

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA

PUBLICACION MENSUAL

Organo de la Sociedad Argentina de Pediatría

*Editorial*CURSOS Y SEMANAS PEDIATRICAS
PARA GRADUADOS

Una importante característica de la actividad pediátrica de los últimos tiempos está constituida por el número creciente de cursos, semanas, seminarios de formación y difusión de conocimientos que realizan no sólo las cátedras de pediatría del país, sino también la Sociedad Argentina de Pediatría —tanto la entidad matriz como sus filiales—, algunos servicios de pediatría y, desde este año, también la rama argentina de la Academia Americana de Pediatría. Esta nada despreciable labor de formación pediátrica se lleva a cabo no solamente en Buenos Aires y algunas importantes capitales de provincias, sino en no pocas ciudades del interior, cuyas entidades médicas locales auspician con explicable entusiasmo aquellas iniciativas.

Este intercambio tan interesante de experiencias, permite a los médicos de niños mantenerse al día en las principales cuestiones que hoy plantea la pediatría. Pero hay un aspecto muy importante de esta labor de docencia e intercambio, y es el que resulta de la presencia de médicos generales en los cursos que comentamos.

En efecto, el Acta Pediátrica de Lima —redactada en ocasión del V Congreso Panamericano y V Congreso Sudamericano de Pediatría realizados en Lima en 1957— señala que "... en los países de América el 50 % de la población está conformada por niños de 10 a 15 años y que aproximadamente el 80 % de la asistencia médica a la infancia en las zonas urbanas y el 100 % en las rurales constituye responsabilidad formal del médico general"; de lo cual se desprende cuán necesaria es esta formación pediátrica entre los egresados ya que, hasta el momento, la preparación adquirida durante los años de estudiante resulta muy deficiente en materia de medicina infantil.

Aparte la labor que corresponde a las cátedras de pediatría —tanto para resolver el problema de fondo como para atender a la

urgente necesidad de suplir deficiencias— queda un ancho campo para la colaboración de las entidades médicas y los servicios de pediatría, que es, precisamente, la actividad cuyo creciente desarrollo estamos comentando.

Con todo, tal vez ha llegado el momento de coordinar esta labor que ha surgido espontáneamente, para lograr una mayor eficacia, evitando superposiciones y aprovechando al máximo el esfuerzo realizado. Un plan orgánico, estudiado en conjunto por las entidades que participan de este esfuerzo común, tomando en cuenta las necesidades regionales y las facilidades disponibles, daría la máxima eficacia a esta actividad que puede tener trascendencia para la salud de la niñez, que es, al fin de cuentas, la meta de todos estos desvelos.

C. J. G. D.

SUMARIO

EDITORIAL

- Cursos y semanas pediátricas para graduados 1

TRABAJOS ORIGINALES

- Contribución al tema: La mortalidad infantil. *F. J. Menchaca* 3
- Contribución al tratamiento quirúrgico de la epifisiólisis. *E. M. Galíndez* 30

CASOS Y REFERENCIAS

- Tumor aberrante del "anlage" suprarrenal. *J. E. Mosquera, A. Di Menna y M. Roccatagliata* 38

ACTUALIZACION

- Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento del estrabismo del niño. *A. O. Ciancia* 49

CRONICA

- Profesor Alfredo Casaubón. *L. M. Cucullu* 61

**Para la dietoterapia de las
perturbaciones gastrointestinales
del lactante**

como alimento curativo inicial

K A B A B E U R R E

KASDORF

Babeurre desecado con agregado de glúcidos

Dosis: solución de 10-15 o/o

Envase de 400

(o también en los trastornos menos graves, SECABEURRE Kasdorf,
babeurre desecado **sin** agregado de glúcidos).

CONTRIBUCION AL TEMA: LA MORTALIDAD INFANTIL *

Prof. Dr. FRANCISCO J. MENCHACA (**)

"Es probablemente la primera vez en la historia de la humanidad en la cual los cambios en todos los frentes son tan rápidos, que lo que una generación ha aprendido en materia de cuestiones prácticas referentes a política, industria, comercio y tecnología, es de poco valor para la siguiente... Son principios, principios permanente, y no datos, ni hechos, sino principios los que las nuevas generaciones requieren para encontrar su camino entre las perplejidades del futuro".

Del discurso con que el actual presidente de la Asociación Americana de Salud Pública, Dr. John W. Knutson asumió su cargo. (Am. J. P. Health, 47; 1487; diciembre 1958).

SUMARIO: I. Introducción; II. Definición del problema; III. Estadísticas; IV. Causas; V. Bases para la lucha; VI. Conclusiones; VII. Sumario; VIII Conclusiones.

I. INTRODUCCION

NO debe extrañar la frecuencia con que el problema de la mortalidad infantil aparece en el programa de las reuniones médicas. Recuérdese, para estimarla en toda su importancia, que su tasa demográfica es tenida por seguro índice de desarrollo de una colectividad. Explicable resulta, entonces, que la profesión médica bregando siempre por alcanzar sus etapas superiores de madurez, actualice de cuando en cuando la discusión del tema, significando con ello que su razón de ser como profesión, no consiste solamente en atender ésta o aquella persona deteriorada, sino integrar tal tarea con la consideración de cuestiones tales como la mortalidad infantil, vinculadas a causas con profundas raíces en los déficit colectivos o sociales.

Este propósito de actualizar periódicamente los aspectos fundamentales de la mortalidad infantil hace que los médicos debamos preguntarnos en alguna circunstancia como puede ser la presente: ¿in-

(*) Relato preparado para el VI Congreso Médico-Social Panamericano.

(**) Profesor titular de Higiene y Medicina Preventiva. Escuela de Técnicos para la Sanidad. Universidad Nacional del Litoral, (Santa Fe, Argentina).

terpretamos cabalmente, es decir, tenemos bien definido y caracterizado lo que en el momento actual debe significar para nosotros ese fenómeno demológico que es la mortalidad infantil?, ¿tiene tal fenómeno una magnitud desusada o, por el contrario, su grado de evolución es satisfactorio?, ¿sus causas son las mismas y tienen la misma importancia de siempre?; y, finalmente, sobre la base de esta actualización de conceptos, ¿cuáles son los principios fundamentales que deben orientar la lucha a seguir?

Contribuir a la discusión que pueden originar estas preguntas es lo que se pretende con este trabajo nuestro, el cual, por muy comprensibles razones de espacio, se verá limitado a la exposición de principios, de orientaciones, de puntos de vista generales, y no de detalles o aspectos del problema, que ya han sido tratados "in extenso" en más de una oportunidad o en publicaciones suficientemente difundidas

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

¿Qué debe significar para nosotros, los médicos de esta época, la mortalidad infantil? Conceptuamos que para los médicos de la presente generación esta mortalidad debe significar una deficiencia fundamental de la cultura de la comunidad en que transcurrimos, de la cual por nuestra formación profesional sólo apreciamos principalmente las enfermedades de la infancia.

El médico de 1958 debe admitir que él está lejos de ser el *factotum* o elemento más importante en el proceso de la mortalidad infantil. Tranquilícese, entonces, su conciencia, siempre exigida por el imperativo de su vocación por curar enfermos: las raíces de la mortalidad infantil van más allá del "daño alimenticio", de los cuerpos microbianos, o de la *debilidad congénita*. Estos agentes deletéreos actúan y seguirán actuando mientras se mantengan activas las deficiencias culturales a que nos hemos referido.

¿Qué interpretación le estamos dando en este momento a "cultura"? Con este término significemos la transformación en elementos objetivos tales como leyes, instituciones, recursos económicos, bienes materiales, planteles profesionales, métodos y técnicas, etc., de ciertos valores vigentes en la comunidad como son la justicia, la caridad, el amor a la infancia, el sentido de solidaridad, la salud, la tradición, el bienestar común, etc.

A fin de ser más explícitos, permítasenos intentar este planteo esquemático: aquí, estarían estos valores o conceptos inmanentes en mayor o menor grado (salud, amor al niño, justicia, etc.), y allá, en potencia, la posibilidad de aquellas realizaciones objetivas (recursos

económicos y de personal, instituciones, técnicas y métodos, etc.); mientras haya déficits o interferencias fundamentales que impidan a aquellos valores transformarse en estas realidades, la mortalidad infantil seguirá azotando una comunidad, aún cuando los pediatras se desvivan por perfeccionar sus hibernaciones o los cardiocirujanos por conseguir pulmones artificiales; sea dicho esto último con propósito de ejemplificación.

Es posible que el colega que va siguiendo el desarrollo de estos conceptos piense o quiera decirnos ahora, exigido por el criterio realista que en razón a su tarea profesional le pide siempre soluciones inmediatas: ¿y cómo voy yo a poder modificar esas deficiencias culturales tan lejos de mis alcances? Contestaríamos así: aún cuando usted no pueda personalmente modificar en seguida el problema cuyas consecuencias tiene entre manos, por el mismo hecho de ser un problema no resuelto, le interesa tenerlo bien planteado, aunque (insistimos) no pueda conseguir su inmediata solución; es fundamental tener establecidos con la mayor claridad posible los términos o factores principales de dicho problema.

Para este esclarecimiento, para esta ampliación de los criterios médicos provistos por las escuelas naturalistas y mecanicistas predominantes en nuestra formación universitaria, es necesario un importante cambio en el enfoque integral y comprensivo que requiere la mortalidad infantil con miras a soluciones más exitosas. En esta época de modificaciones tan fundamentales en todo orden, los médicos debemos ser menos dogmáticos que nunca y estar listos a enriquecer nuestros conceptos usuales con aquellos nuevos provenientes de la impronta que las fuerzas y fenómenos sociales van dejando sobre la enfermedad o salud de la colectividad. Campos fértiles para la búsqueda e incorporación de estos nuevos conceptos son, como lo señala Knutson (1): la Antropología Cultural, la Sociología, así como la Interrelación y la Ecología Humanas.

“Los médicos debemos comprender muy especialmente que una victoria en el mejoramiento de los servicios médicos es una batalla a medio ganar. En este terreno es obvio que los médicos no podamos entrar solos en la batalla: debemos unir nuestros esfuerzos a todos aquellos sectores progresivos del pueblo”; así se expresa el médico inglés I. Leff (2).

Toda revaloración o replanteo es siempre proficuo. Por lo tanto, la Medicina debe estar siempre presta a ellos, so pena de retrotraerse a tiempos medioevales. Así por ejemplo, para Oraison (3) el curanderismo constituye un aspecto decadente de nuestra ciencia, no sólo en lo intelectual, sino sobre todo de su espíritu crítico.

Si no estamos suficientemente satisfechos como van las cosas en la lucha contra la mortalidad infantil, tratemos entonces, con criticismo sano y constructivo, de definir el problema incorporando a nuestros conceptos clásicos, los provenientes de campos nuevos cuales son los determinados por los factores socioculturales; ausentes casi siempre, recordémoslo, de las lecciones que recibíamos de nuestros profesores de Patología o de Clínica. Resulta lógico, entonces, que vayamos detrás de una redefinición que amplíe el criterio provisto por nuestra formación universitaria, y que consideremos al conocimiento y estudio de estos factores socioculturales, no como un lujo de erudición sino como una componente viva y palpante en los "casos" de nuestro consultorio; "los hilos de la salud y la enfermedad están tejidos en la tela sociocultural y habremos de darle plena significación percibiéndolos como parte del diseño total", ha dicho con toda agudeza y sabiduría Benjamín Paul (4).

Tenemos especial interés en destacar, por lo cual rogamos se nos disculpe si volvemos tanto sobre ello, que estos conocimientos socioculturales interesan al pediatra y al médico práctico, no solamente para tratar temas en dimensión social y colectiva, sino para interpretar mejor a muchos de sus enfermos, de modo individual. Así, los conceptos básicos de la Antropología Cultural le permitirán comprender mejor en el hospital de una ciudad a la madre campesina cuyas tribulaciones están motivadas por verse alterado su modo de vida tradicional; o se explicará cómo por razones sociológicas, por la diferencia de clase social, la mujer del portero de una oficina no concurre a hacer los ejercicios pre-parto junto con la esposa del "jefe". También el estudio de nuestros problemas desde la atalaya sociocultural nos permitirá darnos cuenta que el enfoque que nosotros, los médicos, tenemos de la salud, no es compartido por nuestros pacientes. Así, verbigracia, en una encuesta realizada en los Estados Unidos, Stouffer (5) demostró que sólo un 25 % de familias señalaron a la salud entre sus principales intereses o preocupaciones.

Todos estos antecedentes deben instarnos, creemos, a los médicos a, luego de haber examinado a nuestros enfermitos, alcanzado el diagnóstico correcto y prescripto el mejor tratamiento, ampliar nuestro enfoque y, comprensivamente, dirigirlo en busca de algunos de esos factores que acabamos de comentar, los cuales, a nuestro alcance o no, habrán de tener seguramente un papel importante en la curación, muerte o recidiva de nuestro paciente.

Quisiéramos que al llegar a este punto de nuestra exposición podamos haber refirmado el concepto que deseamos señalar a modo de definición o significado de la mortalidad infantil: Deficiencia

CUADRO 1

PORCENTAJE DE POBLACION, POR GRUPOS DE EDAD,
SEGUN ULTIMO CENSO DE LAS AMERICAS (*)

Entidades políticas	Grupos de edad en años												Descon.
	Total	1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 - 74	75 o más	
Países													
Argentina	100,0	2,5	8,7	9,9	9,6	19,2	15,8	13,7	9,9	6,4	2,8	1,1	0,4
Brasil	100,0	3,7	12,4	13,5	12,1	20,2	14,2	10,4	6,9	3,9	1,7	0,8	0,2
Canadá	100,0	2,5	9,8	10,0	8,1	15,3	15,5	13,3	10,0	7,7	5,3	2,4	—
Colombia	100,0	3,3	12,0	14,3	12,3	19,7	14,1	10,7	6,7	3,9	1,8	1,1	0,1
Costa Rica ...	100,0	3,8	12,8	14,0	12,3	20,1	13,3	10,4	6,5	3,8	2,0	0,9	0,1
Chile (a)	100,0	2,8	10,4	13,2	10,9	19,3	13,7	11,8	8,4	5,1	2,8	1,3	0,3
Ecuador	100,0	3,7	13,0	14,2	11,6	18,9	13,5	13,5	7,0	4,3	2,2	1,4	0,0
El Salvador ...	100,0	3,7	11,8	13,5	12,1	20,3	13,6	10,8	7,1	4,0	1,9	1,1	0,1
E.E.U.U.	100,0	2,1	8,6	8,8	7,4	14,7	15,8	14,2	11,5	8,8	5,6	2,5	—
Guatemala	100,0	3,2	12,4	14,8	13,1	18,9	13,8	10,5	6,5	4,1	1,7	0,9	0,1
Haiti	100,0	2,4	9,7	12,9	12,8	18,6	15,1	12,5	7,5	4,1	2,6	1,4	0,4
Honduras	100,0	3,7	12,1	13,0	11,8	19,2	13,5	10,4	7,4	5,0	2,4	1,5	—
México	100,0	3,2	12,2	14,2	12,1	19,1	13,4	10,7	7,4	4,2	2,2	1,1	0,2
Nicaragua	100,0	3,9	12,1	14,6	12,7	19,8	13,6	10,1	6,6	3,7	1,8	1,1	—
Panamá	100,0	3,4	12,8	14,1	11,3	18,4	14,7	10,7	6,8	4,5	2,2	1,0	0,1
Paraguay (b) .	100,0	3,3	13,3	15,9	13,2	18,3	12,9	8,5	6,0	4,9	2,6	1,1	—
Perú	100,0	3,5	11,9	14,9	11,7	18,0	14,0	10,5	6,8	4,3	2,4	1,9	0,0
R. Dominicana.	100,0	3,7	13,9	13,9	13,0	20,6	12,9	9,7	5,9	3,5	1,7	1,2	0,0
Venezuela	100,0	3,6	12,7	12,6	10,4	19,7	15,6	11,5	7,0	4,0	1,8	0,9	0,2

(*) Tomado del "Resumen de los informes sobre las condiciones sanitarias de las Américas", publicación científica de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1956.

(a) Distribución en una muestra del 2 por ciento.

(b) Calculado.

CUADRO 2

NUMERO DE DEFUNCIONES FETALES Y TASAS POR 1.000 NACIDOS VIVOS EN LAS AMERICAS, 1950 - 1953 (*)

Entidades políticas	1950		1951		1952		1953	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Países								
Argentina	12,638	28,2	(a) 12.527	28,6	12.511	28,2	12.747	28,1
Brasil (b)	11.710	74,0	12.527	28,6	12.351	75,2	—	—
Canadá (c)	7.179	19,3	7.010	18,4	7.260	18,0	6.971	16,7
Colombia (d)	6.155	14,9	6.588	15,7	6.501	14,9	7.669	16,3
Costa Rica	1.103	29,6	1.062	27,1	1.012	21,7	1.021	21,5
Chile (e)	7.426	35,7	7.011	33,5	7.038	32,4	7.011	33,4
Ecuador	3.736	25,0	3.931	25,7	3.604	23,2	—	—
El Salvador	924	10,2	858	9,2	856	8,8	(e) 850	8,7
Guatemala	4.225	29,8	4.472	29,5	4.651	30,6	—	—
E.E.U.U.	68.262	19,2	70.569	18,8	70.447	18,3	—	—
Haití	568	59,5	590	58,4	698	66,4	—	—
Honduras	300	5,2	241	4,0	178	2,9	—	—
México	23.510	20,0	25.548	21,6	25.365	21,5	—	—
Nicaragua	95	2,2	84	1,9	76	1,6	40	0,8
Paraguay (f)	350	16,7	426	17,3	—	—	—	—
Perú	2.146	8,6	1.848	7,1	—	—	—	—
Rep. Dominicana	1.801	16,4	1.977	22,0	1.861	19,7	—	—
Uruguay	1.291	28,9	1.192	26,3	—	—	—	—
Venezuela	4.373	20,6	4.861	21,6	4.994	21,6	5.064	20,6

(*) Tomado del "Resumen de los informes sobre las condiciones sanitarias de las Américas", publicación científica Nº 24 de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1956.

(a) Calculado.

(b) Distrito Federal y capitales de Estados, excluyendo la ciudad de Sao Paulo.

(c) Excluidos Yukón y los territorios del Noroeste.

(d) Nacidos muertos, definición anterior.

(e) Provisional.

(f) Area de notificación con 83 por ciento de la población.

cultural de la comunidad que requiere de nosotros los médicos lo mejor de nuestro hacer específico, así como una actualizada comprensión de los factores provenientes de la vida en sociedad.

III. ESTADÍSTICAS

En varias oportunidades ⁽⁶⁾, ⁽⁷⁾, ⁽⁸⁾, nos hemos ocupado ya de diversos aspectos estadísticos de la mortalidad infantil. No habremos de repetirlos aquí. Mediante una encuesta realizada desde el actual Instituto Interamericano del Niño ⁽⁹⁾, pusimos en evidencia los déficits que ofrece la estadística de los problemas de la infancia en el Nuevo Mundo. Déficits que tienen su raíz, como es fácil colegir, en el enfoque poco amplio e inactual con que se lucha contra la mortalidad infantil. Estamos seguros que sobre la base de una mejor y más actual definición de este problema, los médicos habremos de contribuir del modo efficacísimo con que podemos hacerlo, a que la estadística nos brinde su importante aporte, en forma integral y no parcial o retaceada tal como lo viene haciendo hasta el presente. Piénsese que lo fundamental en Bioestadística es, ¿cómo no habría de serlo?, la corrección con que se capta la materia prima, y ello depende principalmente del médico que confecciona el documento inicial (ficha, certificado, acta, etc.). Si tal operación no es correcta, las operaciones posteriores (codificación, clasificación, control, tabulación, elaboración, evaluación, etc.) no podrán nunca proveer calidad y exactitud a los resultados.

Mientras tanto, para orientarnos lo mejor posible en la lucha contra la mortalidad infantil, habremos de utilizar el material estadístico que nos proveen aquellas fuentes de mayor seriedad y experiencia. En esta contribución ofrecemos series estadísticas que nos ha hecho llegar la Oficina Sanitaria Panamericana, y que se muestran en los cuadros numerados del 1 al 5. La observación atinada de estos cuadros nos permitirá sacar las conclusiones que correspondan. Tal vez el material estadístico que se ofrece no sea muy detallado, ni suficientemente significativo en ciertos aspectos de la mortalidad infantil que están requiriendo mejor información estadística para alcanzar las soluciones requeridas. Pero, a riesgo de parecer insuficientes, hemos preferido publicar sólo aquellos datos que pueden permitir comparaciones veraces. Nos permitimos recordar la necesidad que los médicos sepamos interpretar objetivamente las estadísticas, sin tendencias personales o de grupo, y querer hacer decir a las cifras lo que ellas no significan. Mucho material estadístico referente al recién nacido, no resiste un cuidadoso

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL DE LOS PAISES LATINOAMERICANOS (*)

1947 - 1955

<i>Países</i>	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955
Argentina	77,7	69,5	67,0	68,2	67,4	64,9	63,4	62,4	—
Bolivia	132,6	133,5	127,2	106,5	117,0	108,3	106,1	—	—
Colombia	139,7	136,1	134,1	123,9	119,9	110,7	111,0	102,7	104,2
Costa Rica	84,4	124,8	119,6	112,1	108,8	110,7	113,1	101,2	104,6
Chile	145,1	147,0	155,2	139,4	135,5	129,2	112,4	124,7	120,8
Ecuador	122,0	122,4	115,2	109,7	109,5	—	—	118,0	—
El Salvador	96,4	100,4	93,3	81,2	76,8	85,4	82,7	82,4	76,7
Guatemala	109,9	117,4	101,7	106,8	92,0	112,2	103,0	87,9	101,4
Honduras	88,7	93,7	92,7	85,6	54,9	64,3	59,5	60,0	54,9
México	95,0	101,7	106,4	96,2	98,8	89,8	95,2	80,5	—
Nicaragua	94,1	95,1	123,3	82,0	70,4	77,5	79,3	74,5	79,6
Panamá	66,5	60,6	70,7	68,4	58,5	50,6	53,7	52,6	54,7
Paraguay	72,5	75,8	—	102,1	78,1	82,5	62,3	76,3	93,2
Perú	106,8	109,0	105,2	103,7	104,6	100,0	98,2	94,5	—
Rep. Dominicana	98,9	81,3	80,9	87,7	95,1	78,7	74,2	68,3	—
Uruguay	—	60,6	52,4	64,2	54,7	51,0	—	—	69,4
Venezuela	99,6	97,8	90,7	80,9	79,8	79,5	67,9	69,2	69,5

(*) Tomado del "Demographic Yearbook", 1956, Naciones Unidas.

análisis respecto a la justeza o corrección del diagnóstico clínico y/o anátomo-patológico de la o las causas de muerte (10).

Con la intención de síntesis que preside esta contribución, y sobre la base del material estadístico ofrecido, podemos decir que la mortalidad infantil disminuye con velocidad dispar en los países analizados. Puede decirse también que hay ya suficientes evidencias como para atribuir al factor denominado tentativamente "nutro-digestivo", y que incluye de modo principal las muertes por diarreas y trastornos nutritivos del niño pequeño, la preeminencia en la determinación de la muerte antes del año. En aquellas zonas donde la tasa de mortalidad es baja, la mayor proporción de muertes antes del año de edad corresponde al primer mes, o sea a la mortalidad neonatal. Como se sabe, esta mortalidad sumada a la mortinatalidad o defunciones fetales, configuran la mortalidad feto-neonatal o perinatal. En un trabajo personal (11) hemos mostrado cómo en algunas zonas menos evolucionadas los mortinatos y los recién nacidos muertos durante su primer semana, no estaban en relación con la escasa asistencia técnica (por médico y/o partera diplomada) del parto.

Si teniendo presente la definición que hemos dado en el Capítulo II de lo que debe significarnos la mortalidad infantil, nos decidimos a hacer una crítica constructiva y progresista de los medios o relaciones utilizados actualmente para medir de modo total o parcial la magnitud de este problema, deberemos egregar a continuación algunas sugerencias destinadas a promover un mejor y más útil aporte de la Estadística.

Los que estamos interesados en solucionar el problema de la mortalidad infantil quisiéramos que quienes elaboran y publican material demográfico nos ofrecieran relaciones de esta mortalidad infantil con otros atributos, tales como: la cantidad de leche en polvo consumida por habitante (lo ideal sería por los menores de un año), el promedio de niños internados que atiende cada enfermera diplomada o no, la cantidad de camas para lactantes que hay por cada cien camas hospitalarias, el promedio de ayuda (en costos, o en visitas, o en alimentos) que cada hogar (si es posible, clasificado según recursos económicos) recibe de la Seguridad Social, el promedio de años de estudios generales de las madres, la proporción de grupos familiares con medios insuficientes para conservar higiénicamente la leche, la cantidad de centros populares pro-madre y niño que hay por cada 1.000 habitantes; y ¿a qué seguir?, muchas y más explícitas y mejor determinadas podrían ser las referencias, apenas esbozadas aquí, que se están necesitando para llevar la lucha por mejores caminos, a la luz de renovados conceptos y superan-

CUADRO 4

CINCO PRIMERAS CAUSAS PRINCIPALES DE DEFUNCION DE MENORES
DE UN AÑO POR 100.000 NACIDOS VIVOS, EN 8 PAISES DE
LAS AMERICAS, EN AÑO RECIENTE (*)

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Causa de defunción</i>	<i>Tasa</i>
México	1954	Enfermedades de la primera infancia	3.059,6
		Influenza y neumonía	1.600,7
		Gastritis, enteritis, etc.	1.571,2
		Bronquitis	372,9
		Tos ferina	286,5
Guatemala	1954	Enfermedades de la primera infancia	2.343,8
		Influenza y neumonía	1.050,5
		Tos ferina	1.029,0
		Bronquitis	900,0
		Gastritis, enteritis, etc.	855,2
Colombia	1954	Enfermedades de la primera infancia	1.944,2
		Gastritis, enteritis, etc.	1.322,6
		Influenza y neumonía	870,7
		Bronquitis	756,4
		Tos ferina	276,4
Venezuela (a)	1952	Gastritis, enteritis, etc.	2,680,5
		Enfermedades de la primera infancia	2,571,7
		Influenza y neumonía	1,052,4
		Malformaciones congénitas	233,6
		Tos ferina	196,8

Brasil (b)	1951	Gastritis, enteritis, etc.	5.363,0
		Enfermedades de la primera infancia	3.458,1
		Influenza y neumonía	2.265,5
		Sífilis y sus secuelas	617,9
		Malformaciones congénitas	323,8
Chile (c)	1955	Enfermedades de la primera infancia	4.836,2
		Influenza y neumonía	3.309,6
		Gastritis, enteritis, etc.	1,239,1
		Malformaciones congénitas	274,4
		Tos ferina	151,1
Uruguay	1953	Enfermedades de la primera infancia	2.157,4
		Gastritis, enteritis, etc.	936,2
		Influenza y neumonía	634,0
		Malformaciones congénitas	236,2
		Meningitis no meningocócica	59,6
Argentina (d)	1952	Malf. cong. y enf. part. primer año de vida	2.487,9
		Influenza y neumonía	943,0
		Gastritis, enteritis, etc.	703,6
		Meningitis no meningocócica	160,6
		Enfermedades del aparato circulatorio	69,8

- (*) Tabla Nº 3 de un folleto mimeografiado preparado por la Oficina Sanitaria Panamericana para el Seminario sobre Diarreas Infantiles, realizado en Santiago de Chile, 1956.
- (a) Causas de defunción mal definidas distribuidas proporcionalmente entre las causas definidas.
- (b) Distrito Federal y 13 capitales de Estados.
- (c) Fuente: Servicio Nacional de Salud.
- (d) Clasificación basada en la *Nomenclatura Internacional de las Causas de Muerte*, Quinta revisión (1938).

CUADRO 5

DEFUNCIONES DE DIARREAS Y ENTERITIS POR 100.000 HABITANTES (*)
 POR GRUPOS DE EDAD DE MENORES DE 15 AÑOS, EN 8 PAISES
 SELECCIONADOS DE LAS AMERICAS, EN FECHA RECIENTE (**)

País	Año	Todas las edades		—1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años	
		Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Canadá	1954	982	6,5	554	127,3	82	5,6	6	0,4	3	0,2
Colombia	1954	12.583	101,6	6.277	1.322,6	4.733	318,2	449	25,3	91	6,0
Chile	1953	2.409	37,4	1.594	714,9	576	86,3	(a) 39	(a) 2,5	—	—
El Salvador	1953	5.598	272,5	1.785	1.812,7	2.341	961,2	352	127,0	73	29,4
E.E.U.U.	1954	7.892	4,9	3.590	89,3	565	4,0	66	0,4	33	0,3
Guatemala	1954	6.627	210,4	1.392	855,2	2.739	662,0	527	122,6	159	42,8
México	1954	59.257	205,4	21.052	1.571,2	22.522	636,9	2.842	69,0	870	25,0
Venezuela (b)	1952	9.584	181,5	6.184	2.680,5	3.312	473,9	184	27,6	33	6,0

(*) Menores de un año por 100.000 nacidos vivos.

(**) Tabla N° 5 de un folleto mimeografiado preparado por la Oficina Sanitaria Panamericana para el Seminario sobre Diarreas Infantiles, realizado en Santiago de Chile, 1956.

do manidos criterios que no se perfeccionan, tal vez, por un insuficiente contacto entre las estadísticas y los demás interesados en la mortalidad infantil desde diversos puntos de vista.

Si su publicara este material, y lo tuviéramos a mano, difundido no sólo por los anuarios estadísticos, sino también por el periodismo médico, la sanidad oficial, las revistas de la especialidad, etc., se vería facilitada considerablemente la investigación científica al respecto. Vaya a saber uno, qué estudioso el día de hoy o de mañana, encuentra en dicho material estudiándolo de modo general o según muestras, soluciones a ésta o aquella parte del problema. Por ejemplo: supongamos que, tomados todos los reparos estadísticos necesarios, se alcanza a demostrar que la disminución de la mortalidad infantil por diarreas agudas disminuye en mayor correlación con la distribución de leche en polvo que con la proporción de niños que por esos trastornos se internan en los servicios pediátricos. Tal conclusión animaría a un aumento de las inversiones que permiten distribuir leche en polvo entre los sectores más necesitados, y en las épocas más oportunas. Y para terminar este capítulo permítanos insistir: habremos de ser nosotros, los médicos, los que debemos solicitar a los estadísticos las referencias que suponemos de utilidad; no dejemos todo en manos de ellos; las soluciones saldrán del trabajo en común.

IV. CAUSAS

Creemos que de lo anotado en el Capítulo II referente al significado de la mortalidad infantil se desprende, ya, un concepto más o menos concreto sobre las causas de este fenómeno demológico. Apoyados en ello, intentaremos ofrecer una clasificación breve y sintética, sin otro propósito que ayudar tanto al interesado en la investigación científica, como en la administración sanitaria o en la enseñanza o divulgación de las causas principales de la mortalidad infantil. Que el sano propósito que nos anima, haga tolerante la crítica que pueda merecer este intento de clasificación, el cual, eso sí, ha merecido lo mejor de nuestra intención metodológica.

A. *Causas determinantes o finales.*

1. Factores congénitos:
 - a) de origen preconcepcional;
 - b) de origen intrauterino;
 - c) de origen natal.
2. Factores no congénitos:
 - a) Con sintomatología predominantemente nutro-digestiva;

- b) infecciosos;
- c) neuropsíquicos;
- d) mecánicos o traumáticos;
- e) degenerativos o neoplásicos malignos;
- f) demás factores no congénitos.

B. *Causas concurrentes o ecológicas.*

1. Deficiencias del ambiente físico o natural.
2. Deficiencias culturales:
 - a) de la organización y administración sanitaria;
 - b) de la educación;
 - c) de la economía;
 - d) sociológicas;
 - e) de la Previsión y Seguridad Social (incluidas la Asistencias y Servicios Sociales);
 - f) morales;
 - g) políticas y cívicas;
 - h) de la tradición y herencia culturales;
 - i) de la legislación;
 - j) otras deficiencias culturales.

Fácil es advertir que sólo se ha buscado, aquí, determinar algunos grandes grupos o clases de causas; no aspiramos al detalle o discriminación más afinadas. Tampoco se ha deseado establecer compartimientos separados; cualquiera puede advertir la interacción o relación que existe entre muchas de las clases o grupos anotados. La lista, asimismo, no pretende ser completa.

Nos apresuramos a señalar que, siguiendo a Gordon (¹²), entendemos por Ecología, relacionada con el hombre, el conjunto de causas o fenómenos motivados por la natural interrelación con el contorno animado e inanimado. También quoremos señalar que por ser mejor conocidas no nos hemos extendido respecto a las deficiencias del ambiente físico o natural (del clima, de la fauna, etc.).

Hemos procurado evitar, taxativamente, la denominación "Causas Sociales" por la razón siguiente: es frecuente que algunos de nuestros colegas se conforme con ubicar la causa de alguna enfermedad o muerte infantil dentro de un capítulo con esa denominación, el cual le resulta muy amplio, y agregaríamos, no muy concreto ni claro, y que por tener tal denominación se lo considera independiente de las *causas médicas*. Se produce así una desviación, un aislamiento que sólo lleva a soluciones incompletas y meramente temporarias. Hoy en día no hay que conformarse con decir: en éste o en aquél

caso existe una causa *social*; es menester localizar mejor el factor morbígeno y establecer, dentro de lo posible, si hay una deficiencia económica o educacional o de Seguridad Social o moral o sociológica, etcétera, etcétera.

A. CAUSAS DETERMINANTES O FINALES

Estos son los factores mejor conocidos por nosotros los médicos formados en las escuelas médicas tradicionales y que, por lo mismo, en una contribución como la presente que aspira a señalar criterios, todavía no muy frecuentados, sólo serán enunciados de modo somero. Y no porque estas causas sean infravaloradas; al contrario, como factores determinantes, todo médico debe saber diagnosticarlas muy bien y tratarlas mejor, pero no nos detendremos aquí demasiado en su consideración, pues en muchos otros lugares y momentos, podrá encontrarse detalle minucioso y mucho más autorizado que el que podemos hacer nosotros. De las causas no congénitas (colitis y gastroenteritis, distrofias, infecciones, traumáticas, etc.) se conoce bastante acerca de su etiopatogenia y tratamiento. Se sabe muy bien lo que hay que hacer para atender estos cuadros nosológicos; si no se puede dominarlos es porque faltan recursos (personal, equipos y otros elementos) o porque los enfermos llegan demasiado tarde al médico asistencial. En lo que resta bastante por avanzar es en los aspectos preventivos de estas causas no congénitas de la patología infantil.

Referente a los factores congénitos (prematurez, dificultades respiratorias, malformaciones, trauma obstétrico, infecciones natales, etc.) y que constituyen el principal grupo de causas en los países muy evolucionados, diremos que hay mucho que hacer. No son pocos los conceptos que hay que revisar; es también mucho lo que se espera de la investigación científica respecto a las bases etiopatogénicas reales de estos trastornos y, consecuentemente, para establecer su prevención. La mortalidad feto-neonatal⁽¹³⁾ o perinatal, constituye en la actualidad uno de los capítulos de la defensa de la salud que ofrece mayores oportunidades al estudioso⁽¹⁴⁾.

B. CAUSAS CONCURRENTES O ECOLOGICAS

Como dijimos anteriormente en este capítulo, no nos detendremos en el estudio de los factores provenientes del contorno natural o físico (clima, fauna, flora, hidrología, etc.) por conceptuar que existe un concenso suficientemente difundido acerca de su valor e importancia como causas concurrentes de mortalidad infantil. Res-

pecto a los factores culturales diremos que aunque se va teniendo cada día mayor información sobre ellos, no se los admite con el rango que les corresponde ni en la medicina práctica, ni en la investigación científica. Afortunadamente cada día son más las opiniones provenientes de fuentes realmente autorizadas que propugnan en favor de la incorporación de estos factores al elenco fundamental de causas morbígenas. Véanse algunos conceptos vertidos al respecto en el informe de la Comisión Presidencial de los E.E.U.U. para el estudio de las necesidades sanitarias de la Nación (15): "La salud no es una condición. No es un estado sino un proceso. Este proceso adapta al individuo no sólo a nuestro contorno físico sino también al contorno social. La vida de la sociedad o de la comunidad es sólo otro nombre de las relaciones interpersonales. La ciencia de la salud es una rama de la amplia ciencia que se llama "Ecología Humana".

Las deficiencias culturales como factores de enfermedad van siendo cada vez mejor conocidas a medida que son estudiadas y analizadas con criterio científico, evitándose los enfoques a predominio político cuando no demagógico.

Las más accesibles a nuestra consideración, *cela va sans dire*, son los déficits de la organización y administración sanitaria que, según nuestro punto de vista, constituyen una manifestación más de las deficiencias en la organización de la comunidad.

También la falta o insuficiencia de la legislación pro-infancia quita efectividad o fuerza a más de una buena iniciativa o propósito para disminuir la mortalidad de niños (16).

Las relaciones de la mortalidad infantil con ciertos aspectos sociológicos cual la estratificación social han sido demostradas por numerosos investigadores, entre otros por Peller (17), Morris (18), etcétera.

Los déficits educacionales, ya de las madres, ya del resto de la comunidad, en especial en lo referente a educación sanitaria, son admitidos de modo unánime como factores de patología y muertes infantiles.

Las deficiencias económicas, la pobreza, la indigencia, son causas tan vinculadas a la mortalidad infantil que adherimos a Anderson (19) cuando dice que persistir en demostrarlo "sería desperdiciar tiempo, dinero y esfuerzo, pues las evidentes relaciones han sido establecidas bastante conclusivamente".

La insuficiencia de los medios de Previsión y Seguridad Social también tienen su lugar en el elenco de los factores de mortalidad infantil (20). En realidad coparticipan como elementos causales junto a los factores económicos y de la legislación.

Y nadie puede discutir la importancia que los déficits morales

tienen en el determinismo de la mortalidad infantil. Desde el curanderismo, flagrante deficiencia ética ⁽²¹⁾ hasta la ausencia del concepto maternal, paternal o de familia ⁽²²⁾, existe toda una gama de alteraciones de lo que se *debe hacer* que provocan, directa o indirectamente, más de una muerte infantil.

Creemos que, dentro de los límites a que debe atenerse esta contribución, puede bastar esta simple enunciación de las principales deficiencias de la cultura de una comunidad para que ellas, por su importancia, sean tenidas muy en cuenta por el médico práctico, no como elementos de una especialidad: la *Medicina Social*, sino como de la medicina de todos los días.

VI. BASES PARA LA LUCHA

Es a este capítulo al que adjudicamos mayor importancia dentro de lo que pretende esta modesta contribución.

Creemos que no basta que hayamos intentado establecer el real significado de la mortalidad infantil, ni que podamos haber establecido aproximadamente su magnitud, o que hayamos procurado actualizar con nuestra mejor intención metodológica las causas que alimentan este fenómeno demológico. Es necesario que todo esto contribuya, y de modo eficaz, a que los médicos llevemos la lucha contra la mortalidad infantil convencidos de la bondad y actualidad de los criterios antecitados. No basta estar informados; lo que se requiere son actos pleróricos de voluntad y decisión, realizados según las mejores directivas. Y es precisamente a esto donde van dirigidas las líneas siguientes.

Nadie discute que los médicos de este tiempo debemos dedicar a quien nos consulta por alguna enfermedad nuestra mayor simpatía y comprensión, además, por supuesto, de nuestro mejor criterio científico. Pues bien, traslademos este mismo concepto a la masa de población, que sufre de esa grave dolencia que es la mortalidad infantil. Ampliemos esa simpatía, comprensión y método, de modo tal que no se nos escapen las relaciones que esa mortalidad tiene con la vida colectiva. Tengamos abiertos nuestro consultorio o estudio a toda cuestión de la comunidad que directa o indirectamente influya sobre los niños y sus familias. Pero por sobre todas las cosas esforcémonos por *comprender* tales cuestiones, es decir, interpretarlas en su sentido fundamental, aún cuando no sean conocidos en detalle los elementos que entran en su génesis. Atendamos a D. W. Atchley cuando al ocuparse de "Ciencia y Educación Médica" solicita *más comprensión que conocimientos* ⁽²³⁾. Recordemos también que en la asistencia de nuestros pacientes muchos diagnósticos y tratamientos

se realizan sin que se hayan determinado o conocido, exacta y específicamente, los factores actuantes. Traslademos también este proceder nuestro, del caso individual a la dimensión colectiva que requiere la mortalidad infantil. Y coincidiremos con Yankauer cuando dice: "No es siempre necesario conocer las causas finitas de enfermedad o muerte para tomar medidas efectivas para controlarlas. Los fenómenos biológicos son complejos, y el hombre es un animal social. Factores identificables reflejando el ambiente físico y social pueden contribuir a producir la enfermedad a nivel de las células. Si estos factores de masa pueden ser alterados favorablemente, un programa sanitario preventivo puede ser practicable se conozcan o no sus causas fundamentales". Estos conceptos han sido vertidos, precisamente, con motivo de uno de los tantos problemas de la mortalidad infantil (24).

No deseamos que alguien interprete de todo lo antedicho que la simpatía y comprensión del problema nos deben alejar de la disciplina y método científico con que él habrá de ser considerado. Al contrario, tal disciplina y método habrán de ser preocupación permanente del estudioso de la mortalidad infantil. No hacerlo así lleva, por lo general, a la mera declamación sentimental, si no al desahogo grandilocuente de más de un político frustrado.

Pero ahora nos preguntamos: ¿todo lo que estamos diciendo vale la pena señalarlo o repetirlo? Nosotros creemos que sí, y muy sinceramente. Apreciamos con harta frecuencia la tensión que aflige a muchos colegas, especialmente a los nuevos, al no poder explicarse cómo, a pesar de su permanente actividad, siguen llegándoles enfermitos a los servicios hospitalarios y públicos (no así a la consulta privada), sin que aprecien nunca disminución de esa afluencia constante. Y más de uno se considera "explotado", o "aprovechado" por el Estado, o instituciones, u otros sistemas a los cuales ubican en una superestructura "extramédica" imposible de alcanzar, ni influenciar. Esta situación tan digna de ser lamentada, tal vez se deba a una formación universitaria insuficiente, que no nos ha enseñado las relaciones que como médicos debemos tener con quien dirige la atención de la salud y la enfermedad, ya en nuestro carácter de técnicos, ya con sentido profesional o gremial.

Si tales situaciones y aflicciones suceden a diario, ¿vale o no la pena que, con motivo de la lucha contra la mortalidad infantil, se exhorte a los colegas médicos al estudio de los aspectos colectivos de nuestra profesión con miras a participar en las condignas soluciones?

La vastedad de este capítulo: "Bases para la lucha", sobre la base de los conceptos antedichos, es evidente. Mas los propósitos de síntesis que presiden esta contribución y nuestra intención de ofre-

cer, dentro de nuestras posibilidades, sólo principios orientadores, hacen que reduzcamos a dos los sectores principales de este amplio campo, a saber:

- A. Protección sanitaria.
- B. Protección social.

A. PROTECCION SANITARIA

Siguiendo el concepto propugnado por la Organización Mundial de la Salud (25) involucramos dentro de tal concepto tanto los aspectos curativos como los aspectos preventivos. No habremos de detenernos mucho en lo que hay que hacer para curar los niños enfermos, so pena de incurrir en lugares comunes. Lo único que instamos es que todo médico evalúe periódicamente su capacitación al respecto, y procure mantenerse al día, para que no se le muera un niño por falta de preparación científica. En materia de prevención sólo destacaremos dos aspectos, por considerar que en las publicaciones y frecuentaciones científicas es más fácil encontrar referencias sobre los demás aspectos sanitarios: lucha contra las moscas, perfeccionamiento de la eliminación de excretas y residuos, obtención de suficiente agua y leche en calidad y cantidad, servicio de visitadoras de higiene, importancia de la higiene de la vivienda y de los demás aspectos del saneamiento, etc., etc.

De los dos puntos preferidos uno es la educación para la salud y el otro la administración sanitaria. Tal vez alguien con alguna razón pueda decirnos que en la realización de esta última se incluye la primera; pero la importancia que debe adjudicarse a la educación para la salud es tanta, creemos, que bien merece párrafo aparte.

Aunque imbricada dentro de la educación general en sus distintas etapas (primaria, media y superior) tanto del niño, del adolescente o del adulto, la educación para la salud o sanitaria debe ser preocupación principal del médico que desea luchar contra la mortalidad infantil. En alguna oportunidad nos hemos extendido al respecto. Ahora sólo insistiremos en la necesidad que la medicina se acerque cada vez más a la educación para establecer un intercambio que habrá de proveer, a buen seguro, mutuos beneficios. Ya la Unesco con toda su autoridad de organismo mundial, ha ubicado a la educación para la salud entre los elementos principales de la Educación Fundamental. Por su parte el médico deberá tender a ayudar con su consejo cordial a que en las personas bajo su influencia, se oriente por buen camino esa "struggle for life" que es mantenida de modo permanente por el innato sentido de conservación de la

especie. El médico del futuro, como lo subraya Lazarte habrá de ser un decidido propulsor del autocuidado de la salud. Todo lo demás, respecto a la técnica de la educación sanitaria, se puede encontrar en la bibliografía especializada. No resistimos a la tentación de recomendar el libro "Check" de Turner (26).

El otro elemento de la Protección Sanitaria que ha sido preferido, es la Administración Sanitaria, que según Smillie (27) se puede definir como la "aplicación de principios y técnicas de Salud Pública en beneficio de la comunidad".

Si deseamos destacar este elemento de lucha contra la mortalidad infantil es porque como ya lo dijéramos en oportunidad (28) en la medicina de masas la Administración Sanitaria es el método. Querer luchar contra dicha mortalidad prescindiendo de la Administración Sanitaria, resulta tan poco congruente como si un ejército se aprestara a una campaña sin ningún plan táctico. Sólo el apremio con que está exigiéndonos siempre nuestra vocación, puede haber postergado hasta ahora la incorporación de los conceptos básicos de Administración Sanitaria al bagaje científico con el cual la Medicina consuetudinaria debe afrontar la lucha contra las noxas que afectan la salud, la mortalidad infantil entre otras. En consecuencia, procuraremos en apretada síntesis hacer una rápida revista de los conceptos fundamentales de dicha Administración. En primer lugar y sobre la base de la definición actualizada e integral que merece la mortalidad de marras, será menester tener organizado un grupo planificador que podrá denominarse Consejo o Departamento del Niño, o de la Infancia, o de Maternidad e Infancia, y donde tendrá su lugar todo aquel que pueda hacer un aporte útil. Sobre la base de una buena reglamentación y plan de trabajo este grupo recopilará todos los datos, hechos, antecedentes, encuestas, bibliografía y demás elementos de juicio que tengan algún valor para el planteo y solución del problema. Si es posible, se tomará contacto con entidades representativas del pueblo para que éste se sienta copartícipe por intermedio de sus representantes. Sobre la base de esta actualización de hechos se hará una valoración del problema implicado por la mortalidad infantil, ya en su totalidad, ya en sus diversos aspectos parciales, procurándose una clasificación y jerarquización de los factores causales de acuerdo a la intensidad con que actúan. Hecho esto se fijarán los objetivos que habrán de realizarse según las prioridades y etapas determinadas. Esto es muy necesario no sólo para unificar directivas y evitar discrepancias, sino para posteriormente, efectuar la evaluación del trabajo cumplido. Fijados los objetivos y antes de confeccionarse los programas detallados, a realizar, se deberá hacer un estado actual de los recursos con que se

cuenta (económicos, personal, equipos, instituciones, etc.) y de los que habrá que agregar para cumplir los objetivos fijados. Esto implica la confección del presupuesto, cuya aprobación y financiación son imprescindibles para iniciar las actividades. Mientras tanto se irá confeccionando el detalle de las actividades que incluye cada programa, así como las correspondientes reglamentaciones, y la clara ordenación de las autoridades actuantes (locales, provinciales, nacionales, profesionales, privados, etc.). Todo esto no hará sino facilitar eso que se dice muy fácil y frecuentemente: *coordinación*, pero que se realiza con mucha dificultad y raramente bien. Puesto en marcha el desarrollo de los programas, se cuidará con una inteligente aplicación de los conceptos básicos de las interrelaciones humanas, que tanto los beneficiados como el personal se comporten y actúen con satisfacción. El registro de las actividades se hará del modo más sencillo y cómodo posible, y periódicamente se hará la valoración de las actividades realizadas (teniendo en cuenta los objetivos y las etapas preestablecidas), valoración que servirá para reajustar o perfeccionar los programas de acción. La adecuada divulgación de lo realizado, facilitara la comprensión y la colaboración de todos.

Quisiéramos haber podido esbozar en los párrafos precedentes los pasos fundamentales de un plan de Organización y Administración Sanitaria aplicable a la lucha contra la mortalidad infantil. Quien desea mayor detalle puede consultar la literatura especializada ⁽³⁰⁾, ⁽³¹⁾, ⁽³²⁾.

Pasemos ahora al sector *Protección Social* de la lucha contra la mortalidad infantil.

B. PROTECCION SOCIAL

Toda actividad colectiva que además de la antedicha Protección Sanitaria contribuya directa o indirectamente al bienestar de la infancia puede ser considerada como un elemento de Protección Social en la lucha contra la mortalidad infantil.

De la enumeración de las deficiencias culturales hecha en el capítulo IV se desprende la filiación de las medidas que como Protección Social habrá de incluir un plan de oposición a tal mortalidad. Vale decir medidas de carácter económico, educacional, sociológico, de Previsión y Seguridad Social, morales, políticas y cívicas, de legislación, etc., etc. Pero, no es éste el momento de extendernos en temas cuales la lucha contra el latifundio, contra los privilegios de clase y la discriminación racial o religiosa, así como el fomento del cooperativismo, de la cultura y de la educación popular, el perfeccionamiento de la protección legal de los menores, la buena orientación

profesional, los salarios suficientes, los programas contra el desempleo, la condena del lujo y del gasto superfluo, etc.

Nuestra condición de médicos nos ubica en un sector especial de este amplio frente, aunque como ciudadanos, y según nuestras convicciones políticas y cívicas, podemos bregar por todos los demás aspectos sociales.

El sector especial de la Protección Social donde se requiere más la presencia de nuestra profesión, y de donde podemos colaborar de modo más eficaz e integral es, a nuestro modo de ver, el de la Seguridad Social.

Según el Instituto Interamericano del Niño ⁽³²⁾ interpretamos la Seguridad Social como un "aspecto de la política social contemporánea, generalmente contemplada en las legislaciones actuales como sistemas de medidas económico-sociales para ofrecer garantías de nivel de vida satisfactorio y compatible con la dignidad humana. Por lo general, incluye un programa combinado de seguros sociales, asistencia social y servicios sociales, con participación armónica de la responsabilidad pública y de la iniciativa privada".

Como puede verse, no nos estamos refiriendo al hablar de Seguridad Social, a ningún procedimiento de "burocratización", "estratificación", "socialización" ni "deshumanización" como algún colega, sin tratar de informarse en la literatura científica correspondiente, puede apresurarse a rotular estos progresistas sistemas de previsión. Si se analiza la definición que hemos dado podrá verse que ella incluye la asistencia social, la cual puede ser cumplida por la iniciativa privada, la caridad, la filantropía, la beneficencia y cualquier otra forma del sentido de cooperación y mutualismo; todo ello tiene cabida, en el lugar correspondiente, dentro de un sistema moderno y amplio de Seguridad Social. Recordemos que un eficiente Servicio Social permite adecuar a cada individuo o familia, y de modo cordial y humano, las prestaciones que de modo general prescribe un Seguro Social ⁽³³⁾.

Extendernos ahora sobre el valor que los sistemas de Seguridad Social tienen en la defensa de la salud del niño, sería repetir conceptos ya establecidos con mucha mayor autoridad que la nuestra ⁽³⁴⁾, ⁽³⁵⁾. Sólo deseamos instar a que los colegas médicos participen con mayor decisión e interés en tales sistemas. Y no sólo en la faz de prestación de servicios, sino en las etapas preparatorias, en la confección de los programas a desarrollar, en la determinación de los servicios a cumplir. Si nos desentendemos de estos aspectos, y quedan ellos confiados a personas alejadas de la práctica diaria de la medicina, entonces sí que corremos el riesgo de la excesiva burocratización y que seamos "explotados". Los médicos en actividad somos

los que podemos colaborar eficazmente para que, supongamos, se determine justicieramente el reposo que corresponderá a una obrera embarazada según sus posibilidades de sufrir una defunción fetal o tener un niño prematuro (de acuerdo al tipo de trabajo, edad, orden de parición, etc.); o para determinar la cantidad y duración de la ayuda alimentaria que requerirán los lactantes; o los casos en que debe prestarse una incubadora para atender tal o cual tipo de prematuro en su domicilio; o cuando una embarazada necesitará ayuda doméstica; o para establecer el promedio de hospitalización que requerirán los niños según sus enfermedades, etcétera, etcétera.

Además, la participación activa del médico en los sistemas de Seguridad Social, tomándolo como parte de su tarea profesional y no como incursión en campo extramédico, será cada día más necesaria y obligada a medida que, como ha sucedido en países más evolucionados, sus actividades privadas van siendo reemplazadas e incorporadas progresivamente, a los sistemas de Seguridad Social. Y en estos nuevos sistemas los médicos habremos de entrar, pero como co-participantes, es decir exigiendo que existan medidas de Seguridad Social que protejan a nuestra misma profesión: mayor salario por trabajar en regiones inhóspitas, créditos especiales para equipar consultorio, comprar auto, libros y demás gastos profesionales, becas de estudio en el país y en el extranjero, además por supuesto de las otras consabidas prestaciones en caso de enfermedad, incapacidad, invalidez, retiro o muerte. Sólo así las próximas generaciones de médicos, formadas por quienes entraron en la profesión sin ignorar hasta dónde llegarían sus posibilidades económicas y hasta dónde se verían satisfechas sus necesidades vocacionales, se verán mejor ajustadas y adaptadas al medio, que la nuestra a la cual le ha tocado una época de transición: de la medicina en el consultorio personal y privado a los sistemas colectivos.

La fe en el porvenir de nuestra profesión reside en una fuerza que es su razón de ser: la vocación por cuidar al sano y aliviar al enfermo. Como esta fuerza es perenne, los médicos apoyados en ella debemos esperar serenos nuestro destino, cualquiera sea el sistema intermedio que nos depare la evolución de la forma de vivir en sociedad. Y no temamos que esta evolución nos "adocene", o nos "masifique". Siempre hay algún gene que está velando por la conservación de nuestra personalidad.

VI. CONCLUSIONES

1º) La mortalidad infantil, más que un problema exclusivamente médico, debe significar una deficiencia cultural de la comunidad

en virtud de la cual ciertos valores como el amor al niño, la justicia, la caridad, el bienestar común, etc., no pueden concretarse en obras efectivas como ser: recursos económicos, equipos y personal sanitarios, instituciones, técnicas, leyes, etc., que protejan la salud de la infancia.

2º) Pese a las deficiencias que ofrecen las estadísticas latino-americanas referentes a la mortalidad infantil, puede aceptarse que este fenómeno demológico va en descenso con velocidad variada según los diversos países. Se tienen evidencias suficientes como para atribuir a los trastornos nutrodigestivos el papel principal como factor letal. Dentro de la mortalidad neonatal o del primer mes de vida, que ofrece un ritmo más lento en su descenso que el resto del primer año de vida, la prematurez y las dificultades respiratorias parecen ser las causas más importantes.

3º) No obstante ser muy amplio el elenco de factores que contribuyen a la mortalidad infantiles ellos pueden ser clasificados de modo tentativo en dos grupos principales: A. *Causas determinantes o finales* y B. *Causas concurrentes o ecológicas*. El primer grupo comprende lo que se da en considerar enfermedades *congénitas* (prematurez, dificultades respiratorias, malformaciones, etc.), y *no congénitas* (con sintomatología predominante nutrodigestiva, infecciosas, degenerativas, traumáticas, etc.). El otro grupo incluirá *deficiencias del ambiente físico* (del clima, de la fauna, etc.), y *deficiencias culturales* (de la administración sanitaria, sociológicas, económicas, educacionales, de la Previsión y Seguridad Social, morales, legales, etc.).

4º) Todo plan de lucha contra la mortalidad infantil debe contar con la participación activa y decidida de la comunidad; en especial de los médicos, quienes deben no sólo tener un concepto más amplio y social del fenómeno, sino también actual y producir sobre la base de este concepto permanentemente actualizado.

5º) En virtud de lo antecedente es posible dividir de un modo general el campo de la lucha contra la mortalidad infantil en dos sectores principales: A. *Protección Sanitaria*, y B. *Protección Social*. La primera incluye la parte curativa y preventiva. Aunque esta Protección, la Sanitaria, comprende actividades todas muy ponderables (higiene del agua y la leche, saneamiento, inmunizaciones, exámenes periódicos, etc.), se recomienda poner especial énfasis sobre: a) Educación para la Salud y b) Administración Sanitaria, por considerárselos elementos "llave". La Protección Social abarca todas aquellas actividades en virtud de las cuales la comunidad protege directa o indirectamente su población infantil, además de las correspondientes a la Protección Sanitaria, vale decir, comprende la correc-

ción de las deficiencias culturales, económicas, educacionales, jurídicas, de Previsión y Seguridad Social, morales, de organización de la comunidad, etc.

6º) Entre las medidas de lucha correspondientes a la Protección Social a las que la profesión médica debe dedicar particular interés, están las referentes a la Previsión y Seguridad Social. Tal aseveración se hace en razón de que será a través de ellas que habrá de prestarse y de modo organizado la casi totalidad de la asistencia, y a que sólo el médico puede asesorar eficazmente para que los servicios a prestarse cumplan el elevado fin de justicia social que los inspira.

VIII. S U M A R I O

La consideración de la mortalidad infantil en las reuniones médicas indica que nuestra profesión es entendida no sólo como la reparación de ésta o aquella persona deteriorada, sino como una actitud comprensiva hacia los problemas colectivos o sociales que sustentan la salud o enfermedad de la comunidad.

La mortalidad infantil debe ser considerada por el médico de nuestro tiempo como una deficiencia cultural que impide que valores inmanentes como el amor al niño, la justicia, la caridad, el bienestar común, etc., se transformen en hechos concretos y objetivos como recursos económicos, instituciones, métodos y técnica, personal, etc.

En términos generales puede decirse que la mortalidad infantil en Latinoamérica muestra una tendencia a disminuir con velocidad dispar según el grado de desarrollo de los respectivos países. El principal factor de esta mortalidad sería el que se da en llamar tentativamente "nutrodigestivo". En los países más evolucionados, la mortalidad neonatal constituye el sector menos influenciado por los programas en realización.

En el deseo de clasificar las causas de mortalidad infantil con criterio actual y al mismo tiempo metodológico, se propone dividir las en dos grupos principales: A) *Causas determinantes* o finales, y B) *Causas concurrentes* o ecológicas. Estas últimas incluirían no sólo las provenientes al ambiente natural o físico (clima, fauna, etc.), sino las deficiencias culturales (de la herencia o tradición cultural económicas, de la legislación, de la organización de la comunidad y sanidad, sociológicas, morales, etc.).

Sobre la base de las consideraciones anteriores se propone clasificar los medios de lucha contra la mortalidad infantil en dos sectores básicos: A) *Protección Sanitaria* (de la cual se destaca la importancia de la educación para la salud y la Administración Sa-

nitaria) y B) *Protección Social* que comprende entre otros elementos de lucha a la Previsión y Seguridad Social, acerca de las cuales el autor se extiende en consideraciones especiales.

S U M M A R Y

The discussion of infant mortality at medical meetings is indicative of the fact that our profession is regarded not only as the art of healing the sick but as a comprehensive science dealing with all the factors affecting health in a endeavour to discover the cause of these ailments in the underlying collective conditions in which they develop.

Infant mortality is the outcome of a cultural deficiency in modern communal life whereby qualities such as Justice, Love of infancy, fail to be represented within the framework of social welfare, in the form of economic assistance, technical institutions, equipment, laws and personnel, etc.

A survey of available Latin-American demographical statistics shows a downward trend in infant mortality at a rate which varies according to the development and standards of living of the country involved. The principal factor has been tentatively termed "the nutrodigestive factor". In more developed countries neonatal mortality is the sector least influenced by the programmes in operation.

Under the heading of "Causes" (in Chapter IV) these are clased as: a) Determining or final causes and; b) Concurrent or ecological causes. These last causes include both physical or natural deficiencies and cultural deficiencies (of communal organization, educational, sociological, moral, legal, etc.).

The main weapons for combatting infant mortality in Latin America, a) Public Health and; b) Social Service.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. *Knotson, John W.* — Ferment in Public Health. Am. J. P. Health, 47; 1487, diciembre, 1957.
2. *Leff, I.* — The Health of the People. Pág. 22, Ed. V., Gallancy, Londres 1956.
3. *Oraison, M.* — Presse Medicale, 51; 1075, 1955.
4. *Paul, Benjamin.* — Health, Culture and Community. Russell Sege Foundation, pág. 477, New York, 1955.
5. *Stouffer, Samuel A.* — Report of the Americas People. Look; 19; 25-227, marzo, 22; 65, abril 5, 1955, citado por Derryberry, M. en Health Education in Transition, Am. J. P. Health, 47; 1357, diciembre 1957.
6. *Menchaca, F. J.* — La importancia de la Bioestadística en Pediatría. Anales de Medicina Pública, 2; 549, 1950.
7. *Menchaca, F. J.* — Contribución al perfeccionamiento de la Estadística Vital de la Infancia, Pediatría e Puericultura (Bahía, Brasil), año XXI, Nº 1, pág. 3, setiembre, 1951.

8. *Menchaca, F. J.* — Aspectos estadísticos prácticos de los trastornos nutro-digestivos agudos del niño, *Anales de Medicina Pública*, 5; 161, 1953.
9. *Escardó y Araya, V., Morales A., y Menchaca, F. J.* — Problemas de la estadística vital de la infancia. *Bol. del Inst. Int. de Prot. a la Infancia*; 28; 448, diciembre de 1954.
10. *Bound, J., Butler, N. y Spector, W. G.* — Classification and Causes of Perinatal Mortality. *British Med. J.*, Nº 5003, pág. 1191, noviembre 24, 1956.
11. *Menchaca F. J.* — Mortalidad perinatal o feto-neonatal y asistencia técnica del parto, *El Recién Nacido*, 3; 154, junio, 1955.
12. *Gordon, John E.* — The Newer Epidemiology, pág. 20 de "To-morrow's Horizon in Public Health", Nueva Yor, 1950.
13. *Menchaca, F. J.* — En torno a la denominación de la llamada Mortalidad Perinatal, *Anales de Medicina Pública*, 6; 289, 1954.
14. *Menchaca, F. J.* — Introducción al estudio de la mortalidad perinatal, inédito, a parecer en *El Recién Nacido*, Buenos Aires.
15. *Dunn, Halbert L.* — Points of Attack for Raising the Levels of Wellness, *J. of the National Med. Ass.*, 49; 225-235, julio, 1957.
16. *Sand, René.* — Vers la Médecine Sociale, pág. 437, Ed. J. B. Bailliere e hijos, París, 1948.
17. *Peller, R.* — Study on Mortality since Renaissance, *Bulletin of the History of Medicine*; 13; 549, 1943.
18. *Morris J. y Heady.* — Social and Biological Factors in Infant Mortality, *Lancet*, Nº 6863, pág. 554, marzo 12, 1955.
19. *Anderson, O.* — Infant Mortality and Social and Cultural Factors, Folleto mimeografiado, pág. 31, Children Bureau, U. S. Department of Health, Education and Welfare, 1953.
20. Crónica sobre la Conferencia Internacional de Seguros Sociales de París, *Bol. del Inst. Int. Am. de Protección a la Infancia*, 11; 700, 1938.
21. *Menchaca, F. J.* — Encuesta y sugerencias sobre el curanderismo en la República Argentina, *El Médico Práctico*, Nº 142, pág. 1, febrero, 1957.
22. *Yankauer, A.* — An Evaluation of Prenatal Care and Its Relationship to Social Class and Social Disorganization, folleto mimeografiado, Children Bureau, U. S. A., pág. 6, 1952.
23. *Atchley, D. W.* — Science and Medical Education, *J. A. M. A.*, 164; 541, junio 1, 1957.
24. *Yankauer, A.* — The Public Health Aspect of Perinatal Mortality, *New York State Journal of Medicine*, 57; 2499, agosto 1, 1957.
25. *Chronique de l'Organization Mondiale de la Santé*, v. 6, número especial, pág. 225, agosto, 1951.
26. *Turner, C.* — Check, Ed. Mosby and Co., St. Louis, 1951.
27. *Smillie, W.* — Preventive Medicine and Public Health, pág. 5, McMillan Co., 1947.
28. *Menchaca F. J.* — El médico de niños y la administración sanitaria materno-infantil. *Bol. del Inst. Int. Am. de Protección a la Infancia*, 23; 3; diciembre 1949.
29. *Hiscock, I. V.* — Community Health Organization, 4ª Ed., The Commonwealth Fund, New York, 1950.
30. *Molinas, G. y Adriaola, C. E.* — Principios de Administración Sanitaria, Escuela de Salubridad, Santiago de Chile, 1955.
31. *Hanlon, J.* — Principles of Public Health Administration, E. C. V. Mosby Co., St. Louis, 1950.
32. Terminología de Servicio Social, presentada al III Congreso Panamericano de Servicio Social, Puerto Rico, octubre de 1957, por el Instituto Interamericano del Niño, folleto mimeografiado, pág. 10.
33. *Menchaca, F. J.* — El Servicio Social como elemento del Seguro Social, *Revista de la Escuela de Servicio Social de Santa Fe*, año 1, Nº 5, pág. 3, noviembre-diciembre, 1946.
34. *Cabello, O.* — Influencia de la Unidad Sanitaria en Quinta Normal en la reducción de la mortalidad nifantil de la comuna, *Rev. Chilena de Hig. y Med. Preventiva*, VIII; pág. 15, marzo-junio, 1946.
35. *Posthuma, J. H.* — Daling van de Perinatale Sterfe in Nederland onder Landelijke en Stedelijke Verhoudingen, *Tijdschrift v. Soc. Geneeskunde*, Nº 4, pág. 100, febrero, 1955.

Contribución al tratamiento quirúrgico de la epifisiólisis *

Dr. EDUARDO M. GALINDEZ

SON muy numerosos los jóvenes pacientes con sintomatología de cadera o miembro inferior, y en los cuales hay que considerar un posible diagnóstico de epifisiólisis. Tiene esta comunicación por fín traer una inquietud en cuanto al tratamiento e invitar a los cirujanos infantiles a que amplíen la indicación quirúrgica, para que sumen así su experiencia a la nuestra.

A grandes rasgos, describiré lo más sobresaliente de esta afección para llegar luego a su tratamiento.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

De una afección como es ésta en la cual es tan difícil obtener un número grande de observaciones anatomopatológicas es lógico que se haya discutido y emitido una cantidad muy grande de ideas y teorías sobre la etiología y sustratum anatómico de esta enfermedad.

En las últimas dos décadas del siglo pasado comenzó la pugna entre quienes opinaron que se trataba de una osteomalacia del cuello de causa raquítica, y otros que la atribuyeron a una osteítis deformante. En Alemania aparece poco después la idea de que la epifisiólisis es causada por un factor mecánico que reside en la desigualdad de fuerzas y resistencias. Naturalmente no podía faltar el traumatismo como causa de la afección, ni tampoco la teoría infecciosa. También se debe recordar la situación especial en que se encuentra la articulación coxofemoral, en la edad de crecimiento. Un cartílago articular orientado en un plano que hace fácil su deslizamiento; peso y talla que en esa edad aumentan desproporcionadamente.

Muchos otros han escrito (Schlessmager, Lenche, Policard) y han abonado casos demostrativos a favor de la teoría traumática, y también se ha afirmado que sin traumatismo y sólo la bipedestación

(*) Hospital de Niños de Buenos Aires. Sala VIII. Cirugía y Ortopedia. Jefe: Dr. Miguel Angel Cáceres.

normal lleva a estos enfermos ya predispuestos a la epifisiólisis. Finalmente es indudable y significativo que un porcentaje sumamente alto, el 64 % de estos enfermos presentan trastornos endocrinos manifiestos, hecho que ha dado base a la teoría que basa la etiología en un trastorno de las secreciones internas.

SINTOMATOLOGIA

Una rica sintomatología caracteriza a esta afección, sintomatología que se presentan con una cronología variada y con diversos matices condicionando así las diferente formas clínicas.

La que más llama la atención es la forma aguda. Su comienzo es brusco, repentinamente aparece dolor en la cadera, irradiado a veces hasta la rodilla e impotencia funcional, despertando dolor los más pequeños movimientos. En esta forma de comienzo siempre se encuentra un traumatismo como factor desencadenante, y llama la atención que generalmente el trauma es mínimo comparado con la lesión. La rotación externa es constante y lógicamente consecuencia del deslizamiento del cuello y la rotación posterior de la epifisis. Existe una contractura muscular refleja dolorosa por lo que encontramos limitada la abducción y la rotación interna. Algunas veces dentro de las formas agudas los síntomas no son tan severos y permiten un examen cómodo del paciente, incluso de su marcha y movilidad.

Este proceso en algunas ocasiones, atenúa en pocos días su síntomas y sigue luego una evolución con caracteres de cronicidad.

Las formas crónicas presentan los mismos síntomas fundamentales que la anterior, pero se diferencian en su iniciación y evolución. A veces es difícil en la anamnesis encontrar el comienzo de los dolores, que no son continuos y que a veces son mal localizados. Poco a poco aumentan, se localizan en cadera y rodilla, aparece la claudicación. Este proceso toma a veces hasta dos años o más.

La evolución de esta formas crónicas puede verse a veces precipitada y confundirse entonces con la aguda.

Esta sistematización diagnóstica o sintomatológica no es siempre posible encontrarla, de ahí que muchas veces no puedan encuadrarse ciertos enfermos, ya sea porque llegan ya avanzada la enfermedad, ya porque no se tienen datos suficientes o porque la evolución misma ha sido anárquica y entonces debemos hablar de las formas atípicas.

Recordemos finalmente que muchas epifisiólisis han sido tratadas como reumatismos, como artritis aguda, como osteocondritis y aún como apendicitis aguda, cosa que hace que tengamos que pen-

sar que en algunas oportunidades hay una epifisiólisis que está enmascarada y haya que aguzar los medios diagnósticos, para que el error no haga que el enfermo pierda la mejor oportunidad de su tratamiento.

EXAMEN RADIOLOGICO

Nunca será suficiente recalcar la importancia de un buen estudio radiológico. Tanto el diagnóstico como la terapéutica de esta afección se fundamentará en un criterioso estudio de las placas radiográficas.



H. C. Nº 11.568.—Osteotomía realizada al año de los primeros síntomas. Tratada anteriormente por reumatismo. Excelente consolidación. Perfecto resultado funcional.

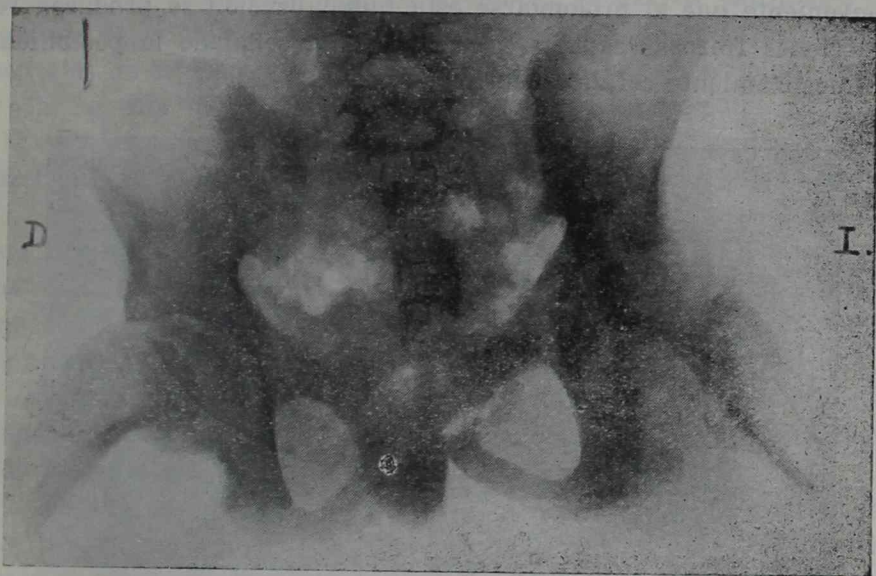
La dificultad radiológica consiste en el hecho siguiente: en la radiografía de frente no habrá dificultad, pero en los perfiles o láteroaxiles encontraremos que puede haber una variación de incidencias y que debemos elegir la que más se adecue a la vista que necesitamos. Todas las posiciones que pueden ser útiles, tienen su limitación o inconvenientes de modo que siempre es preciso un análisis y como consecuencia la elección precisa.

Mencionaremos las más importantes en forma sumaria:

- a) Posición de Lauenstein: Se obtiene una imagen de ambas cabezas y cuellos. Las contracturas dificultan a veces ésta posición.
- b) Posición de Wittek-Saltzberg, nos muestra muy bien el cuello y la cabeza, pero no es posible en las afecciones dobles.

c) Posición de Johnson: De gran utilidad en las epifisiólisis inveteradas y con contracturas o rigideces, en las cuales no son aplicables la técnicas anteriores.

Existen otras posiciones o mejor dicho variantes de las enunciadas, que no es este resumen el lugar de su descripción.



H. C. Nº 5225. — Posición de Lauenstein. Fácilmente apreciable el deslizamiento de la cabeza. Iniciado el proceso hace tres meses.

Desde luego que cuanto más precoz el diagnóstico mejores condiciones terapéuticas tendrá el enfermo, pero recordemos que no son fáciles los diagnósticos de las formas recién iniciadas, aunque ya acusen signos radiológicos como la descalcificación de la zona afectada, el aumento de espesor del cartílago de crecimiento, cambio de orientación en el cartílago es decir que se hace más vertical y también ósteoporosis del cuello acompañada o no de cambios de su morfología.

Hay que recordar también la importancia y lo que facilita el examen, tanto en esta afección como en otras, el estudio comparativo con el lado sano, que nunca debe menospreciarse.

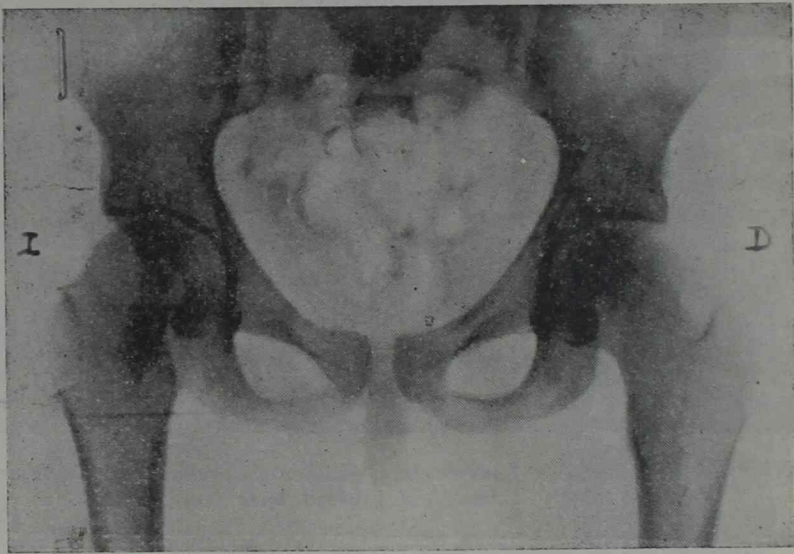
TRATAMIENTO

Numerosos han sido los tratamientos y técnicas propuestos para la cura de esta afección, pero lo indudable es que el procedimiento terapéutico varía con el momento evolutivo.

En los estadios iniciales de la enfermedad el tratamiento que

ha tenido mayor difusión es el reposo, que apareja la descarga de la articulación enferma. Este método tiene como mayor inconveniente el hecho de que la reparación tarda hasta un año y medio o dos años, y que no elimina la posibilidad del deslizamiento de la cabeza.

La inmovilización con yeso en la posición de Whitman (rotación interna y abducción) es muy empleada; se le imputa como inconveniente que al prolongarse esta inmovilización se producen retracciones fibrosas capsulares y aun se ha señalado la posibilidad del deslizamiento cefálico dentro del yeso.



Radiografía del enfermo anterior, luego de la osteotomía, al sacarle el yeso, que lo inmovilizó 60 días. Muy buena consolidación ósea, cura funcionalmente.

También se ha recurrido a las perforaciones óseas, que requiere también un enyesado largo.

Nosotros no hemos visto resultado satisfactorio al revisar las historias clínicas de enfermos sometidos a este procedimiento.

Por extensión, vista la similitud que tiene la epifisiólisis con las fracturas del cuello del fémur, se ha empleado la colocación de clavos de osteosíntesis sean bilaminados de Valls-Lagomarsino o trilaminados de Smith-Petersen. A muchos autores este método les ha dado satisfacciones, pero nosotros creemos que es de difícil realización, por la dificultad de estar seguro que el clavo haya tomado la porción exacta de casquete cefálico. Hemos tenido la oportunidad de tener en nuestras manos estos casquetes y apreciar cuán exiguo es su espesor y comprender qué fácil es lesionar el cartílago articular y producir una artrosis irreparable. En estas condiciones tenemos

un enfermo, convertido en un inválido por artrosis bilateral, provocada por clavo, clavos que fueron colocados por una de las manos más expertas de nuestra ortopedia.

En los casos de deslizamiento brusco, de que hablamos al ocuparnos de la sintomatología, se empleó frecuentemente la reducción bajo anestesia. Proscribimos este procedimiento por peligroso. Va seguido casi fatalmente por retracciones, desgarros capsulares y necrosis de la cabeza. Revisando más de cincuenta historias de los Servicios de este hospital, hemos comprobado la casi absoluta constancia de esta necrosis del casquete cefálico. La tracción continua y la tracción completada con maniobras manuales no han demostrado dar brillantes resultados, sino más bien ser bastante desalentadoras.

Pasamos ahora a las soluciones cruentas, que es el motivo de este resumen, y dentro de ellas a la osteotomía intertrocantérea, que es la que hemos usado nosotros en ya varias oportunidades con un resultado que nos ha comunicado realmente gran optimismo. Esta intervención en sí no constituye novedad alguna, es ya junto a la osteotomía subtrocantérica la indicación operatoria de las epifisiólisis inveteradas, ya que corrige la rotación externa y la abducción y alarga funcionalmente el miembro.

Hemos ampliado la indicación de esta operación aplicándola en las formas de comienzo más reciente, aun cuando el deslizamiento fuese pequeño y naturalmente también en las formas de gran deslizamiento brusco. Tanto en éstas como en las formas que ya llevaban más de un año de evolución los resultados obtenidos han sido satisfactorios.

Lo que más nos dió ánimo y entusiasmo de este procedimiento, así ampliada su indicación, es que evita al enfermo todo ese largo tiempo de sufrimientos, que son las tracciones continuas, reducciones y yesos por varios meses.

No hemos tenido inconvenientes del tipo de las necrosis cefálicas, ni rigideces articulares ni de partes blandas, ni tampoco retracciones capsulares.

Tras la intervención colocamos un yeso, que dejamos de 50 a 60 días, e inmediatamente obtenemos una deambulación que en pocos días es normal.

Es incalculable lo que representa solucionar con una intervención y un yeso de corto tiempo, un proceso de epifisiólisis, que sabemos confina en cama hasta años a los adolescentes que la sufren.

Esta intervención bien reglada y con técnica cuidadosa produce un mínimo de inconvenientes, y además evita, cosa que no es de depreciar, las varias antestesias que reciben estos pacientes al ser sometidos a maniobras reductoras, que casi nunca son una sola.

Todo esto es lo que hace que seamos entusiastas de la osteotomía intertrocantérea y por eso instamos a los cirujanos ortopedistas pediátras, a que lo tengan en cuenta para sumar su experiencia a la nuestra. En principio creímos abusar de la indicación, pero la consolidación ósea tan buena, la unión de la cabeza tan bien consolidada en nuestros casos, nos alentó a ampliar cada vez más su uso, y ha sido por nuestro consejo que fué usada con esa amplitud en otros Servicios quirúrgicos de este hospital, rindiendo la misma satisfacción.

En cuanto a la operación en sí, usamos abordaje lateral sobre el trocánter mayor, de unos 15 a 18 centímetros de largo. Llegando al plano óseo, es importante reconocer la zona intertrocantérea, que lo hacemos por palpación con el dedo índice, hasta rodear el fémur, pues esa circunsferencia no estará a los ojos del operador. Legrado el periostio, con escoplo ancho se secciona el hueso, rasando el trocánter menor y teniendo in mente la dirección del cuello femoral, para que el escoplo no desvíe su dirección hacia arriba y seccione longirudinalmente el cuello. Completada la osteotomía el fragmento inferior se lleva hacia adentro sosteniéndose el superior con un clavo previamente colocado en el trocánter. Este clavo queda a través del yeso y se retira antes que el yeso.

RESUMEN

- 1) Consideramos la osteotomía intertrocantérea como una terapéutica quirúrgica de gran utilidad en la epifisiólisis.
- 2) Recomendamos ampliar su indicación sin circunscribirla a las formas inveteradas.
- 3) Recalamos el buen resultado anatómico funcional obtenido.
- 4) Damos gran importancia a la menor duración del tratamiento, comparativamente con otros.
- 5) Describimos la técnica seguida y resultado en nuestros casos.

SUMMARY

- 1) We consider intertrochanteric osteotomy as a very useful surgical treatment.
- 2) We recommend its use not only subscribed to inveterate forms.
- 3) We show the good anatomical and functional results.
- 4) We give main importance to the fact of its shorter duration as compared to other treatments.
- 5) We described our technique and results.

BIBLIGRAFIA

Bastos, Ansart. — Tratado de cirugía ortopédica. Barcelona, 1950.
Wiles, Ph. — Lo esencial en Ortopedia. Buenos Aires, 1953.
Ombredanne, L. — Precis clinique et opératoire de chirurgie infantil.. 15 adición. París, 1949.
Moore. — Surg. Gyn. Obs., pág. 324, 1945.
Weber y Santoro. — Soc. Arg. Ortop. Traumatolog., 13, 218, 1948.
Muscuolo, D.; Petracchi, L. J. — Soc. Arg. Ortop. Traumatológ., 13, 218, 1948.
Muscuolo, D. — Asociación Arg. Cirugía. Relato oficial XXI Congr.
Corsi, G. — Chir. Org. Mov., 27, 208, 1942, Arg. Cirug.
Comoli, E. P. — El Día Médico, 19, 508, 1947.
Howorth, B. J. — Bone Joint Surg., 31 A, 784, 1949.
Johnson, Robert W. Jr. — Christoper Surgery. 3ª edición. Philadelphia, 1944.

Tumor aberrante del "anlage" suprarrenal *

Dres. JOSE E. MOSQUERA, ALBERTO DI
MENNA y MARIO ROCCATAGLIATA

Los tumores retroperitoneales son neoplasias de hallazgo relativamente frecuente en la infancia. La estadística del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Niños de Buenos Aires incluye 118 casos, según el cuadro siguiente:

	<i>Benignos</i>	<i>Malignos</i>	<i>Metastasis</i>
WILMS	—	93	híg. pulmón
en estudio probable NEUROBLASTOMA —	—	1	encéfalo
 <i>ADRENALÉS</i>			
HEMATOMA ORGANIZADO	1	—	—
QUISTICO	1	—	—
FEOCROMOCITOMA	1	—	—
CARCINOMA (Cushing síndrome)	1	2	híg. pulmón(2)
SIMPATOMAS SIMPATOBLASTICOS . —	—	3	hígado(2)
SIMPATOMAS SIMPATOCITICOS	—	1	—
 <i>PARA RENALES</i>			
GANGLIONEUROMAS	3	—	—
SIMPATOMAS SIMPATOBLASTICOS . —	—	7	hígado(2)
SIMPATOMAS SIMPATOCITICOS	—	2	hígado(1)
SARCOMAS LINFOCITICOS	—	2	—
 <i>DEL ANLAGE</i>			
SUPRARRENAL	—	1	hígado
	6	112	

El último de estos tumores —una compleja neoplasia que consideramos derivada del "anlage" suprarrenal—. motiva esta comunicación.

* Trabajo presentado en la sesión del 10 de diciembre de 1957.

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

Niño de 5 años, italiano. No tiene antecedentes personales ni familiares destacables. A la edad de diez meses, en un examen clínico ocasional motivado por un episodio de diarrea aguda, se le descubre una tumoración en hipocondrio izquierdo, inadvertida hasta entonces. El estado general, bueno en ese momento, desmejoró en los meses siguientes, durante los cuales sufrió un largo proceso febril, con gran adelgazamiento. Al parecer, se sospechó malaria. Los familiares, campesinos de Calabria, no aceptaron el consejo de trasladarse a una ciudad vecina, a fin de estudiar la naturaleza de la tumoración descubierta.

A los 2 años de edad el enfermito es traído a la Argentina donde su salud mejoró ostensiblemente. Sólo padeció amigdalitis agudas; varios médicos consultados por ellas, palparon el tumor abdominal y propusieron la hospitalización para su estudio. Por insistencia del último médico tratante el enfermito fué internado en el H. de Niños (Sala I, servicio del Prof. Dr. R. Maggi) a los cinco años de edad.

Estado actual (29-6-1956): Niño con buen estado general. Afebril. Buen color y apetito. Vivaz, alegre. La piel y las faneras sin particularidades. La cantidad y la distribución del vello son normales. No hay adenopatías. Salvo una discreta rinfaringitis, nada se halló en aparato respiratorio. Examen del cardiovascular: normal. Pulso 94, regular, igual, normotenso. Tensión arterial: $10 \frac{1}{2}$ y 7. Abdomen globuloso, de paredes hipotónicas, que permiten palpar fácilmente una tumoración que deforma el hipocondrio izquierdo. Esa tumoración del tamaño de un pomelo grande, es redondeada, y tiene superficie lisa y consistencia dura. Su borde inferior alcanza la línea iliaca; por dentro se extiende hasta el recto externo; hacia atrás se la puede palpar en la fosa renal izquierda a la que deforma levemente. Es fácil introducir los dedos entre la superficie del tumor y la parrilla costal. El bultoma se desplaza hacia abajo y algo hacia adentro con la inspiración y se moviliza por maniobras de peloteo. Su palpación es indolora. No se palpó el bazo; el hígado es de tamaño normal, pero su borde anterior parece descendido por basculamiento. El aparato genital no muestra anomalías; su desarrollo está de acuerdo con la edad. Nada de particular en el sistema nervioso.

Evolución: Nuevos reconocimientos clínicos efectuados durante la internación del enfermo no agregaron datos de interés a los recogidos en su examen de ingreso. La tensión arterial mantuvo cifras normales en repetidas determinaciones.

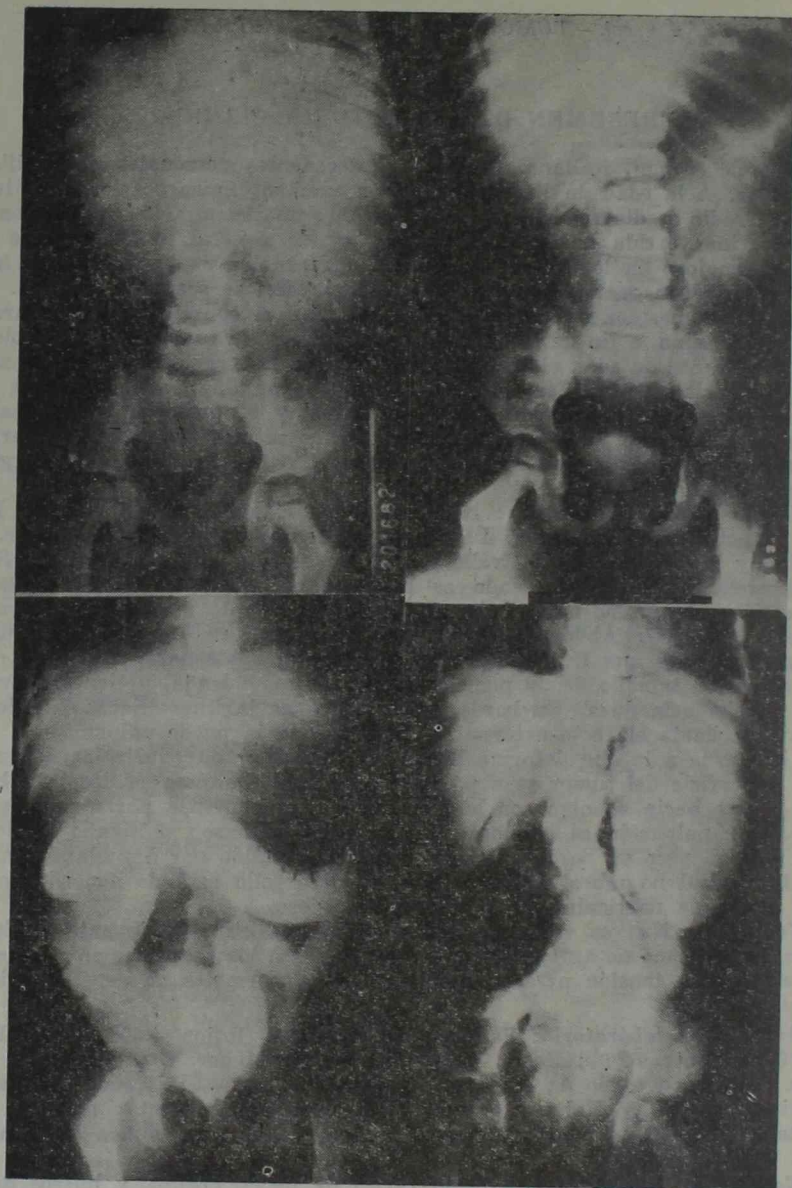
Análisis de laboratorio: Sangre: Hb. 80 %; G. Rojos, 4.600.000, G. Blancos 7.600; Neutr. 67 %; Eosin. 1 %; Linf. 30 %; Monoc. 2 %. Plaquetas normales. Grupo sanguíneo A; Rh neg. - Glucemia: 0,94 gr %; Uremia: 0,33 gr %. Reacciones de W. y Kahn negativas. Bilirrubinemia directa: negativa; indirecta: 1,78 gr %. Varios exámenes de orina normales: nunca hubo hematúria.

Estudio radiográfico: Las radiografías de tórax, cráneo, y huesos de los miembros no muestran anormalidades. El resultado de las radiografías de abdomen (directa, colon por enema, pielografía, retroneumoperitoneo¹) se consigna en las figuras adjuntas.

Intervención quirúrgica (18-7-1956). Cirujano: Dr. J. Rivarola. Ayudantes: Drs. M. Díaz Bobillo, E. Zabalaga y E. M. Quesada. Anestésista: Dr. Arrotea Molina.

Incisión paracostal izquierda. Abierto peritoneo, el tumor hace saliencia entre el estómago y el colon. A través del epiploon gastrocólico y del peritoneo posterior se llega al tumor que está rodeado de gruesos vasos venosos que sangran abundantemente. Se logra extirpar la tumoración muy adherida al plano profundo y al diafragma. No se palpan adenopatías. Riñón izquierdo desplazado, aparentemente normal. Suprarrenal izquierda normal. Bazo normal. Sobre el borde anterior del lóbulo izquierdo del hígado se encuentra un pequeño nódulo amarillento que se reseca para biopsia. La palpación revela en ese lóbulo una tumoración central, redondeada y dura, cuya extirpación

¹ El retroneumoperitoneo fué realizado por el Dr. E. Zabalaga cuya colaboración agradecemos.



Radiografía directa de abdomen.—Imagen de bultoma en hipocondrio izquierdo, cuyo polo inferior—bien delimitado— invade el flanco. Rechazo del cuerpo gástrico hacia el medio y arriba. Descenso del colon transverso y del ángulo izquierdo del colon. Desplazamiento, hacia afuera, del descendente. En la zona central de la tumoración se ven depósitos de densidad cálcica

Pielografía descendente.— Buena uroexcreción. El sistema pielo-calicial izquierdo, totalmente descendido, muestra ligero grado de estasis atribuible a la acodadura del uréter inicial. Ausencia de tinción del sistema calicial superior por compresión extríntrica. La imagen tumoral tiene topografía superior con respecto a la imagen renal

Radiografía de colon por enema.— Relleno completo del marco cólico. Decalcación inferior del ángulo izquierdo, con impresión, de convexidad inferior, del tercio distal del transverso. Rulo a nivel del ángulo derecho. No hay imágenes de lesiones parietales. Bultoma con depósitos cálcicos por encima de la impresión cálica

Retroneumoperitoneo y pielografía excretora.— Se observan aisladamente la imagen tumoral y la del riñón izquierdo; la primera superior y anterior respecto a la segunda. Luxación hacia abajo y afuera del riñón izquierdo. Falta de relleno por compresión del sistema calicial superior. La imagen renal tiene forma normal; su tamaño, levemente aumentado, se atribuye a la rotación del órgano en su descenso. Discreto basculamiento del hígado. Imagen renal derecha radiológicamente normal

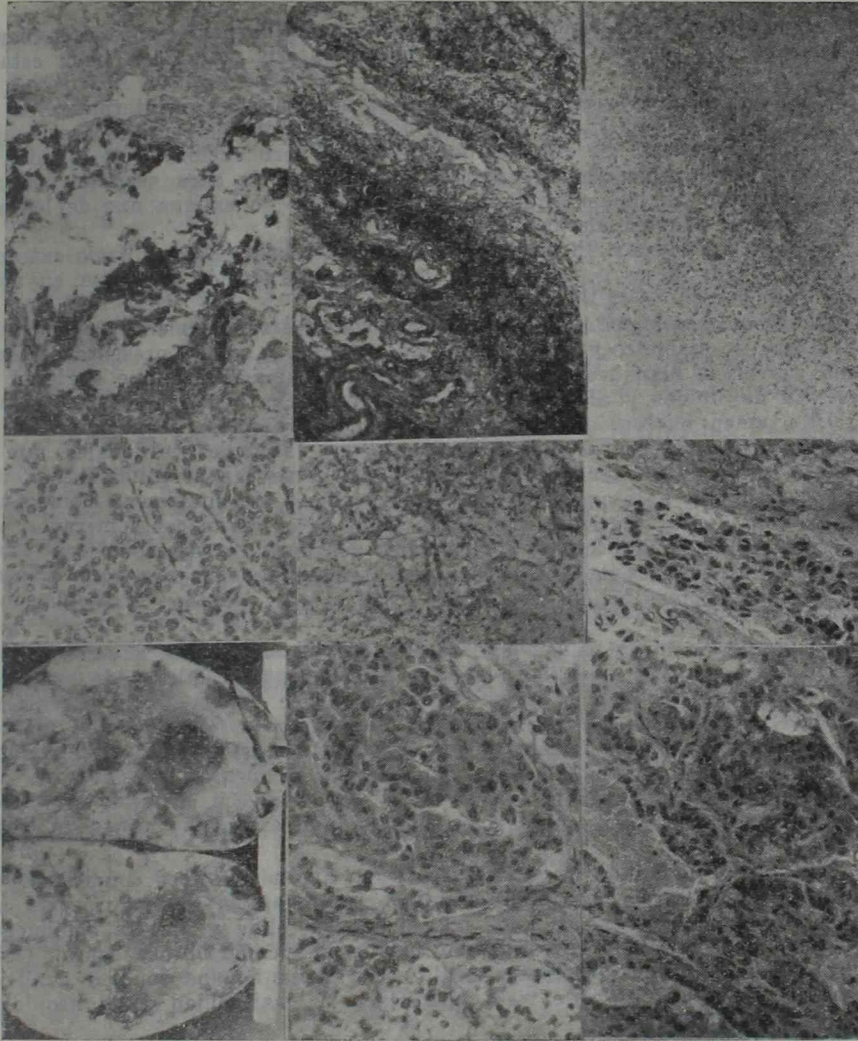


FIG. 1.—Arriba a la izquierda: corte medio transversal de la tumoración: se aprecia zona quística con infiltración hemática, alternando con zonas de coloración amarillenta (lípidos). FIG. 2.—Arriba en el centro: Aspecto fasciculado con tendencia a la formación de luz, limitado por débil banda de tejido conectivo. FIG. 3.—Arriba a la derecha: concreción cálcica y alguna pequeña placa de tejido osteoide. FIG. 4.—Centro a la izquierda: en el lado izquierdo de la microfotografía se aprecia el conglomerado de células claras vesiculares, formación adenomatosa de células que recuerdan la estirpe adrenal cortical separadas, ambas, por bandas de tejido conectivo. FIG. 5.—Centro medio: banda de tejido mesenquimatoso en el que se encuentran algunos elementos angioblásticos. FIG. 6.—Centro a la derecha: formaciones vasculares en el ángulo superior derecho; en el centro y ángulo inferior izquierdo algunas formaciones tubulares: tejido mesonéfrico. FIG. 7.—Izquierda abajo: lagos con contenido hemático y amorfo delimitado por bandas celulares fasciculadas con núcleos hipercromáticos dispuestos irregularmente y algunas mitosis atípicas: aspecto fasciculado y tubular. FIG. 8.—Vaso con paredes alteradas en cuya luz se observan abundantes elementos celulares de aspecto tumoral. FIG. 9.—Aspecto general de la tumoración hepática que presenta los mismos caracteres celulares

se pospone por la seria hemorragia operatoria padecida por el enfermo. Cierre de la pared por planos. Radioterapia postoperatoria. Alta con buen estado general el 16-8-1956.

Reingreso. En el mes de setiembre, el enfermito es reinternado, en la sala VII a cargo del Dr. E. Rivarola, con el propósito de practicársele una hepactetomía parcial. Se reintervino el 27-9-56 pero explorado el hígado, se halla una siembra nodular, de tamaño variable, en la cara superior, por lo que la resección del lóbulo izquierdo no se efectúa. Se extirpa uno de los nódulos para su examen anatomopatológico.

Evolución posterior. El enfermo ha sido controlado en consultorio externo. Un año y tres meses después de la segunda intervención, continua en aparente buen estado de salud.

Anatomía patológica. La pieza operatoria es irregularmente redondeada, mide 13 cm de diámetro y pesa 200 gr. Encapsulada y sólida, presenta al corte medio superficie blanquecina, con zonas de color amarillento que sugieren la presencia de lípidos y algunas formaciones quísticas hemorrágicas.

El examen microscópico muestra un cuadro complejo: Predomina en la tumoración la estructura organoide con largos fascículos cordonaes que a veces forman túbulos cuando la incidencia del corte cae perpendicular a sus ejes. Constituyen a estos fascículos células cúbicas, de citoplasma homogéneo y denso con núcleos centrales. En otras zonas se observan conglomerados papiliformes con sus respectivos componentes conjuntivos. Alternan con estas imágenes agrupaciones de células similares, aunque algo mayores, que dibujan verdaderos adenomas sólidos separados entre sí por delgadas trabeculaciones conectivas.

En algunos campos se ven lagos con serosidad, detritus y a veces eritrocitos lisados; en otros se hallan cúmulos de elementos celulares de gran tamaño, de citoplasma claro, espumoso, y de núcleo homogéneo y excéntrico, que tratados con Sudan III muestran contener lípidos. Complica aún más el aspecto multiforme de la tumoración la existencia de extensos sectores de tejido indiferenciado mesenquimatoso, con algunos elementos tubulares de carácter angioblástico. En esos territorios, o mezclados con el tejido organoide descrito, se encuentran compactas placas de tejido osteoide y zonas de calcificación.

En la vecindad de la cápsula se sitúan algunos islotes compuestos por elementos tubulares de naturaleza epitelial cuyas basales contactan entre sí; y ocupa la luz de algunos de ellos una sustancia sólida y amorfa débilmente acidófila. El tumor está revestido por una gruesa capa fibrosa densa. Cabe agregar la presencia de elementos celulares en la luz de una vena, lo cual demostraría, desde el punto de vista histológico, la malignidad de la neoplasia y su capacidad metastática.

COMENTARIO

El estudio histopatológico de la tumoración sugiere una serie de reflexiones oncológicas. En primer lugar plantea un complejo problema histogenético y diagnóstico.

A nuestro entender se trata de una tumoración de naturaleza córtico-adrenal, a pesar de la normalidad de la adrenal y del riñón comprobada durante el acto quirúrgico. La histogénesis del tumor puede aclararse con el recuerdo de la embriología de las suprarrenales y de las frecuentes heterotopías de su cortical, las cuales, según se sabe, han sido observadas en la propia fosa adrenal o como inclusiones renales, pararenales, ováricas, testiculares, de ligamentos anchos, etc. Al respecto cabe señalar que en reiteradas oportunidades, en el examen microscópico de glándulas normales, encontra-

mos cúmulos de elementos de estructura adrenal en la cápsula fibrosa y aun fuera de ella.

Embriológicamente, el desarrollo de las adrenales se vincula con el de las glándulas sexuales y aparato urinario. Adrenales, metanefros y gónadas se originan en el mesenterio urogenital a ambos lados de la línea media y paralelamente a la columna vertebral, de la que luego se separan.

Las suprarrenales de los vertebrados superiores se forman entre la IV y VI semanas de dos plosmodios de origen ecto y mesodérmico que generan respectivamente la medular y la cortical en la vecindad del riñón en formación. Keene y Hewer creen que después del nacimiento las masas de células grandes y acidófilas de la corteza provisional, o fetal, o X, de gran tamaño durante la vida fetal, quedan cubiertas por un manto de células pequeñas y basófilas que han de constituir la corteza definitiva. En cuanto a la medular deriva de células ectodérmicas emigradas de las crestas neurales, algunas de las cuales van a constituir los ganglios simpáticos mientras otras adquieren carácter glandular.

Durante la vida embrionaria porciones de tejido cortical pueden separarse del cuerpo glandular y algunas veces se las encuentra junto al riñón, los vasos adyacentes, epidídimo, ligamentos anchos, o aisladas en el espacio retroperitoneal (adrenales de Marchand). Estas células aberrantes permitirían alguna sobrevida en caso de destrucción de ambas adrenales. Ahora bien: está probado que estos elementos adrenales desplazados pueden ser punto de partida de tumores constituídos en su mayoría por material cortical, aunque se han descrito algunos que incluían también tejido medular. La falta de células cromafines no prueba la ausencia de elementos medulares, pues el pigmento aparece tardíamente en la adrenal normal.

Ya en el año 1833 Grawitz sostuvo que algunos tumores de riñón derivaban de restos heterotópicos de tejido adrenal. En torno de tal concepto se formularon opiniones dispares, pero posteriormente fueron hallados, si bien con poca frecuencia, tumores erráticos de aquella naturaleza. De ellos se ocuparon entre otros Meyer, Sudeck y Stoerk.

Por su topografía, tales tumores aberrantes pueden reunirse en tres grupos principales: a) los ubicados a lo largo de la vena renal, del plexo solar y de la superficie inferior del hígado; b) los vecinos a la vena espermática interna en el hombre y los alojados en ligamento ancho cerca del ovario y de trompa en la mujer; c) los del cordón espermático y cuerpo de Higmoro. Dichos tumores presentan por lo común el aspecto de adenomas adrenales; sin embargo la estructura es en algunos casos menos específica, a veces, perite-

liomatosa o carcinomatosa. Suelen ser tumores de gran tamaño, bien encapsulados, a veces quísticos, con más frecuencia sólidos, con tendencia a la hemorragia y a la necrosis. Algunos poseen considerable malignidad y siembran numerosas metástasis.

Con el apoyo de las consideraciones hechas, entendemos que la topografía y la estructura multiforme del tumor que nos ocupa pueden explicarse considerándolo derivado del "anlage" de la región suprarrenal. Las células que lo integran y que alcanzan buen grado de diferenciación córticoadrenal determinan la estructura preferentemente organoide de la tumoración (fascículos, adenomas, papilas). Cuentan entre ellas elementos de citoplasma espumoso por el acúmulo de lípidos (¿elementos de la glomerular?). Persiste, junto a la textura organoide, tejido mesenquimatoso indeferenciado, con ocasional actividad angioblástica, y cuya capacidad evolutiva pluripotente explica las formaciones osteoides y las zonas de calcificación. Los túbulos subcapsulares son de difícil diagnóstico histogenético: ¿túbulos mesonéfricos?

No es posible un juicio categórico sobre la naturaleza de los nódulos hepáticos. Histológicamente, tanto el extirpado en la operación inicial como el de la reintervención son similares: los forman células cúbicas semejantes a las del tumor pararrenal, con disposición cordonal o plexiforme, sin membrana limitante. En la literatura se describen heterotopias adrenales en hígado, y por los caracteres histológicos de nuestro caso, no descartamos esa posibilidad. La sugiere así también el buen estado general del enfermo más de un año después de su operación (Stout).

Con frecuencia la hiperplasia o los tumores corticales de las adrenales se acompañan de sintomatología somática por actividad hormonal; tales síndromes (pubertad precoz en el niño, virilización en la mujer) han sido atribuidos a la hiperfunción de las llamadas "células fucsínófilas". El encontrárselas en el feto masculino entre la X a la XVIII semanas y en el femenino sólo entre la XI a la XIV, sugiere que ellas ejerzan una acción masculinizante. Además, normalmente las células fucsínófilas no son halladas en la mujer por debajo de los 40 años; y cuando se las descubre pasada esa edad, suele observarse un cierto grado de virilización. En pacientes afectados de virilización suprarrenal Broster Vines y colabs., lograron teñir intensamente con el Ponceau-Fucsina conglomerados de células corticales (o tumorales en los casos en que había tumor).

Sin embargo, no está probado que la sustancia fucsínófila sea la responsable del síndrome de hipercorticoadrenalismo.

Grollman y colbs., describieron entre la cortical y la medular de las suprarrenales una zona intermedia, atrofiada en el adulto pero diferenciable en el feto. Dieron a esa zona el nombre de "androgénica" y la identificaron con la zona descrita por Howard en la laucha. Atribuyeron a las hiperplasias o neoplasias originadas en esa capa la producción de masculinización. Ni el tejido androgénico de Grollman, ni la zona X de Howard, se colorean con el Poncea-fucsina. Recientemente Kasner y colabs. han negado especificidad a las células fucsinófilas que encontraron en los adrenales aparentemente normales, en nódulos corticales, en adenomas indiferenciados, entre las células de los ganglios simpáticos, en los músculos de las arterias, etc.

El tumor que presentamos es afuncionante según se desprende de la historia clínica. No se logró teñir en él células fucsinófilas con el Ponceau-fucsina ni con el tricómico de Masson.

Soffer describió también tumores no funcionantes desarrollados en adrenales aberrantes. Tales tumores no dieron sintomatología hasta que el tamaño —o las metástasis— los evidenciaron. En esos enfermos la excreción urinaria de esteroides se mantuvo en los límites normales. La extirpación operatoria de esas neoplasias no requiere de las precauciones que exige la resección de tumores productores de hormonas. Igualmente Kasner, observó tumoraciones no funcionantes derivadas de heterotopias córticoadrenales.

RESUMEN

Se estudia un tumor pararenal izquierdo extirpado en un niño de cinco años. Por su topografía y textura se lo supone derivado del "anlaga" suprarrenal. El tumor era afuncionante, y no mostró células fucsinófilas con el Ponceau-fucsina. El enfermito presentaba numerosos nódulos en hígado cuya naturaleza heterotópica, mejor que metastática, se sugiere.

RESUME

Les auteurs étudient un tumeur pararenal gauche extirpé, d'un enfant de cinq ans. A cause de sa topographie et histologie on suppose qu'il derive de l'"anlaga" surrenale. Le tumeur était silencieux et ne montrait pas des cellules fucsinophiles avec le Ponceau-fucsin. Le malade montrait des nombreuses nudosites du foie qui semblaient avoir una nature heterotopique plutot que metastatique.

SUMMARY

The authors study a pararenal tumor extirpated on the left side in a five years old boy. According to its topography and histology they suppose the tumor comes from the suprarenal "anlage". The tumor was not active and did not show fucsinofil cells to the Ponceaufucine. The patient presented numerous nudosities of the liver which seemed to be of heterotopic nature and not metastasic tissue.

BIBLIOGRAFIA

1. *Ewing*: Neoplastic Diseases. W. B. Saunders, 1942.
2. *Willis*: Pathology of Tumours, 1948.
3. *Halminton, Boyd y Mossman*: Human Embryology. W. Heffer & Sons, 1946.
4. *Bradley y Patten*: Embriología Humana. El Ateneo.
5. *Arey*: Anatomía del desarrollo. Edit. Vázquez.
6. *Ham Worth, A.*: Histología-Interamericana, 1954.
7. *Soffer*: Diseases of Endocrinal Glands. Lea Febinger, 1950.
8. *Karsner, Howard T.*: Atlas of Tumours Pathology Secc. 8 Fasc. 29. Armed forces Instit. of Pathology.
9. *Ackerman, Lauren V.*: Tumours of the Retroperitoneum Mesentery and Peritoneum Id. Secc. VI Fasc. 23-24.
10. *Pico Estuñada, O.*: Diagnóstico de los tumores suprarrenales. El Ateneo, 1940.
11. *Race, G.; Nickey, W.; Wolf, Ph. y Jordán, E.*: Studies on Functional Zonation of the Adrenal Cortex. Arch. of Pathology, 64: 312, 1957.
12. *Giménez Díaz y col.*: Consideraciones sobre los síntomas clínicos de la hiperfunción suprarrenal y su diagnóstico diferencial. Rev. Clín. Esp., 65: 98, 1957.

DISCUSION

Dr. Cedrato A.— En un material que algunas veces se publicara habíamos estudiado una serie de tumores de la infancia y al observar los preparados que presenta el Dr. Mosquera vuelve a nuestra mente el problema de la clasificación de ciertos tumores suprarrenales. Nosotros habíamos visto con el Prof. Beranger R. y Vázquez H. J., a una niña S. J. I. que comenzó su enfermedad a los 11 meses que no tenía ninguna manifestación del tipo de Síndrome de Cushing, pero si todo lo contrario: un déficit de la función Glucocorticoidea y Medulo-suprarrenal y una gran tendencia al colapso, tanto que falleció en ese estado a posteriori de una biopsia a cielo abierto practicada por el Dr. Magalhaes a nuestro pedido, pese al tratamiento de hidrocortisona y analépticos.

Esa niña como lo debe recordar el Prof. Beranger tenía una gran metastasis cerebral; metastasis múltiples en hígado y pulmones, siendo el tumor primitivo de la fosa renal izquierda. Como caso inoperable se le practicó en primer término radioterapia cerebral con el fin de atacar la masa tumoral y aliviar la hipertención endocraneana y la hemiplejía derecha que hacían penosa su situación; sin obtener resultado.

Mediante la biopsia antes mencionada se hizo diagnóstico de tumor retroperitoneal de la celda renal izquierda con metastasis hepáticas umbilicadas cuya histología mostró una constitución similar a la que presenta el Dr. Mosquera y que el Dr. Pedace clasificó como hipernefroide.

Nos llamó la atención igual que en otro caso que también nos fuera remitido de Casa Cuna, un lactante de seis meses de edad y que falleció en horas de la tarde, con un cuadro de colapso y disnea sobreeaguda del tipo de bronquiolitis sin motivo infeccioso aparente, después de haber salido de un cuadro similar, gracias al suministro de hidrocortisona y nor-adrenalina que le practicaron en la segunda noche; pese al tratamiento falleció.

Nosotros no nos animamos a publicar estos casos porque no nos encasillábamos bien y reflexionábamos acerca de la rareza del hipernofroma en la infancia en la bibliografía; se nos planteaba el problema al no tener el tumor primitivo del primero de los casos de que pudieran ser metastasis hipernofroides de un tumor de Wilms o presentarlo como metastasis de un tumor producto de un heterotopia mesenquimática como ahora nos lo sugiere la presentación del Dr. Mosquera. Lo que nos llama la atención en ambos casos es la tendencia al colapso, pudiendo comprobar en uno de ellos el déficit glucocorticoideo con aparente buena función androgénica.

Dr. Rivarola J.—He de agregar algunas observaciones que hice cuando estuvo el niño bajo mi tratamiento. El diagnóstico de los tumores del abdomen es muy difícil de realizar y a veces nos debemos contentar con hacer diagnóstico de localización del tumor como en este caso en que se ha asociado a la pielografía y el enfisema perirrenal que nos permitió hacer diagnóstico de tumor retro-peritoneal.

En presencia de calcificaciones y viendo el tiempo de evolución que llevaba, 3 años, se lo diagnosticó como teratoma retroperitoneal, exactamente igual que otro teratomas que fueron confirmados por la operación.

En el acto quirúrgico hallamos un tumor extraordinariamente difícil de extirpar, por la gran cantidad de vasos de neoformación que lo rodeaban con una gran fragilidad, al solo tocarlos se desgarraban y sangraban fácilmente; recuerdo que el niño, que era Rh negativo, en un momento dado de la operación nos encontramos con que se había agotado la sangre de su tipo y debimos indicar urgentemente que se echase mano a sangre Rh positiva, con lo que pudimos concluir la intervención.

Terminada la nefrectomía encontramos las metastasis hepáticas que no presentaban las características que mencionó el Dr. Cedrato, sino que eran metastasis duras, amarillas, muy pequeñas y que se encontraban en el borde del hígado y que al palpar el hígado reconocí una metastasis única central que se ubicaba en el lóbulo izquierdo; debido a que la intervención se había prolongado dejé para un segundo tiempo la hepatectomía del lóbulo izquierdo.

En la segunda intervención que hice abordé al hígado con una incisión paracostal derecha con intención de hacer la resección del lóbulo izquierdo, pero la palpación del lóbulo derecho evidenció que en el borde posterior del lóbulo derecho existía una metastasis similar a la del lóbulo izquierdo, quedando esta intervención como pura y exclusivamente exploradora.

Que este tumor fuera afuncionante lo demuestra el hecho de que una vez extirpado, el niño no sufría ninguno de los trastornos que evidencian los pacientes portadores de tumores funcionales de la glándula suprarrenal y que si no se los trata enérgicamente fallecen en colapso agudo. Así ocurrió con un enfermo que fué clasificado hace 15 o 20 años como portador de un Hipernefron con el Dr. Kreutzer y que fuera publicado en el libro de Marañón. Ese sí era un tumor funcionante en una niña a la que lo había ocasionado una pubertad precoz y que después de una extirpación que fué suma-

mente fácil y rápida fué seguida de una muerte súbita por insuficiencia suprarrenal aguda no habiendo sido tratada con intensidad debido a que en aquel entonces no existían aún los recursos de que disponemos en la actualidad, ya que sólo se conocía la Cortina y no había en Buenos Aires.

Es interesante en este enfermo su pronóstico ya que lo seguimos periódicamente palpando su hígado; las metastasis están quietas como ha sido tórpida la evolución en los 3 años previos a la operación, de manera que puede ser la evolución más benigna de lo que nos hace pensar la observación anatómico-clínica y el niño pueda sobrevivir más.

Dr. Mosquera, J. E. — En primer lugar quiero agradecer al Dr. Cedrato el aporte que ha hecho y el concepto de que le haya aclarado el panorama. En materia de Oncología Infantil se presentan facetas muy interesantes y muchos problemas quedan por clasificar; al respecto resulta interesante la lectura de los textos de Oncología que nos muestra las divergencias y dudas, acerca de la clasificación y el funcionalismo. En lo referente al colapso no puedo contestar ya que no sé en qué estado se encontraba la otra glándula adrenal y el funcionalismo de la medular.

A lo que ha dicho el Dr. Rivarola sobre el carácter de ser un tumor muy sangrante está fundamentado en una razón anatómica y anátomo-patológica. La glándula suprarrenal está muy vascularizada y los capilares de los sectores glomerular y fascicular se asimilan a los sinusoides hepáticos, tiene una triple circulación cortical y fascicular abierta y cerrada con varias venas y arterias, tiene un pedículo diafragmático y 3 arterias suprarrenales que parten del tronco celiaco y de la aorta.

Estos tumores tienen una cápsula, como diagnostico diferencial no tiene más mérito que el de interpretar el desarrollo y la embriología.

Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento del estrabismo del niño (**)

Dr. ALBERTO O. CIANCIA (*)

El estrabismo consiste en la pérdida del paralelismo de los ejes oculares con el consiguiente trastorno de la visión binocular; y de la monocular del ojo desviado que, por lo común, llega a ser ambliope en mayor o menor grado. Tal ambliopía en los casos avanzados no tiene hasta ahora tratamiento eficaz: ni la pérdida del ojo sano asegura la recuperación de la agudeza visual del ojo estrábico. Una lesión irreparable del ojo sano ("ojo fijador"), eventualidad por fortuna poco frecuente, puede implicar para el enfermo una ceguera de hecho.

Es, por lo tanto, un concepto equivocadamente simplista el considerar al estrabismo como un mero trastorno motor: la desviación de los ejes oculares implica siempre un deterioro sensorial. Pues bien: la experiencia recogida durante los últimos años fué mostrando que la mejoría de tales trastornos es función de la precocidad del tratamiento. Los recientes trabajos de C. Cüppers así lo confirman. Sus renovadores conceptos sobre "fijación excéntrica" y "correspondencia anómala" han llevado a reenjuiciar el planteo asistencial del estrabismo, y la necesidad de un tratamiento activo apenas diagnosticado, se apoya ahora sobre sólidas bases fisiopatológicas.

Los oftalmólogos argentinos se han hecho eco de lo que es ya una realidad indiscutible: en el VI Congreso Argentino de Oftalmología (Mar del Plata, abril de 1957) fué aprobado por unanimidad el siguiente voto: "Voto 2o: El VI Congreso Argentino de Oftalmología reclama del cuerpo médico del país la necesidad imperiosa de aconsejar la asistencia oftalmológica precoz de todo niño estrábico".

La responsabilidad del pediatra es, pues, muy grande por cuanto es a él a quien los padres consultan en primera instancia. La inmediata indicación del examen especializado, cualquiera sea la edad del niño estrábico, será el mejor índice de su criteriosa aceptación de esa responsabilidad.

* Del Servicio de Oftalmología del Hospital de Niños de Buenos Aires.

** Recibido para su publicación en febrero de 1958.

NOCIONES SOBRE LA FISIOPATOLOGIA DEL ESTRABISMO

1) Cuando fijamos la mirada sobre un punto luminoso, su imagen se forma sobre la mácula. Dicha zona de la retina, en la cual la agudeza visual es máxima, representa el centro del espacio subjetivo. Por lo tanto los estímulos que la excitan son localizados "derecho adelante" (dirección visual principal) (fig. 1).

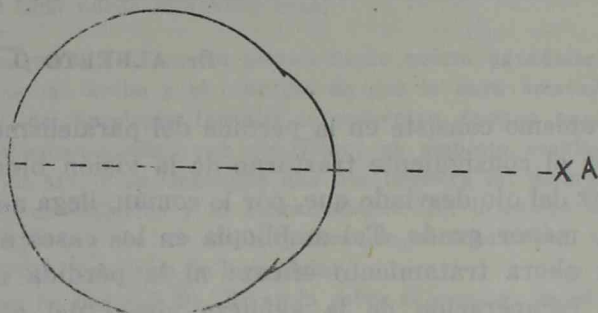


FIG. 1. — A estimula la mácula M y es localizado "derecho adelante".

2) Las máculas de ambos ojos tienen direcciones visuales comunes. Los estímulos que las excitan simultáneamente son localizados en un mismo punto

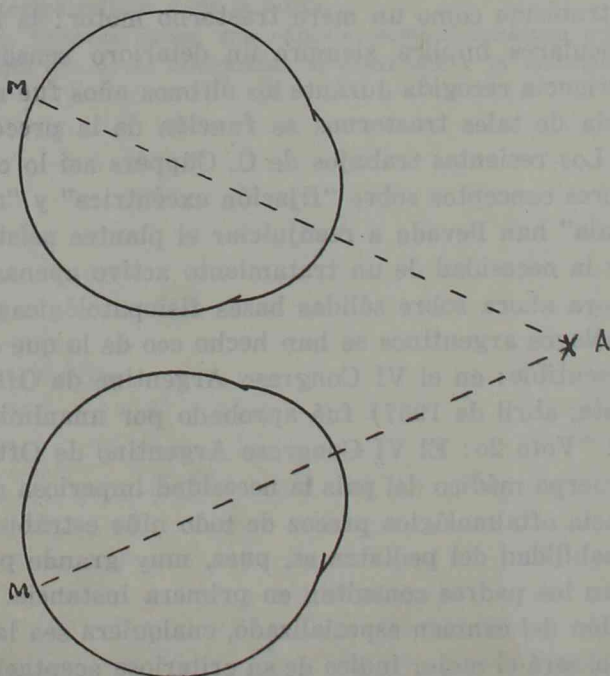


FIG. 2. — A estimula ambas máculas y es localizado por ambos ojos en el mismo punto del espacio (dirección visual común).

del espacio exterior. Normalmente, cuando la imagen de un objeto se forma sobre la mácula de un ojo se forma también sobre la mácula del otro. Ello es

posible gracias a un mecanismo sensoriomotor que asegura el enfoque correcto de ambos ojos sobre el punto fijado (fig. 2).

3) Así como ambas máculas son puntos correspondientes, cada punto de una retina tiene su correspondiente en la otra. Las imágenes caídas sobre los puntos correspondientes son ubicadas en el mismo lugar del espacio (fig. 3).

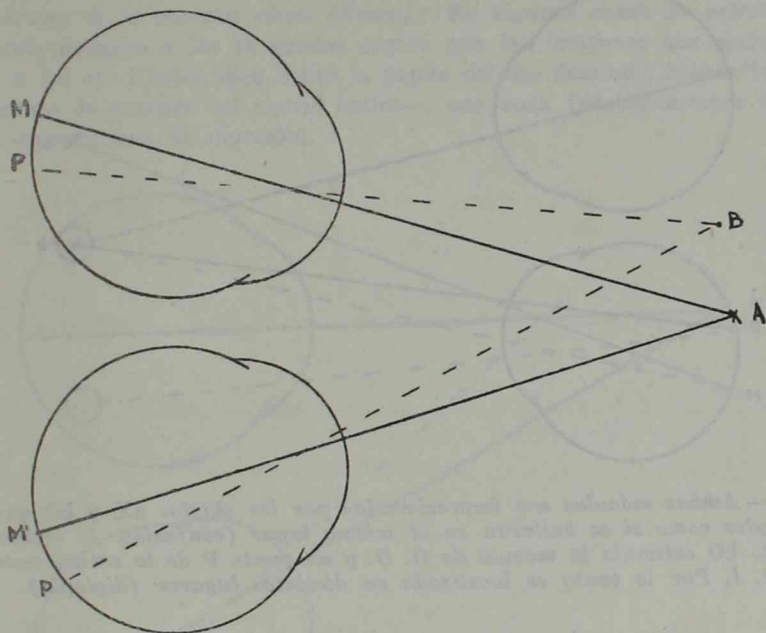


FIG. 3. — B estimula en ambos ojos puntos simétricos con respecto a la mácula y que tienen también una dirección visual común. Por lo tanto es localizado por ambos ojos en el mismo lugar y proyectado lateralmente con respecto a A que se halla en la dirección visual principal.

Veamos ahora qué ocurre cuando, al desviarse uno de los ojos, queda perdido el paralelismo de los ejes oculares:

a) Las máculas son estimuladas por objetos diferentes. Como son zonas retinianas correspondientes, las imágenes que sobre ellas se forman son referidas a un mismo punto del espacio exterior. El enfermo las ve superpuestas: *confusión de imágenes* (fig. 4).

b) Cuando la imagen de un objeto es recibida por la mácula del ojo fijador, en el ojo desviado esa imagen impresiona una zona extramacular. Un mismo estímulo cae así sobre puntos no correspondientes; luego, es localizado en dos puntos distintos del espacio exterior: el enfermo ve doble: *diplopia* (fig. 4).

* * *

La diplopia binocular y la confusión de imágenes plantean problemas distintos en el adulto y en el niño. Cuando la ruptura del paralelismo de los ejes oculares se instala en un *adulto* no se desarrollan mecanismos compensadores de esos trastornos sensoriales. Su corrección exige o bien el enderezamiento del ojo desviado (lentes prismáticas, intervención quirúrgica, etc.), o bien la exclusión funcional del ojo enfermo (oclusión).

En cambio en el *niño* pueden instalarse mecanismos de adaptación, estudiados sobre todo por Burian, que intentarían reestructurar un nuevo acto binocular. Un tanto esquemáticamente son los siguientes:

Los escotomas de supresión: En la mácula del ojo desviado se desarrolla un escotoma que impide la confusión de imágenes. Análogamente en el punto

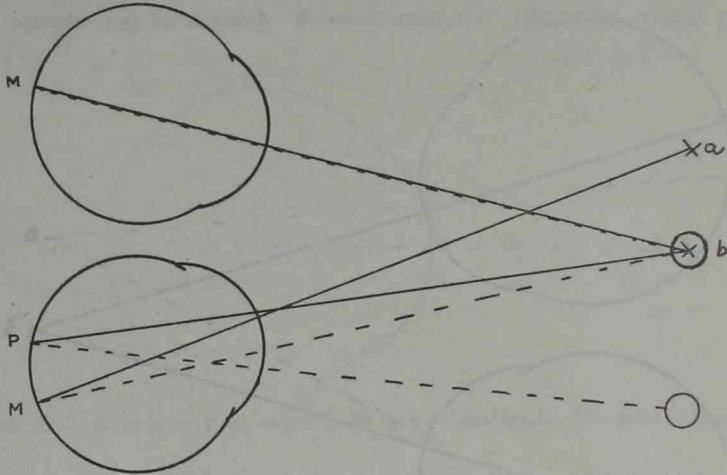


FIG. 4. — Ambas máculas son impresionadas por los objetos aX y bO que son proyectados como si se hallaran en el mismo lugar (confusión de imágenes). El objeto bO estimula la mácula de O. D. y un punto P de la retina nasal de O. I. Por lo tanto es localizado en distintos lugares (diplopia).

de la retina del ojo desviado estimulado por la misma imagen que excita la mácula del ojo fijador, se desarrolla otro escotoma que elimina la diplopia (fig. 5).

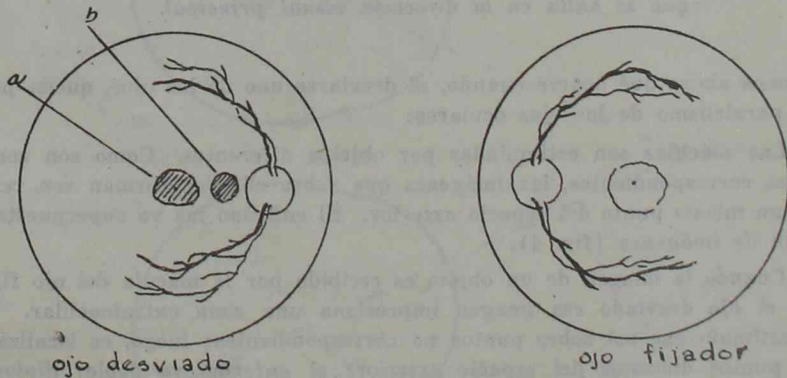


FIG. 5. — a) Escotoma que evita la confusión de imágenes b) Escotoma que evita la diplopia.

La correspondencia anómala: Si el niño es todavía bastante pequeño, puede tener lugar un cambio en la dirección común de ambas máculas. El punto de la retina del ojo desviado que se corresponde con la mácula del ojo fijador no es ya su mácula sino un punto extramacular cuya ubicación varía con el

ángulo de desviación (fig. 6). Además, todos los puntos de la retina del ojo estrábico se corresponden en esta forma anormal con puntos de la retina del ojo sano diferentes de los dispuestos genéticamente para esa correspondencia. Esta adaptación sensorial a la posición estrábica se hace en forma progresiva y puede medirse por tests que informan sobre el grado de perfeccionamiento conseguido por el mecanismo binocular anómalo.

Síndrome de la mancha ciega (Swan): En algunos casos de estrabismo convergente próximo a los 15 grados ocurre que las imágenes que estimulan la mácula del ojo fijador caen sobre la papila del ojo desviado. Siendo la papila —punto de entrada del nervio óptico—, una zona fisiológicamente ciega, actúa como escotoma de supresión.

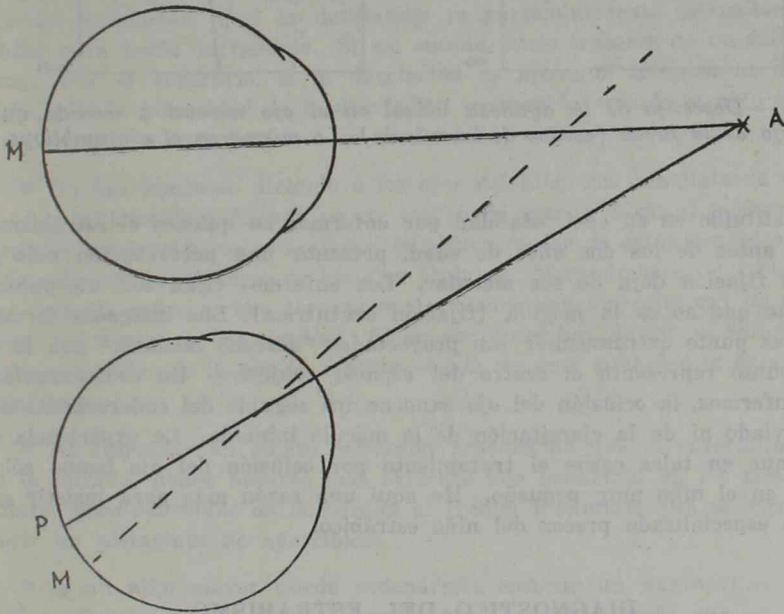


FIG. 6.—El punto A impresiona al ojo derecho en la mácula y al ojo izquierdo en el punto P, pero cuando tienen direcciones visuales comunes adquiridas (correspondencia anómala) son localizados en el mismo punto del espacio.

Torticosis ocular: Consiste en un movimiento cefalógico que compensa mecánicamente una perturbación de la musculatura extrínseca del ojo. El pediatra sospechará, pues, una alteración de la motilidad ocular en toda torticosis cuya causa no le resulte clara.

Ambliopía y fijación excéntrica: Los cuatro mecanismos de adaptación ya comentados (escotomas de supresión, correspondencia anómala, síndrome de la mancha ciega y torticosis ocular) son, según dijimos, tentativas de crear un nuevo acto binocular. Pero en el niño, en la mayoría de los casos, también se perturba la visión monocular del ojo desviado.

En efecto, la agudeza visual de dicho ojo está con frecuencia disminuida pudiendo llegar sólo a la "visión de bultos". Esta disminución de la agudeza visual monocular resulta presumiblemente de reflejos condicionados que inhiben la función macular. Es interesante el hecho repetidamente comprobado de que la agudeza visual periférica se mantiene normal y sólo sufre la agudeza visual de la mácula (fig. 7).

En consecuencia, en buena parte de los niños estrábicos (cerca de 50 % de los casos, según nuestras fichas), aqueja al ojo desviado un cierto grado de ambliopía. Si se ocluye el ojo fijador el enfermo ve poco. Tales enfermos pueden separarse en dos grupos: en algunos la fijación sigue siendo central y la mácula conserva la dirección visual "derecho adelante". Un segundo gru-

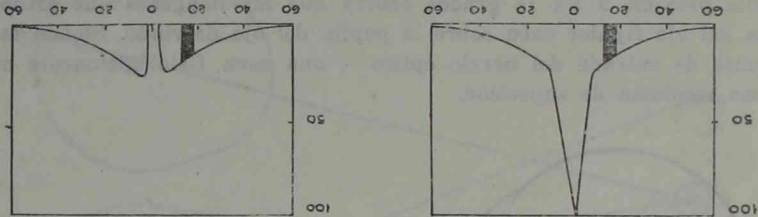


FIG. 7.— Descenso de la agudeza visual en el ojo normal a medida que se aleja de la fovea (centro de la mácula). Lo mismo en el ojo ambliope.

po, constituido en su casi totalidad por enfermos en quienes el estrabismo se instaló antes de los dos años de edad, presenta una perturbación más grave. La fijación deja de ser macular. Los enfermos fijan con un punto de la retina que no es la mácula (fijación excéntrica). Las imágenes formadas sobre ese punto extramacular son proyectadas "derecho adelante" con lo cual dicho punto representa el centro del espacio subjetivo. En consecuencia, en estos enfermos, la oclusión del ojo sano no irá seguida del enderezamiento del ojo desviado ni de la ejercitación de la mácula inhibida. La experiencia confirma que en tales casos el tratamiento por oclusión del ojo bueno sólo es exitoso en el niño muy pequeño. He aquí una razón más para insistir en el examen especializado precoz del niño estrábico.

DIAGNOSTICO DEL ESTRABISMO

Existe un estrabismo fisiológico.—Hasta los tres meses de edad, el niño normal puede presentar pequeños movimientos de desviación horizontal de los ojos —hacia adentro o hacia afuera. En circunstancias especiales, por ejemplo cuando el lactante mira con atención objetos pequeños, pueden ser observadas desviaciones fugaces, siempre en el plano horizontal, hasta fines del primer semestre. Las desviaciones verticales u oblicuas son patológicas en cualquier edad.

El seudo estrabismo.—Un problema existente no sólo para el pediatra sino muchas veces también para el oftalmólogo, es el de determinar "si el niño desvía los ojos o si la desviación es sólo aparente". Por supuesto, este problema se plantea únicamente en niños muy pequeños y sin desviaciones demasiado notorias.

El seudo estrabismo puede resultar de varias causas. Con frecuencia es motivado por peculiaridades de la conformación de las

partes blandas perioculares. Así, por ejemplo, el "epicantus", repliegue cutáneo vertical que ocupa el ángulo interno del ojo, puede simular un estrabismo inexistente. En los mongoles, es una característica racial.

En principio, todo caso sospechoso de estrabismo debe ser enviado sin tardanza al oftalmólogo. Sin embargo, es siempre útil al pediatra saber orientarse, en cierta medida, sobre la naturaleza estrábica o pseudoestrábica de una desviación ocular. Veamos cómo:

- Debe preguntarse a los padres si el niño desvía sus ojos siempre con parecida inclinación, y si la desviación es particularmente ostensible cuando el niño mira hacia un costado. Si así sucede, suele tratarse de un falso estrabismo. Por el contrario, si la desviación es aparente también al mirar de frente, y si la intensidad de la desviación se acentúa cuando el niño está nervioso, cansado o enfermo, casi se confirma el estrabismo genuino.

- Un haz luminoso dirigido a los ojos del niño con una linterna de bolsillo (o sencillamente reflejado en un espejo de mano) dará, al médico situado frente al enfermo y con sus ojos a la altura de los de éste, una idea aproximada sobre el paralelismo de los ejes oculares. Normalmente, el reflejo luminoso se halla sobre ambas córneas en la misma posición relativa: un poco por dentro del centro de las pupilas. Si en un ojo el haz de luz se refleja en un punto excéntrico de la pupila o sobre el iris, es muy probable la existencia de estrabismo.

- Al desplazar un objeto coloreado procurando que el enfermito lo siga con la mirada, podrá hacerse más evidente una asimetría en los movimientos oculares poco ostensible en la mirada al frente. Eventualmente se logrará descubrir un nistagmus no apercibido.

- A un niño mayor puede ordenársele enfocar un punto fijo; luego el médico ocluirá alternativamente uno y otro ojo, por ejemplo, con una tarjeta. Si los ojos están derechos, permanecerán quietos; si hay estrabismo se desplazarán en la medida de la desviación para mantener la fijación foveal. Lógicamente, esta prueba no es válida si el ojo desviado es fuertemente ambliope; es, pues, necesario completarla con el examen de la agudeza visual.

Hasta aquí cuanto creemos puede hacer el pediatra. Queda para el oculista el examen especializado que la responsabilidad del diagnóstico hace aconsejable utilizar en la mayoría de los casos.

Los detalles del estudio oftalmológico del niño estrábico escapan a la intención de este trabajo. Pensamos, sin embargo, que puede interesar un rápido bosquejo de los procedimientos de examen más empleados.

Una vez estudiados los medios de refracción y el fondo del ojo, y medida la agudeza visual, se pasa generalmente a determinar el tipo de fijación del ojo desviado.

El aparato utilizado para ello es el *visuscopio*: se trata de un

oftalmoscopio modificado por Cüppers por el agregado de una estrella de sombra en el centro de su campo luminoso. Cuando el niño la mira, si tiene fijación central, el médico que estudia el fondo de ojo ve proyectada la estrella sobre la fovea. Si la proyección de la estrella es extramacular se hace diagnóstico de fijación excéntrica. (fig. 8).

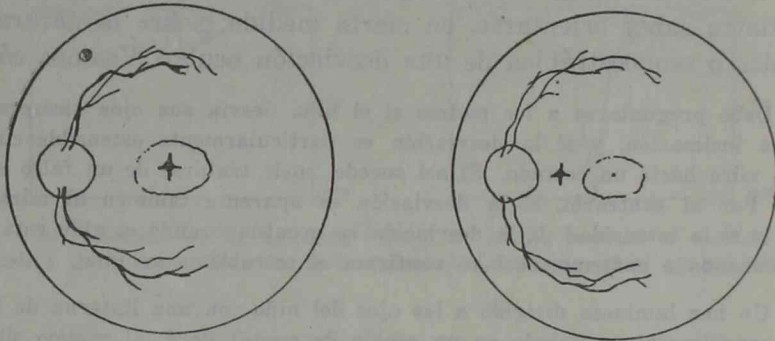


FIG. 8.—Proyección de la estrella del Visuscopio en la retina en un caso de fijación central. Lo mismo en un caso de fijación excéntrica.

Ultimamente se emplea también el *coordinador*, dispositivo fundado en el fenómeno de las "Houppes de Haidinger". Consiste en un polarizador rotatorio en el que se forman imágenes que pueden ser vistas sólo por la fovea y que, por lo tanto, revelan su dirección visual.

Continuando el exámen sensorial, corresponde pesquisar los escotomas de supresión y la correspondencia retiniana (diplopia provocada, sinoptóforo, post imágenes, luces de Worth y otras técnicas).

También diversos procedimientos pueden usarse para el examen de la motilidad ocular. El dato más útil a determinar es el del ángulo de desviación del ojo estrábico en las distintas posiciones de la mirada, ángulo que suele medirse interponiendo cristales prismáticos entre el ojo que ve y el objeto visto. Otros sistemas (sinoptóforo, perímetro, pruebas de Hirschberg y de Krimnsky, etc.) tienen menos importancia. El estudio de la convergencia, la búsqueda de la hiperforia alternante y de las incomitancias, la valoración de una pseudo ptosis o de un nistagmus, etc., complementan y complican el estudio oftalmológico de los casos de estrabismo, de cuya técnica de examen no hemos querido dar sino una somera idea.

TRATAMIENTO

Es obvio que el tratamiento del niño estrábico debe quedar en manos del especializado. Considerándolo así, en este capítulo nos refe-

riremos brevemente a los principales métodos terapéuticos y consignaremos de ellos sólo lo que creemos puede ser útil al p^{di}atra.

EL TRATAMIENTO POR OCLUSION

El tratamiento por oclusión es ya posible desde los dos o tres primeros meses de vida. Confirmado un estrabismo monocular, aún en el lactante muy pequeño, urge la oclusión del ojo fijador, y urge más si se logra diagnosticar una fijación excéntrica. A esta edad el diagnóstico de fijación excéntrica aunque dificultoso no es imposible. Naturalmente exige experiencia y paciencia. El tratamiento, sin embargo, entraña un cierto peligro; por causas no bien claras aún, a veces se instala una ambliopía en el ojo tapado. La posibilidad de esta indeseable contingencia impone el control oftalmológico de esos enfermitos día por medio al comienzo de la oclusión. A la oclusión monocular sigue habitualmente una segunda etapa de oclusiones alternadas. Al obligar al enfermito a usar sucesivamente sus dos ojos, se nivela la agudeza visual de ellos. De este modo, nos es posible evitar oportunamente el deterioro del ojo desviado. Más adelante sería difícil y a veces imposible lograrlo.

Ya en la segunda infancia, la eficacia del tratamiento por oclusión es por lo común menor. Distintas circunstancias —diagnóstico por el visuscopio, ambliopía más rebelde, mayor colaboración del enfermito, aproximación de la edad que hace posible los ejercicios ortópticos, etc.— hacen difícil esquematizar la conducta a seguir en este momento. En algunos casos, por ejemplo, puede estar indicada la oclusión no del ojo sano sino la del desviado hasta tanto se hace posible el tratamiento por “post-imágenes”.

EL TRATAMIENTO POR ANTEOJOS

La mayoría de los estrábicos son hipermétropes. Si corregimos la hipermetropía con anteojos positivos puede ocurrir: a) que la desviación se corrija totalmente; b) que su corrección sea parcial, y c) que se mantenga invariable.

En un enfermo con buena agudeza visual en ambos ojos y a quien los anteojos enderezan por completo la desviación estrábica, sólo cabe recetárselos y, desde los 4 años aproximadamente, comenzar con los ejercicios ortópticos. Estos casos son los más favorables y, en ellos, la curación integral es la regla.

Por desgracia, en un número mucho mayor de enfermos los anteojos sólo corrigen parcialmente el estrabismo: el ángulo de des-

viación disminuye sin desaparecer. En tales casos los anteojos suelen ser perniciosos. En efecto, cuando el ángulo de desviación es pequeño la correspondencia anómala se instala con puntos cercanos a la mácula. Además, con los anteojos, ese ángulo de desviación se torna mucho más estable. Estas dos circunstancias facilitan una fuerte instalación de la nueva correspondencia cuyo tratamiento es muy dificultoso y a menudo imposible. Así, por ejemplo, un niño con un estrabismo convergente de 25 grados que con anteojos disminuye a 8 grados, desarrollará casi seguramente una correspondencia anómala intensamente fijada por lo pequeño y estable del nuevo ángulo de desviación. Además, el tratamiento de esa correspondencia de pequeño ángulo tropieza hasta ahora con muy serias dificultades técnicas.

En el tercer caso, es decir, cuando la desviación no se modifica con el empleo de anteojos, éstos no tendrán otra finalidad que la corrección de los vicios de refracción (astigmatismo, miopía).

Sintetizando estas consideraciones diremos que el tratamiento con anteojos es muy eficaz en algunos casos (a), inútil en otros (c) y que puede ser nocivo en el grupo (b), numéricamente el más importante.

El pediatra recordará, pues, que cuando con el uso de anteojos el ojo desviado queda "casi derecho" —lo cual tranquiliza y esperanza a los padres— en realidad se está perjudicando al niño y comprometiendo sus posibilidades de curación.

EL TRATAMIENTO ORTOPTICO

Entre los 4 y 5 años puede comenzarse el tratamiento ortóptico. Las técnicas son múltiples. Generalmente se emplean aparatos del tipo sinoptóforo. Son dispositivos que permiten proyectar dos medias imágenes sobre puntos correspondientes de la retina, estimulándose así la visión binocular normal.

El fundamento de este método terapéutico consiste en reeducar la visión binocular reparando las alteraciones sensoriales que se habían producido como adaptación a la desviación motora.

Se comprende fácilmente que los "mecanismos de adaptación" antes enumerados (escotomas de supresión, correspondencia anómala, etc.), útiles para hacer más tolerable la desviación de los ejes oculares, se transforman en un escollo para la recuperación de la visión binocular cuando el ojo estrábico es enderezado quirúrgicamente. Antes o después de la operación, el tratamiento ortóptico crea las condiciones para la recuperación sensorial del enfermo. En

un pequeño número de casos, la corrección sensorial va seguida del enderezamiento motor sin necesidad de intervención quirúrgica.

EL TRATAMIENTO PLEOPTICO

En algunos casos, por la severidad de la ambliopía, o más frecuentemente por un tratamiento de oclusión comenzado tardíamente o deficientemente realizado, nos encontramos con niños de más de 5 años, fuertemente ambliopes. Si la fijación es central, una oclusión muy prolongada puede todavía ser útil. Los casos con fijación excéntrica, hasta hace muy poco, carecían de tratamiento. En los últimos años Bangerter en Suiza y Cüppers en Alemania han desarrollado métodos que permiten curar algunos de estos niños. El más eficaz de los métodos ideados es el llamado de las postimágenes. Consiste en provocar en el ojo ambliope, postimágenes centradas en la mácula, que el enfermo proyecta sobre una pantalla. El aparato utilizado es el Eutiscopio.

EL TRATAMIENTO QUIRURGICO

El tratamiento quirúrgico tiene dos indicaciones frecuentes: a) cuando tratados con éxito los trastornos sensoriales, persiste la desviación motora; b) cuando fracasada la restitución sensorial se decide una intervención estética. Hay además indicaciones especiales.

Hasta hace poco predominaba la decisión de operar muy precozmente. Hoy, el criterio está cambiando. Si bien la operación muy precoz conserva sus indicaciones formales, en general se prefiere postergarla hasta que el enfermito permita un estudio prolijo. Si es posible se instaurará la ejercitación ortóptica preoperatoria.

La edad de elección para intervenir quirúrgicamente oscila entre cuatro y cinco años. Las operaciones son simples y escaso su riesgo. Pero el enjuiciamiento eficiente de la alteración motora, exige capacidad y experiencia a fin de determinar sobre qué músculo y en qué medida es necesario operar.

BIBLIOGRAFIA

- Bangerter, A.* — Amblyopiebehandlung. Basel, S. Karger, 1953.
Cüppers, C. — Die Amblyopiebehandlung mit der Nachbild Methode. "Giesenes Med. Tagung", 3, 5, 1955.
Cüppers, C. — Moderne Schielbehandlung. "Klin. Mon. f. Aug." 128, 345, 1956.
Esente, I. — Diagnosi e terapia ortottica dello strabismo. Ed. Scient. Ital., Napoli, 1952.

- Lancaster, J. — A manual of Orthoptics. C. C. Thomas, Springfield, 1951.
- Allen, J. — Strabismus Ophthalmic Symposium. The C. V. Mosby Co., St. Louis, 1950.
- Fink, W. — Surgery of the oblique muscles of the eyes. The C. V. Mosby Co., St. Louis, 1951.
- Ronne y Rindziunsky. — Anomalous Correspondence. Acta Opth., 31, 321, 1952.
- Malbrán, J. — Estrabismos y Parálisis. Edit. Oftalm. Arg., Buenos Aires, 1949.
- Bagolini, B., Casellato, L., Citroni, M. y otros. — "Cura dello strabismo". XLIII Congresso della Società Oftalmologica Italiana, Milano, ott., 1957.
- Wahlgren, R. and Swan, K. C. — The Nature of the Fusional Process. The Am. Orth. J., 6, 30, 1956.
- Urrets Zavalía, A., Norbis, A. y Malbrán, E. — Actas del VI Congreso Argentino de Oftalmología, Mar del Plata, 1957.
- Giardini, A. — Terapia dello strabismo. "Aggiorn. di ter. oft.", 5, 159, 1957.

PROFESOR ALFREDO CASAUBON

El prof. Alfredo Casaubon vivió una etapa brillante de la pediatría argentina, que supo asimilar y transmitir, cumpliendo el dogma más puro de un maestro: observar con inquietud, recoger con entusiasmo, transferir con paciencia.

Toda su vida fué un ejemplo de dedicación y disciplina, que mantuvo siempre desde sus años de estudiante, con el respetuoso reconocimiento a los que le precedieron y fueron sus jefes y superiores, hasta los años posteriores en que, ya profesor y luego maestro, le tocó a su vez la difícil misión de guiar, aconsejar y dirigir a varias generaciones de jóvenes iniciados en el arte que presupone la medicina infantil.

Por cada uno de los tres caminos que en nuestro ambiente puede satisfacerse el poderoso impulso de una noble vocación, Alfredo Casaubon fué alcanzado progresivamente, a través de la rigidez reglamentaria, o las exigencias del concurso, o la distinción honorífica, posiciones de máxima responsabilidad tanto en el hospital como en la cátedra y en las sociedades científicas.

Sus méritos no se discutieron, y sus cargos y nombramientos constituyeron siempre un honor para la propia casa que los otorgaba. Ninguna ventaja circunstancial, política o ambiental, inclinó la balanza del juicio a su favor más de lo que debiera. Por gravitación personal ocupa una página dignísima en la historia de la pediatría de ambas márgenes del Plata.

Como médico fué un clínico vivaz, prudente y previsor, amante del examen crítico más minucioso, cuyas conclusiones discutía habitualmente junto a la cama del pequeño paciente, y que, si bien tuvo que actuar en una época anterior a los recursos que hoy nos ofrece la quimioterapia moderna, el perfeccionamiento del laboratorio y nuevos conceptos de enfoque más integral, estaba al día con cualquier precepto o directiva que la experiencia y la deducción le aportaban, o le permitían simplemente vislumbrar.

Como profesor adjunto, y luego extraordinario, de pediatría y puericultura, de la Facultad de Buenos Aires, sus cursos constituyeron en la práctica, por la claridad de sus exposiciones y el análisis con que discernía cada tema y cada caso, una cátedra paralela a la oficial, dando al Hospital de Niños de Bs. Aires, sede de sus primeros pasos como practicante y más adelante de toda su madurez científica, la oportunidad de valorar una vez más el importante material de observación que puede ofrecer al estudioso y a la enseñanza.

Su palabra sencilla, fácilmente comprensible y bien precisa, enemiga de neologismos y de toda excentricidad gramatical que pudiera ir en menoscabo de la pureza del idioma, sobre lo cual tanto insistía, tenía el atractivo de la amenidad, al mismo tiempo que demostraba su profunda erudición castellana.

No haremos las síntesis de sus antecedentes bien conocidos, ni recordaremos algunos de sus principales trabajos, que aún son motivo de citas en publicaciones más modernas y poco han sufrido el depulimiento del tiempo, por las enseñanzas que conservan; pero debemos mencionar que su "Curriculum Vitae" cuando quedó bruscamente truncado por la enfermedad que le alejó de la mayor parte de sus actividades ya contenía más de 150 trabajos sobre temas de patología infantil y numerosas distinciones honoríficas.

La Sociedad Argentina de Pediatría, cuya presidencia ejerciera durante el período 1929-1931, le contó entre sus miembros más eximios y le designó en 1950, junto con Aquiles Garesio y José María Valdés, para encabezar el cuadro de Miembros Honorarios Nacionales de la entidad. Correspondió a su presidencia la aparición de Archivos Argentinos de Pediatría como órgano oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría, señalando con su publicación inicial no sólo la independencia editorial sino también la fiel expresión del nivel alcanzado por la pediatría de nuestra patria, a la que Alfredo Casaubon contribuyera con sus mejores bríos.

Pero no debemos juzgar al pediatra desaparecido solamente como médico y maestro, sino también como parte integrante del ambiente en que transcurrió su existencia, y en este sentido otras dos aserciones le pertenecen: la formación de un hogar ejemplar y una caballerosidad digna del mayor elogio.

Luis María Cucullu