

Archivos hace 75 años

Sociedad Argentina de Pediatría

OCTAVA SESION CIENTIFICA: 13 de Agosto de 1935

Presidencia del Dr. Mario J. Del Carril

Sobre las indicaciones del tratamiento del síndrome pilórico del lactante

Prof. Dr. F. Schweizer y Dr. A. Llambías.—Se refieren al empleo de los antiespasmódicos de acción local: belladona, novocaína, papaverina; y a los de acción general acentuada; luminal, tintura tebaica. Estos sedantes o hipnóticos pueden conducir a la curación de sus vómitos pertinaces a los lactantes hidroestables. Para la corrección del deficiente reflejo peristólico se emplean las mezclas alimenticias espesadas, y se trata de evitar la aerofagia.

Si a pesar de todas las medicaciones y de las medidas dietéticas los lactantes vomitadores pierden peso más o menos rápidamente, presentan escasas deposiciones de hambre, a la vez que la exageración de su gastroperistaltismo, y algunas veces el tumor pilórico palpable, entonces corresponde practicar el tratamiento quirúrgico.

El Dr. Llambías, cirujano del Servicio de Niños del Prof. Schweizer, se refiere a las ventajas de la pilorotomía parcial preconizada por Ramstedt, que ha realizado dos veces con éxito en dos lactantes presentados—ya curados— a la Sociedad de Médicos de Niños de La Plata. Es poco traumatizante y puede practicarse en pocos minutos. El tratamiento postoperatorio tiene gran importancia.

Discusión: *Dr. Velasco Blanco.*—Ha presentado con Dellepiane Rawson en esta Sociedad 6 u 8 casos de síndrome pilórico que han curado todos con sondaje del píloro, sin llegar a la intervención. Admite que ésta puede ser necesaria en ciertos casos; lo difícil es juzgar el momento oportuno de la operación.

Dr. del Carril.—En nuestro medio la hipertrofia de píloro es rara; casi todos los síndromes pilóricos son funcionales. El momento de abandonar el tratamiento médico es difícil de precisar. En tal caso tienen más importancia que la frecuencia de los vómitos, la pérdida de peso y el estado general del paciente.

— 678 —

Dr. Schweizer.—Es muchas veces difícil establecer la diferencia entre los síndromes de origen orgánico y los de origen funcional. Cuando se puede efectuar el sondaje duodenal, se puede eliminar el diagnóstico de estenosis orgánica. La precocidad del vómito, el descenso de peso, el peristaltismo visible y el tumor pilórico indican la necesidad de la intervención.

Tuberculosis aguda generalizada sin tubérculos típicos

Drs. F. E. White y N. O. Sánchez Basso.—Presentan un niño débil vital, hijo de madre afectada de córticopleuritis, que permanece en el Servicio del Prof. Elizalde durante tres semanas. Sale de alta, pero reingresa a los siete días, febril, con hepato y esplenomegalia, coriza, descenso de peso, sin sintomatología pulmonar. Fallece a los tres días. Las reacciones de Mantoux, negativas.

En la autopsia constatan adenopatías mediastínicas, caseosas y micronódulos diseminados en pulmones, pleura, hígado y bazo. Estudiando histológicamente los nódulos pulmonares, se los encuentra constituidos por lesiones de broncoalveolitis exudativa simple, unos y otros con caseosis, pero sin formar en parte alguna folículos tuberculosos típicos. Encontraron bacilos de Koch en gran abundancia.

Casos semejantes han sido descriptos por Barbier y Ribadeau-Dumas en Francia, por el Prof. Elizalde entre nosotros en 1924, y por Reilly y Rolin en 1931 en los EE. UU. Lo que llama la atención en esta forma sobreaguda de tuberculosis es la enorme extensión de las lesiones pulmonares, que van rápidamente a la caseosis. Esta forma debe responder a contaminaciones muy ricas en gérmenes en sujetos muy jóvenes, por lo general débiles vitales, y las lesiones de los otros órganos por generalización hematógena secundaria.

Difteria nasal y faríngea curada en un niño de 28 días

Drs. R. Bevanger, J. Pico y H. Montarcó.—Coriza con abundante secreción piozanguinolenta y expulsión de pequeñas membranas grisáceas. Seudomembranas sobre ambos pilares del velo. Niño pálido, inquieto, con cornaje acentuado, tiraje supraesternal, llanto y tos apagados. Ganglios satélites del tamaño de un poroto de ambos lados. Temperatura rectal, 38°3. Bacilos de Loeffler, medianos y cortos. Dos inyecciones de suero antidiftérico de 10.000 U. con 12 horas de intervalo.

Al día siguiente, franca mejoría. Dos nuevas inyecciones de 6.000 U. 24 horas después, desaparición total de las pseudomembranas y de los síntomas mecánicos y tóxicos. Ocho días después, parálisis del velo. Reacción de Schick de la madre, positiva.

Discusión: Dr. del Carril.—Esta observación es interesante porque la difteria faríngea es muy poco frecuente en el recién nacido. Lo habitual es la localización nasal. En los 15 años que estuvo al frente de la sala de difteria del Hospital de Niños, sólo una vez observó un caso. Las llamadas difterias ocultas tienen a veces exudado en el nasofarinx.