

COMISION DIRECTIVA

Presidente Honorario  
DR. RAUL CIBILS AGUIRRE

PROF. DR. JUAN J. MURTAGH  
Presidente

PROF. DR. JOSE R. VASQUEZ  
Vicepresidente

PROF. DR. ALFREDO E. LARGUIA  
Director de Publicaciones

DR. GUSTAVO G. BERRI  
Secretario General

DR. TOMAS M. BANZAS  
Secretario de Relaciones

DR. JORGE M. SIREB  
Secretario de Actas

DR. JULIO CALCARAMI  
Tesorero

DR. MARCOS LLAMBIAS  
Vocal

DR. VICTOR L. RUIZ MORENO  
Vocal

DR. ARTURO LUIS MARQUEZ  
Bibliotecario

COMISION DIRECTIVA SOCIEDAD ARGENTINA CIRUGIA INFANTIL

Presidente  
DR. MARCELO GAMBOA

Secretario de Publicaciones  
DR. MANUEL U. DIAZ BOBILLO

Vicepresidente  
DR. JOSE E. RIVAROLA

Tesorero  
DR. AMERICO MAGALHAES

Secretario General  
DR. SEBASTIAN A. ROSASCO

Vocal  
DR. SANTIAGO GOROSTIAGUE

Secretario de Actas  
DR. MARTIN J. URTAZUM

Vocal  
DR. MARCOS LLAMBIAS

---

---

ARCHIVOS ARGENTINOS DE  
PEDIATRIA

ORGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

PROF. DR. ALFREDO E. LARGUIA  
Director de Publicaciones

COMITE DE REDACCION

PROF. DR. FELIPE DE ELIZALDE  
DR. JOSE E. RIVAROLA

DR. RODOLFO KREUTZER  
PROF. RAUL BERANGER

## ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA

Aparece mensualmente y se envía a los miembros de la Sociedad Argentina de Pediatría. Publica las Actas de las Reuniones Científicas de la Sociedad y de sus filiales y Secciones, seguida de las discusiones; trabajos originales de autores argentinos y extranjeros; trabajos de investigación sobre temas pediátricos, revistas generales de temas e informe sobre la actividad pediátrica del país y del extranjero.

La aceptación de los trabajos y colaboraciones —con excepción de las Actas— y el orden de publicación queda a criterio del Comité de Redacción permanente, recientemente designado por la Comisión Directiva e integrado por los últimos cuatro Presidentes de la Sociedad y por el Director de Publicaciones. La elevada jerarquía de los miembros del Comité de Redacción será una garantía del decidido esfuerzo en que está empeñada la Sociedad para mantener el prestigio de "Archivos".

Los trabajos, correspondencia científica y las revistas de canje, deben dirigirse a nombre del Director de Publicaciones, *Dr. Alfredo E. Larguía*, Uruguay 1167, T. E. 41-7554.

Las suscripciones y toda correspondencia relativa a la Administración dirigirla al Administrador, *Sr. Rafael Domínguez*, Humberto 1° 2188, 5° p. T. E. 23 - 6740 y 26 - 1917, Buenos Aires.

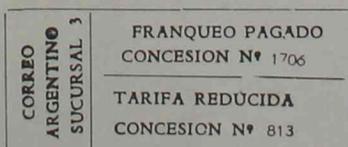
### SUSCRIPCION 1964

Argentina .....	\$	800.—
Derecho de certificado por año .....	,,	60.—
Número suelto .....	,,	50.—
Ext. (excl. España, envía como Arg.) .....	Dól.	10.—

### CUOTA ANUAL 1964

Socios titulares .....	\$	1.200.—
Miembros adherentes .....	,,	600.—
Miembros adherentes no residentes .....	,,	450.—

(El pago puede efectuarse en una o dos cuotas semestrales)



SUMARIO

EDITORIAL .....	79
• Fundación de la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil ..	81
• Palabras del Dr. Marcelo Gamboa en la Sesión Inaugural ..	82
TRABAJOS ORIGINALES	
• Lóbulo pulmonar accesorio y eventración diafragmática (Secuestración pulmonar). <i>Dres. J. E. Rivarola, H. Aja Espil y A. Rivarola</i> .....	83
• Fístulas entero-cutáneas en la infancia. Conducta quirúrgica. <i>Dres. A. O. Perotto, M. J. Calvi, J. L. Massa, M. J. Odrizola, D. Aguilar y W. Carvallo</i> .....	95
• Tratamiento de la rodilla en flexión. <i>Dres. M. Gamboa y S. Parera Gaviña</i> .....	109
• La anastomosis porto-cava en la cirugía de la hipertensión portal en el niño. <i>Dr. J. Perianes</i> .....	114
CASOS Y REFERENCIAS	
• Hamartoma vascular. <i>Dr. S. A. Rosasco Palau</i> .....	118
• Tumores de la glándula suprarrenal. <i>Dr. M. Llambías</i> ....	129
• A propósito de un caso de dilatación quística de colédoco. <i>Dr. N. J. Volante (Salta), relator Dr. G. Escuder</i> .....	136
Homenaje a la memoria del <i>Prof. Dr. M. Ruiz Moreno</i> .....	143
El Dr. J. E. Rivarola fue designado Miembro de la Academia Nacional de Medicina .....	147
CRONICAS	
Informaciones recientes .....	151

**Matersal**  
KASDORF  
GALACTAGOGO HORMONAL VITAMINICO

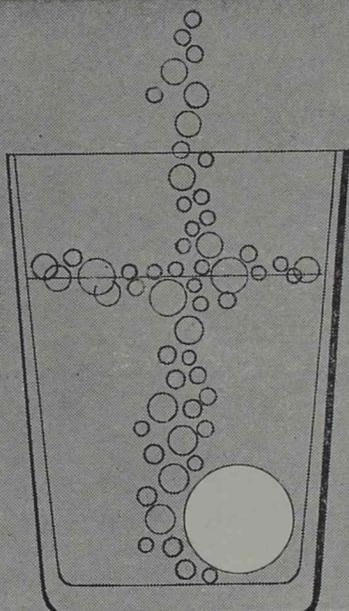
**Protege madre e hijo**

Tres veces al día,  
una cucharadita

KASDORF

Envase de 80g  
de granulado

**ROCHE**



**EFERVESCENTE**

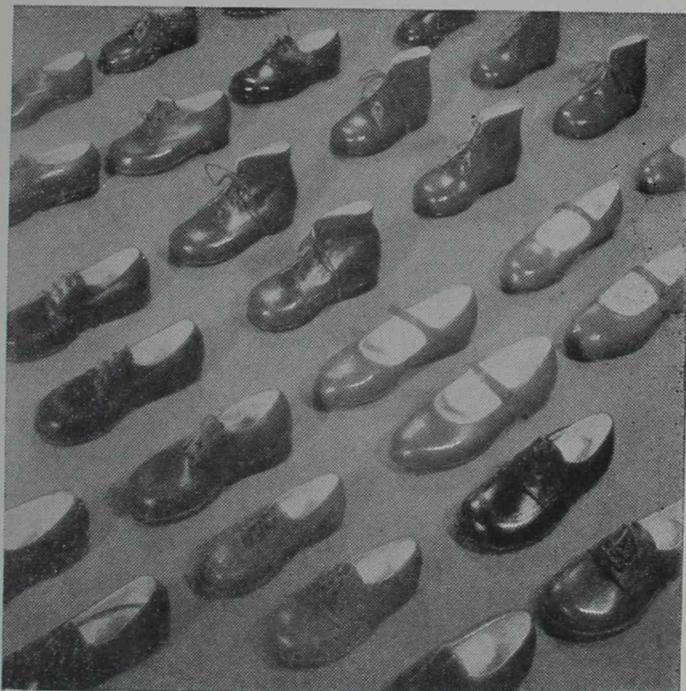
# vitami- nets

**Mayor concentración vitamínica de una clásica especialidad en una original forma de presentación.**

**10 vitaminas + 5 minerales en cada comprimido efervescente.**

**Los comprimidos de Vitaminets efervescente permiten preparar una agradable bebida que facilita la administración de factores esenciales a pacientes de cualquier edad.**

# A LA VANGUARDIA EN CALZADO ANATOMICO

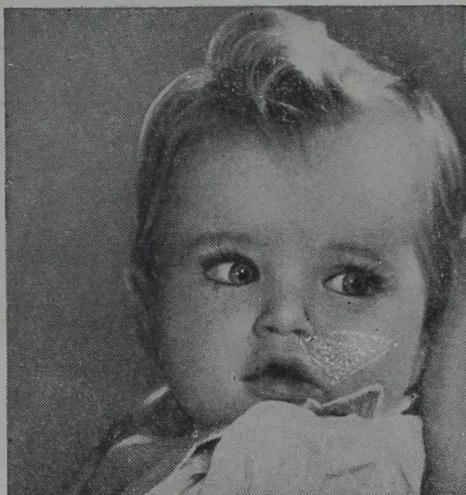


Zapatos con contrafuertes rígidos, tacos de Thomas, tacos Risser con elevación interna en tacos y externa en suela, zapatos tipo escarpin y mocasin igualmente con todos los detalles de los anteriores, para pies muy delicados y especialmente para uso del taco Risser.

Botas de caña rígida, semi rígida, calzados ortopédicos a medida ejecutados por modelistas italianos para mayor disimulación en acortamientos, pies defectuosos, etc.

**PROXIMAMENTE LE ENVIAREMOS LITERATURA SOBRE  
CALZADO PARA PIES OPERADOS DE HALLUS-VALGUS**

## **ORTOPEDIA "CENTRAL"**



El antidiarreico "natural"

# AROBON



A base de harina de algarroba.  
De gran poder de adsorción,  
elimina del intestino los  
gérmenes patógenos y sus  
toxinas. Eficaz curativo y  
preventivo de las diarreas del  
lactante normal y del prematuro.



## ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA

PUBLICACION MENSUAL

*Organo de la Sociedad Argentina de Pediatría*

## Editorial

Con el presente número "Archivos" inicia la publicación de las Actas, Comunicaciones y Noticias de la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil. Hace apenas un año que un prestigioso núcleo de cirujanos de niños argentinos, compenetrados de la trascendencia de los problemas quirúrgicos del niño fundaron esta Asociación donde pudieran ser considerados en forma organizada y permanente sus diferentes enfoques y los nuevos aspectos que el progreso de las ciencias abre a los médicos inquietos y estudiosos.

Las reuniones científicas se realizan en la sede de la Sociedad Argentina de Pediatría. Una vez por año se hace esta reunión en el Interior de la República, habiendo tenido lugar la primera en la ciudad de Río Cuarto, Córdoba, con la participación de cirujanos de diversos lugares del país, ratificándose su carácter nacional. A partir de entonces con la Presidencia de los doctores Marcelo Gamboa y José E. Rivarola ha continuado reuniéndose en forma periódica para considerar las órdenes del día.

Es esta una feliz oportunidad para destacar la estrecha vinculación de la Sociedad de Cirugía Infantil con la Sociedad Argentina de Pediatría, y como una Asociación que por el prestigio tradicional de sus fundadores pudo ser independiente ha preferido sin embargo mantenerse unida a la Pediatría como concepción integral del niño en su totalidad física, emocional y social. Se comprende mejor esta posición conceptual

cuando se acepta que la Cirugía Infantil constituye una verdadera especialización porque los problemas que enfrenta son los de un organismo en crecimiento y desarrollo. Este hecho trascendente define la verdadera condición del cirujano de niños y separa netamente su quehacer de la Cirugía del adulto. El conocimiento del niño resulta así una necesidad vital para el enfoque quirúrgico de sus problemas que deben ser resueltos en el momento presente pero también en función de sus consecuencias futuras. Queda plenamente justificada la estrecha vinculación que nuestros cirujanos de niños han querido mantener con la Sociedad de Pediatría al establecer en sus Estatutos que sus miembros deben ser también miembros de la Sociedad Argentina de Pediatría.

“Archivos Argentinos de Pediatría” será también su órgano de publicidad y periódicamente dedicará sus números para la publicación de sus actividades científicas. En sus páginas los pediatras y los cirujanos de niños encontrarán problemas comunes y sus conocimientos se complementarán al mismo tiempo que se refirma la concepción integral de la Pediatría como la medicina del ser humano en la etapa evolutiva hacia la madurez.

Dr. ALFREDO E. LARGUIA.

## Fundación de la Sociedad de Cirugía Infantil

El día 28 de diciembre de 1962, reunidos en la sede de la Sociedad Argentina de Pediatría un grupo de médicos pediatras dedicados a la cirugía infantil, consideraron:

Que por su importancia, los problemas de la cirugía del niño, representan la expresión de una definida especialización.

Que el cirujano de niños, para interpretar y resolver dichos problemas debe poseer conocimientos especiales de patología infantil y estar familiarizado con la técnica y los mejores métodos para actuar con eficiencia ante las situaciones que presentan estos pacientes.

Que un amplio dominio de la pediatría, es condición primordial para la interpretación de los síndromes quirúrgicos, en forma muy particular en el recién nacido y en el prematuro.

Que en relación con los diversos aspectos y debido al desarrollo técnico y madurez científica alcanzados en nuestro país, se considera que esta cirugía representa indudablemente una especialidad.

Que es de fundamental importancia realizar reuniones entre los cirujanos especializados en la cirugía del niño para intercambiar ideas y debatir las cuestiones científicas relacionadas con la misma.

Por ello resuelven: Fundar la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil.

Se constituyó una comisión preparatoria formada por los doctores: Marcelo Gamboa como presidente y Santiago Gorostiague, Marcos Llam-bías, Américo Maghalaes, José E. Rivarola y Sebastián Rosasco, como vocales.

Esta comisión provisoria redactó los estatutos de la Sociedad, que fueron considerados y aprobados en la Asamblea del 19 de marzo de 1963.

Posteriormente, y de acuerdo con ellos, se eligió la primera comisión directiva, que quedó así constituida:

Presidente, Dr. Marcelo Gamboa; Vicepresidente, Dr. José Enrique Rivarola; Secretario General, Dr. Sebastián A. Rosasco; Tesorero, doc-

tor Américo Magalhaes; Secretario de actas, Dr. Martín J. Urtasum; Secretario de publicaciones, Dr. Manuel U. Díaz Bobillo; Vocal 1º, Dr. Santiago Gorostiague; Vocal 2º, Dr. Marcos Llambías.

*Discurso pronunciado por el doctor Marcelo Gamboa, en el acto de inauguración de la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil*

Estimados colegas:

El honor que me habéis conferido al designarme para ocupar el cargo de Presidente de esta naciente Sociedad Argentina de Cirugía Infantil despierta en mí una emoción que no pretendo disimular; ello demuestra en cuánto estimo y como agradezco la distinción de que he sido objeto.

Esta cofradía tendrá por finalidad la de hacer progresar el arte de la cirugía de la infancia y aliviar los sufrimientos de los niños por medio de una mano hábil, guiada por un cerebro instruido y apto para decisiones rápidas.

Esta Sociedad deberá llegar a ser un centro de investigaciones y también un centro de enseñanza.

De investigaciones porque en ella convergerá la experiencia de muchos cirujanos sobre millones de enfermos esparcidos por todo el ámbito de nuestro país.

De enseñanza porque, de las ideas expresadas y de las discusiones que promuevan los trabajos presentados, irradiarán los conceptos y la experiencia de los participantes.

De esa manera se transplantará la experiencia madura al bagaje de conocimientos del joven, que así, encontrará los elementos para seguir edificando sobre la base sólida de conocimientos firmes, que la reflexión acepta y los hechos ratifican. De ahí partirá para emprender nuevas rutas sin apartarse de todo aquello que la experiencia ha consagrado.

Esta tribuna será, por consiguiente, un código revisado sin cesar.

Señores: Puedo asegurar que el desempeño de mis tareas se verá simplificado al contar con la valiosa opinión de personas de tanto relieve y merecimiento como son mis compañeros de la Comisión Directiva.

Consocios: Os invito a continuar trabajando por el bien de la Humanidad y por el progreso y el engrandecimiento de nuestra Sociedad Argentina de Cirugía Infantil.

## Lóbulo Pulmonar Accesorio y Eventración Diafragmática (Secuestración Pulmonar)

DR. S. JOSE E. RIVAROLA (\*), HORACIO AJA ESPIL (\*\*)  
y ALEJANDRO RIVAROLA (\*\*\*)

Las anomalías congénitas caracterizadas por la presencia de tejido pulmonar supernumerario se han descrito desde antiguo; en efecto, ya Rokitansky y Rektorzik en 1865<sup>(17)</sup> <sup>(18)</sup>, describieron el primer caso y desde entonces se ha discutido mucho sobre el origen de las mismas y sobre su interpretación.

El hecho de reunir dos observaciones de secuestración extrapulmonar asociadas a eventración diafragmática y tener la pieza de una secuestración hallada en una autopsia, nos ha movido a presentarlas y a hacer unos comentarios al margen.

### OBSERVACION N° 1

Niña de 4 años de edad, que fue atendida en el consultorio del Hospital de Niños el 21 de setiembre de 1954, con diagnóstico de hernia diafragmática.

Nació y se desarrolló en forma normal hasta los 6 meses, en que con motivo de un cuadro pulmonar agudo le fue diagnosticada una "pleuresía", tratada con varias punciones que extraían líquido amarillo, según manifiesta la madre. Mejora de este proceso en Córdoba, donde se hizo entonces diagnóstico de hernia diafragmática que ha sido asintomática hasta ahora.

El examen físico revela una niña de talla y peso de acuerdo a la edad. Tórax en quilla, con matitez y silencio respiratorio en la base izquierda; resto sin mayores particularidades.

El examen radiográfico con sustancia opaca por ingestión y por enema muestra la presencia de una hernia de contenido abdominal en el tórax, a través de un orificio anterior interno en el hemidiafragma izquierdo. Las vísceras herniales son el estó-

---

(\*) Dr. José E. Rivarola: Jefe del Depto. de Cirugía del Hospital de Niños. Jefe del Servicio de Cirugía Sala IX.

(\*\*) Dr. H. Aja Espil: Médico de los hospitales. Cirujano de la Sala IX del Hospital de Niños.

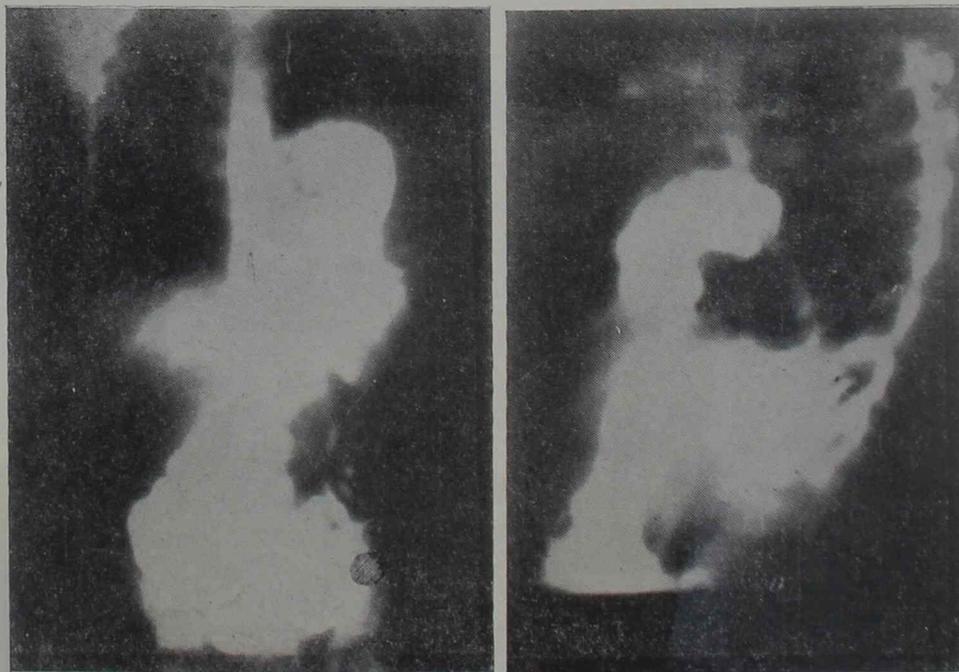
(\*\*\*) A. Rivarola: Ex médico asistente del Servicio de Cirugía de la Sala IX del Hospital de Niños.

magos, primeras asas del delgado y parte del colon transverso. El signo de la repisa y el pasaje de las asas a través de un orificio no determinado embriológicamente, claramente visible, hacen el diagnóstico de eventración del hemidiafragma. Ante esta grosera anomalía, se indica la intervención quirúrgica.

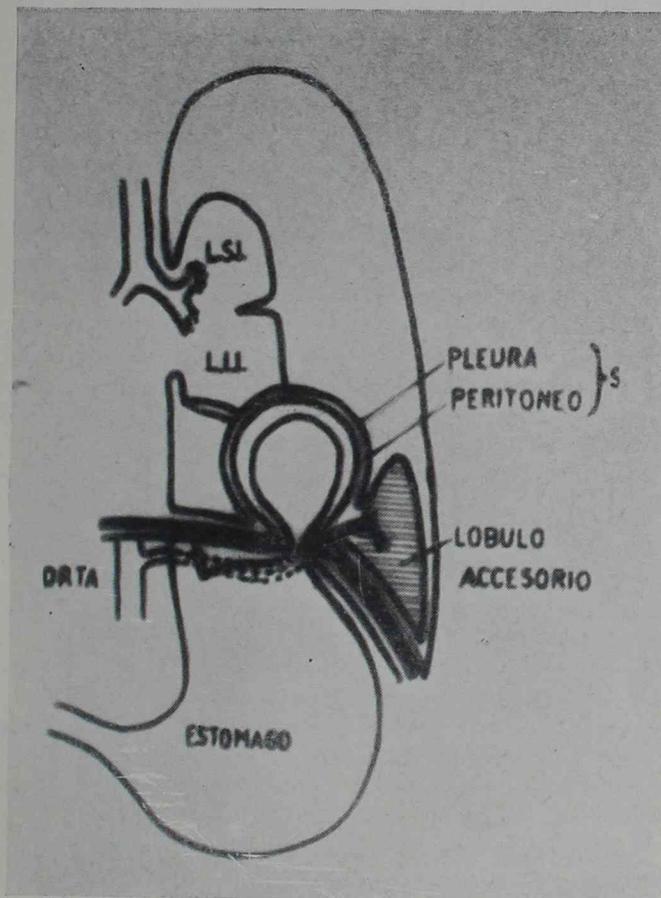
Cirujano: Dr. José E. Rivarola.

Con anestesia endotraqueal se abre el 5º espacio intercostal izquierdo hallándose inmediatamente un grueso saco herniario, globuloso cuyo anillo de unos 3 cm. de diámetro, se encuentra inmediatamente por delante del centro frénico en posición antero-interna. El contenido se reduce en forma parcial. El pulmón izquierdo es de apariencia normal, sin adherencias.

En la cara posteroexterna del saco herniario aparece una masa de tejido con aspecto de pulmón colapsado, de superficie lisa, brillante, rojo oscuro, con un borde inferior que reproduce la forma del seno costodiafragmático, siendo más redondeado en la parte superior: el tamaño es de unos 8 x 6 x 3 cm. Esta estructura está cubierta por pleura, presentando un hilio en la zona que adhiere el saco herniario; no tiene ninguna relación con pulmón normal.



Observación N° 1. — Radiografía de colon por enema frente y perfil, que muestra un pasaje hacia el tórax en situación anterior e interna



Esquema de la eventración diafrágica asociada a secuestro pulmonar que muestra la irrigación infradiafrágica

Se abre el saco, que está formado por una capa fibromuscular cubierta por pleura y peritoneo, y se encuentra el estómago en su interior, adherido en parte. Se lo libera fácilmente y se lo reduce a la cavidad abdominal. Luego se disecciona el hilio del pulmón accesorio, encontrando un grueso bronquio, que se abre en el curso de la disección dando salida a un material mucoso límpido; luego se liga una arteria de 3 mm. de diámetro, proveniente del abdomen, y una vena, y se reseca el lóbulo accesorio. A continuación se practica la ligadura y resección del saco, en su capa peritoneal y cierre del orificio herniario con puntos separados de seda. Cierre de la toracotomía según técnica, con drenaje irreversible a través del 8° espacio.

Durante la operación se transfunden 250 cc. de sangre.

El post-operatorio transcurrió sin incidentes, retirándose el drenaje a las 48 horas. Fue dada de alta 8 días más tarde.

El examen microscópico de la pieza extirpada (Dr. J. E. Mosquera) confirma la impresión primitiva pues demuestra la existencia de un sistema bronquial completo, con un bronquio principal de 0,8 cm. de diámetro, provisto de epitelio cilíndrico seu-

doestratificado con glándulas mucosas secretantes, músculo, cartílago y adventicia; el parénquima, de aspecto indiferenciado en algunas zonas, presenta alveolos colapsados, con zonas de infiltración hemorrágica, algunos bronquios menores dilatados.

#### OBSERVACION N° 2

V. C., 9 meses, internada en Sala IX del Hospital de Niños, el 11-V-60, número de Historia Clínica S. IX 3779. Diagnóstico: Hernia Diafragmática. Eventración parcial.

Nacido a término. Parto normal. Lactancia materna hasta los dos meses y medio. A los tres meses comienza con un cuadro de diarrea intensa con distensión abdominal, disnea y tiraje. En ese entonces se encuentra timpanismo en hemitórax izquierdo y ausencia de murmullo vesicular en esa región. No se palpa bazo. En la radiografía simple de tórax se encuentra una imagen hidroaérea correspondiente al hemitórax izquierdo. Mejora con el tratamiento por lo cual se completa el estudio radiológico.

Las radiografías muestran las imágenes típicas de una eventración parcial del diafragma izquierdo ocupado por el estómago y el colon.

10-V-60: El estado general del niño ha mejorado pesando 5,650 grs. a los 5 meses de edad. Se indica la intervención quirúrgica.

11-V-63: *Operación*: Cirujano, Dr. Aja Espil, Aytes.: Dres. Rocca Rivarola y Galíndez. Anestesta: Dr. Arrotea Molina.

Tóracotomía izquierda a nivel del octavo espacio intercostal. Abierta la pleura se encuentra un saco herniario anteroexterno que contiene estómago, colon y bazo que se reduce con facilidad a la cavidad abdominal. Sobre la cara posterior del saco se encuentra un elemento que corresponde a una secuestación pulmonar. Se abre el saco herniario que se lo reseca parcialmente extirpando con él la secuestación, cuya arteria y vena eran abdominales, siendo necesario decolar el peritoneo para que descienda el ángulo esplénico. Sutura en dos planos efectuando la imbricación del diafragma. Drenaje pleural irreversible. Cierre de la pared.

13-V-60: Se pide radiografía de tórax que muestra que el pulmón se ha res-pandido completamente. Se retira el drenaje.

18-V-60: Se retiran los puntos. Herida en buenas condiciones.

20-V-60: Se da de alta en la Sala IX y vuelve a la Sala XVII.

*Informe histopatológico*: Se recibe para su estudio una pieza quirúrgica que consiste en parte del diafragma o saco de una eventración diafragmática. Al examen de su superficie torácica, se observa la presencia de una formación pediculada, alargada en un eje, de unos 17 mm. de longitud mayor, con la consistencia y el color de un ganglio linfático. Se practican cortes transversales y longitudinales de la misma.

El examen microscópico con las técnicas de rutina y con coloración para fibras elásticas pone de manifiesto que la formación descrita está constituida por tejido pulmonar. Características principales del mismo son la presencia de bronquios de arquitectura histológica normal, con cartílago adulto y epitelio ciliado; alveolos tapi-zados por epitelio plano de aspecto normal y luz amplia y vacía de contenido (presu-miblemente ocupada por aire). Las arterias de mayor calibre tienen la estructura de arterias elásticas pulmonares de tipo fetal.

Las arterias musculares presentan grados iniciales de hiperplasia de la íntima del tipo asociado habitualmente con la hipertensión pulmonar, y las arteriolas poseen abundante capa muscular tal cual se observa en la llamada "persistencia de las arteriolas fetales" en casos de cardiopatía congénita. Las venas de pequeño y mayor calibre son de aspecto normal. No se observan procesos inflamatorios en el parénquima.

El diafragma está constituido por abundante tejido muscular estriado y varias capas de tejido elástico tapizado por mesotelio en ambas caras.

OBSERVACION N° 3

E. A. C., de 5 días. Autopsia 303-A-61.

Este paciente se internó en la Sala II del Hospital de Niños de Buenos Aires, falleciendo horas después. En la autopsia se comprobó la presencia de una hemorragia meníngea, hemorragia masiva de una suprarrenal e ictericia marcada, causantes de su muerte. Como hallazgo de autopsia se describe una malformación que consiste en la presencia de tejido pulmonar supernumerario situado en la gotera diafragmática posterior izquierda,



Observación N° 3. — Fotografía de una secuestración pulmonar. Hallazgo de autopsia en un recién nacido

Se intentó inyectar agua por esófago estando pinzado el duodeno, a fin de poner de manifiesto la conexión del bronquio fuente con el tracto gastrointestinal. Esta maniobra fracasó debido a la precoz ruptura del estómago, cuya pared presentaba varias úlceras agudas post-mortem.



La malformación se presentaba como una masa de tejido con las características de color y consistencia del pulmón, recubierta por pleura normal, y de un tamaño aproximado de 3,5 por 1,5 centímetros. El pedículo era de 1,5 cm. de longitud, contenía obviamente tres elementos tubulares con las características de arteria, vena y bronquio, y se perdía en el mediastino en la vecindad del ángulo formado por la aorta y el esófago. La disección se postergó para ser realizada luego de fijación, y no fue hecha posteriormente.

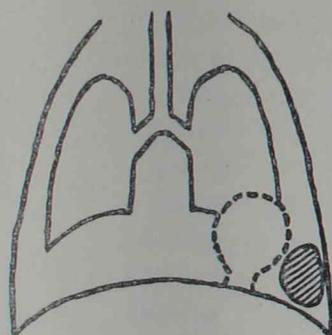
Los cortes histológicos practicados pusieron de manifiesto tejido pulmonar con todas las características de la normalidad histológica. El parénquima pulmonar es asiento de una intensa congestión sin signos inflamatorios, y con grandes zonas atelectásicas. Los vasos pulmonares tienen las características normales para la edad del paciente (5 días). El bronquio fuente es de gran calibre.

#### CONSIDERACIONES

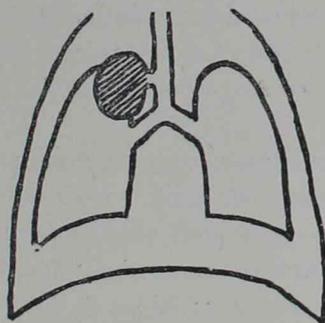
1) El lóbulo o pulmón accesorio inferior está formado por una masa de tejido broncoalveolar que presenta varias características: a) relación sólo de vecindad, sin conexión alguna, con el pulmón normal, se han

descrito tres casos en que la situación era infradiafragmática (Vogel, Valley y White) (23); e) la irrigación es sistémica, de la aorta en la mayoría de los casos o de sus ramas principales; d) casi el 90 % aparece del lado izquierdo; e) la hernia diafragmática aparece asociada en el 30 % de los casos.

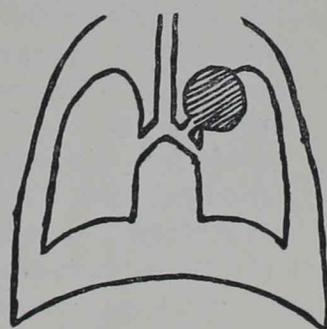
2) El gran número de variaciones en la situación y conexiones con los órganos vecinos hacen muy difícil una clasificación de las masas de



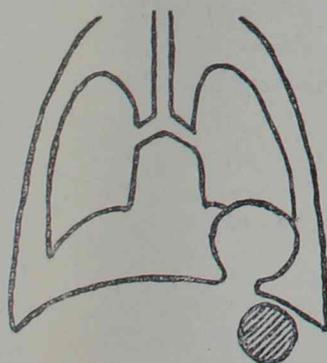
**INFERIOR**



**TRAQUEAL**

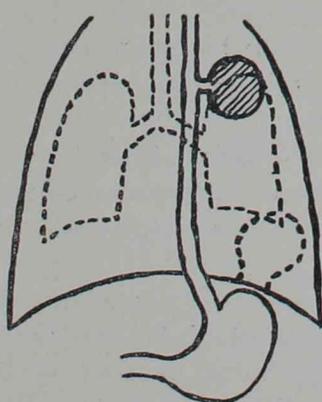


**BRONQUIAL**

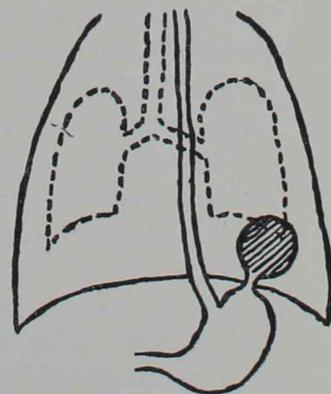


**INFRA-**

**DIAFRAGMÁTICO**



**ESOFÁGICO**



**GÁSTRICO**

tejido pulmonar ectópico. En el cuadro I se ha intentado una enumeración de estas posibilidades, que incluyen a los lóbulos accesorios inferiores, lóbulos traqueales, lóbulos esofágicos, lóbulos gástricos e infra-diafragmáticos.

Muchas de estas anomalías han sido englobadas por Pryce bajo la denominación común de "secuestraciones", a las que atribuye un mismo origen, separándolas en intra y extra pulmonares. Esto no ha sido aceptado universalmente.

Sin embargo nosotros admitimos con este autor que la secuestación pulmonar lleva implícita la condición de aislamiento de toda comunicación con el árbol bronquial y la característica de tener circulación sistémica. Por otra parte, Kafka y Beco publicaron en 1960 en caso de secuestación intra y extra pulmonar simultáneas y en relación de continuidad, siendo esta última infradiafragmática.

El lóbulo accesorio, como su nombre lo indica, es un lóbulo más que tiene relación con el pulmón y forma parte de él. La situación es menos clara en el lóbulo accesorio inferior, que tiene la característica de una secuestación.

Macrocópicamente los lóbulos accesorios pueden tener una apariencia de pulmón más o menos rudimentarios, con o sin pequeños quistes, o estar convertidos en una gran cavidad quística con epitelio respiratorio, y restos de parénquima, generalizada a nivel del hilio. La histología es de un tejido pulmonar con grados variables de indiferenciación, alterado a veces por fenómenos crónicos de inflamación, sobre todo en los casos en que hay conexión con el tubo digestivo. Es muy notable que varios autores han observado, en tejido desconectado de toda vía aérea, una apariencia de pulmón "respirado" como la observación nuestra N° 2, ó sea con espacios alveolares y bronquiales distendidos como si hubiera habido una respiración activa (Carter y Osborne (6), Davies y Gunz (10), Leahy y Mc. Callum (12); esto se ha interpretado como falsa apariencia por distensión debida a retención de secreciones, o a una excreción de CO<sup>2</sup> a nivel de los alvéolos.

La mayoría de las veces la irrigación deriva de la aorta abdominal superior o de la torácica inferior, en unos pocos casos de la suprarrenal, esplénica o intercostal. El drenaje venoso asimismo es extrapulmonar, a la azigos o la vena cava.

Ocasionalmente se ha descrito otras malformaciones, pero la hernia diafragmática es significativamente frecuente: alrededor del 30 % de los casos. Estos defectos del diafragma son siempre atípicos, clasificándose mejor como eventraciones parciales o hernias por orificio anómalo.

3) Durante el desarrollo, el aparato respiratorio aparece en el embrión de 3 mm. como un brote en la cara ventral del tubo digestivo, entre las bolsas faríngeas y el divertículo hepático; continúa su crecimiento, y a los 7 mm. ya es visible la división en dos esbozos laterales, que luego darán origen a los 5 lóbulos. Durante este período el mamelón pulmonar arrastra consigo parte del plexo vascular esplánico que envuelve el tubo digestivo y conecta con la aorta dorsal. Esta relación entre el pulmón y

la circulación sistémica se pierde luego al aparecer las arterias pulmonares, persistiendo sólo las arterias bronquiales. Mientras tanto el hígado crece hacia adelante, y por encima de él el mesénquima forma el septum transverso, la primera porción del diafragma. El cierre completo de éste se hace más tarde, a los 18-19 mm. (Boyden).

Varias teorías han sido expuestas para explicar la génesis de los lóbulos accesorios, que se pueden resumir en: a) secuestración de pulmón embrionario, sea por adherencias al epitelio celómico (Cockayne y Gladstone) (7), sea por persistencia de la circulación sistémica normal de la edad embrionaria (Pryce) (14), sea por causas desconocidas; b) duplicación o tercer pulmón (Eppinger y Schauenstein) (11): la anomalía representaría un esbozo pulmonar accesorio, no reabsorbido, proveniente del tubo digestivo, como el pulmón normal, o del esbozo respiratorio embrionario.

Hay varios hechos que favorecen la primera teoría: a) la existencia de malformaciones intermedias entre los lóbulos accesorios extrapulmonares y las llamadas secuestraciones intralobulares, o sea masas de tejido broncoalveolar situadas fuera del pulmón, pero unidas a éste por un pedículo (Muller, Kergin) (13); b) la posición de los sacos pulmonares primitivos, que son parcialmente intra-abdominales, antes del descenso y al cerrar el diafragma en estas condiciones una adherencia puede separar un segmento de pulmón, y al mismo tiempo, dificultar el cierre del diafragma (Cockayne y Gladstone) (7); c) la existencia de lóbulos o pulmones, no supernumerarios, secuestrados, o sea desconectados de las vías respiratorias y con irrigación sistémicas (Prynce, Deaton) (15).

Por otro lado, la teoría de la duplicación se basa en: a) la descripción de Hammar de un esbozo pulmonar supernumerario en un embrión de 11 mm.; b) la existencia de lóbulos accesorios unidos al tubo digestivo o al respiratorio por un pedículo; c) la aceptación general de la teoría de la duplicación para explicar hallazgos equivalentes a los lóbulos accesorios pulmonares en el tubo digestivo, o sea los quistes enterogénicos, etc. (Gross, etc.).

Ninguna de estas teorías ha sido definitivamente aceptada, hasta el presente, y el estado actual de los conocimientos no permite una explicación satisfactoria de la aparición de estas masas de tejido pulmonar supernumerario, asociadas a anofalias de la irrigación y defectos diafragmáticos.

4) Los lóbulos accesorios no suelen dar sintomatología ni son incompatibles con la vida, pero las malformaciones asociadas han sido causa frecuente de muerte en el recién nacido, apareciendo entonces los lóbulos accesorios como hallazgos de autopsia. Con cierta frecuencia han sido descubrimientos radiográficos, sea del pulmón accesorio, sea de la hernia diafragmática.

Nosotros consideramos la eventración diafragmática como una hernia por debilidad. Distinguimos la eventración total idiopática de la que suele acompañar en las parálisis obstétricas del miembro superior y la eventración parcial en la cual una zona del diafragma limitada, forma un saco que contiene las tres capas: pleura, músculo a veces representando sólo fibras aisladas y peritoneo. Esta eventración no tiene un sitio anatómico determinado sino que se hace en cualquier parte del diafragma.

El diagnóstico radiológico de la eventración parcial tiene signos que uno de nosotros ha descripto (Rivarola, J. E.) (24); el signo de la repisa que permite asegurar la existencia de un seno costodiafragmático y de una porción del diafragma y el signo del desfiladero que indica el pasaje de las vísceras abdominales hacia el tórax a través de un orificio determinado. Este último signo sirve para diferenciar la eventración parcial, de la pleuro lateral de Boehdalech. En efecto, éstas tienen un pasaje pósterolateral determinado embriológicamente, y visible perfectamente en la radiografía de frente (pasaje lateral), y de perfil (pasaje posterior). En cuanto a las eventraciones parciales, el pasaje no es pósterolateral sino que se hace en cualquier sitio del diafragma muchas veces anterior y medio.

En nuestras observaciones el diagnóstico de eventración parcial fue hecho previamente. Por ello la vía de abordaje fue la toracotomía.

Deseamos aclarar que utilizamos siempre la toracolaparatomía para la hernia de Boehdalech y la toracotomía para la eventración.

Ambas son superiores en la vía abdominal, que en el caso especial de hallazgo una secuestación pulmonar crearía graves dificultades para hacer una intervención correcta.

#### RESUMEN

Se presentan dos niños portadores de eventración diafragmática parcial izquierda, operados con diagnóstico previo de este tipo de lesión. En el curso de la internación se halló en ambos una secuestación pulmonar (lóbulo inferior accesorio). Además se relata un hallazgo de autopsia de un recién nacido, con una secuestación pulmonar sin eventración diafragmática.

Se hace comentario sobre su patogenia e interpretación, asociándose al concepto de Pryce, que considera secuestación pulmonar al segmento de pulmón, ya sea intra o extra pulmonar, en circulación sistémica y sin conexión alguna con el árbol bronquial.

Se describen los signos radiológicos que permitieron hacer el diagnóstico de eventración parcial y se aconseja la vía torácica, que emplean en estos casos, como de elección para tratamiento de este tipo de hernias diafragmáticas.

Geigy

Indicaciones  
Distensiones, contusiones,  
magulladuras, distorsiones,  
luxaciones

Flebitis superficiales y secuelas  
inflamatorias de las varices, sin  
solución de continuidad en la piel.

Como medida local en apoyo  
del tratamiento de las afecciones  
dolorosas del aparato locomotor  
— miositis reumáticas y otras  
afecciones musculares,  
como lumbago y torticollis  
— tendinitis y tendovaginitis,  
sinovitis no purulentas

Presentación

Pomada al 5 %

Pomo de 20 g.

Envase clínico de 500 g.

Nuevo! Butazolidina<sup>®</sup> pomada



Geigy Argentina S.A.  
Departamento Farmacéutico  
Casilla de Correo 5119,  
Buenos Aires



# Acido Orótico

Vitamina B<sub>13</sub>

en altas concentraciones y extrema pureza

## OROPUR

El ACIDO OROTICO, Vitamina B<sub>13</sub>, integrante como "unidad de código" del ácido ribonucleico, posee en PEDIATRIA interesantes aplicaciones terapéuticas por sus propiedades nutricionales:

FACTOR WHEY o **factor proteico animal**, incrementando la síntesis de las proteínas específicas del organismo.

**Este proceso anabólico es enteramente fisiológico, sin los peligros potenciales de las hormonas anabólicas.**

FACTOR DE CRECIMIENTO Y AUMENTO PONDERAL, habiendo rendido excelentes resultados en el tratamiento de niños inmaduros, distróficos y con escaso desarrollo (Cincone y col.).

FACTOR GALACTOSA ANIMAL (conversión de la galactosa en glucosa), de gran valor en la fisiología intestinal del lactante.

### INDICACIONES EN PEDIATRIA

Niños inmaduros, distróficos y con retardo en el crecimiento y desarrollo ponderal.

Lactantes y niños con trastornos de la nutrición, anorexia, flacura y alteraciones de la flora intestinal.

Suplemento dietético en niños con alimentación sin leche.

### PRESENTACIONES:

OROPUR gotas pediátricas, al 30 % en base de sorbitol.

XX a XL gotas, dos veces diarias.

OROPUR jarabe de sorbitol, al 6 % (sin azúcar)

2 a 4 cucharaditas diarias

QUIMICA DUMONT FRERES

Oficinas: Charcas 5013/15 - T. E. 772 - 3269 - Buenos Aires

## RESUME

On présente deux enfants porteurs d'une éventration diaphragmatique partielle gauche, opérée avec diagnostic préliminaire de ce type de lésion. Au cours de l'intervention on rencontre dans les deux cas une séquestration pulmonaire (lobe accéssoire inférieur). On présente aussi une autopsie d'un nouveau né avec séquestration pulmonaire, sans éventration diaphragmatique.

On commente sa patogénie et son interprétation en s'associant à la conception de Pryce qui considère séquestration pulmonaire, en circulation directe et sans aucune connexion avec celle de l'arbre bronchiale.

On décrit les signes radiologiques qui permettent de faire le diagnostic d'éventration partielle et on conseille la voie thoracique, employée dans ces cas, comme d'élection pour les traitements de ce type d'hernie diaphragmatique.

## SUMMARY

Two cases of partial left diaphragmatic eventration are presented, these patients were operated upon with this diagnosis and in both a pulmonary sequestration (accessory lower lobe) was found. Another case of pulmonary sequestration without diaphragmatic eventration is presented as a post mortem finding in a new born.

Comments are made on the pathologic interpretation following the concept of Pryce, who considers that the pulmonary sequestration is a segment of lung, located inside or outside the lung with direct systemic circulation and not connected to the bronchial tree.

The radiologic signs are described that allow the diagnosis of partial eventration of the diaphragm to be made. The thoracic approach is favored for the elective treatment of this type of diaphragmatic hernias.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Bolch, F.* — Virchows Arch. Path. Anat., 319:20, 1950.
2. *Bear, H. S. and D'Abreu, A. L.* — Publications of the foregut. Brit. J. Ling., 37:220, 1949.
3. *Boyden, E. A.* — Am. J. Surg., 89:79, 1955.
4. *Bruch, H.* — Wien Klin. Wchnschr., 65:304. Abstract en Am. J. Dis. Child., 89, 379, 1954.
5. *Brower, A.; Clagett, C. T. and Mc Donald, J. R.* — J. Thr. Surg., 19: 1957, 1950.
6. *Carter, H. and Osborn, N. A.* — J. Obst. and Gynae. Brit Emp., 43:1194-1195, 1936.
7. *Cockayne, E. A. and Gladstone, R. J.* — J. Anat. Lond. 1917, 52:64-96.
8. *Cole, F. H.; Alley, F. H. y Jones, R. S.* — Surg. Gynec. y Obst., 93:589, 1951.
9. *Cotton, B. H.; Spaulding, K. y Penido, J. R. F.*
10. *Davis, D. V. and Gunz, F. W.* — J. Path. Boet, Lond., 1944, 56:417-427.
11. *Eppinger, H. and Schanewstein, W.* — Knankleiten, Engebn. d. allg. Path. Anat. 8:267-275, 1902.
12. *Leahy, L. J. and Mac Callum, J. D.* — J. Thoracic. Surg., 20:72-76, 1950.
13. *Keorgin, F. G.* — Thorac. Surg., 23, 55, 1952.
14. *Pryce, D. M.* — J. Path. and Bact., 58:457, 1956.

15. *Pryce, D. M.; Sellors, T. H. and Blain, L. G.* — Brit. J. Surg. 1947, 35:18-29.
16. *Sr. Raymend, Al. H.; Hardy, J. D.; Robins, S. G.* — J. of Thoracic Surg. 31: 354, 1956.
17. *Rektorzik, E.* — Wchnbl. d.K.K. Gesellsch d. Aerzte in Wien, 17:4-6, 1861.
18. *Rokitansky, H.* — Citado por Davis y Gunz.
19. *Smith, R. A.* — Thorax 11:10, 1956.
20. *Santy, P.; Bernard, M.* — Galy p. Nguyen Huli. J. Fr. ed. Chi. Torax 6:101, 1952 (G.S.O. Nove. 1952, 442).
21. *Schofield, G. E.* — Brit. S. Surg. 43:327, Nov. 1955.
22. *Scheidegger, S.* — Frank. Z. Path. XLIX 362, 1936. Sjolte I.P.I. y Christiansen M. J. Arch. Path. Anat. CCCII, 93, 1938.
23. *Valle, A. R. y White, M. L.* — Dis. of Chest., 13:63, 1947.
24. *Rivarola, J. E.* — Arch. Arg. de Pediatría XXVI, T. XLIV, Julio 1955.

## Fístulas Enterocutáneas de la Infancia

### Conducta Clínico - Quirúrgica

DRES. ALDO O. PEROTTO, MARIO J. CALVI, JUAN L. MASSA, MARTIN  
ODRIOZOLA, DELIO AGUILAR y WALTER CARVALLO (\*)

Motiva la presentación de este trabajo a la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil, el deseo de completar el ya leído ante el XXXIII Congreso Argentino de Cirugía (7), en el que se mostraba el resultado satisfactorio de 2 niños operados, el preoperatorio de un tercero, que presentaban todas fístulas enterocutáneas. Se relata aquí el resultado post-operatorio de este último niño, agregando a la casuística un nuevo caso.

Teniendo en cuenta las opiniones divergentes que sobre el tema existe, creemos que la experiencia que estos cuatro niños nos ha dejado, nos permite delinear una conducta terapéutica, que con el concurso de nuevos casos, podrá asentar normas algo más definidas que las que existen hasta este momento, ya que analizando la bibliografía consultada, se ha podido encontrar un solo trabajo sobre este tema en la infancia (10).

Llamamos fístula entero-cutánea al trayecto patológico que comunica el lumen intestinal con la superficie cutánea, a través del cual sale parte o la totalidad del contenido intestinal.

La primera descripción que se encuentra en la literatura médica data de 1598; a partir de entonces aparecen algunos trabajos como los de Kirmisson (9) a principios de este siglo, Dupuytren, Scarpa, For-

---

(\*) Instituto Municipal de Cirugía y Ortopedia Infantil, Sala 7 Hospital Pirovano. Jefe: Prof. Dr. Sebastián A. Rosasco.

gue (5), Smith (12), Williams, y entre nosotros Finochietto (4) y Gaetani (6), que se refieren al tema, pero siempre en adultos.

Las causas más comunes citadas en la literatura moderna son: Apendicectomía 50 % (se debería a que podría quedar incluida una porción de ciego al hacerse el 2º punto de la jareta), técnicas inadecuadas 25 %, cáncer 12 %, restos apendiculares, puntos de hilo, coprolitos, ileítis regional, T.B.C. y actinomicosis 12 % (4).

Los 4 casos aquí presentados corresponden en su totalidad a fistulas postapendicectomías.

#### CASO N° 1

P. R. E., 13 años, sexo masculino. Peso al ingreso 34 Kg. H. C. 8387.

Apendicetomizado y reintervenido con diagnóstico de intestino delgado volvulado en otro servicio. A los 12 días ingresa a nuestro Instituto, donde 24 horas más tarde se comprueba la presencia de una fístula sobre la cicatriz operatoria. Tratado médicamente durante 4 meses, se lo envía a su casa con mejoría del estado general y disminución del tamaño de la fístula. Tratamiento quirúrgico de la misma a los 9 meses de su internación. Alta curado a los 15 días. Evolución postoperatoria al año: normal.

Diagnóstico definitivo: Fístula yeyuno-cutánea.



Fig. 1. — Esquema de fístula en el Caso 1

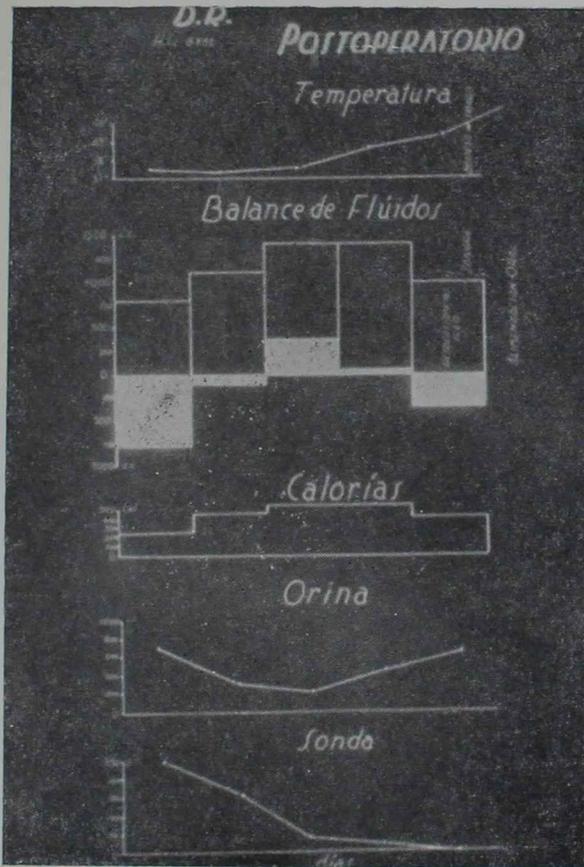


Fig. 2. — Ionogramas y pesos Caso 2

## CASO N° 2

D. R., 8 años, sexo femenino. Peso de ingreso: 20½ Kg. H. C. 0811.

Apendicetomizada en España en el mes de enero de 1960, con formación inmediata de fístula estercorácea. Tratada en dicho país durante 7 meses. Ingreso al Instituto en noviembre de 1961; se la trata médicamente y se la opera en abril de 1962. Postoperatorio inmediato: hematoma de pared que se drena a los 7 días.

Evolución normal. Alta a los 14 días curada. Evolución postoperatoria a los 13 meses: normal.

Diagnóstico definitivo: fístula ileoceocutánea.

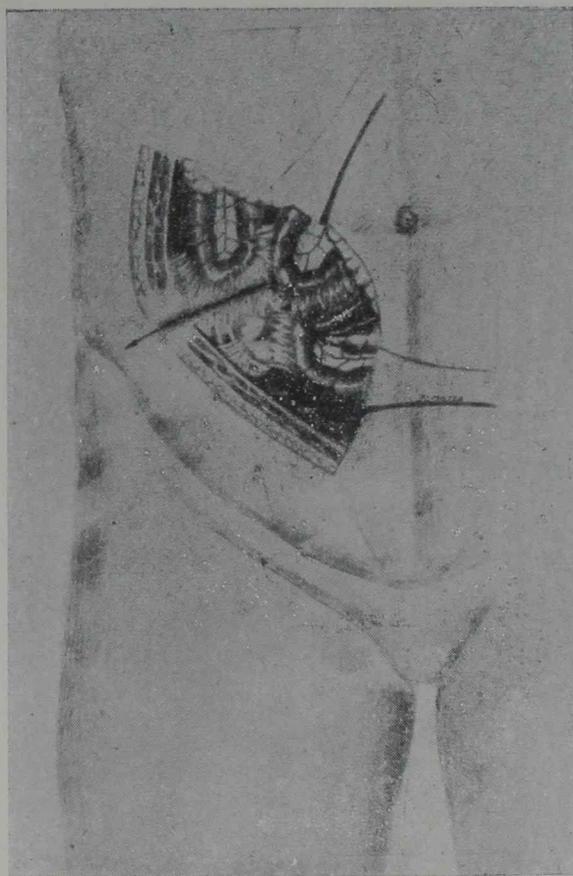


Fig. 3. — Esquema de la fístula  
(Caso N° 2)

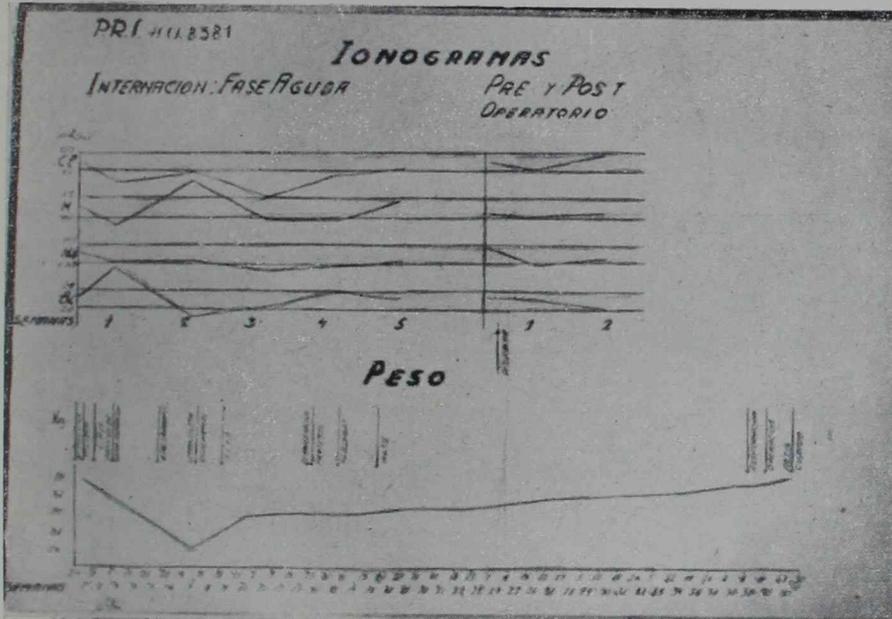


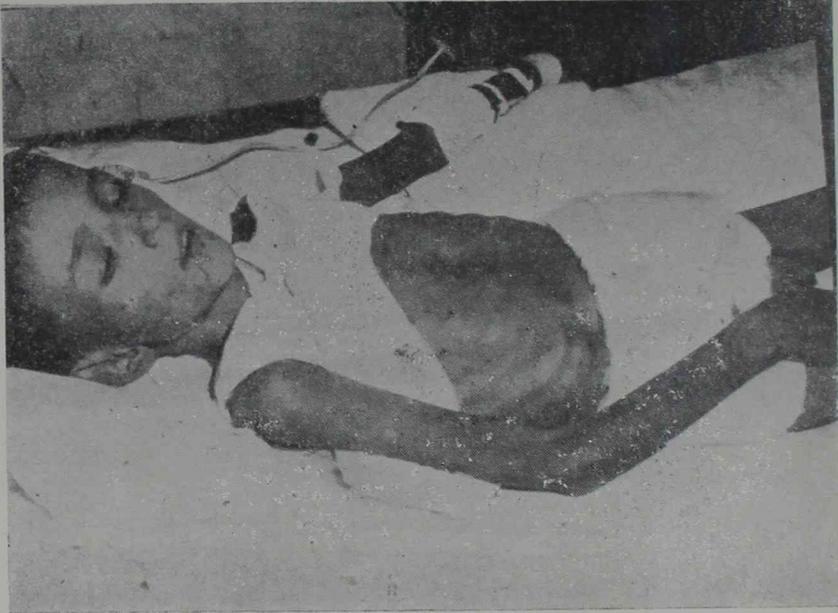
Fig. 4. — Postoperatorio  
(Caso N° 2)

Dado que este enfermo representa el ejemplo más típico del tratamiento que preconizamos se destallará más extensamente el mismo.

#### CASO N° 3

J. M., 9 años, sexo masculino. Peso al ingreso 16 Kg. H. C. 8950.

Apendicetomizado en Misiones en mayo de 1962, con aparición de fistula estercorácea a los 4 días. A los 38 días ingresa a nuestro servicio en estado caquéctico. Circulación colateral abdominal de tipo cava superior. En F.I.D. orificio por donde drena contenido intestinal. Silencio abdominal absoluto. A las 24 horas de iniciada la terapéutica de urgencia, comienzan a auscultarse ruidos intestinales que se hacen francos a las 48 horas.



Figs. 5 y 6. — Dos aspectos del niño a su ingreso al Instituto.

En este momento, expectoración fecaloide y sobre el orificio fistuloso aparición de burbujas consecutivas a los movimientos respiratorios. Se amplía la brecha de la fístula, disecándose los planos superficiales y se observa que el absceso ocupaba el fondo de saco vésico-rectal y espacio parieto cólico derecho, comprobándose más tarde por radiología su extensión al espacio subdiafragmático. La posición de Fowler disminuyó la expectoración fecaloide. Dos días después, durante un baño de inmersión con D.G.6 en posición acostada, acceso de tos con gran dificultad respiratoria, apareciendo burbujas por la boca que desaparecen al sentar al niño. El ileo se resuelve al 5º día. El estado general progresa, y es operado en marzo de 1963. Postoperatorio inmediato normal. A los 19 días alta curado.

Diagnóstico definitivo: Absceso pioestercoráceo comunicado con bronquio y abierto en piel, con fístula yeyuno-cutánea e infarto meckeliano incluido en el plastrón.

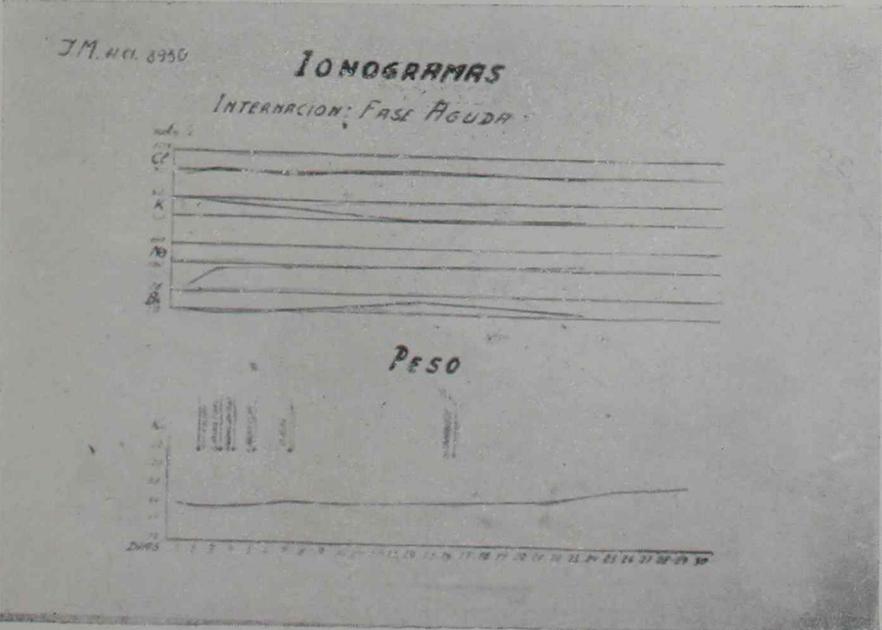


Fig. 7. — Fase aguda

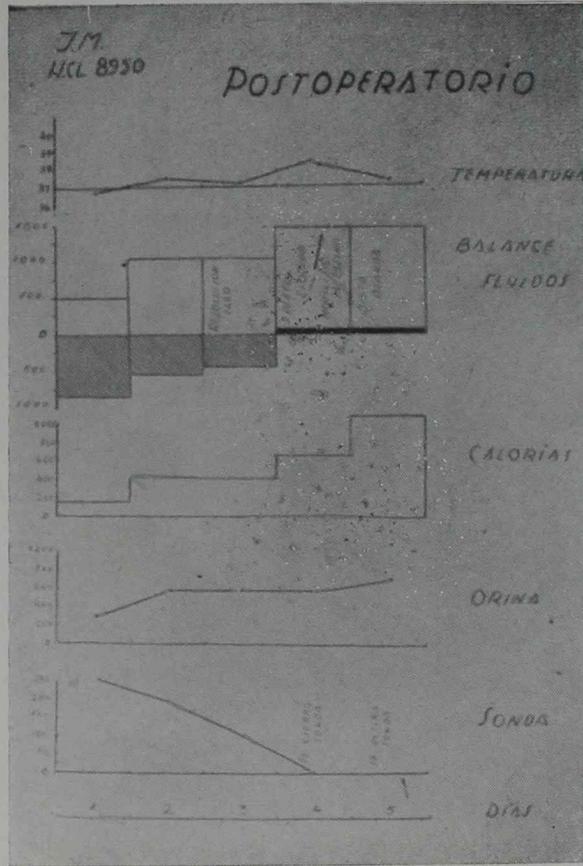


Fig. 8. — Postoperatorio



Fig. 9. — Niño en el momento del alta

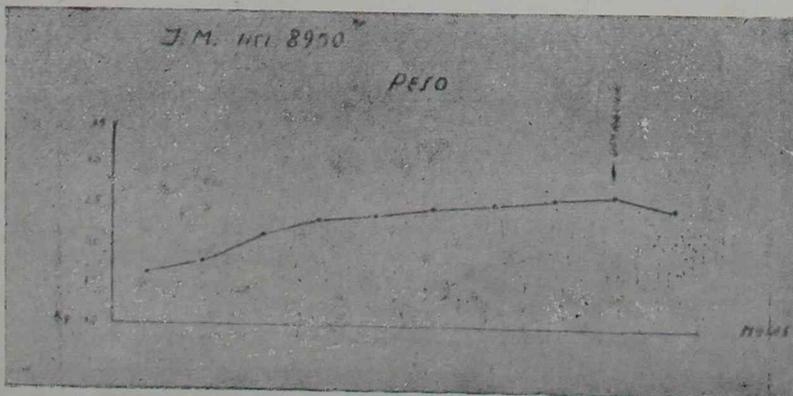


Fig. 10. — Curva de peso durante su internación

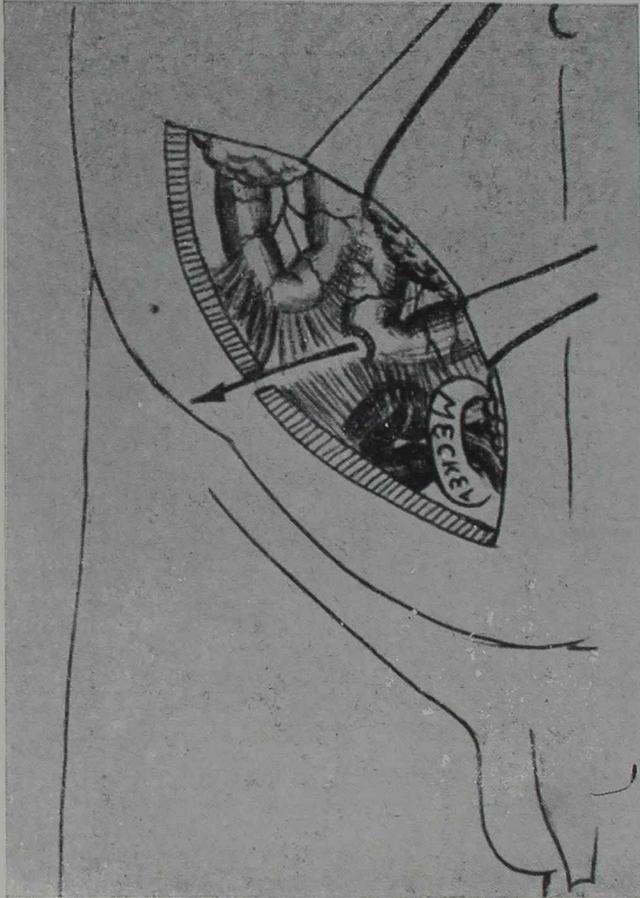


Fig. 11. — Esquema de la fístula (Caso N° 3)

#### CASO N° 4

F. V., 12 años, sexo masculino. Peso al ingreso 52,400 Kg. H. C. 9354.

Apendicectomizado en la guardia de un Hospital, ingresa a nuestro servicio 12 horas más tarde. A los 14 días, dolor en herida e hipocondrio derecho. Se explora aquélla, permitiendo la salida de abundante pus; el lavado con agua oxigenada, muestra que a continuación del pus, se elimina materia fecal líquida. Se coloca drenaje. El estado general del niño no se altera en forma ostensible. La fístula comienza a disminuir de tamaño, cerrando definitivamente a los 24 días, en forma espontánea. La evolución a los tres meses es satisfactoria.

En nuestra casuística, sobre un total de 4 enfermos portadores de fístulas entero-cutáneas, uno de ellos cerró espontáneamente su trayecto, sin otra medida que el mantenimiento del estado general.

Como hemos expresado en nuestro trabajo anteriormente citado, el plan terapéutico, para aquellos trayectos fistulosos que no cierran espontáneamente, es el siguiente:

### 1º) Regulación del medio interno:

Lo efectuamos mediante el control de tres elementos de juicio: a) el examen clínico del paciente; b) los ionogramas diarios; c) la valoración de pérdidas de agua y electrolitos (orina, heces, sonda, piel, pulmón y fístula). Conociendo estos tres factores, y teniendo en cuenta el peso diario del enfermo, se efectúa la reposición adecuada durante la fase aguda.

### 2º) Mejoramiento del estado general:

a) En la fase aguda, cuando la vía oral no es posible, se administra por vía endovenosa: líquidos, sales, sangre y soluciones de aminoácidos. Con esto tratamos de disminuir el intenso catabolismo en que se encuentran estos enfermos b) Intubación gastro-duodenal con sonda Miller-Abbott que aspiramos cada dos horas; se mantiene abierta hasta la aparición de ruidos intestinales francos, retirándola luego de 24 horas de control con sonda cerrada, c) Cuando se hace posible la vía oral (tratar de hacerlo precozmente), se da regímenes hipercalóricos e hiperproteicos. Estas medidas tienden también a contrarrestar el catabolismo. d) Anabólicos usados en dosis habituales. e) Antibióticos de amplio espectro administrados por vía endovenosa en la fase aguda, y luego por vía oral o intramuscular. f) Polivitamínicos. g) Maso y kinesioterapia: tratando de evitar con estas medidas que el reposo obligado lleve a la atrofia muscular con secuela de artritis traumática recidivante.

Harry C. y colab. (8) preconizan, en adultos, la alimentación total por vía endovenosa, proscribiendo la vía oral. Observaron que con esta técnica la fístula dejaba de drenar después de 2 a 4 días. Administran Sol. de Dextrosa al 10 % y caseína hidrolizada, a la que agregan 10 gr. de Cl Na más 3 gr. de Cl K con vitaminas B y C. Esta administración endovenosa dura de 7 a 28 días. La operación la efectúan en el período subagudo, a un mes de promedio, de constituida la fístula; y la abordan por vía alejada. Pensamos que esta técnica no debe ser utilizada en niños: 1) porque con esta alimentación no se aportan ácidos grasos indispensables; 2) porque toda alimentación endovenosa debe ser utilizada como prótesis temporaria, hasta que la vía natural se restablezca; 3) porque los niños no colaboran en la medida conseguida en los adultos; 4) por las alteraciones bucales a que lleva la falta de uso.

### 3º) Tratamiento local:

Colocamos en la primera fase o aguda, aspiración continua del trayecto fistuloso, que evita en gran parte la digestión de los tejidos vecinos; b) pasado el momento de desequilibrio humoral, aplicamos sobre el orificio de la fístula, placenta fresca humana, isogrupo e iso Rh. La clasificación de la placenta, se efectúa de acuerdo al grupo y Rh de la parturienta dadora. Dicha glándula se recoge en un recipiente esterilizado a seco, y en el plazo más breve, se corta en cubos, desechando las mem-

branas. Estos trozos se colocan en cubeteras comunes y se conservan en el congelador; c) otro regenerador tisular local que utilizamos ha sido el asiaticoside; d) simultáneamente, tratamos de disminuir u obturar el orificio de la fístula con elementos blandos, de goma o guta, para favorecer el cierre espontáneo de la misma, y evitar a la vez la expoliación del contenido intestinal, rico en jugos y elementos minerales; e) para la dermatitis de contacto usamos pastas protectoras del tipo siliconadas, al agua o de aluminio (estas últimas con resultados poco efectivos); f) en plena etapa de recuperación local y del estado general, utilizamos los rayos ultravioletas, que los administramos de acuerdo a las técnicas habituales de la fisioterapia. La aplicación la efectuamos con el niño en posición ventral y luego dorsal, protegiendo sus ojos con anteojos especiales; en algunos casos hemos usado helioterapia (caso 2).

#### 4º) *Tratamiento quirúrgico:*

Pueden darse tres enfoques: a) tratamiento superficial del trayecto fistuloso, que lo consideramos inoperante y peligroso; b) abordaje a distancia a través de pared y peritoneo libre; c) abordaje directo con sección en losanje. Hemos utilizado esta última técnica. La peritonitis plástica abarcaba F.I.D., región infraumbilical e hipogastrio. En todos los casos hubo múltiples adherencias, que aglutinaban las asas delgadas, y que en el sitio del trayecto fistuloso hacían que éstas formaran un verdadero tubo que iba desde el orificio del asa comprometido hasta la piel. Los mesos habían perdido su carácter de libres, ya que el proceso plástico los había fijado con estructuras vecinas. El peritoneo se presentaba liso, brillante y en algunos sectores opaco, y en parte con adherencias laxas y firmes. En los tres casos se procedió a liberar las asas de estas adherencias, para evitar el "embudo", la sobrecarga del tránsito horario a través de la neoboca y la peritonitis exudativa o microbiana, y permitir la formación de una cavidad peritoneal única. En el caso 3 se encontró un Meckel infartado y necrótico de 5 cm. de longitud, que se enrollaba como un anillo alrededor de un asa, formando una verdadera hernia interna.

En cuanto al tratamiento del orificio fistuloso del asa, se efectuó de acuerdo a las condiciones en que se encontraba en el momento de la internación. Así: el N° 1 se trató con resección en cuña del orificio; el N° 2 con resección intestinal y anastomosis término-terminal; el N° 3 con resección en cuña de ambos orificios, el de la fístula y el de la Meckelelectomía. En todos se suturó en dos planos con agujas atraumáticas de catgut 0000 simple para mucosa y músculos y seda 0000 para serosa.

Antes de comenzar el cierre de la pared, procedemos a introducir manualmente la sonda de Miller-Abbott al duodeno; pretendemos con esto neutralizar la distensión abdominal por íleo, consecutivo al acto quirúr-

**ESTIMULANTE FISIOLÓGICO DEL  
APETITO Y DEL ANABOLISMO**



- **Clorhidrato de DL Carnitina**, principio natural de acción específica en la restauración del apetito y en la normalización del balance nitrogenado (1), (2).
- **Aspartatos de potasio y magnesio**, agentes fisiológicos defatigantes (3).
- **Vitaminas B<sub>1</sub> y B<sub>12</sub>**, estimulantes del apetito y crecimiento (4), (5).
- **Glicerofosfatos de calcio y sodio**, nutrientes estimulantes de la célula nerviosa.

(1) Gulewitsch y col.: Ztschr. f. Physiol. Chem., 1905, 45, 631.  
(2) Fraenkel, G. y col.: Arch. Bioch. Biophys., 38, 405, 1962.  
(3) Wetsel y col.: Science 110: 651, 1949.  
(4) Kruse, C.: Northwest Med., p. 597, June 1961.  
(5) Laborit, H. y col.: La Presse Medicale, 66, 2125, 1958.

# Espartamen



**LABORATORIOS ANDRÓMACO**  
AV. ING. HUERGO 1145 - T. E. 33-2571 - BS. AIRES

ORTOPEDIA

**UPRAM**

Especialidad en correcciones  
para niños

★ ★

PARAGUAY 950

TEL. 32 - 9893

PROTESIS DE DACRON Y TEFLON

SUTURAS ATRAUMATICAS CARDIOVASCULARES DEKMATEL  
MERSILENE  
ETHICON

SUTURAS CON CATGUT EXTRANJERAS

SURTIDO COMPLETO EN SONDAS NACIONALES E IMPORTADAS

**UREA REX**

PARA USO ENDOVENOSO

CORDOBA 2401

T. E. 83 - 0338/9

EL MEDICAMENTO EXTRANJERO QUE FALTE EN PLAZA O QUE NO SE  
FABRIQUE EN EL PAIS, FARMACIA REX SE LO CONSEGUIRA.

gico y hacer profilaxis de las dehiscencias de las heridas intestinales.

En todos los casos el cierre de la cavidad se hizo sin drenaje.

El cierre de la pared adominal fue siempre sobre tejidos sanos, realizando una disección de sus planos en forma retardada (4), vale decir después del tiempo séptico, previo cambio de campos, instrumental y guantes (4), para evitar la contaminación de los tejidos a suturar.

En el caso N° 2, por falta de plano aponeurótico se recurrió al colgajo de Sperne.

*En síntesis:*

a) abordaje directo; b) liberación de las asas del plastón peritoneal plástico; c) tratamiento de la fístula; d) intubación manual del duodeno; e) disección de los planos superficiales retardada; f) cierre sin drenaje.

#### CONCLUSIONES

Dilatar toda tentativa quirúrgica precoz. El lapso entre la constitución de la fístula y el tratamiento quirúrgico, debe servir para efectuar todos los procedimientos posibles que lleven al niño a un balance nitrogenado positivo. Restablecer lo más precozmente posible el tránsito intestinal para evitar la fuga de líquidos. El enfoque quirúrgico debe hacerse después del semestre. Este debe ser radical, con abordaje directo, liberación de adherencias y cierre de la pared por planos con Nylon o alambre. En algunos casos es útil el colgajo de Sperne. Debemos señalar que el tratamiento preoperatorio es una etapa que pone a prueba la paciencia y constancia de médicos y familiares, ya que aparte de su duración resulta caro.

#### RESUMEN

Se presentan cuatro casos de fístulas enterocutáneas en el niño. Se señala la importancia y se detalla extensamente la preparación preoperatoria. Se propone una forma de abordaje quirúrgico.

#### RESUME

Chez les enfants il se présent quatre cas de fistules "enterocutáneas". On signale l'importance et on détail á fond la préparation pre-operative. On propose une forme d'abordage chirurgique.

#### SUMMARY

In childhood there are four kinds of sub-cutaneous fistulous. The importance of the case is remarked and pre-operative preparation is detailed. A special operative technique is advised.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Begouin, Papin* y col. — Tratado de patología quirúrgica. Tomo IV, 575-7; 1934.
2. *De Nicola, Gaetani*. — Bol. y trab. de la Soc. Arg. de Ciruj., 416; 1944.
3. *Edmunds, L. H.; Williams, G. M.; Weech, E.* — Fístulas externas provenientes del tracto gastro-intestinal. Ann. Cirug. 8:571-6; 1960.
4. *Finochietto, R.* — Prensa Méd. Arg. XXX, 1262; 1943.
5. *Forgue y Riche*. — El divertículo de Meckel, su rol en la patología abdominal. Doin Edit., 263-306; 1907.
6. *Gaetani*. — Bol. y Trab. de la Soc. Arg. Ciruj., 328; 1944.
7. *Gnecco, Perotto, Calvi, Odriozola, Massa*. — Fístulas enterocutáneas en la Infancia. XXXIII Congr. Arg. de Cirug.; 1962.
8. *Harry, C.; Hull, M. D.; Barnes, T.* — Alimentación endovenosa total en el tratamiento de fístulas del intestino delgado. Ann. Cirug. N° 5, Vol. 10, 753-59; Mayo 1951.
9. *Kirmisson*. — Manual de Cirugía Infantil. Edit. Saturno, Calleja Fernández, pág. 532; 1907.
10. *Laserre, J.* — Fístula cutánea por divertículo de Meckel abierta en el ombligo. J. Med. Bordeaux 135-9, 911-7; 1958.
11. *Roesel, R. W.; Mc Kain, J. M.* — Enterocutaneous fistula. An unusual complication of partial enterocele: report of a case. A.M.A. Arch. Surg. 80:634; 8 abril 1960.
12. *Smith, J. R.* — Accessory enteric formations, a classification and nomenclature. Arch. Dis. Child. 35:87-9; Feb. 1960.

## Tratamiento de la Rodilla en Flexión

DRES. MARCELO GAMBOA y SAMUEL PARERA GAVIÑA

Sabemos que la mejor actitud funcional de la articulación de la rodilla, es la posición de extensión, principalmente durante la marcha o la posición erecta.

En las enfermedades de origen muscular, así como también en las de origen articular, la contractura más frecuente reside en los músculos flexores. La razón es de todos conocida; en los trastornos del aparato articular, se atrofian, ante todo, los músculos extensores, en tanto se mantiene mucho mayor tiempo la energía de los grupos musculares flexores; si agregamos a este predominio la posición de reposo articular, esto es, en semiflexión, es obvio que la rodilla alcanzará una posición de flexión permanente, más o menos acentuada.

Para el tratamiento de este vicio de posición, en los casos ligeros son suficientes, por lo general, medidas muy sencillas, tales como la aplicación de bolsas de arena, tracción continua, férulas de diferente tipo, torniquetes, etc. Pero, en los casos de origen mio-génico, o nervioso central, paraplegías espásticas, en los que la contractura y la flexión de la rodilla suelen ser muy pronunciadas, la causa principal reside en el acortamiento de los músculos insertados en la tuberosidad isquiática y en los gemelos de la pierna.

También en estos casos debe iniciarse el tratamiento por medio de procedimientos incruentos, para recurrir a los métodos operatorios cuando el resultado no sea alentador.

Consideramos, de acuerdo con los resultados de nuestra experiencia que en aquellos casos, en los que la flexión es muy acentuada, hasta cerca de los 90°, las pequeñas intervenciones, tales como el transplante de la inserción de origen de los músculos isquiáticos o de los músculos

gemelos a la manera de Silverskiold, no permiten alcanzar la extensión completa de la rodilla, otro tanto podemos afirmar al referirnos a las tenotomías de los flexores, que por lo general no consiguen la extensión de la rodilla, salvo en casos leves, ni aún valiéndose de maniobras forzadas que alguna vez han terminado por una subluxación posterior de la epífisis tibial, o con una fractura supra-condílea del fémur.

Es que uno de los obstáculos mayores en estas afecciones, parálisis espástica o artrogriposis; el obstáculo principal, repetimos, está representado por la retracción de la cápsula articular en su cara posterior. En consecuencia, no podemos esperar que nuestra acción sea completa si no se lleva a cabo sobre todos los elementos: músculos y tendones del hueso poplíteo y, sobre todo, la cápsula articular.

Queremos destacar que esta conducta no rige para las secuelas de tuberculosis osteo-articulares, y creemos que tampoco debe aconsejarse, con esa amplitud en la rodilla en flexión de origen poliomefítico; en esta secuela, la actividad de los músculos isquiotibiales representan un factor poderoso para mantener la rodilla en extensión en la posición erecta, aun en ausencia de la función del cuádriceps; las expansiones aponeuróticas de estos músculos a la cara interna y anterior de la metafisis tibial, obran como elemento de sostén de la rodilla y evitan la flexión en cortaplumas.

Para tratar esta secuela, Putti ideó la capsulotomía posterior, la que cumplía por incisión mediana posterior a lo largo del rombo poplíteo; con disección roma, alcanza los cóndilos femorales; secciona la porción tendinosa de los gemelos, los reclina luego con separadores, y secciona transversalmente la cápsula sobre los cóndilos femorales; desplaza los elementos vasculares y nerviosos, y la completa en la escotadura intercondílea; como se puede apreciar, respeta en su casi totalidad el aparato muscular posterior.

Esta intervención sería insuficiente para corregir la flexión de la rodilla de los espásticos, o en los casos de artrogriposis.

Para tratar las primeras, Wilson practica el abordaje articular por doble vía lateral, interna y externa; desdobra el tendón del biceps y secciona la cápsula; con legra, practica despegamiento sub-perióstico de la misma, tanto en el lado interno como en el externo, procurando hacerlo en forma completa en la escotadura intercondílea y en la zona epifisiaria posterior de la tibia; como con el procedimiento de Putti se coloca aparato enyesado en máxima corrección, algunos autores alcanzan el 58 % de buenos resultados y el 42 % entre regulares y malos.

Insistimos en hacer resaltar que, además de la retracción y de la hipertonía de los músculos posteriores, el obstáculo principal, a nuestra manera de ver, está representado por la retracción de la cápsula posterior.

Por lo que se refiere a los vasos poplíteos y al nervio ciático con sus

ramas, podemos afirmar, de acuerdo con nuestra experiencia en numerosos pacientes espásticos, que ellos no ofrecieron dificultades ya que se liberan por disección roma lo suficiente como para no ofrecer riesgos, al conseguirse la extensión completa de la rodilla

Sólo en un caso de artrogriposis, el nervio ciático era tan superficial y tan breve que oficiaba como de cuerda de un arco. En ese caso hubimos de renunciar a todo tratamiento quirúrgico.

En nuestras primeras operaciones con incisión arqueada, se nos presentó el inconveniente de la escasez de piel para cubrir el hueso poplíteo extendido en totalidad.

Esta circunstancia nos obligó, para los casos siguientes, a adoptar una incisión en zig-zag, que representa la figura de una N mayúscula, que es la que actualmente utilizamos y nos permitimos recomendar.

Procedemos del siguiente modo: Incisión externa de 12 cm. a 14 cm. a lo largo del tendón del biceps hasta la altura de la cabeza del peroné; una segunda incisión, paralela a la primera a lo largo del tendón del semitendinoso, y una tercera oblicua, desde el vértice superior de la sección interna, hasta el vértice inferior de la externa; queda así dibujada la N que habíamos mencionado.

Se disecan los colgajos bien acolchados; se penetra al espacio poplíteo, y con disección roma se aborda el ciático mayor y sus dos ramas, y se liberan completamente.

Se comienza en seguida el alargamiento de los músculos isquiáticos por medio de largo desdoblamiento en zig-zag; biceps, semitendinoso y semimembranoso; a veces alargamos también el recto interno si se presenta acortado. En el lado externo disecamos la cintilla de Maissiat, y la seccionamos transversalmente ya que, por lo general, la fascia lata se muestra retraída.

Ahondando más la disección, llegamos al plano profundo; se aíslan la arteria y vena poplíteas, de modo que puedan movilizarse en parte.

Sobre los cóndilos femorales aparece la inserción superior de los gemelos; seccionamos la porción tendinosa; se reclinan por medio de separadores romos y se aborda la cápsula posterior.

La interlínea articular se encuentra inmediatamente por encima de las ramas de la arteria articular media; se utiliza bisturí de resección porque la cápsula es muy espesa. Al penetrar al espacio articular, salen una gotas de líquido sinovial y aparece la superficie lisa y brillante nacarada de la porción posterior de los cóndilos femorales; se amplía el corte capsular sobre los condilos y luego, reclinando los vasos poplíteos, se completa la capsulotomía en la parte media.

En algunos casos, algunas adherencias fibrosas dificultan la extensión completa; una maniobra forzada los desgarran y se puede alcanzar la hiperextensión. Se suturan luego los músculos alargados con catgut cro-

mado, el tejido celular y la piel. Las ramas de la N quedan transformadas en doble Y. Yeso cruropedio por seis semanas. Marcha con el yeso a las tres semanas. Más tarde férulas nocturnas, reeducación, masajes, etc.

En algunos casos de rótula alta, por alargamiento del tendón rotuliano con la consiguiente disminución de la potencia del cuadriceps, hemos transplantado la inserción del tendón rotuliano a un lugar más distal en la tibia, a la manera de Chandler, que lo aconsejó en 1933, y ha sido actualizado por Merle d'Aubigné.

#### RESUMEN

Se presenta un estudio sobre la rodilla flexionada, de distintos orígenes y la experiencia de los autores en su tratamiento.

Se aconseja los tratamientos incruentos para los casos leves. Para los casos de origen miogénico o nervioso central en los que los procedimientos incruentos no dan resultado se aconseja el tratamiento quirúrgico. Este tratamiento mediante trasplantes se ha hecho únicamente en los casos con flexión poco acentuada.

Para los casos con flexión más acentuada se ha practicado el alargamiento de los músculos y tendones del hueco poplíteo y sobre todo la sección de la cápsula articular. Para efectuar esta operación se recurre a una incisión en N mayúscula en el hueco poplíteo. La corrección obtenida se mantiene con yeso cruropedio durante seis semanas. Marcha a las tres semanas.

Esta conducta no rige para las secuelas de tuberculosis osteoarticulares así como también no debe aconsejarse con tal amplitud en la rodilla en flexión de origen poliomiélico.

#### RESUME

On présente une étude sur le genoux fléxioné de différents origines et l'expérience des auteurs sur son traitement. On conseille les traitements incruents pour les cas légers. Pour les cas d'origine miogénique ou nerveux central, dans lesquels les procédés incruents ne donnent aucun résultat, on conseille le traitement chirurgicale. Ce traitement réalisé au moyen de transplantations s'est fait uniquement dans les cas de flexion peu accentuée. Pour les cas avec flexion plus accentuée, on a pratiqué l'élongation des muscles et tendons du creux popliteo et surtout de la section de la capsule articulaire. Pour effectuer cette opération on a recours a une incision en N majuscule dans le creux popliteo. La correction obtenue se maintient avec plâtre cruropédique pendant six semaines. Marche au bout de trois semaines. Cette conduite ne régit pas pour les séquelles de tuberculose osteoarticulaires, et ne doit pas se conseiller

non plus avec une telle amplitude dans les cas de genoux en flexion d'origine poliomyelitique.

#### SUMMARY

A Study of flexioned knee of diverse origins and experience of the authors in its treatment is resented. Ineruent treatments for the light cases are advised. For the cases of miogénic origin or central nervous, in which the ineruent proceedings give no result, the surgical treatment is advised. This treatment realized by means of translantations, is only for the cases of scarcely accentuated flexion. For the cases of more accentuated flexion, the elongation of muscles and tendons of the poplited cavity and mostly the section of the articular capsule, is realized. To execute this operation tne incision in capital N in the popliteal cavity is used. The correction is maintained by means of a cruropedique gypsum during six weeks. Walk after three weeks.

This conduct may not be used for the sequels of osteoarticular tuberculosis as well as it may not be advised so amply for the knee in flexion of pliomyelitique origin.

# La Anastomosis Portocava en la Cirugía de la Hipertensión Portal en el Niño

DR. ISIDRO PERIANES (\*)

La presente comunicación tiene por objeto dar a conocer los resultados obtenidos en el niño con el tratamiento quirúrgico de la hipertensión portal mediante la anastomosis porto-cava.

## MATERIAL Y METODO

Se operaron seis enfermos entre 6 y 12 años. Cuatro varones y 2 mujeres. La indicación operatoria se efectuó por la repetición y gravedad de las hematemesis, melenas y otros síntomas o signos de hipertensión portal grave. Dos enfermos habían sido operados previamente en otros servicios y uno en el nuestro. Se les había efectuado anastomosis espleno-renal.

*Operación* — Se empleó como anestesia la combinación pentotal curare-éter. La vía de acceso fue una laparotomía oblicua sobre el hipocondrio derecho a lo largo del borde de la undécima costilla empezando a la altura de la línea axilar anterior y terminando en la línea media; con el enfermo en decúbito dorsal pero fuertemente inclinado hacia la izquierda mediante dos almohadillas que levantan la mitad derecha del cuerpo. Se seccionaron transversalmente todos los músculos abdominales y el peritoneo. Se efectuó en todos los casos anastomosis laterolateral entre la vena cava a la altura de la vena renal derecha y la vena porta, en su mismo tronco o en su iniciación cuando recibe a la vena mesentérica.

---

(\*) Médico del Instituto de Pediatría del Hospital de Clínicas, Sala VI. "Prof. Elizalde". Sección Cirugía. Jefe: Dr. A. Magalhaes.

Para efectuar la anastomosis se pinzó lateralmente ambos grandes vasos con clamps cerrados tipo Potts, curvos, que luego se aproximaron entre sí. Si bien la oclusión lateral no significó en el caso de la cava la interrupción total de la circulación, sí lo significó prácticamente en todos los casos, en lo que respecta a la porta. La anastomosis portocava se efectuó indistintamente con puntos separados o continuos según las posibilidades técnicas de cada caso y de cada momento.

#### RESULTADOS

Uno de los enfermos falleció. Se trataba de un paciente de 7 años. No recuperó la conciencia después del acto operatorio. Si bien no se apreciaron pérdidas de sangre por ninguna vía el pulso se fue debilitando y falleció 12 horas después. No se efectuó necropsia.

De los otros enfermos, en tres de ellos se observaron hematemesis en el postoperatorio sin importancia en dos casos y masiva y grave en otro. En todos los enfermos que sobrevivieron se observaron en los días siguientes a la operación melenas discretas.

En ninguno de los enfermos portadores de várices esofágicas visibles a la radiografía se comprobó la desaparición total de las mismas por lo menos hasta el presente, pero sí su atenuación manifiesta en todos ellos.

El tamaño del bazo, en los enfermos que no habían sido esplenectomizados previamente disminuyó notablemente en un enfermo, moderadamente en otro y no se modificó en el restante.

En ninguno de los cinco enfermos que sobrevivieron excepto en uno, se observaron hematemesis en el postoperatorio alejado por lo menos hasta donde alcanza nuestro control (enfermos del interior del país), que comprende desde un máximo de 5 años hasta un mínimo de 1 año. En el enfermo que fue la excepción a raíz de un nuevo episodio en la evolución de la hepatopatía, acaeció una hemorragia digestiva de cierta importancia, ascitis e ictericia. Mejoró con el tratamiento médico y no repitió el episodio.

La evolución funcional, alejada de la enfermedad de fondo, fue controlada no por nosotros sino por el pediatra y escapa al objeto de este trabajo.

En dos enfermos se observaron cuadros clínicos en el postoperatorio medianamente alejado, parecidos al llamado síndrome de intoxicación amniacal. El cuadro comenzó con decaimiento, somnolencia, inapetencia, bradicardia, cefalea, desorientación, confusión mental, y en un caso con pérdida fugaz y transitoria del conocimiento. La mejoría se instaló rápidamente con el ayuno y posterior dieta hidrocarbonada. Se añadió además al régimen alimenticio, antibióticos y antisépticos intestinales. Los episodios no volvieron a repetirse.

## COMENTARIOS

El examen de los resultados obtenidos en esta pequeña serie de enfermos muestran que la anastomosis portocava puede prestar utilidad en los bloqueos severos de la circulación portal en el niño.

El principal y más ominoso de los síntomas de la hipertensión portal —la hemorragia digestiva masiva—, fue eficazmente combatido con esta operación hasta mucho tiempo después de efectuada.

La posibilidad de efectuar la anastomosis en cualquier sector de la porta o a lo largo de la desembocadura en ella, de la vena mesentérica, resuelve los problemas que pueden presentarse en casos de trombosis de la porta, primitiva o secundaria, a bloqueos intrahepáticos. Debe tenerse siempre presente, además, la posibilidad de efectuar otros tipos de anastomosis, tal como el terminal de porta con lateral de cava, procedimiento más sencillo de efectuar e igualmente eficaz en los informes y experiencia de numerosos autores.

La influencia favorable de esta operación sobre el tamaño del bazo muestra la relativa utilidad de la esplenectomía en los enfermos de hipertensión portal.

En resumen, debe acordarse que esta operación bien realizada procura una excelente, amplia y permanente vía de derivación de la sangre atrapada en la vena porta hacia la circulación venosa sistémica.

Algunos de los problemas que plantea esta intervención deben ser destacados. En primer lugar se trata de una anastomosis vascular riesgosa que se efectúa en vasos de gran importancia, que si eventualmente resultaren anulados por cualquier complicación operatoria técnica, pondría en grave peligro la vida misma del enfermo. Además, la necesidad de ocluir parcial o totalmente la porta durante la anastomosis añade una rémora aguda sobre la preexistente rémora venosa crónica, que se traduce casi invariablemente en melenas en el post operatorio, por lo general sin gran importancia. Han sido destacados los inconvenientes que una derivación masiva del flujo sanguíneo portal puede tener sobre el estado general del enfermo —al volcar sangre venosa intestinal a la circulación sistémica— y sobre la glándula hepática.

Este problema está siendo actualmente objeto de numerosos estudios y trabajos tendientes a aclararlo definitivamente.

Con respecto a la evaluación operatoria de la eficacia de la derivación obtenida, debe recalarse la poca utilidad prestada por el registro de las presiones portales efectuadas antes y después de la anastomosis en el mismo acto quirúrgico. Numerosos factores de error pueden simular resultados si la toma de las presiones no se efectúa registrando los gradientes entre vena porta y vena cava simultáneamente. Por lo demás, si bien estos registros pueden prestar utilidad cuando se efectúa una anas-

tomosis esplenorrenal, dada la inseguridad en obtener con ella una boca anastomótica de tamaño y permeabilidad adecuada, no se justifica plenamente en el caso la unión portocava en la que dado su tamaño y fijeza es fácil comprobarlo.

#### RESUMEN

En 6 niños con hipertensión portal cava severa la anastomosis porto cava efectuada logró reducir apreciablemente la incidencia del síndrome sobre las hemorragias digestivas y el tamaño del bazo. Correctamente efectuada esta operación da pleno cumplimiento al objetivo deseado, es decir, derivar la sangre de la porta hacia la circulación sistémica. La confrontación de sus ventajas y de sus inconvenientes arroja un suficiente margen favorable para indicar este tipo de operación en el niño, en la mayoría de los casos excepcionales en que es necesario actuar mecánicamente sobre la hipertensión portal.

#### RESUME

Dans six cas d'enfants avec severe hypertension portal, la anastomosis porto-cave effectuée a permis de réduire appréciablement l'incidence du syndrome sur les hemorragies digestives et la taille de la rate.

Correctmen effectuée, cette operation rempli pleinement l'objectif désiré, cet-à-dire, dériver le sang de la veine porte vers la circulation systématique.

La confrontation de ses avantages et de ses inconvénients donne une marge sufisament favorable pour conseiller ce type d'opération pour l'enfant, dans la majorité des cas exceptionnels où il est nécessaire d'actuer mécaniquement sur l'hipertention portal.

#### SUMMARY

In six childrens with severe portal hipertension the portocava anastomosis reduced considerably the incidence of gastric hemorrhages and the size of the spleen. When this anastomosis is properly made it fullfill its objective which is mainly to shunt blood from the portal system towards sistemic circulation. When the advantages and disadvantages are considered it seems favourable to indicate this operation in children in those instances in which a mecanical decompression is needed for the treatment of the portal hipertension.

## CASOS Y REFERENCIAS

# Hamartoma Vascular

PROF. DR. SEBASTIAN ALBERTO ROSASCO PALAU (\*)

Las malformaciones histológicas parecidas a neoplasias se incluyen a propuesta de Albrech dentro de los Hamartomas: "malformación de aspecto tumoral por error de cantidad o de posición de los elementos normales dentro de un órgano" (1).

Estas pseudo neoplasias han sido descriptas en riñón (2), pulmón y bronquios (3) y en el hígado en dos oportunidades (4) (5).

### CASUÍSTICA

M. C. R., 11 años, sexo femenino, nacida de parto con fórceps, 3,000 grs. de peso. Salvo eruptivas comunes, bien hasta los 9 años; desde esa fecha refiere aparición de tumoración en eminencia tenar de mano derecha, con dolor referido a la base del pulgar.

En el examen semiológico se obtienen los siguientes datos positivos: tumoración del tamaño de  $\frac{1}{2}$  pelota de pin-pon, sin trill, ni soplo, caliente  $\frac{1}{2}^{\circ}$  C más del lado derecho en relación con el izquierdo.

Oscilografía positiva. Gráfico I y II.

La determinación del CO<sub>2</sub> venoso en ambas manos indica:

Derecha	CO <sub>2</sub>	33,6 vol. %
		15,24 mEq/L
Izquierda	CO <sub>2</sub>	41,6 vol. %
		19 mEq/L

La arteriografía por punción radial muestra un acúmulo de vasos pequeños a nivel de la tumoración que conectan directamente las arterias con las venas; con retorno venoso precoz. (Radiografía N° 1).

---

(\*) Jefe del Instituto Municipal de Cirugía Infantil, Hospital Pirovano.



Gráfico N° 1

Planteo pre-operatorio: Resección de músculos propios de la eminencia tenar con devolución de la oposición del pulgar.

Operación: Bajo mango hemostático, anestesia intubación endotraqueal; pentothal 250 mg.; flaxedil, demerol 100 mg.; novocaína 5 mg. en lactato 1/6 molar.

Duración de la operación: 2 horas 50 minutos.

La primera hora se empleó en la resección de los músculos de la eminencia tenar:

Abductor corto del pulgar

Flexor corto del pulgar

Adductor del pulgar

Interoseo dorsal

Y en la cuidadosa electrocoagulación del lecho, una vez suspendido el mango hemostático.

El resto de la operación consistió en preparar la adducción y oposición del pulgar mediante el tendón desdoblado del palmar mayor con polea de reflexión en cubital y fijación por tunelización en cabeza de falange del pulgar y punto de alambre Bunnell (12-13-14).

Puntos separados de nylon en piel, valva de yeso.

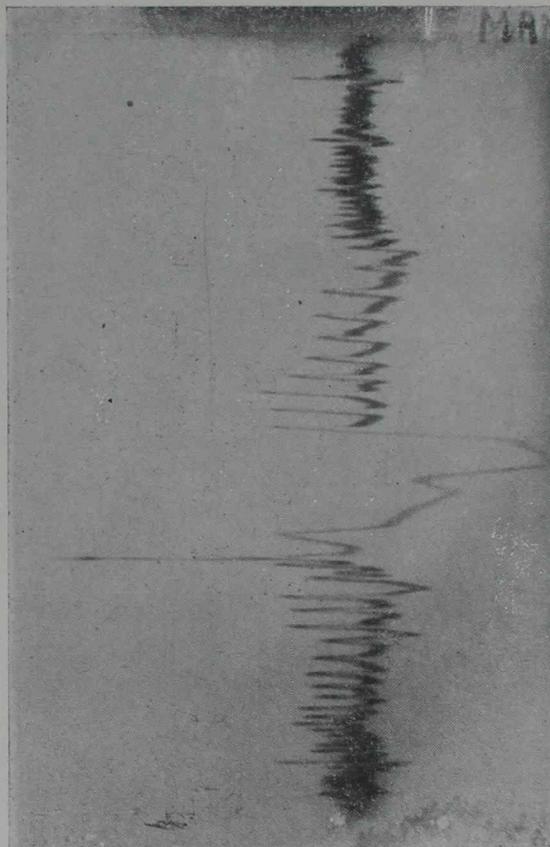


Gráfico N° 2

Presión variaciones 90/45 - 120/70

Pulso variaciones 120 - 136

Temperatura variaciones 37° C 36 2/10 C.

Respiración controlada Takaoka

Soluciones totales transfundidas, sangre 500 cc., lactato sodio 1/6 molar 300 cc.

Anestesista, Dr. Minelli, Ayudante, Dr. Urtasun.

Pos-operatorio sin inconveniente, a los 17 días se quitan puntos de piel y punto de alambre.

Kinesioterapia.

Al año control: muy buena evolución.

siempre  
que se  
necesite  
terapéutica  
oral de amplio  
espectro  
de muy  
agradable  
sabor

# **Amseclim**

## **CON AMFOTERICINA**

granulado

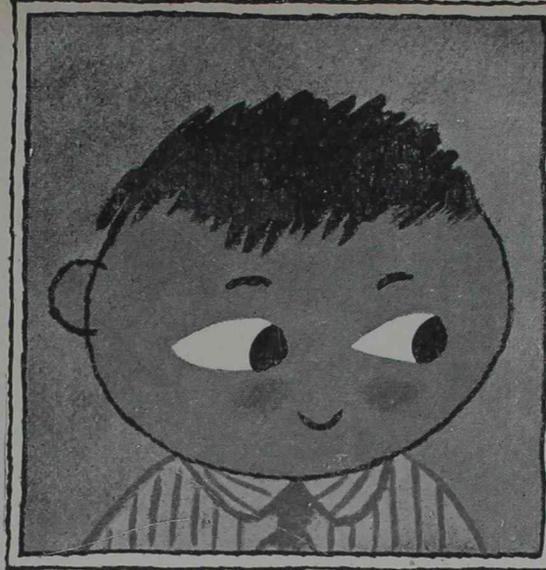
Clorhidrato de Tetraciclina  
Cloramfenicol  
Vitamina C  
Amfotericina B, Squibb

- ★ niveles sanguíneos iniciales antibacterianos más rápidos y elevados
- ★ protección adicional contra la sobreinfección micótica
- ★ delicioso sabor a chocolate
- ★ la administración individual y separada de cada dosis permite cambiar el excipiente en las tomas sucesivas, si los gustos del pequeño paciente así lo exigieran

**PRESENTACION:**

Fascos con 50 cm<sup>3</sup> (equivalente a 10 dosis de 5 cm<sup>3</sup> cada una.)

**SQUIBB**



Para sus pequeños pacientes...

**VEGANIN**

**SUPOSITORIOS  
NIÑOS**

ANALGESICOS - SEDATIVOS - ANTIPIRETIICOS

Calman sin dañar

- de fácil administración
- se absorben y actúan rápidamente
- no ocasionan intolerancia gástrica, ni molestias intestinales
- no provocan hábito ni irritación.

*La fórmula de acción sinérgica CODEINA + FENACETINA + ASPIRINA domina en un tiempo mínimo y con suma eficacia el dolor, la fiebre, la agitación y la ansiedad.*

**Presentación:**

VEGANIN supositorios Niños: Cajas de 5  
También supositorios Adultos y Tabletas.



**WARNER·CHILCOTT**

Laboratories DIV. MORRIS PLAINS, N.J. E.U.A.  
MAS DE 100 AÑOS AL SERVICIO DE LA PROFESION MEDICA



Radiografía

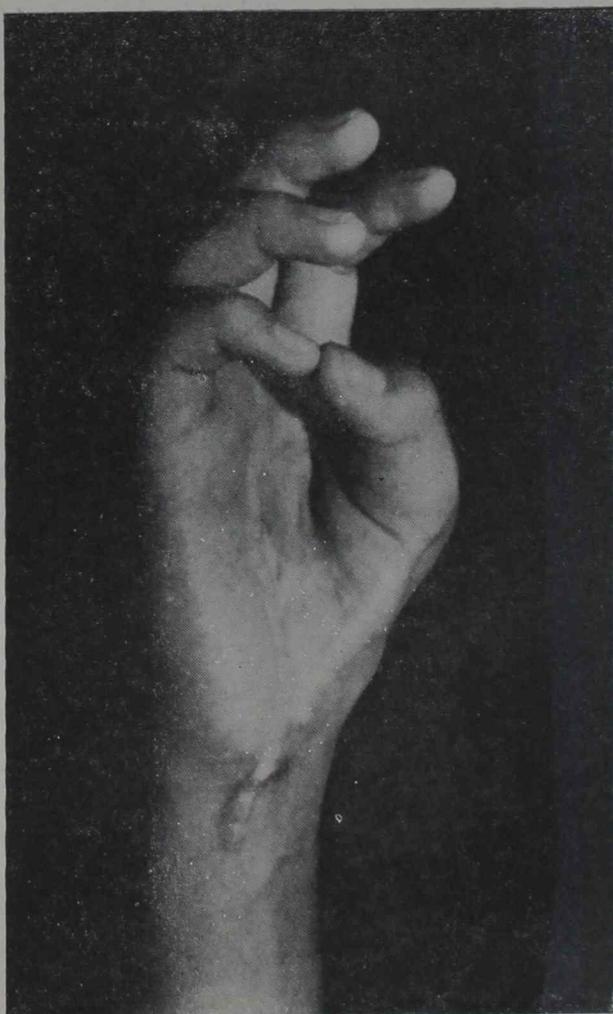


Foto N° 1



Foto N° 2

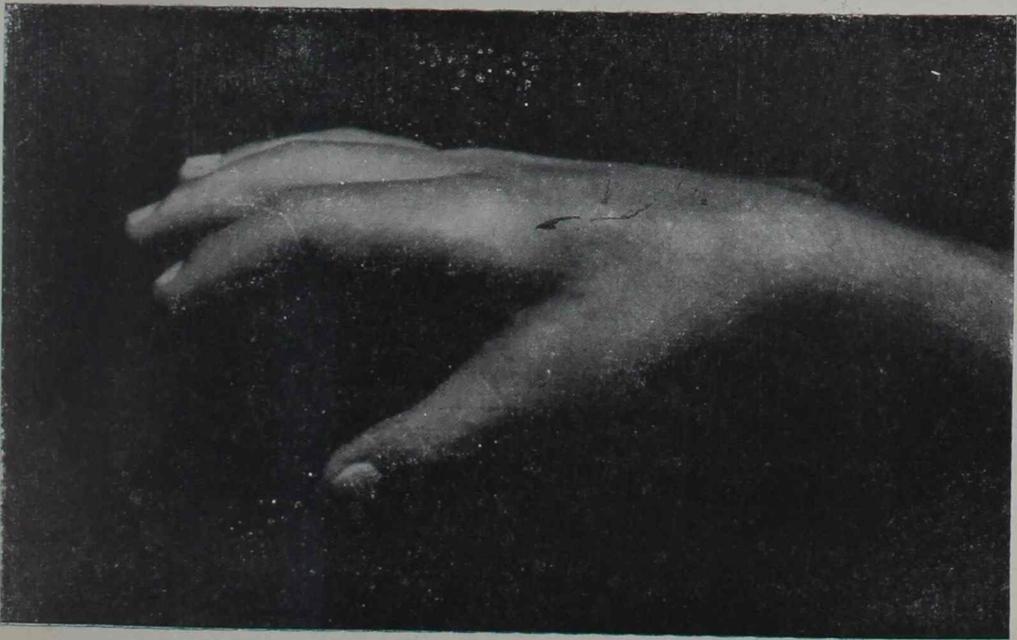
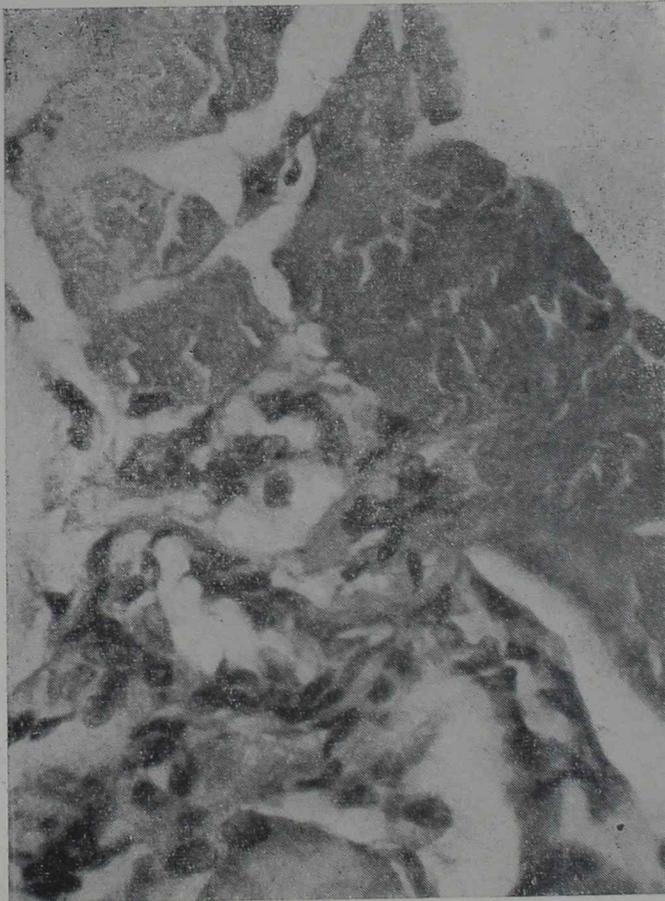


Foto N° 3



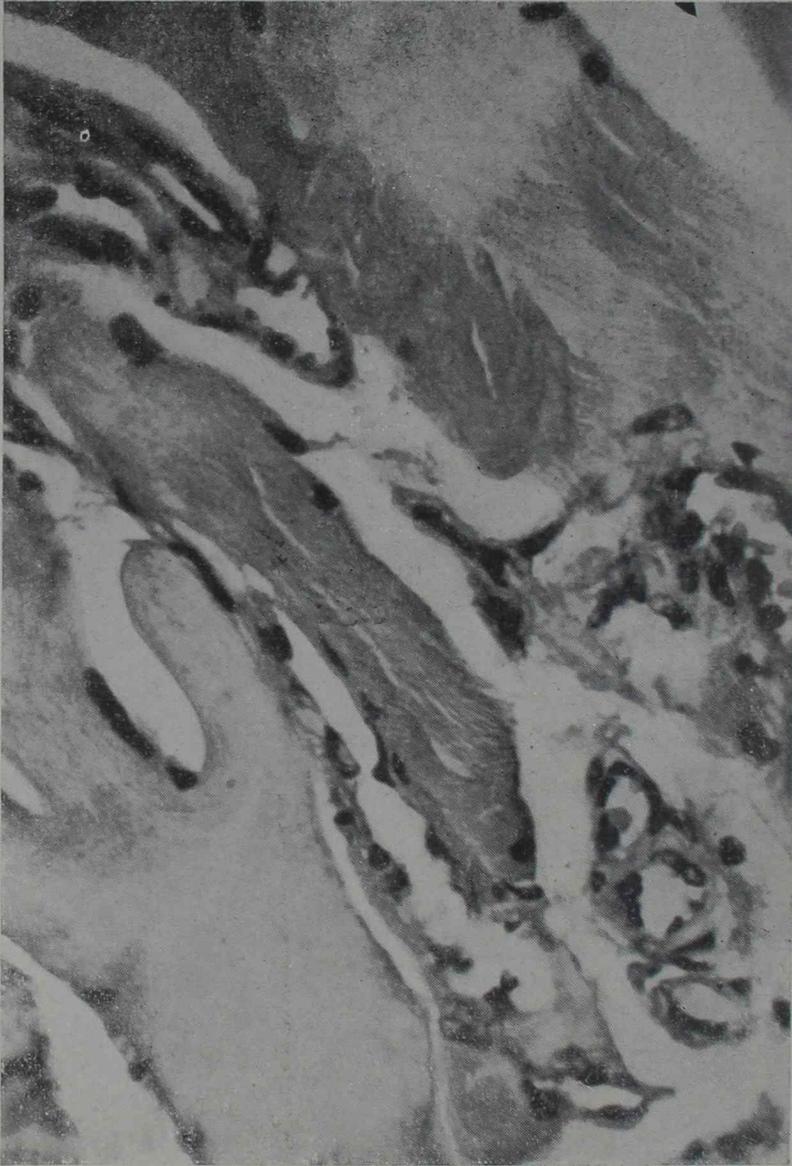
HAMARTOMA HEMANGIOMATOSO

Foto N° 4



HAMARTOMA HEMANGIOMATOSO

Foto N° 5



HAMARTOMA HEMANGIOMATOSO

Foto N° 6

En los preparados se observa que la malformación hemangiomaso ocupa tanto el intersticio interfascicular como intrafascicular perfectamente típica y benigna.

## COMENTARIO

Los hamartomas (de amartaneim, cometer errores) considerados como tumores por anomalías tisurales, desaparecen poco a poco y sólo una mínima proporción adquieren desarrollo lento y progresivo (6). Pue-

den en su evolución malignizarse. Cuando su componente es hemangiomaso configura un tumor que debe diferenciarse de los angiomas profundos y de las fístulas arterio-venosas congénitas. La angiomatosis profunda generalizada síndrome monomiélico, con o sin angiomas cutáneos, con alteraciones veno linfáticas ectásicas, tienen su máxima expresión en el síndrome descrito en 1900 por Klippel-Trenaunay.

La forma localizada correspondiente a restos anormales de naturaleza vascular independiente del sistema circulatorio es de todos conocida como angiomas y su distribución en miembros corresponde al 17 % de estos tumores (7). Su estudio sistemático puede apartar alguno de los llamados angiomas profundos aumentando el número de las fístulas arterio venosas las que sólo pueden determinarse arteriográficamente en las localizaciones de manos y pies con facilidad (8); en las demás localizaciones por dificultad en la determinación del tiempo de relleno la arteriografía en sus dos fases no es útil.

Las fístulas arterio venosas congénitas, morfológicamente aparecen en el hombre y los mamíferos superiores en los últimos meses de la vida fetal y completan el desarrollo después del nacimiento (9), adquieren en algunos casos envolturas mioepiteliales y su diferenciación funcional las prepara para la termo regulación, constituyen también el componente arterio venoso del glomus.

En la desviación de la normalidad dentro del primer grupo nos da la génesis de los tumores como el que presentamos. En los del segundo grupo la génesis del tumor glómico o glomangioma con participación del canal de Suequet Hoyer (10) (11).

#### CONCLUSION

Se presenta un caso de hamartoma vascular preponderantemente encontrado en el sexo femenino en edad infante juvenil, la tumoración presenta dolores periódicos, limita la función, puede malignizarse y debe ser extirpada en totalidad con conservación de la función.

El diagnóstico se basa en la comprobación de las fístulas arterio venosas, la determinación de gases en sangre y el estudio histopatológico.

#### CONCLUSION

Il se présent un cas d'hamartoma vascular prépondérant dans la sexe féminin en âge enfant juvénil, la tumeur présente des douleur périodiques, limite la fonction peut devenir maligne et doit être extirpée totalement avec conservation de la fonction.

Le diagnostic se base a la vérification des fistule arterès véneuses, la détermination des gaz dans le sang et l'étude histopathologique.

## CONCLUSION

We present a case of vascular hamartoma, preponderantly found in children and young people of feminine sex. The patient with this tumor complains of periodically ache, limitation of the function; it can change to malignity and have to be extirpated completely with conservation of the function.

The diagnosis is doing with the proof of arterio venous fistula, the determination of blood gases and the histo-pathologic study.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Beramendi, J. M.*—Tumores Embrionarios. Ateneo Cátedra de Patología F. C. Ced., Bs. As., 1955.
2. *Cottrell-Heckel.*—Hamartoma venal. Journ of Pediat., Vol. 9, pág. 205, 1954.
3. *Graham-Singleton.*—Hamartoma difuso en el lóbulo sup. de un niño. Ann. Jour. of dis of Child., Vol. 890, pág. 609, 1955.
4. *Levenson-Mason.*—Adeno Hamartoma de Hígado. Ann. of Int. en Med. Vol. 41, pág. 136, 1935.
5. *Rosasco, S.*—Hamartoma de Hígado control alejado. Jor. Río Plat. de Pediat. Montevidec, 1957).
6. *Hueckw.*—Patología Morfológica. Ed. Labor, pág. 350, 1944.
7. *Watson, Mc Carty.*—Surg. Gynee. Obst., Vol. 71, pág. 569, 1940.
8. *Goidarrich-Campanacci.*—Fístulas arterio-venosas congénitas de los miembros. La Chirurgia degli organi di movimento, L. 5º, Vol. 50, pág. 263.
9. *Gasparini-Bacciante.*—Sobre la morfogénesis de las anastomosis arterio-venosas de los dedos del hombre. Atti Soc. Med. Chir. Padova, Vol. 28, pág. 198, 1950.
10. *Ruiz Moreno y Monserrat.*—Tumor glómico subungueal. La Prensa Med. Arg., Vol. 25, pág. 536, 1938.
11. *Tondi y col.*—Bol. y Trab. Soc. Arg. Cirug., Vol. 22, pág. 754, 1961.
12. *Bunnell, S.*—Surgery of the hand. Philadelphia, 1944. Lippincott Co.
13. *Bunnell, S.*—Surgery of the Nerves of de Hand. Surg. Gynee. Obst., Vol. 44, pág. 145, 1927.
14. *Bunnell, S.*—Opposition of the Thumb. J. Bone Joint Surg., Vol. 20, pág. 269, 1938.

## Tumores de la Glándula Suprarrenal

DRES. MARCOS R. LLAMBIAS \*, SALVADOR DE MAJO \*\*  
y JOSE R. PIÑEYRO \*\*\*

Las cápsulas suprarrenales están formadas por dos partes: la corteza y la medula, cuyo origen embriológico, caracteres histológicos y funciones son diferentes.

Por lo tanto, cada suprarrenal viene a ser la reunión de dos glándulas en una. La corteza es de origen mesodérmico y en su estructura histológica se distinguen tres capas o zonas, que se denominan de la periferia al centro: a) zona glomerular, b) zona fascicular y c) zona reticular.

Funcionalmente está en relación con la hipófisis y produce tres grupos de hormonas: 1) gluco-corticoides (cortisona) en relación principalmente con el metabolismo proteico e hidrocarbonado. 2) mineralocorticoides (aldosterona) en relación principal con el sodio y el potasio, y 3) hormonas sexuales, principalmente andrógenos y en menor grado estrógenos.

La medula es de origen ectodérmico, sus células se disponen en cordones irregulares alrededor de los vasos sanguíneos o en acúmulos y presentan reacción cromafínica. Su producto de secreción es la adrenalina y la nor-adrenalina.

Los tumores de la suprarrenal pueden originarse en cualquiera de sus partes constituyentes dando así origen a los tumores corticales suprarrenales o a los tumores medulares.

En general, los tumores corticales suprarrenales se observan pocas veces en el niño. Su frecuencia es mayor en las niñas que en los varones.

Su tamaño es variable, por lo general son pequeños aunque pueden alcanzar gran desarrollo (2 ½ kgr.), una de nuestras observaciones tenía

---

\* Jefe de Cirugía y Ortopedia del Hospital de Pediatría "Dr. Pedro Elizalde" (ex Casa Cuna).

\*\* Jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital de Pediatría "Dr. Pedro Elizalde".

\*\*\* Médico agregado del Servicio de Cirugía y Ortopedia del Hospital de Pediatría "Dr. Pedro Elizalde".

un peso de 700 grs. Generalmente son redondeados y tienen cápsula propia. Pueden ser intra-adrenales o para-adrenales respetando la integridad anatómica de la suprarrenal de ese lado (como en dos de nuestros casos).

Pueden ser benignos (adenomas), o malignos (adenocarcinomas), aunque se recordará que en los niños el porcentaje mayor es de malignidad.

La benignidad o malignidad de estos tumores es a veces difícil de establecer en el campo histológico y muchas veces sólo la presencia de metástasis puede dilucidar el carácter maligno del mismo. Las metástasis más frecuentes son en hígado, pulmón, hueso.

Estos tumores pueden ser funcionales o no. Los primeros por su carácter funcionante ofrecen siempre una sintomatología que es variable. Los segundos pueden ser asintomáticos siendo entonces hallazgos de autopsia o cuando su desarrollo es grande dar los síntomas de una tumoración retroperitoneal. Se observan por lo general en el adulto y suelen ser malignos.

#### CLASIFICACION:

Con un criterio clínico pueden clasificarse los tumores corticales en:

##### 1) *NO FUNCIONANTES:*

- a) *Asintomáticos* (necropsia)
- b) *Sintomáticos* (malignos)

##### 2) *FUNCIONANTES:*

- a) *Alteraciones sexuales* (síndrome adreno-cortical)
  - 1) *Androgénicos:* En el varón: pubertad precoz incompleta isosexual  
 En la mujer: virilización.
  - 2) *Estrogénicos:* En el varón: feminización  
 En la mujer: Pubertad precoz incompleta isosexual.
- b) *Alteraciones metabólicas:*
  - 1) *Síndrome de Cushing*
  - 2) *Hiperaldosteronismo primario*
- c) *Formas mixtas.*

Puede también el tumor originarse en tejido suprarrenal aberrante localizado en ovario, testículo o hígado. En estos casos se les ha reconocido carácter funcionante androgénico.

#### TUMORES NO FUNCIONANTES:

Son muy raros en el niño. Los asintomáticos generalmente son hallazgos de autopsia; los otros se presentan como un tumor retroperitoneal y son malignos.

## TUMORES FUNCIONANTES:

a) *Androgénicos*: es el más frecuente de los tumores funcionantes (más de 100 casos en la bibliografía mundial). Se los observa comúnmente en el sexo femenino. Las manifestaciones clínicas en este caso son las correspondientes a una pubertad precoz incompleta hetero-sexual, con respuesta de todos los efectores a la acción androgénica. Hay aumento de la talla y mayor aún de la maduración ósea, desarrollo del pelo pubiano y axilar, desarrollo muscular, acné y seborrea, voz grave. Con respecto a los genitales externos, hipertrofia del clítoris y de los labios mayores; a diferencia de la hipertrofia de suprarrenal congénita no hay seno urogenital. El número e intensidad de los signos estará en relación con el grado de cantidad de andrógenos, el tiempo de acción y la sensibilidad del órgano efector. El psiquismo corresponde a la edad cronológica.

En general esta virilización se realiza rápidamente dándole al proceso una característica de brusquedad que resulta llamativa.

En el varón se desencadena un cuadro de pubertad precoz incompleta isosexual, sus caracteres referente a los genitales son los siguientes: desarrollo del pene y escroto pero los testículos se mantienen de tamaño infantil. (Hace excepción cuando se trata de un tumor suprarrenal por tejido aberrante en testículo en cuyo caso presenta la asimetría de tamaño como en el caso de un tumor de las células intersticiales del testículo).

*Diagnóstico y diagnóstico diferencial:*

En ambos sexos llama la atención pues la rápida evolución del proceso androgénico. Los elementos necesarios o útiles que confirman el diagnóstico son los siguientes:

1) 17 cetosteroides aumentados en grado variable. Por lo general las cifras son más altas en tumores que en hiperplasia suprarrenal congénita.

2) el pregnanetriol no está aumentado como en la hiperplasia suprarrenal congénita.

3) la prueba de estimulación con ACTH y la de inhibición con corticoides son negativas, es decir no hay aumento de 17 cetosteroides en la 1<sup>a</sup>, ni disminución de los mismos en la 2<sup>a</sup>, como se ve en la hiperplasia suprarrenal congénita.

4) el neumo-retro-peritoneo muestra la imagen tumoral redondeada.

b) *Estrogénicos*:

En el sexo masculino se han relatado alrededor de 40 casos (36 hasta 1958) de tumor feminizante suprarrenal, de los cuales uno ocurrió en un niño de 5 años y otros dos a los 14 y 15 años, respectivamente.

Como en los tumores androgénicos hay aumento de la talla que puede ser moderada pero siempre hay una marcada aceleración de la maduración ósea. El signo cardinal es la ginecomastía, que adquiere un marcado desa-

rollo en discordancia con los caracteres sexuales secundarios que responden a los andrógenos (pelo pubiano, ausente o muy escaso, genitales externos y testículos infantiles).

La excreción urinaria de estrógenos está muy aumentada y los 17 cetosteroides ligeramente aumentados.

El *diagnóstico diferencial* se establece principalmente con el síndrome de Klinefelter y la ginecomastia puberal, ambos cronológicamente ubicados en la época puberal y no hay excreción exagerada de estrógenos.

En la niña sólo hay dos casos descriptos de tumores estrogénicos suprarrenal. El caso de Snaith y el de De Majo, Llambías, Stafieri y Tomasino.

El *cuadro clínico* es el de una pubertad precoz incompleta isosexual, es decir, con gonadotrofinas negativas y que presenta analogías clínicas con los tumores estrogénicos ováricos, con el que se debe hacer el diagnóstico diferencial, que consiste principalmente en la comprobación o no de una tumoración ovárica y la excreción de 17 cetosteroides aumentada en el tumor suprarrenal y finalmente su comprobación radiológica por el neumoretro-peritoneo. Desde el punto de vista histológico en ambos casos publicados el tumor era un adenoma histológicamente indiferenciado de los adenomas androgénicos.

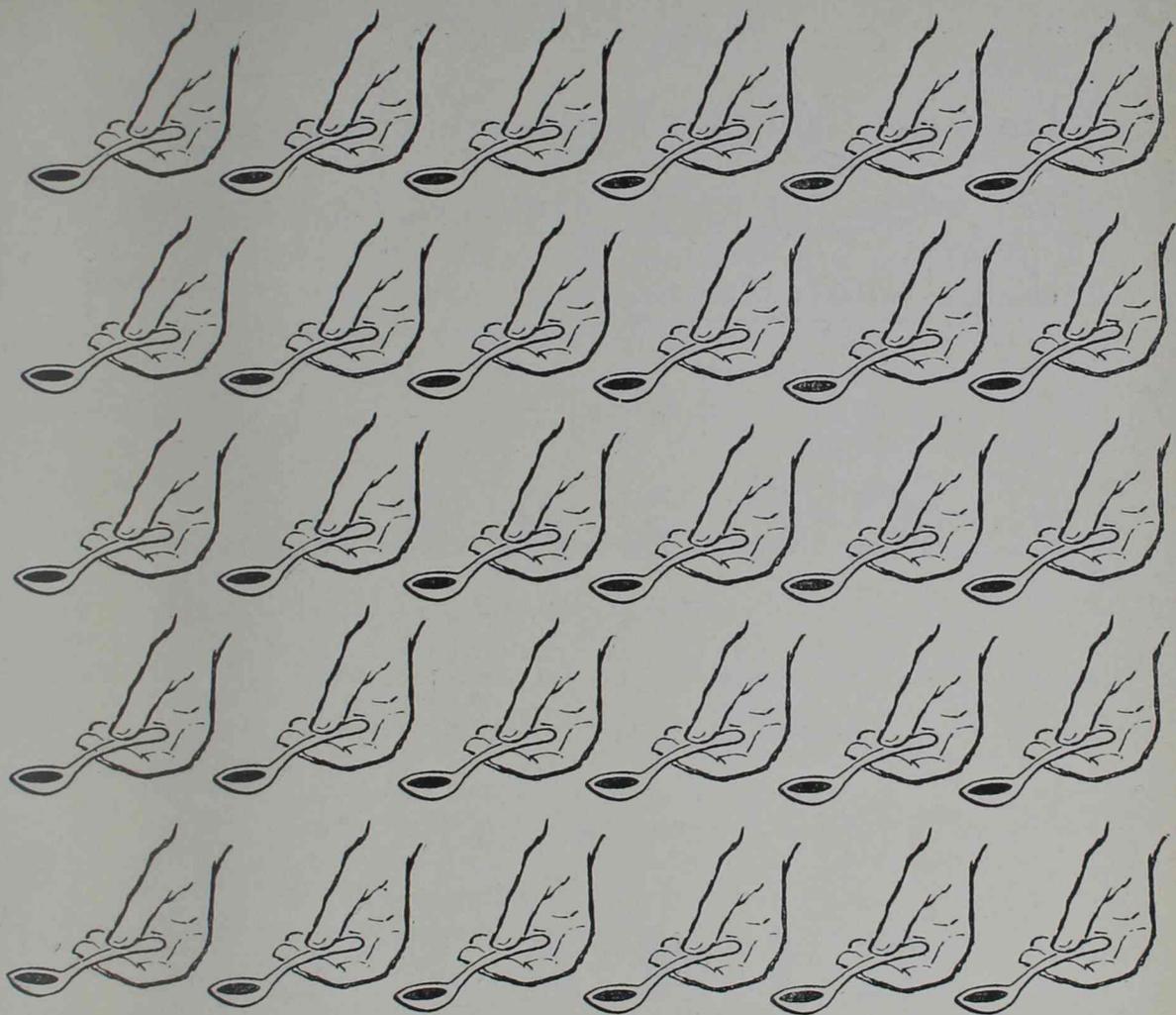
#### ALTERACIONES METABOLICAS:

1) *Síndrome de Cushing*: Este síndrome es raro en la infancia, pudiendo decirse que es debido a un tumor cuando se presenta. Se han observado alrededor de 70 casos en la literatura, varios de ellos ocurren por debajo de los 6 meses. El menor tenía 3 meses de edad.

Las *manifestaciones clínicas* son las propias del síndrome: obesidad del tipo búfalo, cara de luna llena, plétora, hipertensión, hirsutismo, alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, a los que se agrega con menor frecuencia acné, estrías purpúricas, osteoporosis.

Contrariamente a lo que ocurre en los tumores androgénicos y estrogénicos la talla está disminuida y no hay aumento de la maduración ósea debido a la exagerada excreción de glucocorticoides que tienen una acción anti-anabólica proteica, aunque comúnmente se asocia con hipersecreción androgénica (pelo pubiano, etc.) y menos frecuentemente con hipersecreción estrogénica o de aldosterona.

Los 17 cetosteroides y principalmente los 17 hidroxisteroides están aumentados. Hay hipocalemia, alcalosis y retención de sodio. Estos tumores son los que más comprometen la vida del paciente y producen más graves alteraciones metabólicas. Son enfermos muy lábiles, necesitando el más cuidadoso tratamiento antes, durante y después del acto quirúrgico. El neumoretroperitoneo en estos casos lo consideramos como una investigación muy riesgosa. La secreción exagerada de glucocorticoides frenan la secreción de ACTH llevando a una atrofia de la suprarrenal opuesta,



30 cucharaditas contiene el frasco de:

# calcigenol B<sub>12</sub>

cada dosis, una cucharadita de 5 ml, como antes cada dosis era una cucharada de 15 ml

Fosfato tricálcico coloidal	135	mg	2,7	g
Vitamina D <sub>2</sub> cristalizada	1.500	U.I.	30.000	U.I.
Vitamina B <sub>12</sub> cristalizada	33,3	mcg	666	mcg
Sorbitol	150	mg	3	g
Fluoruro de sodio	0,75	mg	0,015	g
	en 5	ml	en 100	ml

**LUTETIA**

AVELLANEDA 2202 - VICENTE LOPEZ (B. A.) - T. E. 791-8011 al 16

Las últimas jornadas pediátricas preconizaron el uso de las sales de plata en las afecciones de la rinofaringe...

*Sugestiones de sólida experiencia!*

# COLARG

Aerocolutorio

Notable asociación de un derivado argéntico incoloro y de un compuesto arsenical.



# RINARG

(gotas nasales)

Una sal de plata incolora de notables propiedades antisépticas y bactericidas, asociada a un reconocido vasoconstrictor primario.



LABORATORIO MILLET S. A. C. e I.

MONTEVIDEO 160

T. E. 45 - 4021

BUENOS AIRES

lo cual hace a estos pacientes proclives a la insuficiencia suprarrenal en el post-operatorio.

La mayor parte de los casos descriptos son malignos.

2) *Hiperaldosteronismo primario*: En 1955 Conn describió un caso de tumor córtico suprarrenal asociado a una excreción urinaria exagerada de aldosterona. Las manifestaciones clínicas incluían: tetania intermitente, parálisis muscular periódica, parestesias, poliuria nocturna y polidipsia, hipertensión.

Los hallazgos bioquímicos se relacionan con una exagerada producción de aldosterona: hipernatremia, hipocalemia, alcalosis.

El *diagnóstico diferencial* con enfermedad renal primaria se hará en base a que en este caso hay acidosis mientras que en el hiperaldosteronismo hay alcalosis.

Se han descrito alrededor de 25 casos: dos en niños de 9 y 11 años respectivamente. El 70 % son adenomas.

#### c) TUMORES MIXTOS:

Como se comprenderá, en estos casos la sintomatología consistirá en una mezcla de los caracteres anteriormente descriptos.

En cuanto a los *tumores medulares* hemos tratado un solo caso, hecho que no nos permite hacer ningún comentario.

El *tratamiento* de estos tumores es el quirúrgico cuidando la hormonoterapia de reemplazo, dependiendo el resultado del tipo histológico del tumor.

#### RESUMEN

Los tumores de la glándula suprarrenal pueden ser corticales o medulares. En los niños son raros. Su tamaño es variable, generalmente pequeños excepcionalmente alcanzan un gran desarrollo (tenemos una observación de 700 g.).

Son de forma redonda y tienen una cápsula. Pueden ser intra-adrenales o para-adrenales, respetando la integridad anatómica de la glándula.

Los tumores androgénicos originan una pubertad precoz, isosexual e incompleta en los varones y heterosexual en las niñas. Los tumores estrogénicos producen heterosexualidad en el varón y pubertad precoz isosexual e incompleta en las niñas. Hemos observado uno de estos casos, que son excepcionales ya que hay sólo dos casos en la literatura.

Hemos obtenido resultados satisfactorios inmediatos con la extirpación quirúrgica, cuidando la hormonoterapia de reemplazo.

En cuanto a los tumores medulares, tenemos un solo caso, lo que no nos permite hacer ningún comentario.

#### RESUME

Les tumeurs de la glande surrenale peuvent être corticales ou me-

dullaires. Chez les enfants elles sont assez rares. Les tumeurs sont de forme arrondie et son enfermés dans une capsule. Elles peuvent être intra-adréralienne où para-adréralienne, tout en respectant l'intégrité anatomique de la surrenale du coté atteint.

Les tumeurs androgéniques donnet origine a une puberté précoce, isosexuelle et incomplete chez les garçons et a une hétérosexualité chez la fille. Les tumeurs oestrogéniques produisent hétérosexualité chez le garçons e puberté précoce, isosexuelle et incomplete chez la fille. Nous avons un de ces derniers cas, que son très peu fréquent, puisqu'on n'en trouve qu'un seul dans la littérature mondiale.

Nous avons obtenu de bons resultats immédiats par l'extirpation chirurgicale, en ayant eu soin de faire une thérapie hormonale de remplacement.

Nous avons eu selon notre expérience un seul cas de tumer située dans la médule surrénale. Ceci ne nous permet aucun commentaire.

#### SUMMARY

The tumors of the adrenal gland can be cortical o medular. They are rare in children. Their size is variable, generally small, only exceptionally of considerable size (one observation weighted 700 grams).

They are round and they are encapsulated. They can be within the adrenal gland, beside the adrenal or outside the adrenal gland, without interfering with the anatomic integrity of the gland.

The androgenic tumors originate precocius puberty, isosexual and incomplete in boys and heterosexual in girls. The exogenics tumors produce heterosexuality in the boy and isosexual, incomplete and precocius puberty in girls. We have observed one such case. They are exceptional, since only two cases have been reported in the literature.

We have obtained satisfactory immediate results with the surgical excision and postoperate hormone replacement terapy.

As far as the medulary tumors are concerned, we only have one case therefore no comments can be made.

#### BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, L. V. y Del Regato, J. A.* — Cancer, diagnosis, treatment and prognosis. C. V. Mosby & Co. St. Louis, 1947.
- Benson, C. D. y colaboradores.* — Pediatric Surgery. The year Boock medical publ. Chicago, 1962.
- Cone, T. E.; Allen, M. S.; Pearson, H. A.* — Pediatrics 19:44, 1957.
- Cushing H. Wolbach, S. B.* — T. American J. of Pathology, 3:203, 1927.
- Fevre M. Huguenin, R.* — Malformation tumorales et tumeurs de l'enfant. Mason et Cie.
- George A. M. Paschkis, F. A.* — Ped. Clinc. N. A. 6, 583, 1959.
- Goldstein, H. M.* — A. J. Dis. Child., 18, 260, 1949.
- Grob, M.* — Patología, Quirúrgica Infantil.
- Gross, R. R.* — Cirugía Infantil.
- Jenkins, S.; Spence, A. W.* — J. Clin. endoc. Metab., 17:621, 1957.
- Kinsell, L. Q.; Lisser, H.* — J. Clin. Endoc. metabl., 12:50, 1952.

- Potter, E. L.* — Pathology of the fetus and newborns.
- Snatih, A. M.* — *J. endocrin. metab.*, 18:318, 1958.
- Snyder, C. H.; Ruthledge, L. J.* — *Pediatrics*, 15:312, 1955.
- Swenson.* — Pediatric surgery.
- Varc López, R.* — Fisiopatología y Clínica de las glánd. suprarrenales, Madrid, 1951.
- Wilkins, L. A.* — *J. Clin. Endocrin.*, 8:11, 1948.
- Wilkins, L.; Ravitch, M. M.* — *Pediatrics*, 9:667, 1952.
- Palumbo, L. S.* — *Surg. Clinics N. A.*, febrero 1956, 193.
- Campbell, M.* — Clinical Pediatric Urology.
- Heinberker, P.; Lawrence O'Neill, Ackerman, L.* — *Surg. Gyn. Obstetric*, 105:1-21.
- Hardy, J.* — *Anales Cirugía*, 12:24-2034.
- Jones, H.; Scott, W.* — Hermafroditism genital anomalies and related endocrine disorders.

## A propósito de un Caso de Dilatación Quística de Coledoco

DR. NORBERTO JOSE VOLANTE (\*)  
Relator: Dr. GUILLERMO ESCUDER (\*\*)

La poca frecuencia de esta afección nos mueve a presentar esta observación de un caso en una niña de 7 años, que fue intervenida en nuestro Servicio.

El cuadro comenzó en forma aguda hace 5 días, con dolor en epigastrio de carácter intenso y de tipo cólico, aumento de tamaño de la mitad superior del abdomen y náuseas. No se pudieron obtener más datos.

La niña presenta desnutrición marcada y deshidratación. Temperatura axilar: 38°. Dolor intenso en epigastrio que imposibilita el interrogatorio.

El abdomen nos muestra a la inspección una enorme distensión en su mitad superior, y la mitad inferior excavada. A la palpación intensamente doloroso en epigastrio e hipocondrios, sobre todo el derecho. Ligera contractura muscular y sensación de dureza a la palpación profunda en la misma zona. En ambas fosas ilíacas e hipogastrio el abdomen es blando, indoloro y depresible. La percusión acusa una franca matitez en la zona afectada.

El hemograma es: Hematíes, 5.200.000; leucocitos, 9.000; Hb. 94 %; neutrófilos, 67 %; eosinófilos, 3 %; basófilos 0 %; linfocitos, 28 %; monocitos, 2 %. Eritrosedimentación: 10 mm. en la 1er. hora.

Se le coloca una sonda nasogástrica y se aspira el contenido gástrico, se extraen 10 cm<sup>3</sup> de moco blanquecino.

Se comenzó la hidratación con Solución de Dextrosa al 5 % y se decidió la intervención sin diagnóstico de certeza.

*Descripción operatoria:* Incisión paramediana derecha supraumbilical abierto peritoneo se comprueba por palpación un tumor redondeado, que ocupa hipocondrio derecho y epigastrio, de tamaño algo mayor que una cabeza fetal, de consistencia dura-elástica, situado bajo la cara inferior del hígado, relacionado con duodeno y se halla adherido a su cara anteroinferior; por su tamaño y posición desvirtúa la anatomía de la zona, creyéndose por ello que era vesícula. Se hace jareta y ostomía, y drena

---

(\*) Médico del Servicio de Cirugía Infantil del Hospital de Niños de Salta. Jefe de Servicio: Dr. Nolaseo Cornejo Costas.

(\*\*) Cirujano del Hospital de Niños de Buenos Aires. Sala VII.

más de 2.500 cm<sup>3</sup> de bilis verde oscura. Se incinde duodeno para investigar la ampolla de Vater, que es permeable y no se palpan cálculos, del duodeno se aspiran más de 120 cm<sup>3</sup> de bilis y se sutura. En el tumor se deja una sonda de Petzer, que se exterioriza por contrabertura. Cierre por planos.

El postoperatorio inmediato fue satisfactorio, el drenaje se dejó durante 15 días, en los cuales drenó aproximadamente 150 cm<sup>3</sup> por día. Al día siguiente de operada presentó subictericia conjuntival con heces coloreadas. El hepatograma dio este resultado: Bilirrubina directa: negativa; Bilirrubina total: 4,7 mgs. x mil; Colesterol: 1,42 mgs. %; Fosfatasa alcalina: 5,4 U Bodansky; Proteínas: 5,06 grs. %; Reacción Hanger: Positiva débil (+); Cadmio: Negativa; Gross: Negativa; Timol: 3,2 U.

El examen de orina demostró la presencia de pigmentos biliares. Esta subictericia cedió a los pocos días.

A la semana siguiente de haber retirado el tubo de drenaje, presentó vómitos alimenticios, dolor y aumento de tensión en el hipocondrio derecho. Se le colocó una sonda duodenal y en 24 horas drenó 400 cm<sup>3</sup> de bilis. A los tres días se la reopera con diagnóstico presuntivo de quiste de colédoco.

*Descripción operatoria:* Misma vía de abordaje, se encuentra la tumoración, se incinde y se aspira aproximadamente 2.000 cm<sup>3</sup> de bilis, verde oscura primero y luego amarillenta de consistencia espesa. Luego de ubicar el duodeno, se realiza una anastomosis colédocoduodenal en dos planos; se investiga vesícula y se la observa atrófica y atónica. Se deja nuevamente drenaje en el quiste con sonda de Petzer.

Luego de 25 días, se extrajo el tubo de drenaje, que fue pinzado varios días antes, para comprobar que no drenase.

A los 40 días de la segunda intervención, la enferma es dada de alta, presentando luego un solo cuadro de vómitos y dolor epigástrico, que cedió con sondaje duodenal.

Presentó acolia en una oportunidad luego de la segunda intervención quizás debido al escurrimiento biliar por el drenaje.

Un estudio radiológico contrastado con Biligrafina EV, demostró que la eliminación se hizo exclusivamente por vía renal, evidenciando un deterioro de la célula hepática.

Dos meses después fue controlada, notándose la ausencia de la tumoración y del dolor epigástrico. Regular estado general.

#### COMENTARIO

Esta afección, determinada por la dilatación quística del conducto colédoco, es congénita y de etiopatogenia discutida; distintos autores al poner de manifiesto la mejoría clínica cuando se consigue una buena comunicación entre quiste y duodeno, dicen que esto hablaría a favor de la etiología de estenosis coledociana, pero contra esto es evidente que en una alteración por obstrucción, la dilatación sería de todo el árbol biliar y de la vesícula, cosa totalmente distinta a lo que ocurre en los quistes de colédoco (—1—4—9).

Suele ser más frecuente en niñas, y las manifestaciones sintomáticas predominan en el primer año de vida.

La dilatación es esférica, y localizada únicamente en el colédoco, aunque a veces forma parte del mismo quiste la unión del conducto cístico y hepático; y en algunos casos pueden éstos desembocar separadamente en el quiste. La vesícula biliar aparece excluida del proceso. El

tamaño del tumor es variable, de acuerdo con la edad del niño y el momento del diagnóstico. En nuestro caso sobrepasaba el tamaño de una cabeza fetal.

La pared del quiste es gruesa, formada por tejido conectivo y fibras musculares lisas y glándulas mucosas. El aspecto del quiste tiene semejanza con un útero grávido; contiene gran cantidad de bilis espesada, a veces concrementos y exudado purulento.

La enfermedad tiene un comienzo agudo. Los síntomas predominantes son: dolor, generalmente cólicos intensos, localizados en epigastrio; tumoración visible y palpable, que ocupa hipocondrio derecho y epigastrio, de consistencia elástica o dura, que a la percusión da matitez y que radiográficamente es permeable y desplaza los órganos vecinos; ictericia, acolia y coluria, de carácter intermitente y variable; fiebre en concordancia con la infección del contenido, que provoca colangitis y hepatitis.

El colecistograma suele revelar vesícula excluida. Jonnuence K. Pickett dice que el diagnóstico preoperatorio es posible hacerlo con la radiografía usando bario, lo que generalmente demuestra el desplazamiento del duodeno hacia adelante y abajo.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el quiste hidático de hígado, con los tumores hepáticos, que se manifiestan con ictericia y tumoración y con los tumores de la celda renal.

El tratamiento consiste en la coledocoenteroanastomosis, en lo que coinciden prácticamente todos los autores consultados; se hará preferentemente al duodeno, con sutura en un plano mucoso y otro seromuscular, cuya neoboca no sobrepase el diámetro de una sonda N° 14, para evitar el reflujo hacia el quiste. Cistotomía para drenaje, favorece la evacuación del quiste y disminuye la tensión a nivel de la anastomosis. Puede hacerse colangiografía en el posoperatorio mediato para comprobar la permeabilidad de la anastomosis antes de sacar el tubo de drenaje.

No se aconseja la escisión del quiste por la facilidad con que podría lesionarse los conductos pancreáticos.

No se aconseja la escisión del quiste por la facilidad con que podría lesionarse los conductos pancreáticos.

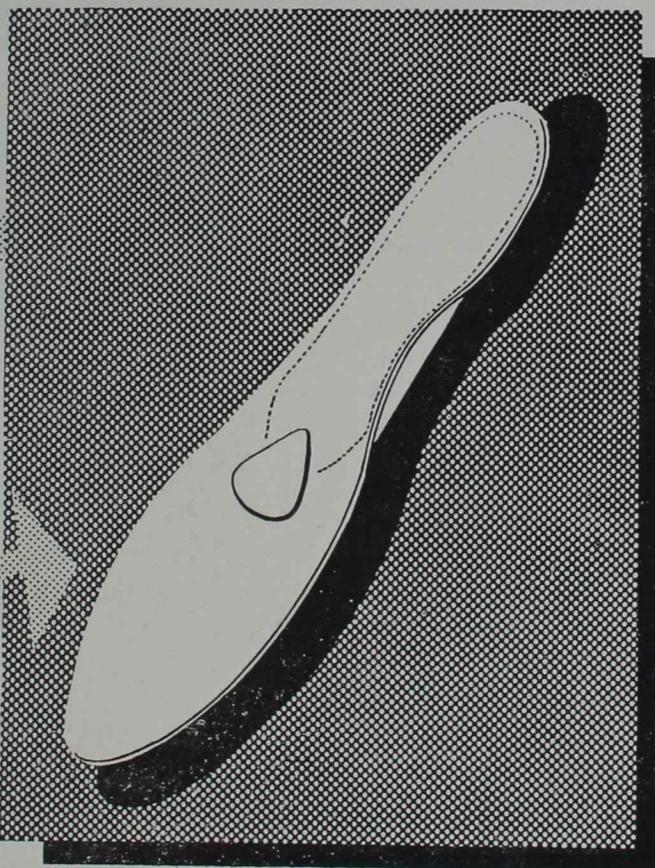
El pronóstico es severo sin intervención, o cuando la misma no logra disminuir la tensión en el árbol biliar, pues ésta lleva a la cirrosis colostática.

#### RESUMEN

Se presenta un caso de Quiste de Colédoco en una niña de siete años, poniendo de manifiesto que se desconoce su etiopatogenia; se señala su etiología, diagnóstico y tratamiento.

# una necesidad social

**PLANTILLAS**  
para  
**PIE PLANO**



PLASTICAS - DURALUMINIO - CORCHO

confeccionadas sobre moldes de yeso

**ortopedia**

# Beltran

PARAGUAY 1826

T. E. 41-3483



Y ...  
**AGUA MINERAL** *Villavicencio*

**ASPIRINA  
 INFANTIL**

**LAICH**

*Analgésico - Antitérmico*

*Cada comprimido de 0111 g. contiene:*

<i>Acido Acetilsalísilico .....</i>	<i>0.10 g.</i>
<i>Sacarina soluble .....</i>	<i>0.001 ,,</i>
<i>Almidón .....</i>	<i>00.1 ,,</i>

*Es un analgésico y antitérmico especialmente dosificado  
 y de grato sabor para uso infantil*

**CIRULAXIA**

*Suave LAXANTE a base de jugos de frutas  
 Por su eficacia, es un laxante que no exige dieta  
 en sus dos formas para todas las edades.*

**JARABE**

*Frascos de 120 cm,*

**GRAGEAS**

*Tubos x 3 grageas*

**AZUFRE TERMADO**

*Preparado a base de azufre laxativo  
 y depurativo*

*En afecciones de la piel: Acné, puntos  
 negros, sarpullidos, granos, forúnculos,  
 eczemas, etc. En el estreñimiento y estados  
 hemorroidales.*

**BICARBONATO CATALIO**

*En enfermedades del estómago: Digestivo,  
 antiácido y en las Dispepsias, Gastralgias,  
 Hiperclorhidria. Ejerce una acción estimu-  
 lante mecánico - laxativa en todo el tubo  
 digestivo y sobre el hígado.*

**Laich & Cía.** BELGRANO 2544 - T. E. 47 Cuyo 4125 - BUENOS AIRES

## SUMMARY

We present a case of Choledochus Cyst in seven years old girl, we manifest that its ethiopatogenic is unknown; we point out its sintomatology, diagnosis and treatment.

## RESUME

On présente un cas de kyste du colédoque dans une enfant de sept ans, éclaircissant que l'on méconnaît son étiopatogénie; on signale son étiologie, diagnostique et traitement.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Benson, D. C.* y col. — *Pediatric Surgery*. Year Book Medical Publishers Chicago 1962, pág. 625.
2. *Brennemann's.* — *Practice of Pediatrics*. W. F. Prior Company, Inc., Vol. III, Cap. 11, pág. 33.
3. *Gross, R. E.* — Idiopathic dilatation of the Common Bile Duct in Children. *J. Pediat.*, 3, 730, (1933).
4. *Gross, Robert E.* — *Cirugía Infantil*, Salvat Edit., 1956, pág. 551.
5. *Judd, E. S. & Greene, E. I.* — Choledochus Cyst. *Surg., Gyenc. & Obst.*, 46, 317, (1928).
6. *Nasio y Galíndez.* — Anomalías de Hígado y Vías Biliares. *Semana Médica*, 69: 120-7, 9 de junio 1962.
7. *Nelson, W.* y colab. — *Tratado de Pediatría*. Salvat Edit. S. A., Tomo I, pág. 829, (1960).
8. *Swenson, O.* — *Cirugía Pediátrica*. Edit. Interamericana S. A., pág. 270, (1960).
9. *Zininger, M. M. & Cash, J. R.* — Congenital Cystic dilatation of the Common Bile Duct. *Arch. Surg.*, 24, 77, (1932).

## COMENTARIO DEL RELATOR

El Dr. Norberto J. Volante, médico del Hospital de Niños de Salta ha enviado a nuestra Sociedad una comunicación sobre un quiste congénito de colédoco lo que nos da oportunidad de actualizar una afección de diagnóstico difícil y de tratamiento también dificultoso.

No pasan en el mundo de 400 las observaciones publicadas y en nuestra literatura constan alrededor de 20. Con predominancia en el sexo femenino en la proporción de 3 a 1 y particularmente en los niños.

En el hospital de Niños de Buenos Aires se han operado 3 casos, dos por el Dr. José E. Rivarola y el tercero por el que habla.

Alonso Lej, de acuerdo a los hallazgos morfológicos y anatómicos los agrupa en:

1° — Dilatación quística congénita.

2° — Divertículo congénito.

3° — Coledococela congénita.

El primer tipo se caracteriza por: 1) Canales biliares intrahepáticos

normales. 2) Arbol biliar algo dilatado por encima del quiste. 3) Comienzo y terminación brusca del quistè. 4) Colédoco terminal corto, aunque a veces grande.

El segundo tipo, más raro, no es más que un divertículo a expensas de la pared del colédoco.

El tercero, más raro aún, se ubica en la porción intraduodenal del colédoco y en él se abre este conducto y el pancreático.

Su etiopatogenia es muy discutida: Entre los que aceptan su origen adquirido lo atribuyen a factores infecciosos, nódulos tuberculosos, traumas abdominales, etc. El origen congénito se debería para unos a un mecanismo obstructivo a nivel de la unión coledocoduodenal y para otros a una condición propia del colédoco, grupo en el que se incluye la teoría de Yotuyanagi, la más aceptada, y que responsabiliza a una desigual proliferación de las células del colédoco en su etapa maciza, la dilatación.

La pared quística es gruesa con músculo liso y fibras elásticas, revestida por epitelio cilíndrico de existencia inconstante. El contenido, bilis oscura con cálculos en ocasiones. Por lo general, los tres conductos biliares desembocan en él siendo su calibre normal aunque se dilatan si coexiste una obstrucción.

No estoy de acuerdo con el comunicante con respecto a la agudeza del comienzo. Por lo general, ha habido un pasado sintomatológico vago pero evidente. Dolor, ictericia y tumor es la triada sintomatológica clásica.

El dolor vago generalmente, otras veces del tipo cólico. Ictericia variable de tipo obstructivo. Por sondaje duodenal pueden extraerse cantidades anormales de bilis, signo que se ha de tener en cuenta como elemento de diagnóstico. Los exámenes radiológicos sólo permitirán establecer la existencia de un tumor retroperitoneal subhepático, salvo en el caso del colédococele, en que el marco duodenal se halla distorsionado. Coexiste a veces una discreta hidronefrosis derecha.

El diagnóstico preoperatorio es muy dificultoso, no sobrepasándose del 15 % de los casos. Por lo general, se efectúa durante el acto quirúrgico, tal como aconteció en el caso de esta comunicación.

*Tratamiento.* — La elección del procedimiento operatorio debe hacerse de acuerdo a cada caso en particular, siendo indispensable su conocimiento previo lo que puede hallarse dificultado por falta de información al respecto o por la pequeñez del quiste. El procedimiento ideal sería la extirpación del quiste y el restablecimiento del tránsito biliar. En el cuadro adjunto, tomado de Alonso Lej, se resumen las técnicas usadas hasta el momento.

- I. — Drenaje externo y marsupialización
- II. — Esfinterectomía sola o combinada con otros procedimientos.
- III. — Exeisión plástica del quiste con reconstrucción del colédoco.

- IV. — Anastómosis de vesícula a :
- a) Estómago
  - b) Duodeno
  - c) Yeyuno.
- V. — Excisión del quiste con :
- a) Coledocoduodenostomía
  - b) Coledocoyeyunostomía.
- VI. — Anastómosis directa del quiste :
- a) Coledococistoduodenostomía
  - b) Coledococistogastrostomía
  - c) Coledocistoyeyunostomía
- Tipo Roux en Y.

El drenaje externo y la marsupialización no se acepta por la alta mortalidad que provoca y sólo se justifica como primer tiempo antes de efectuar una intervención definitiva. La paracentesis transabdominal también es condenada por la alta mortalidad que provoca. La esfinterectomía se justifica cuando existe obstrucción en la desembocadura coledociana. La excisión plástica del quiste y reconstrucción de colédoco tampoco ha dado resultados.

La anastomosis de la vesícula, cuando es normal al estómago, duodeno y yeyuno no es satisfactoria, ya que no asegura un drenaje correcto del colédoco.

La anastomosis del quiste al yeyuno da mejores resultados que la colecistogastrostomía y colecistoduodenostomía. La técnica más conveniente es la de Roux en Y, pero la colangitis ascendente complica frecuentemente la evolución.

La extirpación del quiste que antiguamente provocaba alta mortalidad, ha mejorado su pronóstico. La disección de la bolsa quística es por lo general fácil y el remanente de las vías biliares se anastomosa si es posible al duodeno o sino al yeyuno con ansa tipo Roux.

En el caso de tratarse de un divertículo del colédoco la excisión es lo aconsejable, ya que no interfiere en la continuidad del árbol biliar.

En el tercer tipo se restablece el pasaje biliar removiendo la causa o por esfinterectomía o reimplante del colédoco.

En resumen, la extirpación del quiste con hepático duodenostomía o coledocoduodenostomía es el procedimiento de elección. Le sigue la excisión y anastomosis de los conductos al duodeno.

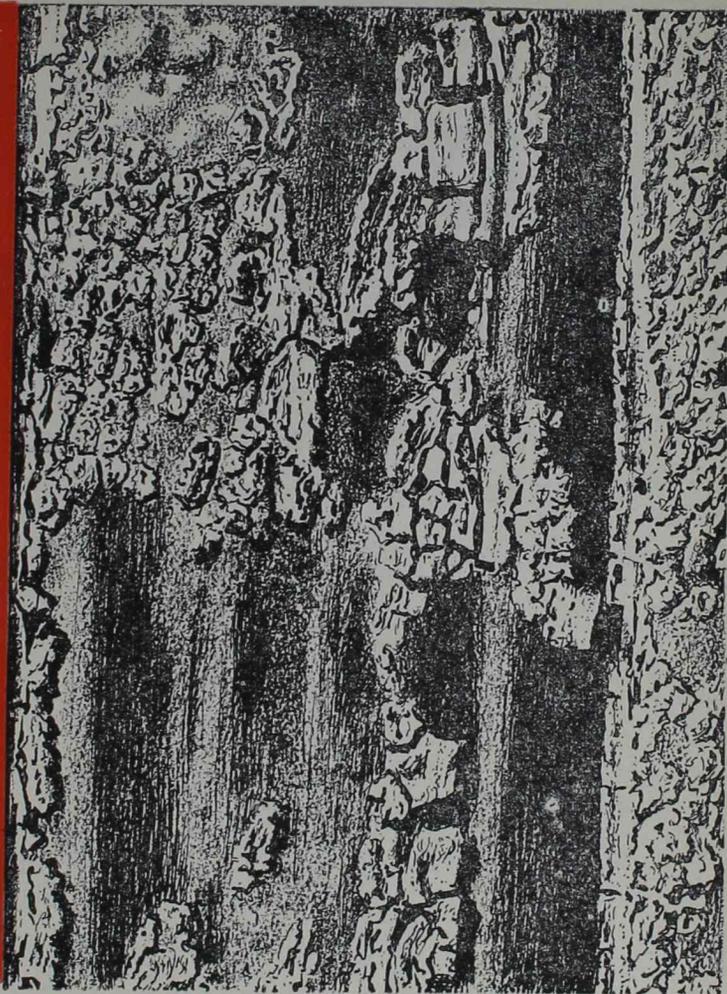
El Dr. Valente efectuó anastomosis colédoco duodenal en dos planos y drenó el quiste, no extirpándose éste por las adherencias que presentaba. La táctica quirúrgica del doctor Valente me parece acertada y según consta en la historia, la sintomatología había remitido.

El pronóstico de esta operación ha mejorado desde 83 % de mortalidad anotado por Lange en 1927 al 12 % según Alonso Lej. Son razones

de esta favorable evolución en los resultados, el mejor conocimiento de la enfermedad y la aplicación de técnicas más adecuadas así como los factores de orden general, preparación preoperatoria, anestesia, regulación de balance electrolítico, que han influido en el avance de la cirugía en general.

Debemos agradecer al Dr. Valente el enviarnos su comunicación que enriquece la magra bibliografía nacional y nos brinda la oportunidad de poder actualizar esta afección que, a causa de su rareza, es muchas veces olvidada en las presunciones diagnósticas. De su conocimiento y de la adopción de una acertada terapéutica dependerá muchas veces la vida del enfermo.

para restablecer  
la integridad  
tegumentaria  
en las  
dermatomicosis



# TINADERM

[Solución de tolnaftato al 1 %]

- un nuevo fungicida potente e inocuo - domina eficazmente las dermatomicosis con la aplicación local de tan solo 1 ó 2 gotas dos o tres veces al día

- alivio sintomático en uno o dos días
- curación clínica en dos a cuatro semanas
- notable ausencia de recidivas
- alto poder fungicida contra *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum*, *Epidermophyton floccosum*, *Microsporon canis* y *Malassezia furfur*
- no produce irritación ni reacciones de sensibilización
- no mancha la ropa
- no tiene contraindicaciones

PRESENTACION

Frasco plástico  
de 10 Cm<sup>3</sup>

SCHERING CORPORATION U.S.A.

Representantes en Argentina: ESSEX (ARGENTINA) S. A. I. C.  
Av. San Martín 4550, Lomas del Mirador - Prov. de Bs. Aires



U.S.A.

# DBI

Marca reg. de Clorhid de Fenformina

el agente hipoglicémico oral  
de "amplio alcance"

... reduce con seguridad el azúcar  
sanguíneo en la diabetes ligera,  
moderada y grave, en niños y adultos

**empiece  
despacio  
vaya  
despacio**

VENTA, DISTRIBUCION Y ATENCION DEL CUERPO MEDICO

**CAISMIRO POLLEDO S. A.**

COMERCIAL - GANADERO - INDUSTRIAL E INMOBILIARIA

Alma 2934 - T. E. 97-1071/75 - Buenos Aires

*un logro original de los laboratorios de investigación de*  
**u. s. vitamin & pharmaceutical corporation**

Arlington-Funk Laboratories  
Nueva York, E.U.

La norma de "¡empiece despacio! ¡vaya despacio!" en el uso de DBI, permite a un número máximo de diabéticos disfrutar de la comodidad, bienestar físico y regulación satisfactoria de la terapéutica por vía oral en casos de:

diabetes del adulto, estable  
diabetes inestable (labil)  
diabetes juvenil  
diabetes resistente a la sulfonilurea

"¡Empiece despacio! ¡vaya despacio!" Significa dosis inicial pequeña (25 ó 50 mg en dosis fraccionadas, por día) con aumentos pequeños (25 mg) cada tercer o cuarto día hasta que los niveles de azúcar sanguíneos quedan regulados adecuadamente. La inyección de insulina se reduce gradualmente al par que se aumenta la dosis de DBI. Con DBI sólo se logra generalmente dominio satisfactorio de la diabetes estable ligera.\*

Con la norma "¡empiece despacio! ¡vaya despacio!".

Más de 3000 diabéticos sometidos a tratamiento diario con DBI se han estudiado cuidadosamente por periodos varios hasta de tres años. No se notaron cambios histológicos ni funcionales en el hígado, sangre, riñones, corazón ni en otros órganos.

DBI (N<sup>1</sup>-β-fenetilbiquanida) se ofrece en tabletas blancas, ranuradas, de 25 mg cada una, en frascos de 30 y 100.

\* Nuestros representantes en cada país enviarán, a solicitud, un librete con instrucciones completas sobre la dosis para cada clase de diabetes y demás información pertinente.

## PROFESOR DOCTOR MANUEL RUIZ MORENO



Falleció el 22 de julio de 1963

La Sociedad Argentina de Cirugía Infantil honró su memoria en la reunión del 30 de agosto de 1963. El Profesor Dr. Santiago Gorostiague, en ejercicio de la Presidencia, al expresar el sentir que provocó su desaparición, destacó los rasgos biográficos más salientes del distinguido maestro.

Fueron sus palabras :

La Sociedad Argentina de Cirugía Infantil dedica esta sesión a la memoria de uno de los más grandes cirujanos de la historia de esta especialidad en nuestro país: el doctor Manuel Ruiz Moreno, y me ha conferido el altísimo honor de ser su vocero en este homenaje. Asumo, en la medida de mis fuerzas, una tarea que las supera: la de ser intérprete de tan prestigiosa institución y la de evocar una personalidad cuya riqueza moral e intelectual desborda el reducido límite que la naturaleza del acto impone a las palabras.

Cuando se escriba, o simplemente se ordene y sistematice lo ya escrito sobre el desarrollo de la cirugía argentina, el capítulo que se dedique a Manuel Ruiz Moreno, adquirirá marcado relieve porque fue un destacado miembro de esa generación de hombres que sometieron los estudios a un rigor científico y técnico que cimentó definitivamente el prestigio argentino en esta parte fundamental de la Medicina.

Antes de referirme, en la forma esquemática que la brevedad del tiempo exige, a las más importantes facetas de la personalidad de Ruiz Moreno, debo señalar que el rasgo prominente de ella, resultante y síntesis de todas sus virtudes y atributos, fue

su vocación por la medicina infantil y la docencia.

El mismo, con esa modestia auténtica de los sabios y de los maestros, al presentar sus títulos y antecedentes para un concurso, puso esa inclinación natural de su ser que, en definitiva no es sino la dirección que el amor toma hacia alguna de las nobles actividades de la vida —puso, digo—, esa fuerza moral por encima de todos los títulos, los grados de la jerarquía intelectual alcanzada y de los numerosos y valiosos antecedentes que otros hubieran exhibido en medio del pecho con todos los destellos propios, más las que la habilidad de la exposición pudiera arrancarles.

Es esa irresistible vocación la que lo mantuvo ligado a la Universidad, después de obtenido el título profesional y la que lo llevó al Hospital de Niños, realizando de este modo desde el comienzo, estas dos actividades paralelas: la cirugía y la docencia.

Inicia su carrera hospitalaria como practicante en el Hospital San Luis Gonzaga, de la benemérita Sociedad de Beneficencia, en el que “encontré —dijo— el calor de un segundo hogar”. Allí desempeñó sucesivamente todos los cargos hasta alcanzar el de Jefe de Servicio y luego el de Director. En estos dos últimos se manifiestan, al par de su ya indiscutible capacidad profesional, sus aptitudes de organizador y esa condición innata que confiere mando y jefaturas antes y por encima del acto protocolar del nombramiento: la gravitación de la conducta y de la personalidad moral e intelectual.

Como él mismo lo reconoció, dos maestros eximios influyeron en su formación: Luis Güemes y Gregorio Aráoz Alfaro. Y tres cirujanos —dice— encendieron su entusiasmo y alentaron su vocación por la cirugía: Máximo Castro, Marcelo Viñas y Carlos Lagos García.

En este Hospital y bajo estos maestros, integró, con sus compañeros un grupo de jóvenes que pronto sobresalieron y adquirieron justa nombradía en sus distintas especialidades; ellos fueron Mariano Guerrero, Tomás Kenny, Marcelo Fitte, Julio Diez, Ernesto Cornejo Saravia, Pedro Jaureguy. En un clima formado por tales maestros y tales compañeros y en un hospital donde la organización, las calidades humanas de las Hermanas de Caridad y del personal, estaban en armonía con las de aquellos, fácil es explicarse la dimensión que alcanzó un hombre con la vocación y el talento de Manuel Ruiz Moreno.

Su labor de más de cuarenta años sólo vése interrumpida en el período oscuro que atravesamos. Su hombría de bien lo impulsó a salvar los principios morales y los cívicos de su inquebrantable fe democrática, por sobre todas las cosas. Y al volver a su casa, despojado de los cargos legítimamente ganados y desempeñados con honra, pudo él también decir a su esposa, a sus hijos y a sus amigos: “todo está perdido menos el honor”.

Con la rehabilitación del país, se produjo la suya. La aceptó como un acto de desagravio solamente porque poco después renunció a la Jefatura de las Salas VI y X para cumplir con su deseo de dar paso a los jóvenes que lo merecían.

A su lado se había formado un núcleo selecto que ostentaba la impronta de su técnica y de su ética profesional, tales entre otros, Marcelo Fitte, Alberto Lagos García, Bismark Lucero, Domingo Néspolo y su propio hijo Víctor Ruiz Moreno, que ganó por concurso, el derecho a ocupar la Jefatura del Servicio en el mismo Hospital de Niños en que se formara su padre.

En cuanto a su carrera docente, se inicia en 1914 con Marcelo Viñas en el Hospital Ramos Mejía. Fue Jefe de Trabajos Prácticos de 1917 a 1921; docente libre en 1919; dictó numerosos cursos de clínica quirúrgica y ortopedia; en 1934 alcanzó la designación de Profesor suplente y de Extraordinario en Ortopedia y Cirugía Infantil. En 1941 es designado Profesor de Cirugía Infantil para Graduados; cargo

que renunció en 1946 fundado en la falta de ambiente para desarrollar sus tareas docentes.

En 1956 es reincorporado al cargo de Profesor Adjunto de Ortopedia y Traumatología de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

Fue en dos oportunidades Consejero Académico de la Facultad de Medicina.

Después de la Revolución Libertadora fue nombrado Miembro de Jurado para la designación de profesores titulares en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, de La Plata y del Litoral y en 1962 también es Jurado para la designación de Profesor de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

Veintitrés años de docencia activa de los cuales diecisiete enseñó cirugía infantil en sus cursos libres y siete cursos completos para graduados. Su actividad científica fue inmensa, habiendo pronunciado numerosas conferencias, publicado más de ciento treinta trabajos, numerosas contribuciones en temas de su especialidad y algunos trabajos de investigación como "Quiste hidatídico libre experimental en la cavidad peritoneal". En 1921 fue Secretario de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires; luego varias veces vocal y dos veces Presidente de la misma. Fue miembro titular de numerosas sociedades científicas nacionales y extranjeras. Participó de todos los congresos argentinos de Cirugía en los que constituía una figura familiar e imprescindible.

Fue Secretario de Actas del Primer Congreso Argentino de Cirugía en el año 1928 organizado por la Asociación Argentina de Cirugía a la que dio su esfuerzo con particular predilección. Fue relator oficial de la Asociación Argentina de Cirugía en dos oportunidades, sobre "Fracturas de antebrazo en la Infancia y Pleuresía en los niños". Su labor en ella culmina con la Presidencia de la Asociación, luego la Presidencia del Congreso Argentino de Cirugía de 1947.

Merecieron preferencia sus meditados y serios trabajos sobre el pie bot, la luxación congénita de cadera, invaginación intestinal, la ectopía testicular y la influencia hormonal en el crecimiento y las desviaciones de los huesos.

Su actuación en la Sociedad Argentina de Cirujanos a la que ingresó en 1939, fue brillante. Así lo juzgaron sus miembros al conferirle el grado de Miembro Honorario Nacional.

El 27 de abril de 1959 la Sociedad Argentina de Cirujanos, le otorga la distinción de designarlo Cirujano Maestro, integrando así la reducida y honrosa nómina que comparte ahora con Miguel T. Susini, Rodolfo Pasman, Pablo Mirizzi, Daniel Cranwell, Marcelino Herrera Vegas, Avelino Gutiérrez, David Prando, Armando Marotta, Salvador Marino y José M. Jorge.

El doctor Ruiz Moreno realizó numerosos viajes de estudio y visitó Chile, Perú, Bolivia, Brasil y Uruguay. En los Congresos de este último país, su presencia era tan frecuente como la de los propios uruguayos, siendo así uno de los gestores de esa hermandad que constituimos los cirujanos rioplatenses para los que nuestro río no es una frontera sino por el contrario un lazo de unión.

Viajó también muchas veces a Europa y a Norteamérica, como delegado a sus Congresos, actuando como Relator en París, Madrid y EE. UU. Cabe destacar que, consecuente con su temperamento y sus convicciones, todos estos viajes fueron costeados de su propio peculio, con sacrificios personales, sin ningún apoyo oficial.

Es precisamente en los Congresos Argentinos de Cirugía, en los de Chile y el Uruguay, donde tuve la oportunidad de disfrutar de su trato y de su amistad, pudiendo valorar así las dotes exquisitas de su personalidad.

Quiero destacar dos hechos que revelan matices de ésta y su pensamiento: Uno corresponde a su actuación de Relator Oficial, Sección Medicina, en el II Congreso Internacional de Estudiantes Americanos (9 al 15 de julio de 1910) en el que Manuel Ruiz Moreno sostuvo que era necesaria para llenar las necesidades del estudiante,

sobre todo en materias prácticas, la implantación de la Docencia Libre, lo que fue aprobada por unanimidad. Esto ha constituido, a mi entender uno de los grandes alcances de la Reforma Universitaria que más tarde se implantó. Y el otro hecho que demuestra inquietudes en otro campo, se refiere a la Fundación de la Sociedad de Deontología Médica, conjuntamente con Miguel Angel Marini y Edgardo Nicholson, de la que fue el primer Presidente; la Sociedad tuvo una vida efímera, pues sólo duró dos años, pero su iniciativa prueba que para Manuel Ruiz Moreno y para quienes lo acompañaron en aquella empresa, la capacidad técnica y científica no pueden escindir-se de la conducta y que el médico sólo es tal y merece ese título, cuando su personalidad se integra con esos dos elementos: el uno moral, el otro intelectual.

Señores: El ser de cada hombre se traduce en sus actos con mucha más fidelidad que en sus palabras. Así, esta preocupación por la formación simultánea de la conciencia ética y de la capacidad científica de los profesionales, que Manuel Ruiz Moreno exteriorizó, es un reflejo, una expresión elocuente de su personalidad, porque fue un hombre cabal en todos los aspectos de su vida. Quienes tuvimos el privilegio de conocerlo y de tratarlo, no podemos olvidar su figura elegante y varonil, su rostro abierto y luminoso en el que la vida no pudo marcar ningún estigma ni la más leve sombra con que la conducta va anotando en la carne como en una foja, las miserias culpables del alma, porque era limpio de corazón; la rapidez y la claridad de su pensamiento, la salud moral que traducían la jovialidad, el fino humorismo y la gracia en el decir de este delicioso "causeur" y agudo interlocutor; el ejemplo de su vida privada y de su hogar perfecto, en el que cuatro hijos fueron cuatro frutos bien logrados a su imagen y semejanza, dignos de su maravilloso padre y de su dignísima compañera.

Si tuviera que designarlo con una sola palabra, elegiría la de Maestro, así, con mayúscula; Maestro por antonomasia, porque jamás defraudó a sus discípulos en ninguno de los campos de la actividad humana y ellos pudieron creer en él ciegamente, resolver sus problemas con su consejo, y confortarse en la dura lucha y en la adversidad con su fortaleza y con su ejemplo, purificarse bajo la sola acción de su presencia o al influjo de sus pensamientos contenidos en su palabra translúcida, y por último, pudieron pasar adelante cuando les llegó el turno, porque él, espontáneamente, a pesar de estar en pleno dominio de todas sus facultades, supo hacerse a un lado para franquearles el paso generosamente, con la gozosa alegría con que un padre ve el triunfo de sus hijos.

No admitió las gestiones que se intentaron para hacerlo Académico, como correspondía.

Al fin de sus días fue nombrado Miembro Honorario de la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil, pero, lamentablemente no se llegó a realizar el acto público y formal correspondiente, que hubiera constituido un homenaje unánime y justiciero.

Hoy, más que un homenaje que magüer su sentida y patente sinceridad, tiene la fugacidad de las cosas que pasan, la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil, anota en este acto su presencia vida y perdurable, porque ha quedado en la estructura anímica de los discípulos que formó, en algún rasgo de todos aquellos que aprendieron algo de él y en el recuerdo afectuoso de sus amigos, que fueron en alguna medida, todos los que tuvimos el privilegio de coincidir en el ámbito temporal y espacial de su vida ejemplar.



En las diarreas  
del lactante

**Intestopan**

MICO-BACTERIOSTATICO DE CONTACTO NO SULFAMIDADO

FRASCOS CON 20 COMPRIMIDOS

1 comprimido:  
brobenzoxaldina 40 mg  
+ broxiquinoleína 200 mg



*‘En la cuna está el porvenir de la patria’*

RICARDO GUTIÉRREZ

“La leche de vaca debe ser sometida previamente a adecuados *procedimientos fisicoquímicos* (como predigestión enzimática, acidificación, homogeneización, etc.) para que sus *prótidos* formen en el estómago un *coágulo blando, finamente dispersado*, lo que facilita su digestión y aprovechamiento.”

H. Finkelstein McKim Marriott, G. Bessau, A. Adam

“Un alimento artificial adecuado debe *favorecer la flora intestinal bifidoacidófila*, porque ella constituye para el lactante un *simbionta indispensable* que regula el pH intestinal, favorece el aprovechamiento de los aminoácidos, lípidos y electrolitos, provee vitaminas del complejo B, aumenta la resistencia y protege contra las infecciones.”

G. Bessau, A. Adam, P. Petuely, G. György, C. Elvehjem.

**Todas estas condiciones indispensables  
las cumple en forma Inmejorable únicamente**

**P R E D I L A K**

**K A S D O R F**

la leche ácida predigerida desecada

*debido a*

su composición cuali y cuantitativa completa y equilibrada, la predigestión enzimática de sus *prótidos y glúcidos* (una digestibilidad similar a la de la leche humana),

su enriquecimiento con aminoácidos azufrados, betalactosa, minerales y vitaminas,

su gran efecto bifidógeno.

*lo que asegura*

el óptimo crecimiento y desarrollo del lactante, gran resistencia y mayor protección contra las perturbaciones gastrointestinales.

Los innumerables éxitos clínicos obtenidos durante las últimas décadas demuestran que **PREDILAK** es el alimento artificial más perfecto para el lactante cuando falta la leche materna.



.. y siempre sobre la base de las investigaciones más recientes

## El Dr. J. E. Rivarola fue designado Miembro de la Academia Nacional de Medicina

El 21 de diciembre de 1963 la Academia Nacional de Medicina incorporó al Dr. José Enrique Rivarola como miembro titular.

Hizo entrega del diploma correspondiente el Dr. Luis Figueroa Alcorta, quien al declarar abierta la sesión pública extraordinaria señaló la actuación del flamante académico: habló de su brillante y prolongada labor científica en el ámbito nacional y extranjero, e hizo resaltar su figura proyectándola en los planos más superiores de nuestra escuela médica.

Presentó al Dr. Rivarola como nuevo miembro titular, el académico Dr. Juan P. Garrahan. Se refirió a las cualidades del "médico eximio, probado por lo que ha realizado, y eximio también por sus condiciones humanas, su cultura, su recta conducta, la distinción de su trato y su transparente vida".

A la Cirugía Infantil, en una exposición de valioso interés, el doctor Rivarola dedicó la primera parte de su conferencia. La segunda, a ilustrar la figura de su antecesor en el sitial, Dr. Pedro Esendero, de quien trazó una semblanza con lo esencial del gran clínico.

La Sociedad Argentina de Cirugía Infantil se honra de tener entre sus miembros al doctor José Enrique Rivarola, elegido, con sobrados merecimientos, para formar parte de la más alta corporación médica del país; la cirugía pediátrica se honra también al ser reconocida como especialidad que merece su representación en ella.

Al referirse a esto, dijo el orador:

Si la designación de miembro titular de esta Academia me ha colmado de halago por ser el galardón más alto que puede un médico recibir, el reconocimiento de la Cirugía Infantil como especialidad en toda su amplitud, por el más encumbrado tribunal de médicos, me llena de mayor satisfacción aún.

Por dicho motivo hago partícipe de este honor a todos los cirujanos de niños que me precedieron y que con su labor científica fueron moldeando y edificando la cirugía infantil en nuestro país; a los cirujanos actuales con quienes vivimos continuamente su desarrollo, señalando los avances de la especialidad; al Hospital de Niños entre cuyas viejas paredes he pasado la mayor parte de mi vida, a los médicos que allí me han distinguido y en especial a mis colaboradores que han contribuido con su trabajo y dedicación a dar mayor realce al Servicio de Cirugía que allí dirijo.

Particularmente hago depositarios de este honor a mi esposa y a mis hijos; a mis

hermanos que hoy me acompañan y a la memoria de mis padres y hermanos cuyas virtudes recuerdo con veneración.

La Cirugía Infantil es tan vasta como la cirugía misma, pues constituye una especialidad que reconoce por único límite la edad del paciente. En esa edad todas las especialidades quirúrgicas están representadas y el cirujano de niños, si bien no hace frente a todas ellas, actúa en su gran mayoría.

La verdadera causa de existencia de la Cirugía Infantil es la noción de niño-enfermedad. El concepto de hombre-enfermedad fue desarrollado hace poco, en este recinto por el Académico Profesor Dr. Egidio Mazzei, en una magnífica conferencia con motivo de su incorporación a la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires.

Con la diferencia que existe entre el hombre y el niño estos conceptos refuerzan la necesidad de una especialización como la nuestra, entendiendo que el niño tiene una anatomía fisiológica y patología particular. El paciente para nosotros es la unidad compleja y completa del organismo infantil, que se proyecta hacia el futuro.

Así como el pediatra es un clínico especializado que ve en toda su amplitud al niño sano o enfermo y tiene que reconocer en él una afección quirúrgica cuando se presenta, el cirujano de niños en la misma forma debe reconocer las afecciones de orden clínico que interfieran en la patología en la cual actúa.

De allí la diferencia principal entre el cirujano de adultos y el cirujano de niños; la visión general que debe tener este último sobre el organismo infantil.

Con la enorme adquisición de conocimientos las Ciencias Médicas se han ido dividiendo en especialidades que estudian un determinado aspecto del organismo. Últimamente estas especialidades se han multiplicado. Basta ver el Boletín Informativo de la Asociación Médica Argentina, que agrupa a muchas de ellas, para darse cuenta que en el afán de progresar y de estudiar a fondo los problemas médicos se circunscriben cada día más a los conocimientos de un sistema o parte de un sistema orgánico.

Esto que a primera vista constituye y es sin duda alguna un adelanto, que reconozco y respeto, trae aparejado un serio inconveniente: La pérdida del concepto del organismo enfermo, para transformarse en órgano o sistema enfermedad, salvo que el médico que ejerce esa especialidad, tenga una firme disciplina que lo obligue a estar al corriente de lo que sucede en otros aspectos de la medicina.

Todas las especialidades que existan o que pudieran surgir en la medicina infantil, incluso la Cirugía, deben partir de un conocimiento básico y amplio de la pediatría. De ella se desprenderán las subespecializadas correlativas con las de adultos, pero siempre ligadas a su raíz única.

Por eso, en relación de interdependencia el cirujano de niños debe saber primero pediatría. Los conocimientos de Cirugía los irá adquiriendo en el ejercicio de la profesión, en el entrenamiento diario, en el quirófano al lado de cirujanos pediatras ya consagrados, en los consultorios del Hospital, sobre todo en el estudio constante de la Cirugía, que es obligatorio ante los progresos extraordinarios que en ella se observan en nuestra época.

Recién entonces con la base pediátrica y el conocimiento de la cirugía general del niño, podrá volcar las inquietudes de su espíritu en una u otra especialidad, dedicándose a estudiar intensamente un aspecto especial de la patología quirúrgica, sin perder de vista la noción del niño en su conjunto orgánico, psíquico y social.

Nuestros hospitales por tener aquellas viejas paredes, poseen una larga historia. Diría yo una larga y gloriosa historia colmada de hechos, realizaciones y nombres que fueron forjando con su sacrificio y su estudio intenso, la medicina que adaptada al progreso, podemos hoy ejercer.

Trabajadores silenciosos, muchos de ellos han entrado ya en el olvido a pesar de

su obra eficaz. Otros, han dejado a la posteridad su vida grabada en el recuerdo, a través de generaciones, por obras llenas de fructífera enseñanza.

La Cirugía Infantil, en Buenos Aires comenzó a vislumbrarse como especialidad a fines del siglo pasado, y era ejercida por cirujanos generales que tenían predilección por ella. Se desarrolló en tres centros principales: en el Hospital de Clínicas, en la Casa Cuna y en el Hospital de Niños.

En el Hospital de Clínicas surge en 1883 con la designación de Pascual Palma como Jefe de la Sección Quirúrgica de la Cátedra de Pediatría. Le sigue luego Alejandro Posadas cuyo prestigio atrae cirujanos de la talla de Marcelino Herrera Vegas, Sussini, Roccatagliata, Arce, Chutro y Finocchietto. Con el fallecimiento de Posadas, Marcelino Herrera Vegas queda a cargo de esa sección durante 18 años. Pone todo su entusiasmo y sus grandes dotes en organizarla, donando instrumental y aparatos transformándola en un verdadero centro de Cirugía Infantil y Ortopedia, con la ayuda y colaboración de Pedro Chutro, José María Jorge, Ricardo Finocchietto y Castelfor Lugones. En el año 1912 queda la sección en manos de Miguel Sussini, siguiéndole más tarde Isaac Prini. En la actualidad la dirige el Dr. Américo Magalhaes.

En la Casa Cuna la Cirugía Infantil se forma en torno a Alejandro Posadas, que actuó también allí y de Daniel Cranwell. Pero es a José María Jorge, a cuyo extraordinario dinamismo y larga actuación se debe la prestigiosa escuela quirúrgica de ese Hospital, continuada brillantemente por Marcelo Gamboa y hoy Marcos Llambías.

El Hospital de Niños es el centro más antiguo de los tres. En 1870 Ignacio Pirovano ejerce la Jefatura del Servicio de Cirugía, cuando el Hospital tenía su sede en la calle Arenales. Tiene discípulos en ese entonces, a José María Jorge (padre), Ramos Mejía y Ramaugé. Allí llegó Rafael Herrera Vegas en 1871 e introdujo la traqueotomía en el tratamiento del erup. Alejandro Castro gran cirujano, actúa con ellos y poco tiempo después de trasladado el Hospital a su actual sede en la calle Gallo. Máximo Castro le sigue e imprime el sello característico de la Cirugía Infantil. Forma una escuela verdadera creadora en su época y tuvo por continuadores a cirujanos descollantes: Marcelo Viñas, Carlos Lagos García, Rodolfo Rivarola y Manuel Ruiz Moreno. Conservo por ellos el más admirado recuerdo y no puedo dejar de decir en estos momentos, que el impulso que recibí en mis primeros años de médico, de Rodolfo Rivarola que fuera mi maestro y hermano, prematuramente desaparecido en el año 1935, me allanó el camino siempre tan difícil de la cirugía. Tanto a él como a sus dos amigos Carlos Lagos García y a Manuel Ruiz Moreno debe el Hospital de Niños la orientación quirúrgica que hoy conserva.

Muchos cirujanos de niños siguieron después su obra, adaptándola a los progresos de la ciencia. Rómulo Monteverde, que fue mi jefe durante 15 años, de gran criterio clínico-quirúrgico, Gustavo Suárez Aguirre, Ricardo Detchessarry, Ernesto Perazzo, Alberto Lagos García, hermano de Carlos, heredero de sus dotes admirables.

En la actualidad, sin contar con los servicios de especialización son seis los Jefes de Cirugía. Comparto así esa tarea con los Dres. Cáceres, Nespolo, Pelliza, Rivara y Víctor Ruiz Moreno.

La Municipalidad cuenta hoy con un Instituto de Ortopedia y Cirugía Infantil que dirige el Profesor Dr. Sebastián Rosaseo.

He querido hacer esta breve reseña de la historia de nuestra especialidad refiriéndome solamente a su desarrollo en Buenos Aires, para recordar a los grandes maestros que la formaron y expresar el agradecimiento que los cirujanos de niños actuales le profesamos por el valioso legado científico que dejaron para la Cirugía Infantil.

El reconocimiento oficial de nuestra especialidad, por esta Academia obliga a expresar algunos comentarios sobre su enseñanza en las Universidades.

En numerosos países de Europa y América la Cátedra de Cirugía Infantil existe para los estudiantes de Medicina, en el programa que deben cumplir para graduarse. En nuestro país, esa cátedra no se registra en ninguna de las Universidades Nacionales. Solamente en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, se dicta un curso para graduados, que inició el Prof. Manuel Ruíz Moreno y lo continuó el Prof. José María Pelliza.

Ha sido preocupación constante de distintas sociedades científicas, entre las cuales se encuentran la Sociedad Argentina de Pediatría, la Asociación Médica Argentina, y está en el programa de la Sociedad Argentina de Cirugía fundada recientemente, de difundir los conocimientos sobre las afecciones quirúrgicas del niño, pero siempre sobre la base de cursos para graduados. A estos cursos asisten aquellos médicos que buscan perfeccionarse y cuya concurrencia aunque numerosa es ínfima en relación a la enorme cantidad de médicos que las Universidades acreditan para el ejercicio de la profesión.

Si se considera que la población infantil en nuestro país es aproximadamente el 35 %, hay cerca de siete millones de seres, para los cuales las facultades gradúan médicos, que no han recibido de ellas enseñanza sobre los problemas quirúrgicos que puedan presentar.

No debe creerse que la Cirugía Infantil es solo una miniatura de la cirugía de adultos, como tampoco debe creerse que el niño es una miniatura del adulto. El niño tiene reacciones distintas y afecciones particulares que lo separan de aquél. El concepto de miniatura puede aplicarse con alguna reserva a la técnica quirúrgica que en la infancia sigue las normas generales señaladas en las demás edades.

La clínica quirúrgica, el concepto de oportunidad operatoria, el manejo del paciente, el conocimiento perfecto de las malformaciones congénitas, el criterio especial que debe tenerse ante un niño portador de una afección quirúrgica y la relación de ésta con el organismo en general, son muy distintos que en el adulto, sobre todo si se trata del recién nacido o de la primera infancia.

Todo ello, por lo general, lo ignora el flamante médico que recibe el título que lo habilita para tratar cualquier enfermo que se le presente.

Por lo menos, en las especialidades reconocidas por la Facultad en el programa de estudios, si el médico ha sido buen alumno, tendrá conceptos generales de ellas que le permitirán orientarse en el diagnóstico y actuar correctamente. Concepto general que le han obligado a aprender en su carrera.

*Pero nadie le ha obligado a estudiar cirugía infantil.* Nadie le ha hablado a través de los largos años de estudios, de los numerosos y difíciles problemas que ella presenta. Solamente los textos generales de Patología y Clínica Quirúrgica dedican reducidos capítulos al tema y en las Cátedras de Pediatría, tratando de llenar este vacío, se dictan algunas clases para estudiantes en forma de esquemas generales que solo alcanzan a demostrar mínimas facetas del mismo. Estas clases son dadas por cirujanos de niños a quienes se les ha solicitado colaboración. Me honro en haber actuado en ellas, pero es tan poco lo que se puede explicar en el reducido tiempo asignado, que mi preocupación por este aspecto universitario, ha ido en aumento.

Es pues, una necesidad perentoria que, así como la Academia Nacional de Medicina ha reconocido nuestra especialidad en forma tal de brindarle en ella un sitio, que las Facultades de Ciencias Médicas hagan otro tanto, al crear la Cátedra de Cirugía Infantil para estudiantes de Medicina.

Tengo la absoluta convicción de que esa Cátedra al transmitir los conocimientos básicos a los futuros médicos, conseguirá salvar a muchos niños, y evitará en ellos secuelas graves de afecciones que por no haber sido reconocidas a tiempo, ni aconsejado su tratamiento oportuno perdieron la ocasión de ser corregidas con la mayor de las garantías.

.... y para la terapéutica infantil

# AMPLIACTIL

GOTAS  
(4560 R. P.)

1 gota = 1 mg. de producto activo

QUIMICA RHODIA S. A.

RIOJA 301

T. E. 93-5011-9

BUENOS AIRES



**INDUSTRIAS  
ORTOPEDICAS  
ARGENTINAS**

*Presenta  
su  
NOVEDAD*

**\* TALONERA  
CORRECTIVA**

**NUEVAS  
TECNICAS**

que



**pone a su  
DISPOSICION!**

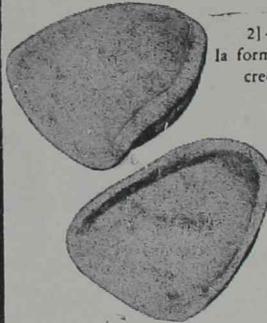
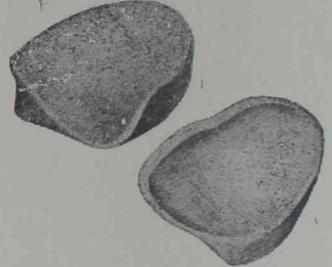


## \* TALONERA CORRECTIVA

PRESENTAMOS AHORA UN NUEVO METODO, QUE DE MANERA POSITIVA, FORMA Y DESARROLLA UN ARCO NORMAL, EN EL PIE.

*La idea de esta talonera correctiva se basa en dos principios:*

1) - Con el antepié mantenido plano en el suelo, la inversión del talón produce un arco y cuanto mayor es la inversión mayor es el arco. En otras palabras, con las cabezas del primero y quinto metatarsal soportando el peso normalmente, corrigiendo la eversión del talón se corrige el pie plano. Un talón vertical da al pie plano un arco normal



2) - El pie en crecimiento se desarrolla y funciona en la forma en que es mantenido. Por ejemplo, si al pie en crecimiento se lo mantiene y se le permite funcionar en forma normal, adquirirá la forma correcta.

Un ejemplo de esto lo prueba la ya descartada práctica china de doblar constantemente el pie de los bebés en forma de pie "cavo". Con el crecimiento se desarrollaba un pie "cavo". Similarmente, si permitimos a los pies de los niños funcionar con un arco normal, los mismos se desarrollarán en forma normal. Más aún, si el pie es mantenido sin soportes de arco [plantares] que es la forma que actúa la talonera, se obtendrán arco y pie fuertes.



Pies planos con pronación del calcáneo.



Los mismos pies con las taloneras colocadas, corrección del plano y de la pronación del calcáneo.

**LAS FIGURAS MUESTRAN LA DISTRIBUCION DEL PESO:**



- A - En el pie normal.
- B - En el pie plano, con anormal distribución del peso a lo largo del borde interno del pie.
- C - Con la talonera correctiva hay una restauración del triángulo normal para la correcta distribución del peso.
- D - Con el soporte de arco (plantar) hay todavía una superficie anormal de distribución del peso.



**INDUSTRIAS ORTOPEDICAS  
ARGENTINAS**

CASA CENTRAL: CORDOBA 1315 - TEL. 41-4999 - BUENOS AIRES  
LA PLATA: CALLE 6 No. 662 - MAR DEL PLATA: SAN MARTIN 3092  
SANTA FE SAN MARTIN 2111 - CORDOBA: PROXIMAMENTE

## Crónicas

### Primera Reunión Nacional de la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil

En la ciudad de Río IV se llevó a efecto la primera reunión con carácter nacional, correspondiente al año 1963, bajo la presidencia del Dr. José E. Rivarola.

El tema central, "Tratamiento del labio leporino unilateral", estuvo a cargo de los doctores Manuel U. Díaz Bobillo y Arturo Gambarini. Leídas algunas contribuciones se procedió a su discusión.

A continuación se presentaron numerosos trabajos sobre variados temas de la especialidad. El interés que despertaron en la nutrida concurrencia hizo que la sesión se prolongara más allá de lo previsto. Posteriormente se efectuó una cena de camaradería.

La organización de esta primera reunión en el interior del país constituyó un verdadero éxito debido en gran parte al empeño y dedicación del doctor Sebastián Cerdá y en general de todos los pediatras y cirujanos de Río IV.

*Doctor Arthur Barsky.* — La primera reunión ordinaria contó con la presencia del doctor Arthur Barsky, destacado cirujano de los Estados Unidos; jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Mont Sinai Hospital. Se le presentaron casos prácticos de cirugía reparadora en la infancia. Sobre ellos, hizo interesantes comentarios y sugirió los tratamientos más adecuados según su reconocida experiencia.

#### INFORMACIONES RECIENTES \*

*Renovación de la Comisión Directiva.* — El 24 de abril de 1964 se renovó la Comisión Directiva de nuestra Sociedad, de acuerdo con lo establecido en los estatutos. Quedó integrada con los siguientes miembros: Presidente Dr. José E. Rivarola, Vicepresidente Dr. Marcos Llambías, Secretario General Dr. Sebastián Rosasco, Secretario de Actas, Dr. Raúl Bisbal, Secretario de Publicaciones, Dr. Bismarek Lucero, Tesorero doctor Martín Urtazum, Vocales Dres. José M. Pelliza y Manuel Díaz Bobillo.

*Nombramientos de Miembros Extranjeros.* — Fueron designados Miembros de Honor los doctores: Pierre Petit (Francia), Raúl Del Campo (Uruguay), Virgilio de Carvalho Pinto (Brasil), Jesús Lozoya Solís (Mé-

---

\* Corresponden a la fecha de aparición del presente número.

jico), Ricardo Yanicelli (Uruguay), Agustín Inostrosa (Chile), Juan Garrido (España), Pascual Romualdi (Italia), Pierre Bertrand (Francia) y Marcel Fevre (Francia). Son miembros correspondientes los doctores: J. R. Wallgren (Finlandia), Franco Soave (Italia), Antonio Gentil da Silva Martin (Portugal), Denys Pellerin (Francia), J. Cardoso Da Rocha (Portugal), Roberto Vilhena Moraes (Brasil), Eduardo Zabalaga Canelas (Bolivia), Morey Sotomayor (Perú), J. Monereo (España), Carlos Herrera Martínez (Perú), José Dellepiane (Perú), Dra. Blanca Smith (Estados Unidos), Geraldo Modesto de Medeiros (Brasil) y Ovidio Pedroza (Méjico).

*Visita del Profesor Chester C. Winter.* — En el mes de junio llegó el Profesor del departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina del Estado de Ohío, doctor Chester C. Winter.

El distinguido visitante es Director de la división Urología en la Facultad y en el Hospital de Niños de Columbus. Es además Consultor de Urología en el Hospital de Veteranos de Dayton y en el Hospital de la Fuerza Aérea de la Base de Fairborn. Dos de sus trabajos merecieron premio nacional. Su dedicación desde 1958 a la eliminación de cuerpos radioactivos por el riñón fueron motivo de particular estudio y después de un ensayo presentado, describe el renograma comparativo en riñones sanos y enfermos. En 1964 publica un trabajo sobre hipertensión renal pasible de tratamiento en los niños.

Durante su estadía entre nosotros, presentó trabajos en la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil que realizó, también a ese objeto, una reunión conjunta con la Sociedad Argentina de Urología. En su transcurso recibió el nombramiento de miembro correspondiente de esta última. Visitó el Instituto Municipal de Cirugía Infantil y se le efectuaron consultas sobre enfermos de la especialidad.

*Profesor Dr. Denys Pellerin.* — Singulares relieves adquirió la permanencia entre nosotros del Profesor agregado de la Facultad de Medicina de la Universidad de París, doctor Denys Pellerin. Autor de más de 200 trabajos sobre cirugía infantil, es Jefe de Clínica Quirúrgica y Ortopedia en el Hospital Des Enfants Malades. Fue relator y delegado a los Congresos Internacionales de Perú, Hungría, Bélgica y Lisboa.

Concurrió a nuestro país como enviado especial del Ministerio Cultural de Asuntos Extranjeros ante gestiones realizadas por el doctor S. Rosasco en la Embajada de Francia, que auspició el trámite. La Sociedad Argentina de Cirugía Infantil patrocinó su estadía.

Un nutrido programa científico desarrolló el visitante en una semana. En los quirófanos del Instituto de Cirugía Infantil del Hospital Pirovano efectuó dos secciones operatorias que fueron televisadas a circuito cerrado.



El doctor José E. Rivarola hace entrega al doctor Denys Pellerin del Diploma que lo acredita como Miembro Correspondiente de la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil

Durante las mañanas trató temas de la especialidad en el Hospital de Niños, Hospital Pedro de Elizalde y en el Hospital de Clínicas. Por las tardes presidió las mesas redondas sobre los temas motivo de las conferencias matinales.

Numerosos colegas siguieron su actuación. Ee efectuaron reuniones conjuntas con la Sociedad Argentina de Pediatría donde trató el tema: "Las llamadas enfermedades fetales" y con la Sociedad Argentina de Urología, donde versó sobre "Sarcomas del seno urogenital en la infancia". Nuestra Sociedad, al finalizar su teuación, por medio de su presidente el Dr. J. E. Rivarola, le hizo entrega del diploma de Miembro Correspondiente.

*Fallecimiento del Profesor uruguayo doctor Juan R. Curbelo Urroz.* — El 6 de julio de 1964 falleció en Montevideo el Profesor Adjunto de Cirugía infantil Dr. Juan R. Curbelo Urroz. Desaparece con él uno de los más destacados cirujanos pediatras del Río de la Plata.

Obtuvo su título en 1929 en la Facultad de Medicina de Montevideo. Dos años más tarde comienza su carrera quirúrgica infantil al ser nombrado asistente del servicio del profesor Prudencio de Pena en el Hospital "Pereira-Rossell". En 1946 fue designado por concurso Profesor Agregado de Cirugía Infantil, colaborando en la enseñanza junto con el

Profesor Velarde Pérez Fontana primero y con el Profesor Yanicelli después.

Posteriormente es designado Cirujano de Niños del Servicio de Primeros Auxilios del Ministerio de Salud Pública, del que depende la asistencia de urgencia de los hospitales de Niños de Montevideo.

Por sus valiosos méritos y su destacada actuación le fue confiada la Jefatura del Servicio de Cirugía del hospital de Niños "Dr. Pedro Visca".

Cirujano innato, con sobresalientes condiciones, reconocidas por todos, consagró una vida al conocimiento de la clínica quirúrgica del niño.

El 26 de agosto próximo pasado la Sociedad de Cirugía y la Sociedad de Pediatría del Uruguay rindieron homenaje a su memoria. En representación de los cirujanos y pediatras argentinos concurren los doctores José E. Rivarola y el Profesor Santiago Gorostiague. El doctor Rivarola expresó en sentidas palabras todo el pesar que había causado entre sus colegas argentinos la irreparable pérdida.

*Actuación del Profesor brasileño Dr. Euryclides J. Zerbini.* — Con el auspicio de la Fundación Cardiológica Infantil se invitó al Profesor doctor Euryclides J. Zerbini y a sus colaboradores para concurrir al Hospital de niños de Buenos Aires, a fin de desarrollar un programa intensivo de cirugía cardiovascular. En el transcurso de una semana se operaron seis casos de Tetralogía de Fallot con circulación extracorpórea, conjuntamente con el equipo de la Sección Cardiovascular del Hospital de Niños. En todos los enfermos se consiguió la reparación total del defecto, habiéndose logrado en el acto quirúrgico una total coordinación. Fue destacable la actuación del Servicio de Hemoterapia del Hospital de Niños.

*Próxima Reunión Nacional.* — La segunda Reunión Nacional se efectuará en la ciudad de Mendoza el 9 y 10 de noviembre de 1964. El tema central, "Malformaciones ano rectales congénitas", tendrá por relator al Dr. Martín Urtazum y serán co-relatores los doctores Raúl Bisbal y Julio Rocca Rivarola.