a, 2.^a y 3.^a se presentan soldadas a nivel de la articulación vertebral. La 4.^a y 5.^a aparecen también unidas, pero en una extensión mayor. La 6.^a, 7.^a y 8.^a también se encuentran soldadas en su extremo posterior en forma de tenedor. La 9.^a se halla libre y la 10.^a es sólo un apéndice costiforme.

Las costillas derechas forman también una parrilla fuertemente anormal, la 1.^a y 2.^a se sueldan a poco de separarse de la columna vertebral, para formar una sola costilla.

La 3.^a y la 4.^a forman en su extremo posterior, todo un conglomerado — paravertebral diremos, — para separarse luego de las dos primeras, y seguir unidas hasta la línea axilar posterior, donde se distribuyen cada una en su recorrido habitual. La 5.^a y 6.^a, igual que las dos anteriores,

se unen por su extremidad posterior a las otras costillas, y luego al separarse de la columna, siguen unidas un corto trecho. La 7.^a se une por una articulación con la 6.^a, y sigue luego sola. La 8.^a, 9.^a y 10.^a emergen en forma de hoja; la 8.^a sale sola, articulándose con la 7.^a y con la vértebra correspondiente; la 9.^a y la 10.^a no tienen vinculaciones con la columna, y son como divisiones costales que emergen ambas de la 8.^a costilla. (C. H. Niseggi).

En resumen: De esta observación, se desprende que se trata de una niña de siete años, con síntomas clínicos capitales: cuello corto, disminución de la movilidad de la cabeza, implantación baja de los cabellos, y como síntomas accesorios: dorso redondo, escoliosis, elevación del omoplato, oblicuidad de la mirada, descenso de las orejas y mamelones.

Radiológicamente presenta malformaciones complejas y asociadas, que se extienden a toda la columna y costillas.

CONSIDERACIONES.—El término de telescopage vertebral, fué creado por Bar en el año 1903, al hacer la autopsia de un recién nacido, muerto instantes después del parto, y en el cual, sorprendido por la diversidad de malformaciones, propuso ese nombre para su denominación, queriendo expresar con ello, que los segmentos vertebrales han debido sufrir durante la vida fetal, alguna acción traumática, que hubiera determinado como un “enchufamiento” de los mismos, a la manera de segmentos de un telescopio al cerrarse.

La primera observación de Bar, presentada a la Sociedad de Obstetricia de París, se refiere a un niño con la cabeza fuertemente aplicada al tronco, pareciendo no tener cuello.

Las orejas descendían por debajo del límite superior del tronco, que era corto, como aplastado, de dimensiones transversales ensanchadas, miembros normales, hernia inguinal derecha.

La radiografía y la autopsia demostraron grandes irregularidades de la columna.

Las vértebras, sobre todo a nivel del cuello y de la región dorsal, no estaban desarrolladas regularmente, cada una estaba reducida a un pequeño nódulo óseo, aplastado entre las vértebras vecinas.

La génesis de esta malformación, él la explicó de la siguiente manera: En una época muy precoz, ciertamente antes de los 45 días, el embrión ha estado comprimido de arriba y de abajo, siguiendo el eje del feto; ciertos puntos vertebrales han sido desplazados, aplastados.

Esta compresión debió ser pasajera; más tarde, la columna se ha desarrollado, pero las vértebras desplazadas, deformadas, han quedado tal cuales, y el resultado ha sido un niño de busto corto pero con miembros bien desarrollados.

Las otras malformaciones, labio leporino, etc., las atribuye al mismo origen.

Al año siguiente presenta un nuevo caso de un niño vivo idéntico al anterior, ya que su estudio clínico y radiológico era superponible, y del cual, la casualidad quiere que sean hermanos.

En la bibliografía mundial no volvemos a encontrar registrado ese nombre para la publicación de ningún otro caso de esa índole; sólo lo encontramos citado por infinidad de autores, pero siempre refiriéndose a las únicas observaciones de Bar.

Esto ha hecho que Feil en su tesis del año 1919 las englobara en el tipo III del síndrome, que conjuntamente con Klippel, describieran en el año 1912.

Feil estableció en su tesis, y posteriormente en el año 1932 con Lebleu y Fischer, la existencia de tres tipos:

Tipo 1.º Verdadero síndrome de Klippel-Feil, en el cual su caracterización clínica es la triada sintomática: cuello corto, limitación de su movilidad e implantación baja de los cabellos.

Su estudio anatómico revela disminución de vértebras cervicales, por aplasia o fusión (masa cervicodorsal), espina bífida cervical.

Tipo 2.º Tipo de transición entre lo normal y la ausencia de vértebras.

El síndrome clínico es menos preciso, la movilidad variable, la cortedad de cuello menos manifiesta, pudiendo faltar la implantación baja del cabello.

Anatómicamente: Disminución de una o más vértebras.

Tipo 3.º En el cual la reducción no queda localizada a la región cervical, sino que se extiende a todo el raquis, con malformaciones variables.

En los dos primeros grupos, las anomalías tienen su máximo en la región cervical, la reducción numérica constituye el hecho esencial y las malformaciones de otros segmentos, si existen, no son sino un hecho accesorio.

No ocurre lo mismo en los del tercer grupo.

Ahora bien, en nuestros casos se observa, que a las alteraciones

vertebrales bien evidentes de la región cervical, se agregan alteraciones de la columna dorsal, y de la parrilla costal, tan groseras o más que las de la columna cervical.

Ellas repiten en una forma absolutamente semejante, los tipos presentados por Bar a la Sociedad de Obstetricia de París, en los años 1903 y 1904.

Además, la concepción primitiva de Bar, ha sido confirmada por Feil, quien acepta como patogenia de su síndrome, la causa mecánica adueida por aquél. Por lo tanto, pensamos que debe conservarse el nombre de *telescopage vertebral* para estos casos, nombre muy expresivo, dado por Bar hace 30 años, a quien corresponde, por lo tanto, la prioridad, puesto que no sólo describió los casos con todas sus características clínicas, anatómicas y radiológicas, sino que también concibió su patogenia, la que no ha sido modificada hasta la fecha. Creemos, por lo tanto, que debe reservarse el nombre de síndrome de Klippel - Feil, al de reducción numérica cervical pura, es decir, a los descriptos bajo el rótulo de tipo 1.º.

Resumiendo: Podemos decir que:

- 1.º Por su triada sintomática, ausencia de cuello, limitación de la movilidad de la cabeza e implantación baja del cabello.
- 2.º Por sus síntomas clínicos accesorios.
- 3.º Por su estudio radiológico, que demuestra evidentes anomalías de toda la extensión de la columna, manifestándose por disminución, fusión, dislocación, bifidez, etc.
- 4.º Por las anomalías de costillas.
- 5.º Por las anomalías de otro orden, en dos de nuestros casos, hernia inguinal y umbilical, y en el tercero, malformación del maxilar inferior.

Nuestras tres observaciones pueden definirse como *telescopage vertebral*, y clasificarse en el grupo de las anomalías complejas de Putti.

Absceso de pulmón y pleuresía durante la evolución de una escarlatina

por el

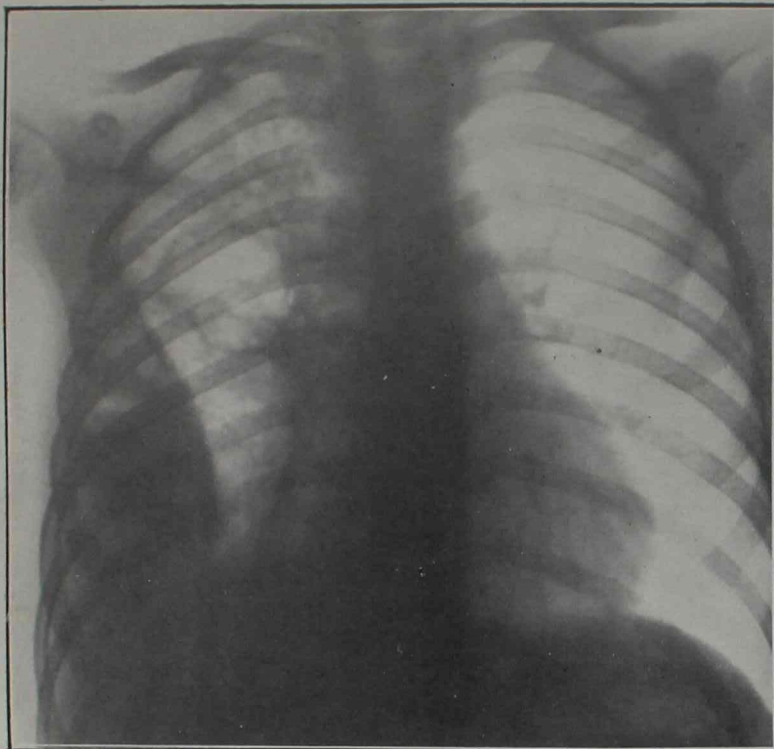
Dr. Saúl I. Bettinotti

Docente libre de Clínica Pediátrica

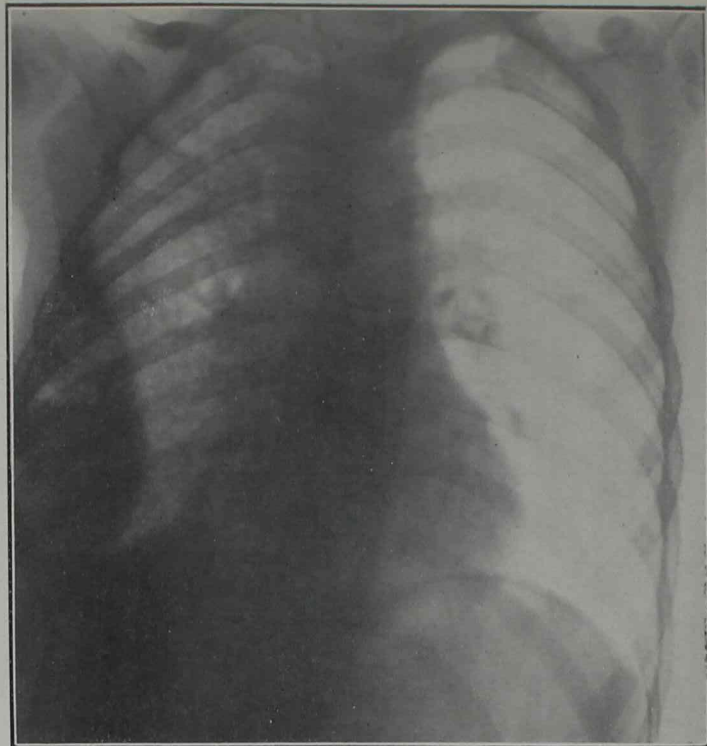
El niño Alberto V., de 5 ½ años de edad, que ha vivido siempre en el campo, hijo de padres sanos, tiene dos hermanos sanos. Llega a Buenos Aires, a los pocos días se enferma, presentando un cuadro febril acompañado de angina eritematosa.

Al segundo día aparece una erupción escarlatínica muy intensa, iniciándose con tal motivo la seroterapia específica, con 10 c.c. de suero antiestreptocócico. Al cuarto día de iniciada la erupción aparece un foco en el pulmón derecho, en su región mediana, por detrás, desviándose más hacia la línea axilar posterior; en esa zona se percute matitez, repercusión del llanto, bronceofonía y algunos rales húmedos; tos en forma de pequeños accesos, algunas veces seca, otras con movilización de exudados. Mal estado general, hipertermia, postración, estado de estupor, automatismo. Al séptimo día, en la zona antes mencionada aparecen rales más húmedos, con la apariencia de rales de reblandecimiento; comentados con otro colega, les llamaba rales de "fluidificación". Al día siguiente, o sea al octavo día, tiene expectoración fácil y abundante, provocada por accesos de tos más frecuente, y la madre nos refiere que en un momento determinado eliminó una buena cantidad de esputos purulentos. ¿Vómica?

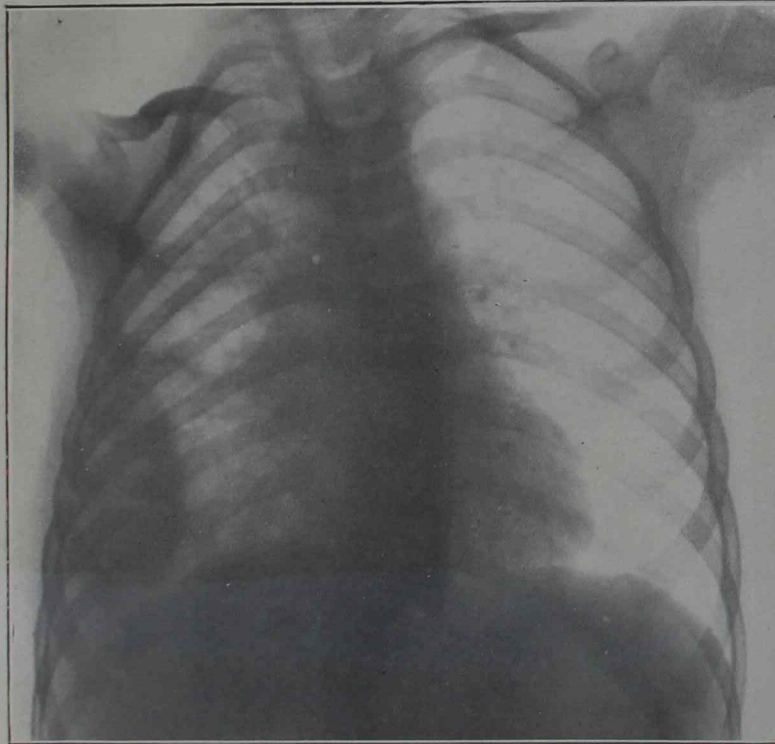
Estas referencias no fueron interpretadas hasta días después, cuando obtuvimos la primera radiografía. Al décimo día aparece una matitez en la base, prolongándose hacia la línea medioaxilar, punto en que es más elevada. Persistía el mal estado general, es-



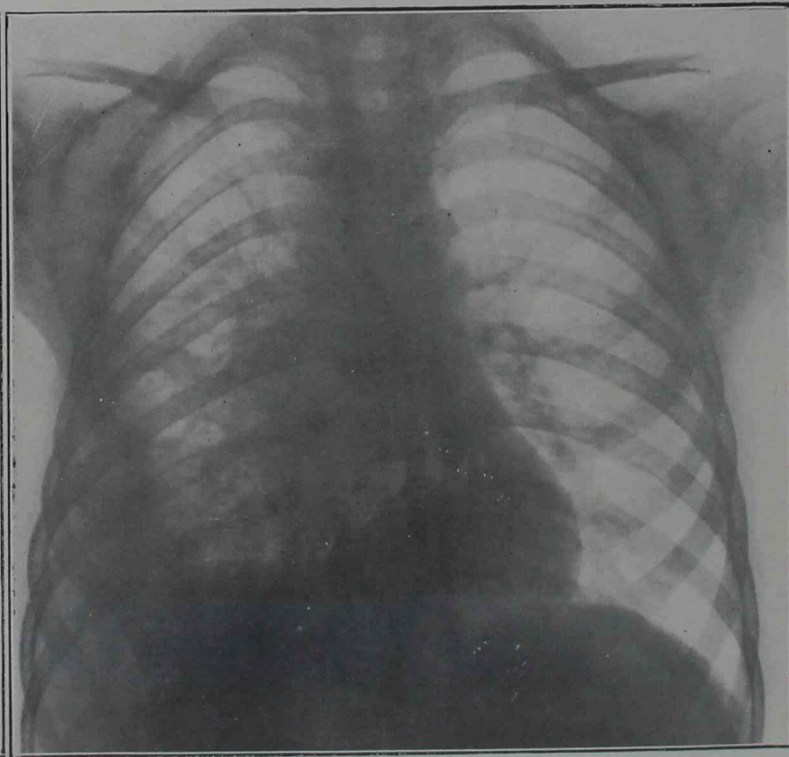
Radiografía 1 — 24 de julio de 1934



Radiografía 2 — 26 de julio de 1934



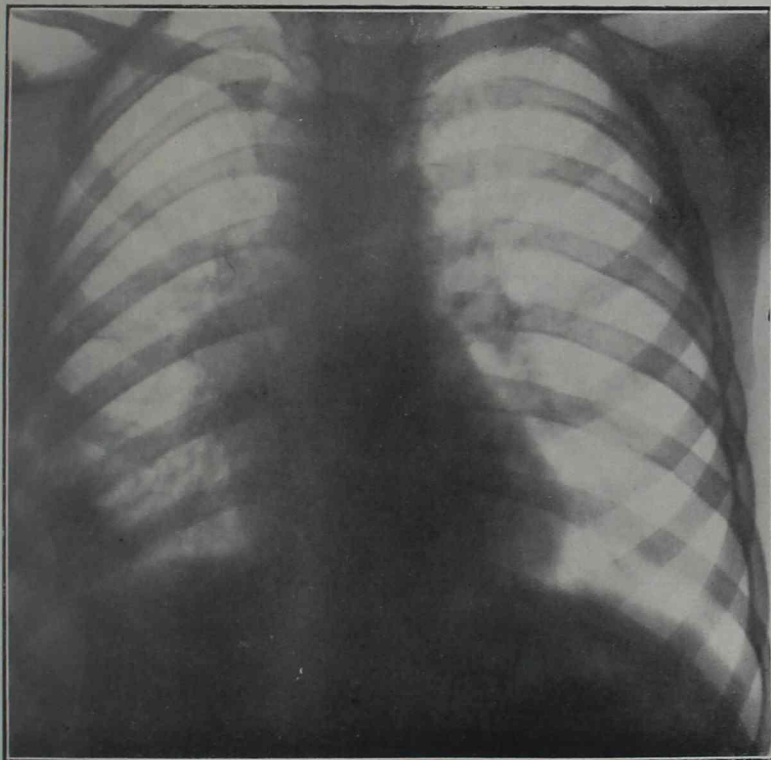
Radiografía 3 — 31 de julio de 1934



Radiografía 4 — 7 de agosto de 1934

tando el niño sometido al tratamiento sintomático de rigor, con carditónicos, gluconato de calcio, dieta láctea con agregado de hidratos de carbono, frutas y vitaminas A. y D. (Acusaba inapetencia y repugnancia alimenticia).

Al décimotercer día se efectúa una punción exploradora pleural, previa radioscopia, extrayéndose 125 c.c. de seropus, de color citrino turbio, bastante flúido. El examen citológico comprobó el



Radiografía 5 — 18 de agosto de 1934

pus, y el bacteriológico mostró la presencia de abundantes estreptococos a cadenas cortas y algunos neumococos (Dr. Sarmiento). Se repite dos días después la punción, sacando apenas 3 c.c. de pus con los mismos caracteres.

Por la aguja de punción penetra una pequeña cantidad de aire, que comprobamos después, al obtener después de otros dos días la primera radiografía, en la cual observamos una imagen de una cavidad del tamaño algo mayor al de una nuez, una línea de som-

bra correspondiente a una cisura, la enorme sombra de la pleuresía y sobre ella la claridad del pequeño neumotórax provocado por la punción evacuadora.

En las radiografías subsiguientes es posible observar la reducción paulatina de la cavidad, así como la sombra de la pleuritis. En la última radiografía, obtenida 25 días después de la primera, ya no nos es posible ubicar la cavidad, persistiendo, aunque disminuída, la sombra de la pleuritis.

Desde que se hiciera la segunda punción pleural, a los 15 días de iniciado el proceso, la fiebre, que hasta ese momento había sido siempre elevada, con pequeñas oscilaciones, comienza a descender en lisis, mejorando además su estado general y su apetito. Queda con febrículas durante más o menos 12 días, para después permanecer definitivamente apirético, continuando lentamente la mejoría de su estado general, hasta ser dado de alta clínicamente curado.

Dos reacciones de tuberculina, con solución especialmente preparada, dieron resultado negativo. Esa misma solución inyectada a un niño con una tuberculosis ósea, dió resultado positivo.

Dos exámenes de orina efectuados en los últimos días, no muestran alteración renal alguna.

La escarlatina puede dar lugar a múltiples complicaciones, de todos conocidas. En este niño fué primero un foco "neumónico", de origen estreptocócico, el cual llegó rápidamente al reblandecimiento y eliminación, pasando por el estadio de absceso, determinando una cavidad muy distendida, pero con poca destrucción de parénquima, lo que permitiría explicar la rapidez de su desaparición.

La pleuresía, que acompañó al proceso anterior, tuvo también una evolución favorable; extrajimos de una vez 125 c.c. de pus, y dos días después una muy pequeña cantidad; se acompañó, además, de una reacción pleural, paquipleuritis que ha mantenido la sombra radiológica aun después de estar clínicamente curado el niño.

La Sociedad de Puericultura de Buenos Aires

por el

Dr. Carlos Carreño

La sección Protección de la Primera Infancia de la Asistencia Pública de Buenos Aires, ejerce vigilancia sobre la salud de una parte tan importante de la población infantil de la capital argentina, que alcanza a sus dos tercios.

Organizado hace un cuarto de siglo, por la acción tesonera y desinteresada de los Dres. : Penna, Coni, Aráoz Alfaro, Foster, Acuña y otros muchos, ha festejado recientemente la recordación de sus comienzos, con una sesión científica de importancia. No sólo se ha preocupado su actual Dirección, de la eficiencia administrativa de su acción, sino que fundó hace 4 años, con el auxilio del personal técnico de la misma, una Conferencia de Médicos de Protección a la Infancia.

Esa conferencia acaba de dar un paso decisivo hacia su mejoramiento, puesto que, a proposición de su Presidente Prof. Buzzo, ha encarado y resuelto la fundación de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires, institución científica que estudiará los problemas de la infancia sana, siguiendo a los maestros eminentes, que en países más adelantados, y en el nuestro, han puesto las luces de su espíritu al servicio de la niñez, que es el porvenir de la nación.

La trascendencia de la fundación de una sociedad de esta naturaleza, está al alcance de todos, puesto que, para mejor servir a la población de Buenos Aires, ahondará su investigación en los temas de higiene pública y medicina preventiva, de la pediatría y de la obstetricia, en la parte atingente al niño.

Campea en el estatuto de esta nueva sociedad, un espíritu de

comprensión del problema integral del niño y no se encierra, como otras sociedades exclusivamente médicas, en el estudio de la técnica del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infantiles.

Por el contrario, se propone estudiar la asistencia social y en especial (ya que son médicos sus componentes), estudiar, decíamos las aplicaciones variadas y fecundas de la medicina preventiva.

La colaboración del pediatra en las Maternidades es aceptada cada día con mayor facilidad, porque los problemas de la herencia, de la constitución y del nacimiento eugénico del nuevo ser, así lo exigen del obstetra concienzudo. El Prof. Garrahan ha defendido entre nosotros esa tesis, con la elocuencia y la eficacia innegables de sus muy interesantes trabajos.

Ocurre en Buenos Aires, lo que en otras ciudades y países, en cuanto a la falta de vigilancia especializada y ordenada de la edad pre-escolar, edad en la que es predominante (y decisiva muchas veces de su porvenir) la frecuencia de enfermedades infecciosas agudas y crónicas.

Ha salido ya el niño de la esfera de acción de la Protección de la Primera Infancia y no ha alcanzado aún la edad de la escuela, en que entra bajo la vigilancia higiénica del Cuerpo Médico Escolar.

Es verdad que teóricamente está vigilado por una sección del Departamento Nacional de Higiene, pero la tarea es muy superior al personal de que aquella dispone. Téngase en cuenta que no nos referimos a la falta de asistencia médica, que se imparte en los servicios hospitalarios municipales y nacionales, sino a la asistencia integral de que debiera gozar, si existiera entre nosotros una institución como la Protección de la Infancia belga o como el Departamento del Niño, estadounidense.

La nueva Sociedad de Puericultura, pondrá su afán en resolver los problemas del niño sano y normal especialmente, la conservación de la salud será su principal objetivo y, a fuer de médicos, con los principios y métodos que enseña la medicina preventiva, tratará de mantener para ellos ese equilibrio soberbio de la salud, que traduce admirablemente una sonrisa de niño. Y es que la salud debe ser mantenida a cualquier precio, como reza el consejo popular, pero que por desgracia, no por muy repetido, es mejor practicado.

No está justificada la interpretación de que la puericultura

es una especie de disciplina o arte menor, algo así como una vulgarización de la pediatría. Todo lo contrario: si la clínica infantil es una rama de la medicina, la puericultura, con sus vastas relaciones con otras ciencias, se eleva por encima de aquélla, en una categoría de generalización, de ciencia de mayor alcance aún. Bastaría para probarlo, citar un capítulo de la puericultura, *la eugenesia*, que merece desde luego, pero especialmente necesita, un mejor estudio entre nosotros. Lo mismo podemos decir de un otro capítulo de la puericultura, *la biometría*, cuya trascendencia para la higiene de la raza, es una verdad bien establecida.

Vemos entonces, que aún aceptando el criterio simplista que limita el alcance de la puericultura a la conservación de la salud del niño y a su normalidad, necesita en forma indubitable, su cultivo entre nosotros.

No está comprendida la edad pre-escolar en el cometido que le asignan las disposiciones legales a la Sección Protección de la Primera Infancia de la Asistencia Pública, pero creemos oportuno, en esta ocasión, subrayar el hecho, llamando la atención de los poderes públicos municipales, sobre ese sector de la infancia, que mereciera ser mejor vigilado higiénicamente, para la conservación de la salud.

Perfeccionar la protección del recién nacido y del lactante, especialmente en cuanto se refiere al peligro congénito y al peligro infeccioso, como lo propugnan los higienistas; extender la vigilancia higiénica a la edad pre-escolar, profundizar el estudio de la eugenesia y de la biometría en este sector de la vida humana; he ahí un espléndido panorama donde la Sociedad de Puericultura, podrá desarrollar su acción!

Los Institutos de Puericultura serán así mejor comprendidos y no habrá quien piense que pueden funcionar fuera de las Maternidades, puesto que es axiomático ya en higiene, *que la asistencia del niño debe hacerse a través de la madre*. Los internados para lactantes, absolutamente insuficientes para servir a Buenos Aires, deben ser aumentados y mejorados, debiera haber uno, anexo a cada maternidad, para que éstos sean verdaderos Institutos de protección maternal e infantil.

Debemos consignar aquí y desear la aprobación de un proyecto que así lo dispone, presentado hace poco tiempo al Honorable Concejo Deliberante.

El mejor elogio que puede hacerse a los que hace 25 años ini-

ciaron e incitaron la defensa de la salud del niño, con la creación de la Protección a la Primera Infancia, consiste en subrayar que se trata de un organismo preventivo, que ataca el mal en su origen, antes de que cause daño. Mostraron con ello (una simple lección de cosas), que los postulados de la higiene son mucho más eficientes que los de la medicina curativa. No creo necesario puntualizar hechos para demostrarlo, pero vaya a guisa de ejemplo, uno tomado de nuestra labor diaria en el Dispensario: la campaña perseverante en pro de la alimentación al seno, ha superado enormemente en sus resultados, a los que pudieron dar los alimentos - medicamentos, que tan gustosos recetaban nuestros colegas de comienzos de siglo.

El gran principio social de mantener la salud, gastando en ello lo que se gastaría quizás inútilmente en buscar recuperarla, fué contemplado por los creadores de la Protección Municipal a la Primera Infancia y al hacerlo, realizaron un acto trascendental, de mayor significado, que con la creación de cualquier otra institución de tratamiento. Dicha repartición realiza desde hace 25 años asistencia colectiva; defiende la salud de los niños de Buenos Aires; cualquier otro servicio de medicina infantil, resuelve sólo casos individuales, todo lo numerosos que se quiera, pero sólo casos individuales, es decir el problema personal de cada niño enfermo.

Naturalmente que no es el único organismo municipal que lo haga.

Hace poco tiempo se ha fundado, a iniciativa del Prof. Mosto, los Centros de Diagnóstico de Neoplasias, informado en ese espíritu, que debiera alentar en todos. Dicho sea en elogio de la nueva fundación y de su autor, esos centros tienden a realizar la única profilaxis posible del cáncer, *su eliminación mientras es enfermedad local.*

La Protección de la Primera Infancia, materializa, pues, el tipo de fundaciones que debiera sostener el municipio; *los que defienden la salud colectiva, especialmente por la profilaxis.*

Mucho falta aún por comprender, en este terreno, al gran público y aún a los médicos: los grandes servicios de cirugía por ejemplo, resuelven diariamente la apendicitis o la coelitis de varios enfermos, pero ¿qué trascendencia social tiene ello?

Una apendicitis interesa enormemente a quien la padece, pero no va más allá; cuando se combate la tuberculosis, el cáncer,

la mortalidad infantil, se realiza un bien individual, doblado de un bien colectivo.

Si resulta necesaria la compresión de los médicos, con mayor razón es indispensable la de los políticos, que sabotean injustamente la labor de un gremio respetable, al crear organismos de tratamientos gratuitos para toda la población a cargo del estado y que privan así, grandemente, de la posibilidad de ejercerla, a los médicos no funcionarios.

La división debe quedar netamente establecida: el Estado, representado por los organismos como la Protección de la Primera Infancia, deben encargarse del mantenimiento de la salud del conglomerado social, es decir, extender su acción en la profilaxis, por medio de la medicina preventiva. En cambio, para los médicos debe quedar el ejercicio de la profesión, el tratamiento de las enfermedades a cuyo conocimiento destinaron su actividad y su vida.

Esa clara noción de los que fundaron la Protección a la Primera Infancia, cristalizó en la exigencia reglamentaria, que *prohíbe la asistencia de enfermedades, especialmente infecciosas*, en los institutos y dispensarios de lactantes.

Por eso es que, volviendo a nuestra Sociedad de Puericultura, el estudio de los problemas de la salud del niño, no por la vía indirecta de sus enfermedades, sino por la de su fisiología normal, tiene un valor, que le da categoría por lo menos igual a los estudios pediátricos y no como parece que alguien cree, de subordinación a éstos.

Hay, finalmente, una razón, que no por modesta, es menos cierta y es la de que el personal de Protección de la Primera Infancia, está al servicio de la niñez de la ciudad, y como los médicos chinos, que nadie deja de citar como un ideal, cobran para mantener la salud de sus pequeños conciudadanos.

Nada es entonces, más natural y lógico que estudiar, cada cual con su capacidad, los problemas atingentes a la normalidad y a la salud del niño y realizar así, lo que es lema de la puericultura:

Por el niño normal; todo por su salud!

Votos de la II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura

La *II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura* discutió y aprobó las mociones, resoluciones y votos que a continuación se expresan:

(N.º 1)

La *II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura* considerando:

1.º Que la Eugenesia debe propender a una educación amplia y desprovista de prejuicios en el sentido biológico, estima que, el conocimiento de los fenómenos íntimamente ligados a la conservación de la especie deben iniciarse en el hogar y continuarse en la escuela, de acuerdo con las doctrinas en que en cada uno de los países se inspiran la educación de la juventud.

2.º Considera, además, necesario incluir el tema de la educación sexual en la próxima Conferencia de Eugenesia y Homicultura.

3.º Propender por todos los medios educacionales a formar en los padres una conciencia científica sobre estos asuntos.

4.º La creación de un consultorio especializado de Eugenesia en cada establecimiento maternal, dentro de cuyo ambiente médico-social, verdadero centro de investigación teórica y de acción práctica, surgirán paulatinamente las directrices más firmes; más sanas y más sabias aplicables al mejoramiento de la raza.

(N.º 2)

Considerando la posibilidad del traslado de personas de un país a otro del Continente Americano, la *II Conferencia Panameri-*

cana de Eugenesia y Homicultura, recomienda a los gobiernos de América que, llegado el caso, deberán tener presentes las siguientes disposiciones adoptadas en la IV Conferencia Internacional Americana, reunida en la ciudad de la Habana :

Artículo 1.º de la Convención sobre condición de los extranjeros, que dice: “Los Estados tienen el derecho de establecer por medio de leyes las condiciones de entrada y residencia de los extranjeros en sus territorios”. Artículo 2.º de la Resolución de 3 de febrero de 1928, que dice: “Encarecer que las Repúblicas Americanas que no posean representaciones técnicas para el estudio del inmigrante en el país de origen, así como las que las posean en número insuficiente, aprovechen los servicios de aquellas que las tengan en número suficiente y cuyos funcionarios podrán ser destinados para este fin como representantes ex-oficio de la Oficina Sanitaria Panamericana, sin que esto excluya el derecho que tienen los mismos países de someter al propio inmigrante a las investigaciones que estimen necesarias para resolver sobre su admisión definitiva, de acuerdo con las conveniencias nacionales”. Artículo 3.º de la Resolución del 15 de febrero de 1928, el cual dice: “Que los Estados americanos se reserven el derecho de examinar las ventajas de la entrada de la corriente inmigratoria en sus territorios, provenientes de otros continentes, ajustando su modo de proceder a sus intereses económicos, políticos y sociales”.

(N.º 3)

Considerando que el Código del Niño, recientemente promulgado por la República del Uruguay, cuyos principios después de haber sido comentados ante esta Conferencia, por la Delegación de dicho país y discutido en distintas sesiones, han merecido un justo voto de aplauso de la Conferencia, ésta resuelve :

Encargar a la Oficina Panamericana de Eugenesia y Homicultura, que, en colaboración con los autores del Código del Niño del Uruguay, estudie los principios contenidos en el mismo, que puedan ser aplicados a otros o todos los países americanos y que así mismo trate de presentar un estudio completo de todas las medidas que permitan, considerando el referido Código del Niño como núcleo, se extiendan hasta comprender lo que pudiera llamarse Código biológico del Hombre, aplicable como medida igual a los países americanos.

(N.º 4)

La *II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura* recomienda a los gobiernos el estudio cuidadoso del régimen alimenticio ideal que debe seguir la madre durante el embarazo, y la lactancia del niño, hasta la época del destete, para asegurar a éste su mejor desarrollo físico y psíquico.

(N.º 5)

La *II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura* recomienda a todos los países americanos la organización de Lactarios en el tipo médico-social, ideado y realizado por el doctor Bettinotti, en el Servicio del “Profesor Acuña”.

(N.º 6)

Considerando que el Excmo. Señor Ministro de Relaciones Exteriores y Culto de la República Argentina, incluyó en el proyecto de Ley sobre la Asistencia Social, enviado al Congreso Argentino; temas que tocan de cerca a la Eugenesia y a la Homicultura y teniendo igualmente en cuenta que en la Conferencia Nacional de Asistencia Social, celebrada últimamente en Buenos Aires, se consideraron tópicos de Eugenesia y Homicultura,

La II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura,

RESUELVE:

Formular un voto de aplauso por tales iniciativas que evidencian una orientación de gobierno, concordante con los fines que ella persigue.

(N.º 7)

La *II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura* aconseja propender a la formación de asociaciones de padres de familias como un medio de contribuir a la educación física y moral de los niños.

(N.º 8)

La *II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura* ha visto con gran complacencia la defensa que el Código del Niño del Uruguay hace de la familia, y desea expresar, al acordar un voto de aplauso para tan beneficiosa gestión de Eugenesia y Homicultura, la recomendación a todas las naciones de América, de intensificar cada vez más la defensa de la familia como unidad de la raza.

(N.º 9)

La *II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura* interesada en la preservación de las generaciones venideras, aconseja a todos los gobiernos y municipios que establezcan Consultorios especiales para el *examen médico pre-nupcial*, con todas las garantías posibles respecto de la capacidad y las condiciones morales de quienes lo dirijan. Y que se haga la mayor propaganda posible para que todos voluntariamente se sometan a dicho examen y presenten el documento respectivo.

(N.º 10)

Siendo la vacuna Calmette inócua y resultando eficaz, cuando ante todo, se la aplica en niños no infectados aún y que deben vivir en ambiente infectante, la *II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura* aconseja a los Gobiernos de América, preferentemente, su utilización bajo estas condiciones, sin perjuicio de las medidas sanitarias antituberculosas establecidas por cada país.

(N.º 11)

La *II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura* considerando los derroteros que se ofrecen a la investigación *biodémica* con los trabajos iniciados por el Profesor Carlos Monge, sobre las condiciones fisiopatológicas de los habitantes que residen en las altas mesetas de los Andes, acuerda tributarle un voto de aplauso por los resultados ya conseguidos y cree cumplir un acto de significación para el futuro desenvolvimiento de estas investigaciones, recomendando la prosecución de los trabajos con los medios más adecuados y concordantes con este estudio de importancia científica, social y eugénica.

(N.º 12)

La *II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura* aconseja a todos los gobiernos la conveniencia de la creación de Maternidades o secciones en las ya existentes, destinadas a la asistencia exclusiva de tuberculosas, con el fin de realizar el debido tratamiento de la madre y la inmediata separación del hijo, evitando, de esa manera, la principal causa del contagio postnatal, de origen familiar.

(N.º 13)

La *II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura* considerando que las cualidades propias de cada nación y las generales de América están condicionadas por las características y el estado social y sobre todo biológico de su masa pobladora, y que el conocimiento de estas cualidades es esencial para el presente y sobre todo para el porvenir del Continente,

RESUELVE:

1.º Que se solicite de la Unión Panamericana, en la forma más respetuosa, que proceda a organizar y mantener en su "Oficina Principal un Instituto de Investigaciones de la Población americana", que se dedicará a dicho estudio en sus aspectos históricos, geográficos antropológico, estadístico, económicos, culturales y eugenésicos.

2.º Que se solicite a todos los gobiernos americanos que organicen, igualmente, museos, laboratorios e institutos nacionales para la adquisición y estudio de los antecedentes de población, para su propio país, y que tales institutos nacionales colaboren en el trabajo general del propuesto Instituto de Investigaciones de la Unión Panamericana.

3.º Que al hacer, en el futuro, los censos de población, los diversos gobiernos americanos deben procurar establecer registros uniformes en relación con el lugar, sexo, edad, raza, nacimiento, casamiento, datos genealógicos (o de linaje), ocupación, estado económico, estado cultural, idioma, religión y que cada país debe investigar, tanto en Europa como en América, cuando fuera posible, de los antecedentes de origen de su población respectiva y de su crecimiento por generación.

En caso de establecerse el Instituto proyectado, se propone el siguiente programa de trabajo:

A) Colección y obtención de libros, crónica, expedientes, manuscritos, tablas, cuadros, mapas y cualesquiera otros datos existentes, al hacerse los primeros análisis de las actividades de la población y de los problemas respectivos, y al clasificarse, tabularse y hacerse los índices de tales datos o materias bajo las siguientes categorías:

a) Crónica o registro de la población por país, y otras secciones geográficas por fecha, raza, sexo, edad, religión, idioma, ocupación, nivel económico, estado cultural y capacidad del linaje de la familia.

b) Procesos primarios que determinan las condiciones geográficas.

c) Migración de los diversos países.

I. Inmigración al hemisferio Occidental por fecha, país, origen, lugar de establecimiento, raza, sexo, edad, religión, idioma, ocupación, nivel económico, estado cultural y capacidad del linaje de la familia.

II. Emigración del hemisferio Occidental, por fecha, origen geográfico, país, destino, raza, sexo, religión, idioma, ocupación, nivel económico, estado cultural y capacidad del linaje de familia.

III. Migración interamericana, migraciones de una sección americana, a la otra, por fecha, país, sección geográfica del origen, país o sección geográfica de destino, raza, sexo, edad, religión, idioma, ocupación, nivel económico, estado cultural y capacidad del linaje de la familia.

d) Selección matrimonial en cada país americano:

1.º Cruce de raza. Por raza, sección geográfica, nivel económico, estado cultural, capacidad de linaje de familia, fecha, dirección del sexo, religión, idioma, ocupación, alcance, fecundidad, cualidad del primogénito.

2.º Casamiento y reproducción dentro y entre las diferentes clases de la misma raza. Por sección geográfica, nivel económico, estado cultural, capacidad de linaje de familia, dirección del sexo, religión, idioma, ocupación, alcance, fecundidad, cualidad del primogénito (Hijo).

e) Fecundidad diferencial. Tamaño en poblaciones panameri-

canas por sección geográfica, fecha, edad de los padres, raza, religión, idioma, ocupación, nivel económico, estado cultural y capacidad de linaje de la familia.

f) Aquellos aspectos de las siguientes fuerzas que influyen en la migración, selección matrimonial y tamaño de familia.

- 1.º Estado económico.
- 2.º Nivel económico.
- 3.º Ocupación.
- 4.º Religión.
5. Idioma.
- 6.º Estabilidad gubernamental y política.
- 7.º Abasto de alimento.
- 8.º Guerra y conquista.
- 9.º Enfermedades.
- 10.º Facilidades en los transportes.
- 11.º Leyes estatuidas que regulan:
 - a) Migración,
 - b) Casamiento,
 - c) Distribución de tierra,
 - d) Control de los jornales,
 - e) Impuesto preferencial y subsidio,
 - f) El control de los nacimientos y esterilizaciones.
- 12.º Tradiciones y costumbres nacionales.
- 13.º Constitución hereditaria.
- 14.º Educación.
- 15.º Grupos sanguíneos.
- 16.º Otras fuerzas.

B) *Análisis*.—El estudio de las materias compiladas o coleccionadas tendrán por base u objeto:

a) El establecer la historia de la población por cada país y sección geográfica de América por generaciones desde su descubrimiento.

Dicha historia será investigada desde su origen, por número, raza, linaje de familia, cualidad y nivel cultural.

b) Para saber en cada país americano y sección geográfica las tendencias de la población corriente en clase y número.

c) Determinar las causas y efectos de los cambios especiales remontándose a su origen y de generación en generación.

d) Formular las leyes que rigen el cambio de población en clase y número.

e) Descubrir el mecanismo o la técnica por medio del cual los países y las comunidades puedan controlar sus futuras poblaciones en relación a números, razas y cualidad del linaje de la familia.

C) *Publicación*.—Los resultados de tales complicaciones y estudios deben ser publicados de tiempo en tiempo, apropiadamente por cada país americano individualmente, en tal forma que se comprometa a obtener una adecuada presentación y coordinación de los descubrimientos y de asegurar la viabilidad general del trabajo.

D) La diferencia climatofisiológica del hombre en América, en relación con la altitud, será objeto de especial estudio, no sólo en lo relacionado con los datos estadísticos de población, sino en su análisis bioclínico, continuanda en esto lo iniciado por el Perú. Se aplicará el mismo concepto a las diferencias climáticas de todo origen.

(N.º 14)

La *II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura* emite un voto de admiración por los trabajos relacionados con la población americana, presentados por los Dres. H. H. Laughlin, de Estados Unidos, C. Monge, del Perú.

(N.º 15)

La *II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura* deja constancia de su aplauso a la obra realizada por el Dr. Raimondi, en la lucha antituberculosa en defensa del niño, aplauso que la *II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura* hace extensivo a quienes lo han apoyado y secundado en tan trascendental y bella obra.

(N.º 16)

La *II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura* expresa un voto de aplauso al distinguido Presidente de la Conferencia, Dr. Raúl Cibils Aguirre, que con singular acierto ha organizado y dirigido este certamen, siendo el factor más decisivo de su éxito.

(N.º 17)

La *II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura* expresa un voto de caluroso aplauso a su Secretario General, Doctor Alberto Zwanck, en mérito de su inteligente y activa actuación durante todo el desarrollo de la Conferencia.

(N.º 18)

La *II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura* otorga un voto de caluroso aplauso a la Prensa Argentina, por la forma amplia en que hizo la información de las noticias relativas a la Conferencia.

Sociedad Argentina de Pediatría

NOVENA SESION CIENTIFICA: 25 de septiembre de 1934

Presidencia del Dr. Florencio Bazán

Telescopage vertebral (con presentación de enfermos)

Dres. L. M. Pérez y J. R. Abdala.—Característica clínica externa: síndrome de cuello corto. Anatómicamente: aplastamiento y fusión, disminución numérica cervical y dorsal. Malformaciones manifiestas de costillas, agenesia costal. Malformaciones diversas: maxilar inferior, hernias varias.

1.^a Observación: Anomalía compleja de columna: 6 cervicales, 9 dorsales, 4 lumbares. Malformaciones de costillas, sin disminución de su número. Hernia umbilical.

2.^a Observación: Vértebras cervicales fusionadas e incontables: 9 dorsales, 5 lumbares. Malformaciones de maxilar inferior. Malformación y agenesia costal: 9 ó 10 izquierdas y 9 derechas.

3.^a Observación: 6 cervicales, 9 ó 10 dorsales y 5 lumbares. Agenesia y malformación costal: 9 izquierdas y 10 derechas. Hernia de la línea alba y hernia inguinal.

Discusión: *Dr. Marottoli.*—Comenta las interesantes observaciones que se acaban de relatar, que son de difícil hallazgo en la clínica; por lo que respecta a la denominación de telescopage es discutible y no cree que deba substituir, pues si está de acuerdo con la apariencia radiológica de la lesión, la patogenia que dicho término implica, no ha sido jamás demostrada; la base fundamental del proceso es un vicio de diferenciación.

Dr. Abdala.—Existen diversas teorías para explicar la patogenia del proceso. Por el estudio clínico y radiológico encuentra que sus observaciones son casi calcadas de las observaciones de Bard.

Presentación de una forma práctica de proteína vegetal para la alimentación infantil

Dr. Florencia Escardó.—El comunicante manifiesta que desde hace tres años se ocupa con particular interés del empleo de las proteínas vegetales en

la alimentación infantil, relata su experiencia con la soleurone y la dificultad de diverso orden que se presenta para su uso.

Ha podido obtener una aleurona vegetal pura de la contenida en las semillas de girasol, consistente en un polvo finísimo, color gris claro con un sabor ligeramente aere, que se tarda en percibir. Cocido en agua, precipita en grumos, formando una papilla fácil de incorporar a otros alimentos. Su experiencia es ya bastante extensa al respecto y sumamente satisfactoria, empleándola como los caseinatos de calcio en los trastornos fermentativos y en todos los casos en que debe emplearse un régimen hiperproteico.

Sobre la radiografía de la muñeca del lactante

Dres. Juan P. Garrahan y E. Muzzio.—Se refieren observaciones y comentarios sobre 335 radiografías de muñecas de lactantes, cuya mayoría presentaban signos de raquitismo. Se dió a conocer la frecuencia de las alteraciones radiográficas en relación al craneotabes, al rosario costal y al grado de fosfatemia.

Se establece que en algunos casos la radiografía es de especial utilidad para afirmar o negar el raquitismo en actividad y que es indispensable para controlar la acción de la terapéutica antirraquítica. Se previene al observador sobre ciertos aspectos radiográficos dudosos, que se deben a la técnica y se termina destacando la importancia práctica de la radiografía de la muñeca del lactante.

Comentarios sobre la cirugía y la ortopedia infantil en Europa

Dr. Oscar Marottoli.—Divide el relato en tres tópicos: 1.º, descripción sumaria de los centros estudiados; 2.º, comentario general de los mismos; y 3.º, posibilidades prácticas de la cirugía en algunos síndromes de la patología quirúrgica de la infancia.

Señala que los Servicios de cirugía infantil se presentan o bien formando parte integrante de las clínicas pediátricas (Bologna, Munich) o constituyendo secciones de los hospitales de niños (Enfants Malades y Enfants Assistés de Paris; Mautner Spital de Viena, St. Anna Spital de Graz, etc.) o finalmente como departamento o estación de las clínicas quirúrgicas generales, hecho observado sobre todo en Alemania. Además de estos Servicios, existen las clínicas ortopédicas exclusivas (Bologna, Milano, Viena, Leipzig, Munich), etc. Pasa luego a señalar en forma general el alcance de la cirugía y la ortopedia de acuerdo al estado actual de los conocimientos. Analizó en particular el problema de la luxación congénita de la cadera, insistiendo particularmente en su cura precoz, aun en el primer año de edad; del tratamiento de las secuelas de la poliomielitis y del gran grupo de las parálisis espásticas.

Esbozó posteriormente el plan general de la cura de la tuberculosis osteoarticular, puesto en práctica en los centros sanatoriales modelos de Europa. Finalmente relató la aplicación práctica de las conquistas de la cirugía y ortopedia infantil a la asistencia social, describiendo las instituciones de di-

versos países donde se efectúa la educación funcional y readaptación profesional de los niños deformes, paralíticos e inválidos.

Síndromes hemorrágicos. Su clasificación

Dres. F. Schweizer, I. R. Cello y O. H. Senet.—Clasifican las diátesis hemorrágicas en la infancia en cuatro grupos, a saber: A: Púrpuras; B: Morbus M. de Werlhoff; C: Hemogenia de Weil; y D: Hemofilia, ocupándose detalladamente de sus caracteres clínicos, de la hematología, de las formas clínicas y del tratamiento a emplear en cada uno de esos síndromes. Es una clasificación clínica y que utilizan para el estudio de su material.

Presentan en forma resumida las historias clínicas correspondientes a tres casos de púrpura, 2 de enfermedad de Werlhoff, 1 de hemogenia y 1 de hemofilia a forma habitual.

Terminan su relato con un cuadro sinóptico, que engloba en su clasificación las diátesis hemorrágicas estudiadas.

Discusión: *Dr. Velasco Blanco.*—Relata una observación de púrpura que fué esplenectomizada. Pone de relieve la dificultad que se presentan a veces para catalogar a algunos enfermos.

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

Análisis de Libros y Revistas

ARCHIVOS DEL HOSPITAL DE NIÑOS "MANUEL ARRIARÁN".—
Reuniones Clínicas, 1933. Santiago - Chile. 1 tomo de 180 páginas.

Este libro, recién editado, da una idea de la importante actividad científica del hospital chileno; comprende dos partes: primero, Las conferencias medicoquirúrgicas; y luego, la presentación y comentario de casos. Las conferencias versan sobre:

Tratamiento del empiema del lactante, por el Dr. César Izzo. Estado actual del concepto de las vitaminas y su importancia en clínica infantil, por el Dr. Guillermo Morales. El bacilo de Koch, por el Dr. Marco Sepúlveda. Mal de Pott en el niño, por el Dr. Agustín Instrosa. La enfermedad de Heine Medin, por el Dr. Julio Daneri. Tratamiento quirúrgico de las secuelas de la poliomielititis, por el Dr. Carlos Urrutia. Ideas actuales sobre el tratamiento de la enfermedad neumática, por el Dr. Miguel Fabres. Las Dispepsias del lactante o trastornos nutritivos de primer grado, por el Dr. Alfredo Dehancens. Profilaxis del sarampión, por el Dr. Adalberto Steeger.

Luego sigue la serie de 28 casos clínicos con su correspondiente discusión, fruto de las 12 reuniones clínicas del hospital.

El conjunto revela una gran laboriosidad en el personal técnico del hospital Arriarán y un útil aprovechamiento del material clínico del mismo.

F. E.

ANALES DEL INSTITUTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE NIÑOS.—1933. 1 tomo de 330 páginas.

Este libro contiene 46 trabajos originales de los médicos del Hospital de Niños de la Capital y es el resultado de la nueva orientación que ha elevado el hospital a la categoría de Instituto de Pediatría.

El conjunto, rico en ilustraciones, representa un importantísimo aporte a la bibliografía nacional.

F. E.

INDICE DEL AÑO 1934

Indice alfabético de materias

Absceso del pulmón curado en un lactante.—A propósito de un caso de.—Dres. Pedro de Elizalde y Pascual R. Cervini	241
Absceso de pulmón de probable origen amebiano, curado con clorhidrato de emetina.—Dres. Enrique A. Beretervide y Pedro Alurralde ...	6
Absceso de pulmón y pleuresía durante la evolución de una escarlatina.—Dr. Saúl I. Bettinotti	750
Acetonemia a forma meningea.—Dres. José María Macera y Juan Carlos Oyhenart	374
Acromegalia precoz.—Contribución al estudio de la.—Dres. Aquiles Gareiso, Dario Diehl y Samuel Schere	157 . 223
* Alimentación de escolares en las escuelas de Bs. As.—Dr. Olivieri	47
Análisis de Libros y Revistas varias.—60, 120, 174, 236, 289, 357, 419, 493, 550, 625, 695	772
Anemia esplenomegálica con linfocitemia.—Dres. Alfredo Casaubon y Carlos M. Pintos	439
Anemia.—Evolución favorable de un grave cuadro de.—Dres. Jorge Pico y Eugenio Zucal	425
Anemia hemolítica aguda.—Dres. Raúl Cibils Aguirre, Carlos A. Correas y Juan J. Murtagh	330
Anemias hemolíticas agudas.—A propósito de.—Dr. Juan Carlos Navarro	410
* Anomalías constitucionales del lactante y regímenes alimenticios.—Dr. B. Soria	6
Apoplejía pulmonar.—Dres. Alfredo Casaubon, Juan Cruz Derqui y Aníbal Letamendi	249
* Asistencia y protección de la primera infancia. Plan para su organización.—Dres. A. Olarán Chans y L. Siri	43
* Bacilos disintéricos en trastornos nutritivos.—Hallazgo de.—Doctores P. Cervini, E. Crespi y S. L. Chiodi	24

(*) V.º Congreso Nacional de Medicina del Rosario. Resúmenes de los trabajos publicados y de las discusiones correspondientes. (Numeración del Boletín especial).

* Banana en la dieta del niño. —La,—Dres. J. M. Valdés y F. González Alvarez	18
* Cardiopatías congénitas. —Dres. M. Acuña y A. Puglisi	39
* Celiaca. —Sobre la enfermedad,—Dres. J. C. Recalde Cuestas y E. Travella	38
* Cetonémicos. —Los síndromes, en la infancia,—Dr. J. C. Recalde Cuestas	28
Cirugía y Ortopedia Infantil en Europa. —Comentario sobre la,—Dr. Oscar R. Maróttoli	652
* Coxalgia imitativa. —Dr. B. Soria	27
Crónica. —Ateneo de Pediatría de Buenos Aires	360
Crónica. —Comité Argentino ante el Cuarto Congreso Internacional de Pediatría a realizarse en Roma en el año 1936	294
Crónica. —IV.º Congreso Internacional de Pediatría	560
Crónica. —Informe de la Comisión Especial designada por la Sociedad Argentina de Pediatría; sobre: “La sífilis congénita actual. Ordenación del material clínico para su mejor estudio	239
Crónica. —Jornadas Pediátricas Rioplatenses	359
Crónica. —IX.ª Conferencia Sanitaria y II.ª Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura	697
Crónica. —Nueva Comisión Directiva de la Sociedad de Pediatría de Montevideo	113
Crónica. —Primer Congreso Internacional de Electro-Radio-Biología ...	360
Crónica. —VII.ª Jornada Pediátrica Rioplatense	422 y 533
Crónica. —Sociedad Chilena de Pediatría	488
Defecto congénito, limitado, de cráneo y epicráneo en un recién nacido. —Dres. Carlos Carreño y Manuel Seoane	271
Diátesis hemorrágicas en la primera infancia. —Dres. Prof. F. Schweizer, Raúl J. Cello y O. H. Senet	725
* Dispensario para lactantes. —Tipo de construcción económica de,—Dres. S. I. Bettinotti e Ing. H. Randle	51
* Distrofías. —Clasificación de las, en la primera infancia,—Dr. C. Muniagurria	23
Edemas localizados congénitos y malformaciones varias. —Sobre un caso de,—Dres. Florencio Escardó y Horacio Foster	33
Emetina en el tratamiento de las enterocolitis y diarreas no amibianas. —La,—Dr. Jaime Damianovich	267
Encefalitis aguda, síntomas piramidales y confusión mental típica; curación. —Dres. José María Macera, José Pereyra Käfer y Bernardo A. Messina	212
Endocarditis lenta. —Dres. José M. Macera y Juan C. Oyhenart	82
Epidermolisis ampollosa hereditaria. Dificultad de su diagnóstico en el recién nacido. —Dres. Florencio Escardó y Luis Trepát	98
* Eritema nudoso. —Comprobación bacteriológica de la etiología tuberculosa,—Dr. R. Cibils Aguirre	35

* Eritro-sedimentación. El micrométodo, su valor en clínica infantil.— Dr. A. Chattás	40
Esclerodermia del recién nacido.—Sobre la causa y la naturaleza de la,— Dres. Juan P. Garrahan y G. Thomas	585
* Espasmo nutans.—Dres. F. Schweizer, M. A. de San Martín y C. Guridi	33
* Esplenectomía en las enfermedades de la sangre.—Dr. M. Acuña ..	22
* Estados constitucionales en la infancia.—Dr. L. Velasco Blanco ...	5
Esplenectomía en las enfermedades de la sangre en la infancia.—Valor e indicaciones de la,—Dr. Mamerto Acuña	629 y 701
Exóstosis osteogénicas múltiples.—Dr. Generoso Schiavone	40
* Exploración cardioaórtica en la sífilis congénita.—Dres. J. J. Mur- tagh, A. Battro y P. A. Maissa	17
* Fontanela.—Consideraciones sobre el cierre de la gran,—Dres. F. Schweizer y O. Senet	11
Fosfatemia en los prematuros.—La,—Dres. Juan P. Garrahan y Carlos M. Pintos	432
* Frutas. Dieta de, en nefropatías.—Dres. J. C. Navarro y F. de Eli- zalde	20
Gaucher.—Enfermedad de, en un lactante. Esplenectomía.—Dres. Mamer- to Acuña y Felipe de Filippi	489
* Heine Medin. La enfermedad durante el año 1933 en Buenos Aires, Hospital de Niños.—Dres. A. Gareiso, A. M. Marque, J. Barberán, y F. Aller Atucha	30
* Heine Medin. Observaciones sobre epidemiología y clínica en la ciu- dad de Córdoba.—Dres. J. M. Valdes y M. Oliver	30
* Hepática. Insuficiencia, en la infancia.—Dr. S. Madrid Páez	27
* Heredo-sífilis.—Signos concomitantes de la,—Dr. B. Soria	16
Hidrolabilidad en la primera infancia.—Contribución al estudio de la,—Dr. Salvador E. Burghi	63
* Infecciones agudas no supuradas del sistema nervioso.—Dres. J. M. Macera, J. Pereyra Kafer y B. Messina	33
Infección urinaria aguda apirética.—Dres. Juan P. Garrahan y Juan C. Traversaro	28
Infiltraciones secundarias perifocales en la infancia.—Dres. José María Macera y Elías Piterbarg	297
Insuficiencia cardíaca aguda por miocarditis diftérica. Polineuritis dif- térica.—Dres. Enrique A. Beretervide y Enrique Delfino	75
Intoxicaciones salicílicas.—Dres. Juan Carlos Navarro y Carlos A. Huelgo	361
* Intraperitoneal. La vía, en la terapéutica de la primera infancia.— Dres. M. Acuña y S. I. Bettinotti	42
Jornadas Pediátricas Rioplatenses.—Reuniones conjuntas: 20 de agosto de 1934	543

* Lactancia mercenaria.—Como resolver el problema de la,—Dr. S. I. Bettinotti	45
* Litiasis renal.—Dres. A. Llambías y N. Scatamacchia	21
* Llambliasis intestinal en la infancia.—Dr. E. Halac	25
* Manzanas.—Dieta de,—Dres. J. C. Navarro y S. Alzaga	19
Megadialfragma derecho.—Consideraciones a propósito de un caso de,— Dres. A. Casaubon y S. Cossoy	596
Meningitis supurada con cuadro tetaniforme.—Dres. Mamerto Acuña y Saúl I. Bettinotti	1
* Mortalidad infantil en la ciudad de S. Fe.—Dr. F. Menchaca	48
* Mutilados.—Amparo y educación de los niños,—Dr. H. M. de Zuas- nábar	46
Necrología.—Dr. Abel Zubizarreta. † el 12 de octubre de 1934	627
* Nefrosis y nefropatías mixtas en la infancia.—Dres. A. Casaubón y S. Cossoy	21
* Neumotórax espontáneo.—Dres. A. Casaubón, S. Cossoy y C. A. Pintos	26
* Obesidad en la infancia.—Dres. J. C. Pellerano y S. Schere	11
Osteomielitis y perinefritis supurada en un lactante.—Dres. Saúl I. Bettinotti y Genaro García Oliver	325
* Parálisis infantil. Consideraciones sobre la epidemia de Rosario.— Dr. I. Slulitel	31
* Parasitosis infantil en Córdoba.—Dr. J. M. Pardina	25
pH y reserva alcalina en el niño y en el adulto. Sus variaciones nor- males. Parte I).—Dras. Perlina Winocur y Teresa Satriano	140
pH y de la reserva alcalina.—Variaciones patológicas del,—Dras. Per- lina Winocur y Teresa Satriano	147
“Poliextractor” de leche de mujer.—Presentación de un modelo,— Dr. Saúl I. Bettinotti	445
* Poliextractor de leche.—Presentación de un aparato,—Dr. S. I. Bettinotti	53
* Poliomieltis anterior aguda. Formas clínicas observadas en Rosario.— Dres. J. C. Recalde Cuestas e I. Slulitel	31
Porfirinuria congénita e ictericia hemolítica. Esplenectomía.—Concomi- tancia entre una,—Dres. Luis de Marval y Rodolfo Pons	220
* Protección a la madre y al niño en Rosario.—Federación de las ins- tituciones de,—Dr. J. C. Recalde Cuestas	43
Proteína vegetal para alimentación infantil.—Presentación de una forma práctica de,—Dr. Florencio Esecardó	734
Puericultura de Buenos Aires.—La Sociedad de,—Dr. Carlos Carreño ..	755
* Puericultura. Organización de la, en la maternidad Gache.—Dres. N. Palacios Costa y F. Esecardó	49
V.º Congreso Nacional de Medicina	295
Radiografía de la muñeca del lactante.—Sobre,—Dres. J. P. Garrahan y E. Muzio	642

Raquitismo del lactante.—Sobre la frecuencia del.—Dres. Juan P. Garrahan y Estéban Muzio	403
* Raquitismo uveorresistente.—Dres. P. R. Cervini y G. Bogani	9
Recién nacido hijo de la tuberculosa. (Contribución a su estudio).—El.—Dres. Nicanor Palacios Costa y Florencio Escardó	603 y 670
* Reumática. Profilaxis de la fiebre, en el niño.—Dr. J. Costa Bertani	47
II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura.—Votos de la Séptimas Jornadas Pediátricas Ricplatenses.—Segunda sesión: 21 de julio de 1934	760 615
Sífilis congénita actual. Ordenación del material clínico para su mejor estudio.—La.—Dr. Juan Carlos Navarro	123
* Sífilis congénita.—Los arsenicales pentavalentes en el tratamiento de la.—Dres. R. Cibils Aguirre y J. de las Carreras	14
* Sífilis congénita.—Sobre el tratamiento de la.—Dres. J. P. Garrahan, J. C. Traversaro y J. J. Murtagh	13
* Sífilis congénita.—Tratamiento de la.—Dres. C. Muniagurria y J. E. Celoria	12
Sífilis de los niños pequeños por los arsenicales pentavalentes.—Tratamiento de la.—Dres. Jaime Damianovich y A. Vidal Freyre	503
Sífilis monosintomáticas.—Dr. Juan Carlos Navarro	561
* Sífilis.—Tratamiento de la.—Dres. J. C. Navarro, F. A. Bonadet y A. Vega de Gandolfo Herrera	13
Síndrome miocárdico a repetición.—Dres. Pedro y Felipe de Elizalde ..	259
* Situs inversus totalis.—Dos casos de.—Dres. F. Menchaca y C. Amado ..	29
Sociedad Argentina de Pediatría.—Segunda reunión científica extraordinaria: 6 de noviembre de 1933	54
Sesión del 14 de noviembre de 1933	233
Sesión del 28 de noviembre de 1933	282
Sesión del 10 de abril de 1934	285
Sesión del 24 de abril de 1934	286
Sesión del 8 de mayo de 1934	352
Sesión del 22 de mayo de 1934	354
Sesión del 12 de junio de 1934	416
Sesión del 26 de junio de 1934	481
Sesión del 10 de julio de 1934	484
Sesión del 14 de agosto de 1934	692
Sesión del 25 de septiembre de 1934	769
Sociedad de Pediatría de Montevideo.—Sesión del 22 de septiembre de 1933	51
Sesión del 26 de octubre de 1933	114
Sesión del 3 de noviembre de 1933	117
Sesión del 27 de noviembre de 1933	225
Sesión del 23 de marzo de 1934	276
Sesión del 26 de abril de 1934	348
Sesión del 24 de agosto de 1934	687
Sociedades de Tisiología y de Pediatría de Montevideo.—Sesión del 1.º de diciembre de 1933	231

Supuración neumocócica de una adenitis tuberculosa mesentérica.— Dres. Marcelo Gamboa y Raúl P. Béranger	108
Tabes infantil.—Dres. Raúl Cibils Aguirre y Rodolfo Tetes	177
Telescopage vertebral.—Dres. Manuel Luis Pérez y José Roberto Abdala	736
* Temperatura de 50.000 niños de las escuelas primarias.—Resultados de la investigación sobre,—Dr. C. Cometto	52
* Test amigdalino en la infancia.—Dres. R. Recalde Cuestas, S. Nemi- rosky y J. P. Picena	40
* Timo.—Características radiológicas de la hipertrofia de,—Dres. M. Acuña y M. T. Vallino	37
* Tiroxina en la infancia.—Dres. J. C. Pellerano y S. Schere	21
* Transfusión sanguínea en el lactante. Utilidad y técnica.—Dres. M. Acuña y G. G. Oliver	41
* Tuberculosis infantil.—Infiltraciones difusas en el niño.—Dres. L. Velasco Blanco, D. Paks y A. Kichmayer	34
* Tuberculosis infantil. Influencia de los contactos infectantes.—Dr. A. Marcasoli	36
* Tuberculosis.—Profilaxis de la, en las escuelas municipales de Cór- doba.—Dr. A. Ahumada	48
Tumores retroperitoneales en el niño. Dificultades de su diagnóstico clínico.—Los,—Dr. G. Bayley Bustamante	384
Vacunación antidiftérica.—Contestación a la encuesta sobre oportunidad de legislar sobre,—Dres. Alberto Zwanek y Saúl I. Bettinotti ...	344
Vacunación antidiftérica obligatoria.—Fundamentos para establecer la ley de,—Dr. Raúl Cibils Aguirre	449
Vía intraperitoneal en la terapéutica de la primera infancia. (Inyección de suero glucosado isotónico).—La,—Dres. Mamerto Acuña y Saúl I. Bettinotti	514
* Voto sancionado por la Subsección Higiene y Asistencia Social de la Infancia	53
* Vulgo-vaginitis en las niñas.—Dr. E. Travella	41
Xeroftalmia.—Un caso de,—Dr. Pedro de Elizalde	316

Indice de autores

Abdala J. R.	736	Alzaga S.	19*
Acuña M. . 1, 489, 514, 629, 701, 22*, 37*, 39*, 41*, 42*		Aller Atucha F.	30*
Ahumada A.	48*	Amado C.	29*
Alurralde P.	6	Barberán J.	30*

Battro A.	17*	Huergo C. A.	361
Bogani G.	9*	Kichmayer A.	34*
Bonadet F. A.	13*	Letamendi A.	249
Bayley Bustamante G.	384	Llambías A.	21*
Beránger R. P.	108	Macera J. M.	82, 212,
Beretervide E. A.	6, 75	297,	374, 33*
Bettinotti S. I, 1, 325, 344,		Madrid Páez S.	27*
445, 514, 750, 42*, 45*, 51*,	53*	Maissa P. A.	17*
Burghi S. E.	63	Marcasoli A.	36*
Carreño C.	271, 755	Maróttoli O. R.	652
Carreras J. de las	14*	Marque A. M.	30*
Casaubon A.	249, 439,	Marval L. de	220
596,	21*, 26*	Menchaca F.	29*, 48*
Celosia E.	12*	Messina B. A.	212, 33*
Cello R. J.	725	Muniagurria C.	12*, 23*
Cervini P. R.	241, 9*, 24*	Murtagh J. J.	330, 13*, 17*
Chattás A.	40*	Muzio E.	403, 642
Chiodi S. L.	24*	Navarro J. C.	123, 361,
Cibils Aguirre R. ..	177, 330,	410, 561, 13*,	19*, 20*
449,	14*, 35*	Nemirosky S.	40*
Cometto C.	52*	Olaran Chans A.	43*
Correa C. A.	330	Oliver G. G.	41*
Cossoy S.	596, 21*, 26*	Oliver M.	30*
Costa Bertani J.	47*	Olivieri	47*
Crespi E.	24*	Oyhenart J. C.	82, 374
Damianovich J.	267, 503	Palacios Costa N. ..	603, 670, 49*
Delfino E.	75	Pardina J. M.	25*
Derqui J. C.	249	Pellerano J. C.	11*, 21*
Diehl D.	157, 223	Pereyra Käfer J.	212, 33*
Elizalde F. de	259, 20*	Pérez L. M.	736
Elizalde P. de	241, 259, 316	Picena J. P.	40*
Escardó F.	33, 98, 603,	Picco J.	425
670,	734, 49*	Pintos C. A.	26*
Filippi F. de	489	Pintos C. M.	432, 439
Foster H.	33	Piterbarg E.	297
Fuks D.	34*	Pons R.	220
Gamboa M.	108	Puglisi A.	39*
García Oliver G.	325	Randle H., Ing.	51*
Gareiso A.	157, 223, 30*	Recalde Cuestas J. C. ...	28*,
Garrahan J. P.	28, 403,	31*, 38*,	40*, 43*
432, 585,	642, 13*	San Martín M. A. de	33*
González Alvarez F.	18*	Satriano T.	140, 147
Guridi C.	33*		
Halac E.	25*		

Seatamacchia N.	21*	Trepát L.	98
Schere S. 157, 223, 11*,	21*	Valdés J. M. 18*	30*
Schiavone G.	40	Vallino M. T.	37*
Schweizer F. 725, 11*,	33*	Vega A. de Gandolfo Herrera	13*
Senet O. H. 725,	11*	Velasco Blanco L. 5*,	31*
Seoane M.	271	Vidal Freyre A.	503
Siri L.	43*	Winocur P. 140,	147
Slulitel J. 31*,	2*	Zuasnábar H. M. de	46*
Soria B. 6*, 16*,	27*	Zucal E.	425
Thomas G.	585	Zwanck A.	344
Tetes R.	177		
Travella E. 38*,	41*		
Traversaro J. C. 28,	13*		
