

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIÁTRIA

Fundada el 20 de octubre de 1911

Miembro de la Asociación Latinoamericana de Pediatría y de la International Paediatric Association

CORONEL DIAZ 1971

BUENOS AIRES

TEL. 80 - 2063

COMISION DIRECTIVA (1965-67)

Presidente Honorario

Prof. Dr. RAUL CIBILS AGUIRRE

Presidente

Prof. Dr. JOSE R. VASQUEZ

Vicepresidente

Prof. Dr. OSCAR TURRÓ

Director de Publicaciones

Prof. Dr. JUAN J. MURTAGH

Secretario General

Dr. JORGE CAPURRO

Tesorero

Dr. JORGE M. SIRES

Secretario de Relaciones

Dr. TOMAS BANZAS

Secretario de Actas

Dr. CARLOS TORIANO

Bibliotecario

Dr. LUIS M. MARQUEZ

Vocales

Dr. GUSTAVO G. BERRI — Dr. HORACIO AJA ESPIL

PRESIDENTES Y DIRECCIONES DE FILIALES

Córdoba	Dr. ALBERTO ORRICO	Corrientes 643
Meendoza	Prof. Dr. JOSE LENTINI	Olegario V. Andrade 496
Tucumán	Dr. JULIO FLORES GORDILLO	Avda. Sarmiento 860
Santa Fe	Dr. LUIS MOYANO CENTENO	Bv. Gálvez 1563
Salta	Dr. AURELIO REVOL NUÑEZ	25 de Mayo 333
Mar del Plata	Dr. CARLOS A. ACTIS	San Luis 1978 - 7º E.
Río Cuarto	Dr. CARMELO S. RIGATOSO	Constitución 1055
Rosario	Dr. ALBERTO DUTRUEL	Italia 661
Entre Ríos	Dr. JORGE PTASCHNE	Hosp. de Niños San Roque - Paraná
San Juan	Dr. CESAR AGUILAR TORRES	Casilla de Correo 247
La Plata	Dr. ABRAHAM RAHMAN	Hospital de Niños Calle 14, Nº 1631
San Luis	Dr. ALBERTO J. GARDELLA	Rivadavia 1092
Bahía Blanca	Dr. GABRIEL LASPIUR	Belgrano 518
Corrientes	Prof. Dr. JUAN CARLOS CIVETTA	Mendoza 1544
Misiones	Dr. RODOLFO TORRES	Félix de Azora 399 - Posadas
Jujuy	Dr. HERNAN PERALTA	Avda. Córdoba y J. Hernández
Chaco	Dr. LORENZO A. CASTELAN	Corrientes 333 - Resistencia
Regional Centro de la Pcia. Bs. As.	Dr. ALFREDO FORT	Paz 1400 - Tandil
Alto Valle de Río Negro y Neuquén	Dr. EDUARDO J. AZAR	España 221 - Neuquén

SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGIA INFANTIL

Presidente

Dr. MARCOS R. LLAMBIAS

Vicepresidente

Dr. JOSE Ma. PELLIZA

Secretario General

LUIS A. FUMAGALLI

Secretario de Publicación

TEODORO SEIJO

Tesorero

EMILIO A. FELIU

Secretario de Actas

JUAN CARLOS PUIGDEVALL

Vocales

VICTOR RUIZ MORENO — BISMARCK LUCERO

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA

Fundados en 1930

Organo de la Sociedad Argentina de Pediatría

CORONEL DIAZ 1971

BUENOS AIRES

TEL. 80 - 2063

Director:

Prof. Dr. JUAN J. MURTAGH

Comisión Asesora:

Prof. FELIPE DE ELIZALDE
Prof. RAUL P. BERANGER
Prof. ALFREDO LARGUIA
Dr. JOSE E. RIVAROLA

Redactores:

Dr. ANGEL CEDRATO
Dr. NARCISO FERRERO
Dr. CARLOS A. CAMBIANO
Dr. PEDRO R. VISCIGLIO
Dr. CARLOS LLABRES
Dra. ISAURA GOMEZ CARBALLO

Corresponsales:

Dr. JORGE A. GUIDI (Córdoba)
Dr. ADOLFO E. BROK (La Plata)
Dr. JORGE N. CARNE (Rosario)
Prof. Dr. ALBERTO M. LUBETKIN
(Río IV)
Dr. JOSE VASOIN (M. del Plata)
Dr. VALOIS MARTINEZ COLOMBRES
(hijo) (San Juan)
Dr. LUIS PREMOLI COSTAS (Salta)
Dra. LLOBAL SCHUJMAN (Tucumán)
Dr. ALEJANDRO MINES (Tucumán)
Dra. IRAIDA S. DE CABROL (Paraná)
Dr. LISARDO CABANA (Tandil)
Dr. NEDO ALBANESI (B. Blanca)

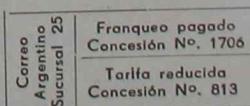
Publicación mensual. Suscripción:

Exterior	10 dólares
Capital e Interior	\$ 1.200.—
Número suelto	\$ 200.—

Los avisos y suscripciones deben ser abonados por cheque o giro postal a nombre de la
"SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA"

Dirección y Administración: CORONEL DIAZ 1971 — Tel. 80 - 2063

Registro de la Propiedad Intelectual
Nº 878.244.



Artes Gráficas Ries y Alonso S. R. L.
Santander 349 - Bs. As.

*científicamente
concebido!*

- **contrafuerte rígido**
- **puntera armada**
- **taco prolongado**

**Calzado
para
niños**

**Buen[®]
Pasito**

venta por prescripción médica

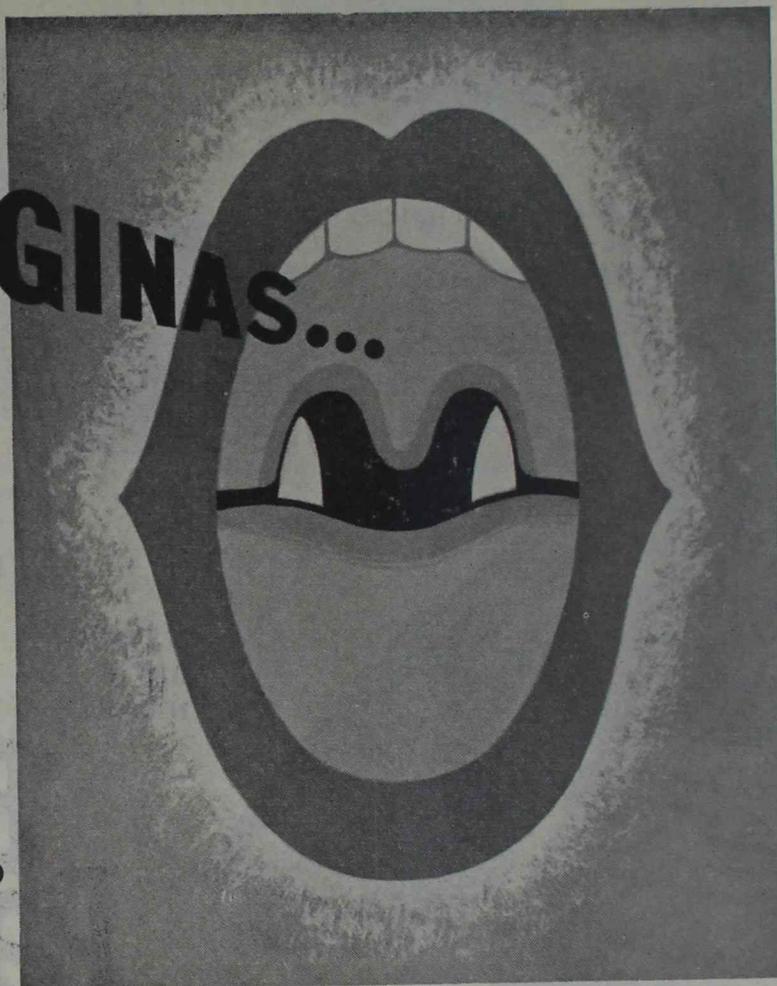
IOA



**CASA CENTRAL: AV. CORDOBA 1315
T. E. 44-1713/4 - BUENOS AIRES**

LA PLATA - MAR DEL PLATA - SANTA FE - CORDOBA
ROSARIO - MENDOZA - PARANA - TANDIL

ANGINAS...



ACCION INTEGRAL

- antiinfecciosa
- antiflogística
- analgésica

CLORAMFENICOL

CANFOCARBONATO
DE BISMUTO

DIPIRONA

SUPOFENICOL BISMUTO

SUPOFENICOL BISMUTO adultos x 2

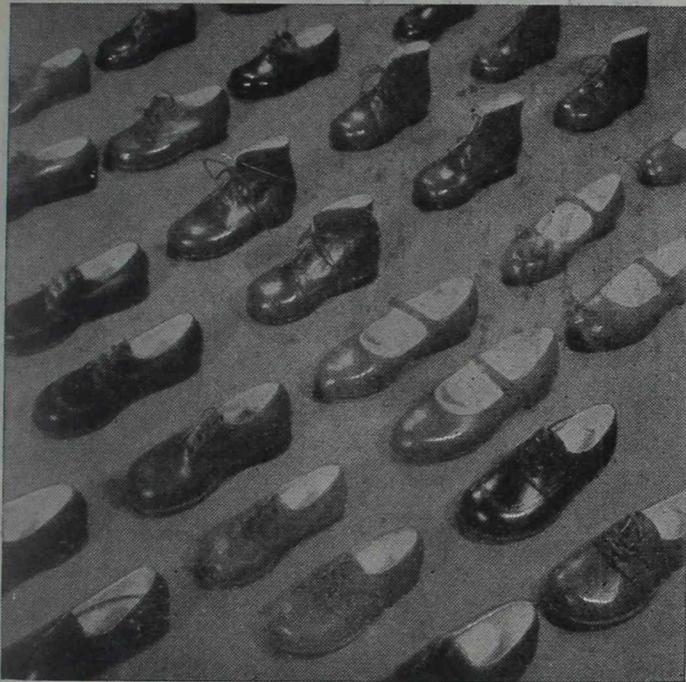
SUPOFENICOL BISMUTO infantil x 2



QUIMICA DUMONT FRERES

Charcas 5013-15 T. E. 772-3269 Buenos Aires

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 escaquin y mocasin igualmente con todos los detalles de los anteriores, para pies delicados y especialmente para uso del taco Risser.

Nuevos Impactos de la ORTOPEDIA CENTRAL

1. - Pone a disposición del distinguido Cuerpo Médico Argentino su Salón de Actos de la calle Junin 128-30.
2. - En su nuevo gran local de ventas de la calle Junin 43, T. E. 49-1362, atenderá al público de 8 a 19.30 horas.
3. - Ha anexado una sección para la venta de instrumental para Cirugía Ortopédica, de insuperable calidad.



Junin 43 - T. E. 49-1362
Buenos Aires

Junin 128-30-32
T. E. 76-6841

Casa Adherida a la Cám.
Argentina de Ortopedia

G o t a s O t i c a s

oto SEDAN

OTITIS - OTALGIAS - OTORREAS

ANALGESIA INMEDIATA
MAXIMA ACCION ANTIINFLAMATORIA
ANTIBACTERIANO DE AMPLIO ESPECTRO
OPTIMA TOLERANCIA EN LACTANTES Y NIÑOS

oto **SEDAN**



PRESENTACION:
Frasco gotero de 5 cm³.

FÓRMULA: Acetato del p-aminobenzoil 2 aminodetilaminoetanol 5 g.; Sulfato de neomicina 0,50 g.; Prednisona yodada 0,10 g.; Polivinilpirrolidona 1.50g.; Propilenglicol c. s. p. 100 cm³.

LABORATORIOS



PIERRE BARDIN S. A. C. - JUNIN 508 TEL. 49-0969

La Cirugía Infantil como Especialidad

Dr. MARCOS R. LLAMBIAS

Hasta hace pocos años, la cirugía del niño fue considerada simplemente como una parte de la cirugía general; no obstante, la naturaleza particular de los problemas específicos de la niñez había sido reconocida desde 1860 por Cooper Foster en su tratado: "Las enfermedades quirúrgicas de la infancia". A partir de esa fecha los trabajos se han multiplicado, apareciendo los grandes pilares de la cirugía infantil: Ombredanne, Ladd, Gross, Potts, Swensen, Grob, etc.

La cirugía infantil como especialidad es una realidad en diversos países. Entre nosotros, recientemente, la Academia Nacional de Medicina ha creado este sitio, ocupando el cargo uno de nuestros más calificados especialistas, el doctor José Rivarola, nuestro Vicepresidente, a quien felicitamos públicamente, pues es indudable que su nombramiento no ha hecho más que premiar, en base al reconocimiento de sus indiscutibles antecedentes y vocación, la labor de toda una vida dedicada con entusiasmo sin igual a la cirugía infantil.

Toda especialidad nace como respuesta a una necesidad; y así como un día se desprendió la pediatría de la medicina interna, es hoy una necesidad que se considere a la cirugía del niño como entidad separada de la cirugía general. Por eso creemos de interés, en esta reunión, fijar el concepto de lo que entendemos por cirugía infantil, qué debe ser un cirujano pediátrico y cuál es su campo de acción.

Nadie concibe que un recién nacido o un lactante sea medicado y orientado clínicamente por un médico general, a pesar de su gran fama y conocimiento. Por eso llama la atención que en la actualidad haya quien crea, y son varios, que el ortopedista, el cirujano general,

...Léida en la 1ª Reunión Nacional de Cirugía Infantil. (Río Cuarto, octubre, 1963).

el urólogo, etc., puedan tratar a los niños que presenten problemas atinentes a su especialidad, olvidando que el niño es una entidad totalmente diferente al adulto y exige para su tratamiento un conocimiento total de su psiquis y fisiología, siendo ello el fundamento de un especialista.

Entre las numerosas especialidades quirúrgicas, la cirugía infantil ocupa una posición singular. Mientras que aquellos especialistas se limitan al tratamiento de las afecciones quirúrgicas de un determinado órgano o grupo orgánico, la cirugía pediátrica encuentra sólo como límite la edad del paciente y no está circunscripta a un área anatómica tal como el tórax o el abdomen. Creemos que la cirugía infantil no es un territorio restringido de la cirugía general, sino por el contrario, es un conjunto de nociones complementarias que se deben añadir al conocimiento de la cirugía general y de todas sus especialidades, es decir, que no podrá ser un buen cirujano de niños quien no tenga primero una sólida base de cirugía general.

Se dice que en algunas especialidades deben emplearse técnicas o medios de exploración que no siempre el cirujano de niños conoce. Nosotros creemos que precisamente para considerarse especialistas estos métodos deben ser aprendidos y manejados con seguridad. Creemos que nuestra especialidad debe ser abarcada en su totalidad y que el cirujano de niños debe ser aquel profesional que domine la clínica y la técnica quirúrgica, pero además los auxiliares de las distintas subespecialidades que tengan como común denominador al niño; y que el único límite de su campo debe ser la edad del paciente. Por ello el cirujano de niños será aquel que opere enfermos de 0 a 14 años, ya que posteriormente no hay diferencias con el adulto y no se

justifica al especializado. Fundamentamos nuestra exposición en que la especialidad así encarada, lo ha sido durante muchos años en diferentes partes del mundo, siendo un claro exponente de este enfoque la actuación del Dr. Max Grob, gran cirujano de niños que hace la especialidad tal como nosotros la entendemos, siendo su éxito bien conocido por todos.

Es en la práctica cuando uno medita y comprende que no hay por qué no enfocar así la especialidad. En efecto, los problemas de las distintas subespecialidades pueden ser dominadas en corto tiempo y no hay justificación para no hacerlo así. Es indudable que se necesita tiempo antes de estar capacitado como cirujano de niños; por eso creemos que este título recién puede considerarse alcanzado después de varios años de experiencia.

Por otra parte, de existir subespecialistas, éstos deben formarse dentro de los cirujanos de niños, norma aplicada en la mayoría de los servicios de cirugía pediátrica, en donde existe y se cumple el trabajo en equipo. Somos partidarios de que la subespecialización se encare posteriormente a algunos años de ejercicio de la cirugía infantil.

Enfocar en otra forma nuestra cirugía infantil significaría que en pocos años la misma no tenga razón de ser o que quede limitada a un campo muy estrecho.

En otras palabras, si se acepta que el ortopedista, el cirujano torácico, el cirujano general o el urólogo son necesarios para la solución de problemas de cirugía infantil, porque pueden dominar técnicas instrumentales que no siempre el cirujano pediátrico ha estudiado, debemos reconocer que no hay razón para crear sociedades de cirujanos de niños. Creemos que estos comentaristas y la discusión a que pueda dar lugar serán de gran utilidad para que los cirujanos jóvenes puedan hacer su composición de lugar sobre el porvenir de la especialidad que con tanto entusiasmo han encarado.

Por otra parte, creemos de necesidad insistir en que los niños quirúrgicos no deban ser atendidos fuera de los servicios especializados. Creemos que ésta es la manera más segura de dar al niño una atención especializada correcta, y, por otra parte, nos preguntamos qué dirían los cirujanos generales si se operaran adultos en los servicios de cirugía infantil. Creemos que es necesario meditar sobre este problema y unirnos para en esta forma evitar que se desvirtúe nuestra especialidad y encarar una lucha para obtener que se incluya la cirugía infantil como materia regular en la carrera de medicina. A este respecto nos parece de actualidad reproducir los siguientes párrafos del Dr. Gamboa publicados en la Revista de la Asociación Médica Argentina en el año 1958: "el núcleo no pequeño ya, de cirujanos de niños de nuestro país, constituido por profesionales de alta jerarquía científica y moral con madurez de juicio y juventud suficiente, se encuentran privados de incorporarse a las actividades docentes en nuestra facultad de medicina por no encontrar en ella la materia de su predilección.

Asimismo, la Facultad se priva de incorporar a su seno a un grupo de estudiosos que contribuirían también a mantener el nivel y el prestigio de la institución.

Nuestra Facultad de Medicina, a diferencia de otros países europeos y americanos, no ha creado la cátedra regular de Cirugía Infantil. Muchos de nuestros estudiantes, recordemos, no han tenido ocasión de ponerse en contacto con esta patología quirúrgica del niño y sus oportunidades serán menores en el transcurso del tiempo a medida que las exigencias profesionales los lleven por diferentes caminos."

Para terminar diremos que, en nuestra opinión, la cirugía infantil no debe defender su existencia indiscutible, sino afirmar su vitalidad, reclamando el perfeccionamiento de los servicios existentes para en esta forma solucionar eficazmente los problemas quirúrgicos que puedan presentarse.

Úlcera Gastroduodenal en el recién nacido

DRES. JOAQUIN J. GIUNTA *, ANA MIRAMONT DE ESTEVES **,
FORTUNATO DI GIUSEPPE ***, CARLOS A. GONZALEZ ZAGUIRRE****

Dos motivos fundamentales inducen a presentar esta comunicación. El primero, tener presente que la úlcera gastroduodenal en el recién nacido, si bien es rara, no es excepcional, y en segundo lugar, aportar a la casuística dos casos de nuestra observación.

Desde el año 1825 en que Siebold publica la primera úlcera descubierta en el recién nacido, a 1929, en que se hizo el primer intento para reparar la perforación gástrica, y a 1950 en que Lugas presenta el primer recién nacido que sobrevive, se han ido sucediendo comunicaciones en distintos países del mundo. El trabajo más reciente, de los que hemos consultado, es el de Kosimano y colaboradores, del año 1962, en el que describen seis casos de observación personal en el lactante, de los que sólo cinco fueron operados, sobreviviendo uno. Estos mismos autores reúnen en la bibliografía 156 casos de úlcera en el lactante, todos ellos operados, de los cuales hubo sólo 10 curados.

Hamrick, menciona en su trabajo que hasta el año 1959 se habían descrito 81 casos de úlcera en el recién nacido, con una mortalidad del 81 %.

LOCALIZACION

Casi todos los autores coinciden, que

Servicio de Cirugía Infantil y Ortopedia A,
Hospital Emilio Civit, Mendoza.

* Jefe de Servicio.

** Jefe de Clínica.

*** Jefe de Clínica Interino.

**** Médico Agregado.

1º Reunión Nacional de la Soc. de Cirugía Infantil, octubre, 1963.

la localización duodenal es más frecuente que la gástrica. Bird, Limper y Mayer, dan 73,8 % a la úlcera duodenal; Theila, da el 62,7 %. En el 10 % de los casos puede presentarse simultáneamente en estómago y duodeno.

EDAD

En la infancia, la frecuencia mayor se produce por debajo de los dos años y por encima de los 10. Entre ambas edades, la incidencia es manifiestamente menor.

Bird, Limper y Mayer, dividen teniendo en cuenta la edad, en: a) úlcera del neonato; b) hasta uno o dos años; c) hasta los seis años; d) de los siete a once años, y e) de los doce a los quince años.

Mencionamos este agrupamiento de los citados autores, para poner en evidencia que la úlcera del recién nacido tiene su jerarquía propia: diagnóstica, pronóstica y de tratamiento.

No queremos omitir el hecho excepcional, que la úlcera puede presentarse ya en el útero de la madre, como en el caso descrito por Lee W. E. y J. R. Wells.

SEXO

En el varón, la incidencia es mayor que en la mujer. Galíndez, presenta una estadística de ocho casos con el 7 % de varones; Albrecht, da el 82 % de varones.

ETIOPATOGENIA

Muchas son las teorías que se han esgrimido para explicar la formación de la úlcera gastroduodenal en la niñez.

El antiguo concepto de que la úlcera péptica era la única causa de la perforación gastroduodenal en la infancia, se ha ido modificando con el estudio más prolijo de cada nuevo caso y es así como se han descripto numerosos factores capaces de provocarla.

L. C. Hamrich, ha efectuado una completa enumeración etiológica de las perforaciones gastroduodenales; es la siguiente: a) úlcera péptica; b) defecto congénito de la pared gástrica; c) gastromalacia en estados septicémicos; d) úlceras como consecuencia de hemorragias intracraneanas; e) prolongados períodos de anoxia; f) roturas de divertículos gástricos; g) intubación para aspiración o peras de gavage, y h) traumas abdominales sufridos durante el parto.

Sentado que toda perforación gastroduodenal no es imputable sólo a la úlcera péptica, pasemos a describir cuáles son las causas capaces de provocar ésta.

a) *factor vascular*: Shore sostiene que las úlceras agudas representan un disturbio de la circulación local, provocando erosiones de tipo hemorrágico, que pueden quedar localizadas en la mucosa o que pueden interesar otras capas de la pared gástrica. El jugo gástrico mantendría luego la ulceración.

En general, podemos afirmar que todo proceso capaz de producir alteraciones vasculares en las pequeñas arteriolas y venas de la mucosa gástrica o duodenal, representan el factor más importante de esta etiología.

Los émbolos y microémbolos, que partiendo de cualquier punto pueden detenerse en un vaso gástrico o duodenal, siendo el "primun movens" de aquella lesión, que llegará a ulcerarse. Los puntos de partida de estos émbolos pueden ser: onfalitis, infecciones de la pared abdominal, la placenta, enfermedades vasculares, trombosis, etc., que canalizando la vena umbilical llegarían a localizarse en un vaso de la pared gastroduodenal, provocando una congestión o isquemia, lo que crea una zona de menor resistencia atacable por el jugo gástrico y por lo tanto origen de la úlcera.

b) *factor infeccioso*: La infección puede actuar como desencadenante o como foco de origen de microembolias. Es el caso de diversos procesos abdominales, tan frecuentes en los niños a consecuencia de enfermedades infecciosas como la fiebre tifoidea, escarlatina, amigdalitis, onfalitis, etc.

Guts relata el caso de una úlcera perforada mortal siguiendo a una escarlatina; Reiner, un caso consecutivo a sarampión.

La sífilis y la tuberculosis por deglución de esputos bacilíferos, pueden dar origen a úlceras.

c) *úlceras de los quemados*: Aparecen durante la segunda semana de las quemaduras extensas. Fue descripta por primera vez por Kubling. En la etiopatogenia intervendrían las toxinas circulantes.

Una etiopatogenia similar, reconocería las úlceras que acompañan a las nefritis y uremias.

d) *acidez gástrica*: En el niño la acidimetría puede ser normal, ligeramente aumentada o incluso subnormal, lo que da una peculiaridad a la úlcera del niño y esto hace que la acidez gástrica, como agente etiológico de la úlcera, sea muy escasa aunque hay que tener en cuenta que puede actuar como desencadenante o bien manteniendo una úlcera preexistente.

e) *factor hormonal*: Las glándulas de secreción interna por su correlación neurohormonal tendrían una acción directa sobre el equilibrio del sistema nervioso autónomo. Una perturbación en este complejo sistema daría origen a isquemia, por espasmos; alteraciones neurotróficas y en definitiva generarían una úlcera.

f) *herencia*: Virenque, Pasquié y Gauthot, publican ocho casos, estableciendo que tres tienen antecedentes familiares de úlcera, pero dicha estadística, aunque insuficiente para extraer conclusiones, crea la inquietud para corroborar en ulteriores estudios.

g) *factor psicossomático*: F. Alexander en 1934, propuso las bases de esta teoría y estableció que el factor fundamental

sería: las frustraciones por deseos de dependencias, de afecto, de sostén, etc.

Fermín Palma, destaca que los cuatro casos por él publicados eran enfermitos de gran vivacidad y comprensión, comportándose con una mentalidad muy superior a la edad; uno de ellos era un aventajado alumno de la escuela.

Araujo y Fumagalli, destacan la importancia del factor psicossomático, puesto en evidencia por los trabajos de Girdam y Marcus Shapmann, quienes encontraron disturbios de tipo ansiedad, introversión y labilidad emocional, que generarían manifestaciones de hipervascularización gástrica, con hipermotilidad e hiperacidéz.

Podemos concluir diciendo que hay relación entre disturbios emocionales y úlcera, no olvidando el papel que juega el sistema neurohormonal.

h) *factor neurógeno*: Actualmente está aceptado que existe relación entre lesión cerebral y úlcera. Es un hecho de observación la aparición de úlceras consecutivas a una operación sobre cerebro, la llamada úlcera de Cushing. El mecanismo sería nervioso y humoral. Ha demostrado la escuela de Cushing que la estimulación del parasimpático diencefálico, produce isquemia o hiperemia local, con éstasis y aumento de la permeabilidad capilar. Estas alteraciones vasculares causan anoxia y daños tisulares, disminuyendo la resistencia al jugo gástrico.

i) *teoría del stress*: Se produciría una descarga de A.C.T.H., con la consiguiente liberación de corticoides, que actuarían sobre una mucosa ya alterada por el mecanismo de desequilibrio nervioso autónomo.

CUADRO CLINICO

Hay un hecho que es preciso puntualizar. La úlcera del recién nacido sólo se diagnostica por sus complicaciones: hemorragia o perforación. Son siempre de aparición aguda y evolución rápida. Rokitansky las denomina perforantes y Schores úlceras agudas, designaciones que en cierto modo definen sus características.

Anatomopatológicamente se observa, que interesan sólo la mucosa o todas las capas del estómago o duodeno, con poca o ninguna reacción intersticial.

La sintomatología, repetimos, es ostensible si hay complicaciones; en caso contrario sólo es diagnosticable por la autopsia.

En la forma hemorrágica, ésta aparece en tiempo variable después del nacimiento, desde horas hasta los tres o cuatro días. El recién nacido, sin pródromos, comienza a vomitar un contenido gástrico color pózo de café a sangre roja, rutilante, con o sin coágulos, dependiendo ello de la cantidad de sangre que mana de la ulceración. Se observa más frecuentemente con las últimas características. Completa el cuadro un estado de shock y anemia aguda, con eliminación de sangre por el ano, en forma de deposición alquitranada o sangre roja, siendo esta última la forma casi constante de presentarse.

Las características señaladas ponen en evidencia que las hemorragias casi siempre son profusas y difícilmente coercibles, por lo que si no se adoptan medidas quirúrgicas urgentes, no se puede salvar al enfermito.

Queremos puntualizar un hecho que no hemos encontrado descrito en ninguno de los trabajos consultados, y es que puede faltar la emisión de sangre por el ano, como ocurrió en uno de nuestros casos. Ello se debió a una atresia concomitante del duodeno. Por lo que este síntoma no es excluyente y en presencia de él, pensar en una alteración congénita del tránsito intestinal.

La *complicación* más frecuente de la úlcera gastroduodenal del neonato es la perforación. Como en la hemorrágica, se produce a las pocas horas o días de nacido y se pone en evidencia por una serie de síntomas imprecisos. Aparece algún vómito, el niño se pone apático e inapetente y luego comienza la distensión abdominal, consecuencia de la instalación de una peritonitis, agregándose cianosis y taquicardia.

La úlcera del recién nacido y del lactante es una reacción a agresiones del

tipo stress, casi siempre por enfermedades, menos veces en respuesta a accidentes, quemaduras, etc.

Ocurriría durante el parto, sobre todo durante el período expulsivo, determinando fenómenos vasculares: isquemia, congestión pasiva o microembolias, que provocan lesiones de la mucosa e incluso de todas las capas del estómago o duodeno.

El diagnóstico se establece mediante una radiografía directa de abdomen. La existencia de neumoperitoneo confirma la perforación de víscera hueca. Este dato obliga a la intervención quirúrgica de urgencia.

TRATAMIENTO

Como es fácil comprender, la única conducta posible en la úlcera gastroduodenal del recién nacido, es la quirúrgica; ya que se hace ostensible por sus complicaciones y son éstas las que hay que tratar.

Se puede ser expectante durante 24 a 36 horas en las úlceras sangrantes, efectuando reposición de la sangre perdida e hidratación endovenosa.

En los perforados se debe intervenir con urgencia, antes que la peritonitis sidere al enfermo.

La intervención a efectuar será la mínima posible, abriendo el estómago o duodeno, si llegara a ser necesario, para hacer la hemostasia del vaso sangrante.

La perforación se cerrará en un plano, con o sin epiploplastia.

Es fundamental el tratamiento posoperatorio con sangre, electrolitos, antibióticos, etc. La realimentación, no antes de las 48 horas; comenzando en forma cuidadosa y progresiva; al principio soluciones de dextrosa y salinas durante 24 a 48 horas, de acuerdo al estado y reacciones del niño, para luego agregar prudentemente leche materna o polvos de leche.

CASUISTICA

CASO I

Nélida S.; Historia clínica N° 13030.

Ingresa el 29-7-63 al servicio, internada por la guardia, a las 48 horas de vida, con un estado de grave shock por anemia aguda, determinada por hematemesis profusas de sangre roja.

Antecedentes obstétricos: presentación de cara con gran traumatismo de parto.

Niña con peso aproximado de 2.000 grs., facies mongólica: gran hematoma que se extiende de ambas mejillas a frente y mentón. Se observa sangre roja en ambas fosas nasales y boca.

Se presenta postrada, pálida, con movimientos perezosos, taquicardia e hipotermia.

La guardia, ya había efectuado transfusión de 100 c.c. de sangre, por lo que se agrega: suero por boca, vitamina K. y carpa de oxígeno.

Se pide examen otorrinolaringológico informando: fosas nasales obstruidas por gran hematoma y una erosión en rinofaringe.

Durante su internación se repiten los vómitos de sangre roja con algún pequeño coágulo, lo que obliga a suspender toda ingestión y agregar nueva transfusión y soluciones por venoclisis.

Tiene deposiciones escasas con aspecto de meconio.

Como al día siguiente persisten los vómitos aparentemente espumosos, se solicita radiografía de tórax. Dificultades técnicas en el servicio de rayos, impiden obtenerla ese día.

Realizada al día siguiente se comprueba: infiltrado en vértice pulmonar derecho; en abdomen dos imágenes aéreas, que se interpretan como estómago y primera porción de duodeno, haciéndose diagnóstico de atresia duodenal, se decide intervenir de urgencia. Fallece la niña en los preparativos el 2-8-63.

La necropsia informa: Examen macroscopio, estómago dilatado; al corte mucosas sero-hemorrágica en curvatura menor, con pliegues conservados en fondo y cardías, en antro pilórico no hay pliegues. Color de la mucosa, rojo con zonas más oscuras, hemorrágicas, en antro y curvatura mayor; en la porción inferior de la misma, úlcera de tres centímetros de diámetro. El examen microscópico, revela una ulceración aguda, habiendo desaparecido la mucosa y estando el resto de las tunicas infiltradas por sangre.

Existe una atresia de la primera porción del duodeno, haciendo dos fondos de saco separados por un centímetro de distancia.

El resto del examen anatomopatológico es normal.

CASO II

Juana P.; Historia clínica N° 12483.

Ingresa el 28-6-62.

Edad: 4 días.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: nacida de parto de nalgas, al parecer sin complicaciones. Es necesario consignar que el parto se efectuó en el domicilio, atendido por una vecina y ambiente pobre.

Enfermedad actual: informa la misma persona que trae la criatura, desde su residencia, distante a 180 Kms. de la Capital, que no pue-

de precisar detalle sobre la evolución después del parto, salvo que les llamó la atención desde el nacimiento el abdomen globuloso y que desde el día siguiente de nacida comienza a vomitar, por lo que suspende la administración de líquidos, para reiniciarla al día siguiente, con igual resultado. Al tercer día de vida notan decaimiento, además de la distensión abdominal, existiendo concomitantemente constipación por lo que deciden trasladarla a esta ciudad.

Es vista en la guardia quien la interna en nuestro servicio.

Al examen: peso 3.600 grs.; buena vitalidad, llanto de regular intensidad, discreto estado general; sequedad de mucosas y disminución del turgor de la piel.

Llama la atención a la inspección, el abdomen francamente globuloso. Con piel roja, caliente y edematosa en hemiabdomen derecho, rebasando la línea media; quedando el cordón umbilical sumergido en esta zona.

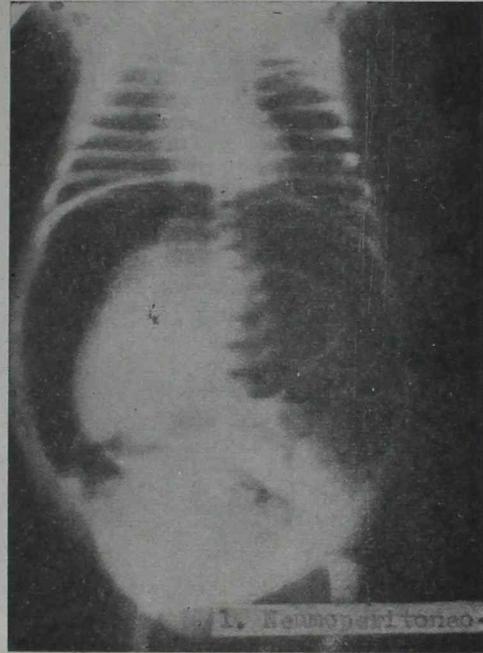
El edema que por arriba llega hasta la parte vecina del tórax, alcanza a la porción proximal de ambos muslos.

A la percusión, hipersonoridad generalizada; matidez hepática desaparecida.

Se piensa en un problema oclusivo intestinal, por lo que se solicita una radiografía directa de abdomen, que nos revela la existencia de un neumoperitoneo. (Rad. 1).

Se efectúa de inmediato la intervención quirúrgica pensando pudiera tratarse de una perforación de colon por tapón meconial que habíamos tenido oportunidad de tratar en dos casos con características similares.

Cirujano: Dr. Giunta, Joaquín; Ayudante



RAD. 1

primero: Dra. Marimónt de Estévez, Ana; Ayudante segundo: Notti, Humberto (h.); Anestesia general con éter, Dr. Fagioli, Marco.

Procedimiento: Incisión transrectal izquierda, supra e infraumbilical; abierto peritoneo

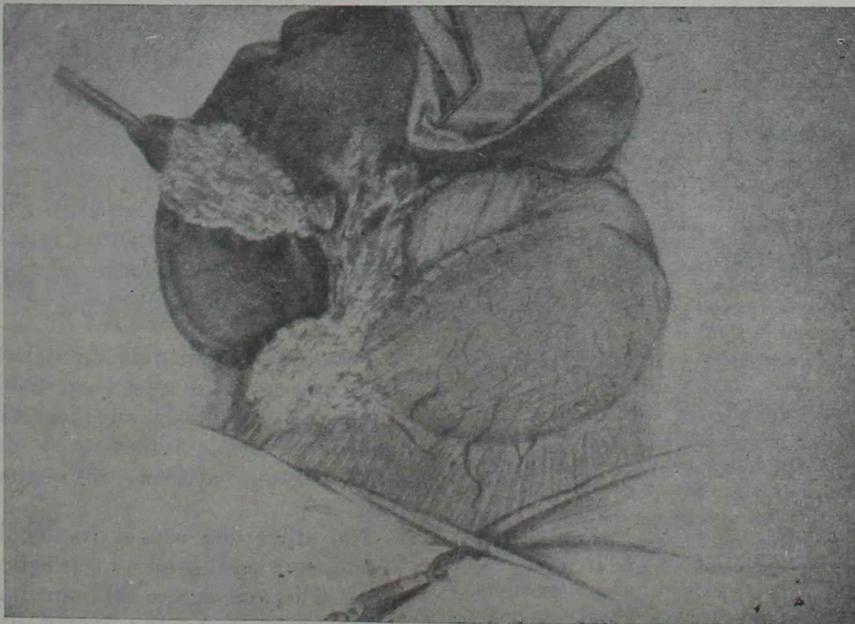


FIG. N° 1

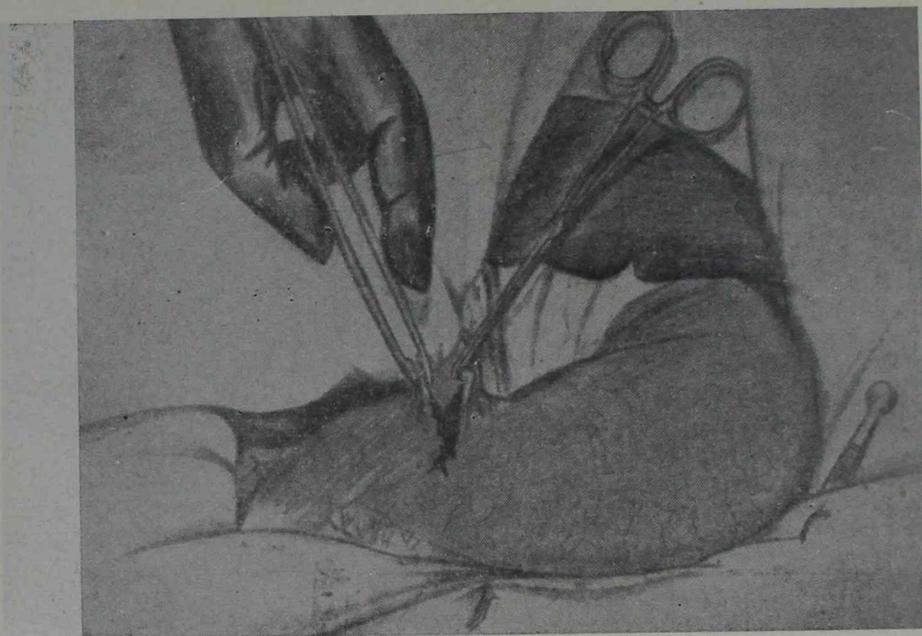


FIG. N° 2

se observa escasa cantidad de líquido seroso turbio.

El colon sigmoideo y descendente sin anomalías; el delgado no explica el neumoperitoneo, tampoco el colon ascendente y ciego, aunque a este nivel existen placas de fibrina. Se hace necesario prolongar la incisión hasta la parrilla costal, permitiendo la exploración del estómago, que se presenta normal. El eplon menor, la vesícula, de la cual solamente se ve el fondo y la primera porción del duodeno, se encuentran bajo gruesas capas de fibrina. (Figura 1).

Se van retirando los depósitos de la misma y ello permite descubrir una perforación lineal con bordes irregulares, de un centímetro de longitud, perpendicular al eje duodenal y casi contactando con el píloro sobre su cara anterosuperior. (Figura 2).

Se efectúa cierre de la brecha con catgut erómico 0000 atraumático sin epiploplastia, a punto separado y totales.

Se coloca drenaje de goma subcostal en flanco derecho.

Cierre por planos.

En el postoperatorio se indica transfusión de sangre total, hidratación por venoclisis, antibióticos y vitamina K.

Durante el postoperatorio padece una neuropatía y otitis, de las que se recupera con facilidad; se realimenta según técnica y se da de alta curada en perfecto estado de salud, el 11-9-1962, después de un estudio radiológico gastroduodenal que no revela ninguna anomalía.

RESUMEN

Se presentan dos casos de úlcera gastroduodenal en recién nacidos.

Uno de ellos fue una forma hemorrágica incoercible asociada a atresia de primera porción de duodeno que evolucionó al óbito.

El otro fue una perforación duodenal que curó con tratamiento quirúrgico. Este presenta interés bibliográfico, pues en la literatura mundial los porcentajes de sobrevida a la intervención son escasos.

Se destaca la importancia del diagnóstico precoz para poder instituir el tratamiento quirúrgico urgente, única forma de salvar estos enfermos.

SUMMARY

Two cases of gastric duodenal ulcers have appeared in new born babies.

One of them was an incoercible hemorrhagic form. Joined to a duodenal first portion atresia that caused the death.

The other one was a duodenal perforation that was cured by a surgical treatment. This one has a bibliographical interest because in the world literature about this cases, the average survivors,

La leche que protege "por entero" Pelargon

Leche entera acidificada, en polvo, para la alimentación normal del lactante.



- Aumenta la resistencia a las infecciones
- Previene las dispepsias y otros trastornos nutricionales.
- Facilita la digestión en casos de hipocidez gástrica.



CALIDAD
NESTLÉ
SEGURIDAD

400/1547



**digestivo
completo**

Peptopancreasi

Serono

**ESTIMULO FISIOLÓGICO
NORMALIZADOR DE LA
FUNCIÓN DIGESTIVA**

Presentación: Frasco-gotero de 50 ml.

Posología:

Lactantes: 5 gotas después de cada succión

Niños: 10 gotas después de cada comida



INSTITUTO MASSONE S.A.

PRODUCTOS QUÍMICO-BIOLÓGICOS
ARIAS 4431 - TEL. 701-1555

VANGUARDIA ÉTICA Y CIENTÍFICA
DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA ARGENTINA

after an operation, are very few.

It is necessary to understand the importance of an early diagnosis to be able to perform an urgent surgical treatment which is the only way to save these patients.

RESUME

On présente deux cas d'ulcères gastroduodénales dans des nouveaunés. L'un, une forme hémorragique incoercible, associée à une atresie de la première portion du duodénum, qui provoque la mort de l'enfant.

L'autre, une perforation duodénale qui guérit tout à fait avec un traitement chirurgical. Celui-ci présente un intérêt bibliographique car dans la littérature mondiale les pourcentages de survivance après l'opération sont très rares.

Il faut souligner l'importance du diagnostic précoce pour pouvoir commencer un traitement chirurgical urgent, seul moyen de sauver ces malades.

BIBLIOGRAFIA

1. *Arcujo, R. y Fumagalli, L.* — Úlcera de duodeno en el niño. XIX Jorn. Quirúrg., Mza., Arg. 2: 851, 1961.
2. *Cardemil, Oyares y Neira.* — La úlcera gastroduodenal en el niño. Prens. Méd. Arg. 37 (31): 1812; 1950.
3. *Craver, W. and Glenn, F.* — Peptic Ulceration in Childhood. A. M. A. Arch. of Surg. 77 (6): 833, 1958.
4. *Chapman, A. H.; Dorothy, G.; Loeb, M. A. and Young, J. B. A.* — Psychosomatic Study of five children with duodenal ulcer. J. Pediat. 48 (2): 248, 1956.
5. *Christian, J.* — Dilataciones abdominales en la infancia y en la niñez. Medical Times (Ed. Castellano) 1 (7): 43, 1958.
6. *Fumagalli, L. A.* — Úlcera duodenal complicada en la infancia, su tratamiento. Rev. del Hosp. de Niños 2 (7): 241, 1960.
7. *Garrahan, J. P. y Magalhaes, A.* — Lecciones de Terapéutica Infantil, pág. 260, Ed. 3ª, 1958, El Ateneo.
8. *Gross, R.* — Cirugía Infantil, pág. 151, Ed. 1ª Española; Editorial Salvat.
9. *Hamrick, L. C.* — La perforación gástrica del recién nacido. J. A. M. A. 171 (4): 1959.
10. *Jansen, H.* — Perforación gástrica en el recién nacido. Med. Wochenschrift 81 (45): 1177, 1956.
11. *Kieny, R. et Weill, F.* — A propos d'un cas d'hémorragies massives par ulcère gastroduodenal chez une enfant de neuf ans. L'appareil Digestil. 49 (12): 104, 1960.
12. *Lee, W. E. y Wells, J. C.* — Perforation in utero of gastric ulcer. Ann. Surg. 78 (36), 1923.
13. *Midrenev, H. y col.* — Úlcera duodenal en la niñez. Am. J. Dis. Child. 100 (6): 816, 1960.
14. *Moreno de Orbe, M.* — a úlcera gastroduodenal en el niño. Rev. Españ. de Pediat. 11 (1): 51, 1955.
15. *Monerief, W. (Jr.)* — Úlcera péptica perforada en el recién nacido; Informe de un caso de hemorragia masiva. Anales de Cirugía 13 (1): 116, 1954.
16. *Moreno de Orbe, M.* — Sobre problemas que plantea una hemorragia rectal en el niño. Rev. Españ. de Pediat. 19 (109), 1963.
17. *Nasio, J.* — Úlceras gástricas. Rev. de la Conf. Panam. 1:17, 1961.
18. *Nelson, W.* — Trat. de Pediat. Tomo II, pág. 1235, 2ª Ed. Española, 1951.
19. *Nitsch, K.* — Úlcera gástrica y duodenal en la infancia. Trad. de Dtsch Med. Wschr. 87: 25, 1281 (1962); Medicina Alemana, Ed. Castellana 3 (7): 415, 1962.
20. *Palma, F.* — Algunas características de la enfermedad ulcerosa en el niño. Rev. Españ. de las enfermedades del aparato digestivo y de la nutrición 19 (8): 1018, 1960.
21. *Peluffo, E. y col.* — Úlceras gástricas en la infancia. Arch. Pediátricos Uruguayos, 26: 637, 1955.
22. *Porot, M.; Gillot, F. et Bigorie.* — L'ulcère gastro-duodenal chez l'enfant. Aspect psychosomatique. Rev. de Neuropsych. Infant. et D'hyg. Ment. de L'enf. 9 (3-4): 129, 1961.
23. *Ramírez, A. y col.* — Am. J. D. Child., 99 (2), 135, 1960.
24. *Reams, D. and Walls.* — Neonatal gastric perforation with survival. Pediatrics 31 (1): 1963.
25. *Sussmann, T.* — Resultados terapéuticos con un nuevo estimulante biógeno. Prensa Universitaria 1 (22), 1962.
26. *Torres M., Fernández Gutiérrez, D. y Capdevila Torrà, J.* — Consideraciones sobre una observación de úlcus péptico en el divertículo de Meckel en un niño de dos años de edad. Prensa Méd. Arg. 45 (51): 3.980, 1958.
27. *Virenque, J., Pasquie, M. et Caubert, J.* — De l'ulcère duodenal de la deuxième enfance. Journ. de Chirurg. 77 (4): 247, 1959.
28. *Whittlesey, R.* — Peptic ulcer in pediatric practice. The Amer. Journ. of Surg. 101 (6): 772, 1961.

Anestesia General en Cirugía Infantil

DRES. JUAN E. MINELLI *, DELIO AGUILAR,
JUAN L. MASSA, MARTIN J. ODRIOZOLA **

El único propósito de esta presentación es la divulgación de técnicas anestésicas sencillas, seguras y de provechosa eficacia, accesibles en cualquier centro quirúrgico, que sin pretender ser ideales, han sido seleccionadas a través de dos años de experiencia en el Instituto Municipal de Ortopedia y Cirugía Infantil.

Por claridad dividiremos nuestra preparación en tres períodos: Preoperatorio, Intraoperatorio y Postoperatorio.

PREOPERATORIO

El período comienza con la admisión del niño a la sala como candidato a la anestesia. Es dbyio mencionar el trauma emocional que representa para el pequeño el ser trasladado del seno familiar al ambiente hospitalario, por lo que no se dejará de lado la preparación emocional del paciente.

El enfermo será siempre acompañado por el familiar más allegado, atenuándose así el cambio anteriormente citado.

Consideramos imprescindible que el anestesiólogo por sí mismo efectúe el examen psico-físico del enfermo antes de la operación, pesquisando datos que eventualmente faltan en la historia clínica por su apariencia pueril, y que pueden

luego crecer en importancia durante el acto anestésico.

Habitualmente quedan en ayunas desde 6 horas antes los niños mayores de 5 años. En los de menor edad administramos la última ingesta (líquida) 4 horas antes de su ingreso al quirófano. En los lactantes, 4 horas antes también, ofrecemos un biberón en cantidad equivalente a su mamadera, con solución dextrosada al 5 %, que habrá exacuado en su totalidad el estómago para el momento de la operación. En lactantes y prematuros, para no dilatar este período de ayuno, cuidamos el detalle de anotarlos al principio de la sesión quirúrgica.

De la premedicación

Son usados cuatro tipos de drogas:

Anticolinérgicos: Muy útiles por su acción inhibitoria de las secreciones y su efecto depresor sobre los reflejos vagales. Son usadas la atropina, bellafolina y escopolamina. Estas drogas se administran por vía I.M. 30 a 40 minutos antes del acto quirúrgico. (Cuadro 1).

Sedantes: Utilizamos los barbitúricos de acción corta del tipo del pentobarbital (Embotal), preferentemente por vía parenteral 1 hora y media a dos horas antes de la operación. (Cuadro 1).

Hipnoanalgésicos o Narcóticos: Cuando existe dolor preoperatorio su uso es efectivo, pues elevan rápidamente el umbral del dolor y disminuyen la ansiedad. No utilizamos estas drogas por debajo del año de edad ni en cirugía electiva, para evitar la depresión respiratoria. Se

Instituto Municipal de Ortopedia y Cirugía Infantil (Hospital Pirovano, Buenos Aires).
Jefe: Prof. Dr. Sebastián Rosasco.

Presentado en las Jornadas Nacionales de Cirugía Infantil, Río Cuarto, 1963.

* Jefe del Departamento de Anestesiología.

** Médicos Residentes.

administrará junto con el anticolinérgico. Droga de primera elección, la meperidina o Demerol. (Cuadro 1).

Agentes potencializadores: Utilizamos el Ampliactil y Fenergán conjuntamente con el hipnoanalgésico (Cuadro 1).

INTRAOPERATORIO

Tratamos en lo posible de no trasladar al niño a la sala de operaciones hasta tanto pueda darse rápidamente la anestesia. Desde el comienzo de la misma un recuperador colabora con el anestesista colocando un estetoscopio en el precordio y un manguito de manómetro en uno de los miembros, que permite el control continuado de los signos vitales. Confeccionamos una planilla en la cual se anotan cada 5 o 10 minutos según necesidad, pulso, presión, temperatura y respiraciones; en la parte inferior de la misma se inscriben los ingresos parenterales (sangre, soluciones), y en el dorso el protocolo operatorio, archivando luego la hoja en la historia clínica.

De la Inducción Anestésica: Salvo raras excepciones utilizamos tres tipos, a saber:

a) en los menores de 6 meses, inducción directamente con éter.

b) en lactantes mayores de 6 meses y niños pequeños hacemos cloruro de etilo por su corto período de excitación, ad-

ministrado por medio de una máscara improvisada con un simple colador cubierto con cinco capas de gasa, para continuar luego con el anestésico principal. La cara y ojos del niño deben protegerse de los vapores irritantes con un apósito de gasa húmeda y un antifaz de látex mojado.

c) en niños mayores, en quienes no ofrece dificultad el mantenimiento de una vena de regular calibre canalizada con aguja, inducimos con Tiopenthal sódico como hipnótico y succinilcolina como relajante, continuando luego de igual forma con el anestésico principal. (Cuadro 2).

De la intubación: La efectuamos casi sistemáticamente en todas las operaciones, incluso en las breves, lo que nos pone a cubierto de múltiples complicaciones y con técnica depurada y previa correcta oxigenación del enfermo puede considerarse inocua. Una adecuada ventilación y reducción del espacio muerto, son sus directos beneficios.

En la práctica intubamos a tres tipos de pacientes diferentes.

1) Paciente a intubar despierto: enfermo de 0 a 15 días. Cuidadosa aspiración de secreciones rinofaríngeas y colocación del tubo orotraqueal bajo el control de la vista en el momento de la inspiración (cuerdas vocales separadas).

CUADRO 1. — PREMEDICACION

Droga	Tipo	Prematuro rec. nacido	15 días - 2 años	2 años - 8 años	8 a. - 15 a.	Administración
ANTICOLINERGICOS O SECANTES (1)	ATROPINA ESCOPOLAM, BELLAFOLINA	— — —	0.1 mg/5 Kg. D. Mx = 0.4 mg.	— 0.1 mg./5 Kg.	— Igual	30 a 45 min. antes
BARBITURICOS	EMBTAL PENTOTHAL (I. M.)	— —	4-5 mg./Kg.	— 10 mg./Kg.	— —	1 a 2 hs. antes 5 a 10 min. antes
NARCOTICOS (2)	DEMEROL MORFINA	— —	1 mg./Kg. 0.1 mg./Kg.	Igual Igual	Igual Igual	1 h. antes
POTENCIALIZADORES	FENERGAN AMPLIACTIL	— —	0.5-1 mg./Kg 0.5-1 mg./Kg	Igual Igual	Igual Igual	1 h. antes

(1) Mitad de dosis si hay temperatura. (2) Sólo en niños de más de un año.

CUADRO 2. — RELAJANTES

<i>Edad</i>	<i>Tipo</i>	<i>Dosis</i>	<i>Antídoto</i>
RECIEN NACIDOS HASTA 2 AÑOS	NINGUNO O SUCCINILCOLINA	2 mg./Kg.	SANGRE FRESCA Y VENTILACION
2 AÑOS HASTA 15 AÑOS	SUCCINILCOLINA	1 mg /Kg.	SANGRE FRESCA Y VENTILACION
	GALAMINA DT-CURARINA	2-3 mg./Kg. 1 mg/Kg.	PROSTIGMIN PROSTIGMIN

2) Paciente a intubar sin relajantes: enfermos de 15 días a 4 años.

Se llevará al enfermo a un grado de profundidad anestésica adecuada (con éter) necesario para suprimir los reflejos laríngeos, determinado por la respiración paradójica y parálisis intercostal. Es preferible pecar por exceso de profundidad, por el amplio margen que existe entre la apnea y el paro cardíaco producidos por el éter y no tratar de intubar un enfermo con todos sus refle-

jos, donde el laringoscopio se transforma en un instrumento traumático y el espasmo de laringe se instala inmediatamente al tocar las cuerdas vocales con el tubo. En última instancia la certeza de la ausencia de reflejos nos la da el laringoscopio al cargar la epiglotis. Se insertará el tubo aquí también en el momento de la inspiración.

3) Paciente a intubar con relajantes musculares: enfermos de 4 años en adelante. Se ventilará adecuadamente al ni-

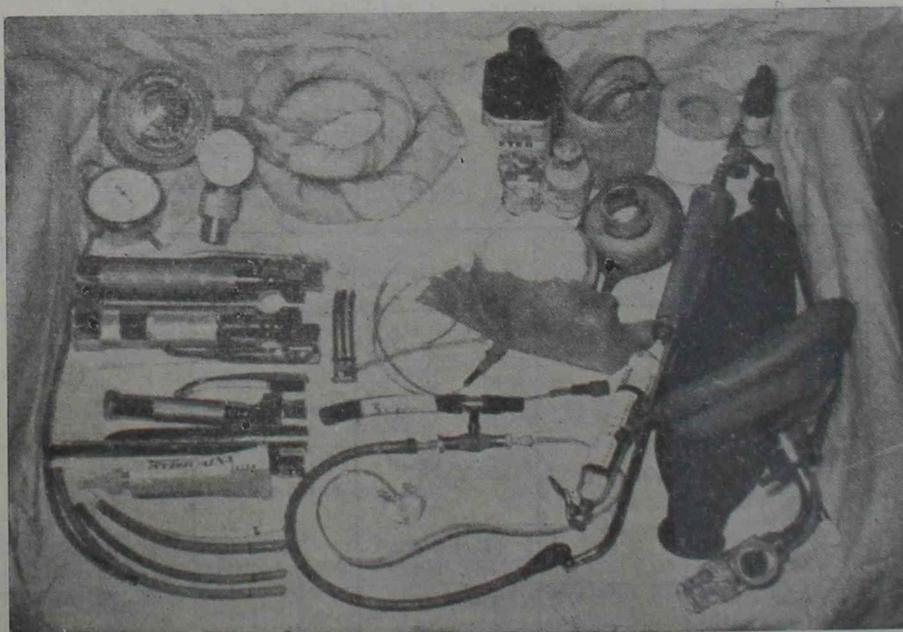


FIG. 1

ño con máscara antes de intubar. Es obvio aclarar que el tubo se colocará en apnea, estando siempre las cuerdas vocales separadas.

Puede ser útil para la elección del tubo endotraqueal el tamaño del meñique del enfermo, preparando entonces un tubo del mismo diámetro acompañado de dos más con número de inmediato superior e inferior, uno de los cuales se elegirá cuando tengamos a la vista la glotis.

Colocamos siempre los tubos con jalea de Xylocaína que nos sirve de lubricante y anestésico de superficie, y los fijamos inmediatamente con telas adhesivas a la cara del enfermo. Es importante recalcar la higiene cuidadosa de los tubos, en lo posible estériles, hecho que verificará el propio anestesista.

Del mantenimiento de la anestesia: Utilizamos, salvo raras excepciones, el éter como anestésico principal que si bien está lejos de la definición del anestésico ideal, posee las tres propiedades del trípode de la anestesia: acción ANALGESICA, HIPNOTICA y RELAJANTE.

De éstas la primera es potenciada por

los hipnoanalgésicos, la segunda por éstos últimos y los barbitúricos y la última en caso de necesidad por las drogas curarizantes. Tiene además otra propiedad, si se quiere la más valiosa, ser el más accesible de todos.

En los niños de 0 a 2 años de edad, utilizamos para la administración el sistema de Ayre (Fig. 2), consistente en un tubo en "T" que se conectará por la rama que permite la salida del aire espirado sin acodaduras, al tubo endotraqueal; al extremo libre de esta misma rama conectamos un "reservorio", que es un tubo de goma cuya capacidad corresponde a $1/3-1/5$ del aire corriente del enfermo. La rama lateral se conecta al oxígeno en cuya tubuladura se intercala una frasco vaporizador de éter.

En niños de 2 a 8 años de edad es usada la válvula de Digby-Leight, Stephen-Slater o el mismo sistema de Ayre.

Por encima de los 8 años recién usamos los aparatos de circuito cerrado que permiten emplear un anestésico con gasto mínimo, o también con buen éxito los sistemas anteriormente citados.

El cálculo de oxígeno o gases por minuto para circuito abierto, lo hacemos con ayuda del nomograma de Radford

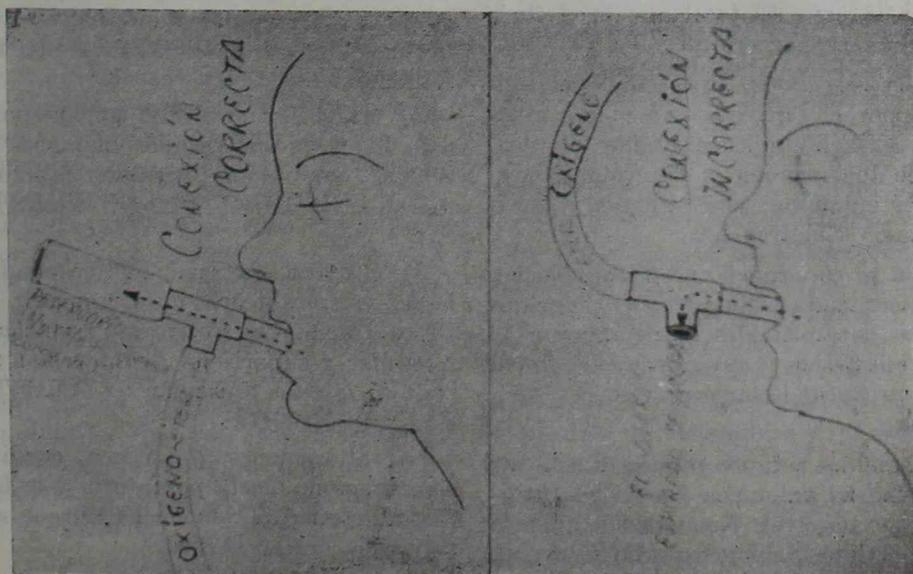


FIG. 2.

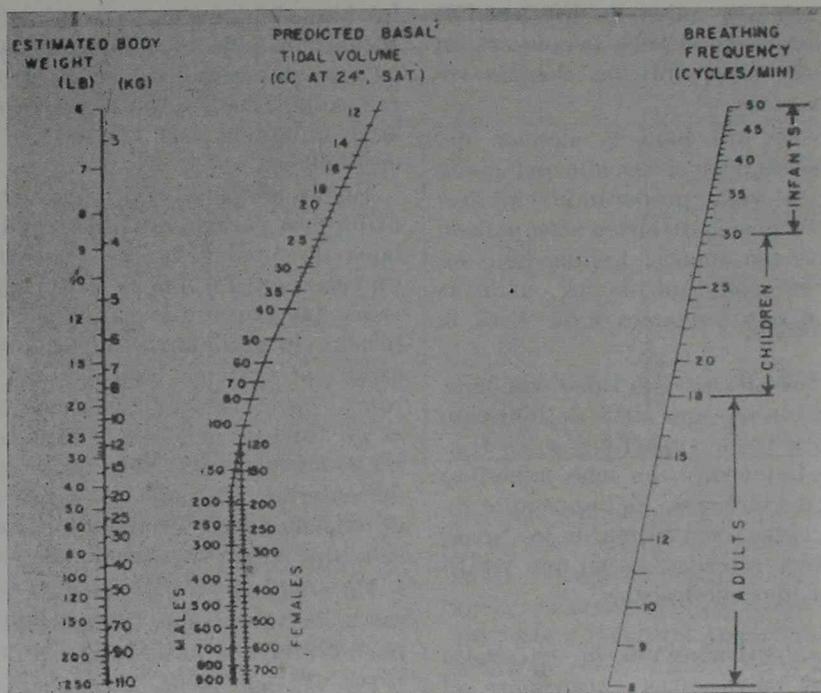


FIG. 3. — Nomograma de Radford

(Fig. 3). Uniendo con una línea el peso del enfermo con la frecuencia respiratoria en reposo, se multiplica la cifra obtenida por tres y se adiciona a este resultado un 20 % más por la pérdida del sistema abierto. El total nos da el flujo útil en litros por minuto.

De los relajantes: En caso de ser solicitada por el cirujano una mayor relajación a la obtenida con el éter, empleamos sin inconvenientes las drogas curarizantes galamina, tubocurarina y succinilcolina. (Cuadros 2).

De la profundidad anestésica: No hemos encontrado utilidad a los conocidos reflejos conjuntivales para valorar el plano anestésico y cuya búsqueda inútil puede provocar lesiones de córnea y conjuntiva.

En cambios reflejos pupilares a la luz conservan su valor con las drogas utilizadas por nosotros. Nos valemós además de los reflejos faríngeos y laríngeos, la la actividad respiratoria, el tono muscular y los latidos cardíacos.

Podemos resumir en algunos ejemplos la signología de la profundidad anestésica:

1) Lagrimeo, midriasis que responde a la luz, reflejo de deglución presente, respiración irregular y amplia, buen tono muscular = ANESTESIA SUPERFICIAL.

2) Midriasis moderada que responde a la luz o miosis, reflejos faríngeos ausentes, respiración regular, hipotonía muscular = BUEN PLANO ANESTÉSICO.

3) Midriasis extrema que responde a la luz con bradicoria o no responde, reflejos faríngeos ausentes, respiración irregular y superficial o respiración paradójal, atonía muscular = ANESTESIA PROFUNDA.

Las alteraciones del ritmo cardíaco son signos de alerta perentoria y la bradicardia exigirá ventilación urgente y supresión del anestésico.

En la duda se superficializará el plano de la anestesia.

Durante la operación colocamos sistemáticamente una sonda en estómago que permite su vacuidad aspirando aire y secreciones, llevando secundariamente a una mejor excursión diafragmática y posibilitando el lavado gástrico con solución fisiológica una vez terminada la anestesia.

De la extubación: Esperamos siempre que el enfermo esté bien despierto y con buen reflejo de deglución para retirar el tubo endotraqueal.

Previa cuidadosa aspiración de las vías aéreas superiores, esófago, estómago, si es necesario tráquea, y correcta ventilación, retiramos el tubo al final de la inspiración y continuamos la oxigenación con máscara por algunos instantes.

Ningún paciente deja la sala de operaciones sin todos sus reflejos presentes.

POSTOPERATORIO

En general pasamos sólo los casos de gran cirugía a la sala de recuperación, pues debe disponerse de personal permanente para la atención de la misma.

La duración del ayuno postanestésico depende de la envergadura de la operación y de la edad del enfermo.

En segunda infancia, habitualmente en operaciones que no comprometen la dinámica del tubo alimentario, el ayuno es de 2 a 4 horas, para seguir luego con dieta líquida el primer día, dieta blanda el segundo y dieta general en adelante.

En grandes operaciones donde puede hacerse presente el íleo paralítico la hidratación es parenteral y los líquidos por boca recién comienzan a administrarse cuando aparecen francos borborismos abdominales audibles con un estetoscopio.

En lactantes pequeños es recomendable una gran cautela en su hidratación postoperatoria, comenzando ésta cuando es posible la vía oral, con dextrosa al 5 % para luego pasar gradualmente con mamaderas diluidas a su alimentación láctea completa.

DISCUSION

1) Las técnicas para la preparación

psíquica del enfermo escapan a la índole de este trabajo, porque se encuentran en todos los textos y porque siempre quedan libradas al buen sentido del médico actuante.

2) Acortamos el ayuno preanestésico y somos parcios en la hidratación postanestésica en los lactantes, debido a su mayor labilidad hídrica.

3) En el Instituto utilizamos un número limitado de agentes de premedicación y anestesia, por ser esto práctico y cubrir ampliamente las necesidades.

4) Consideramos importante recalcar, aunque figura en el cuadro adjunto que no utilizamos premedicación alguna e intubamos despiertos a los niños por debajo de las dos semanas de vida.

5) En los niños mayores de 2 años utilizamos de preferencia la escopolamina como anticolinérgico por sus propiedades amnésicas.

6) Desaconsejamos la vía oral para la administración de los barbitúricos dado que una enfermera no avisada puede permitir la ingesta de una importante cantidad de líquido al niño, proscribiendo totalmente la vía rectal debida a la dificultad de ponderar su absorción.

Hemos observado efectos paradójales de excitación subsecuentemente a la administración de pentobarbital.

Consideramos como hipnoanalgésico de primera elección a la meperidina (Demerol) por su mayor facilidad de administración en dosis exactas y su menor efecto depresor sobre el centro respiratorio con respecto a los opiáceos.

7) En todos los tratados se encuentran hermosas descripciones de inducción anestésica con gases caros y antecelas especiales, lo que nos parece dificultoso en la práctica por necesitarse para tal fin, mucho personal y medios económicos no disponibles al presente en nuestros hospitales.

8) La confección de una planilla con los signos vitales es de suma utilidad durante la anestesia misma y habla elocuentemente en una eventual reinteracción, de la respuesta metabólica del

enfermo a la agresión quirúrgica y anestésica.

9) En caso de dificultad para mantener canalizada una vena y de hecho en las grandes intervenciones, no vacilamos en su cateterización con tubos de polivinilo, para lo cual elegimos las del pliegue del codo por su menor frecuencia de reacciones flebíticas en relación con las venas maleolares.

10) Consideramos inocua la intubación luego de una adecuada ventilación, recordando que los casos descriptos de paro cardíaco secundario a la introducción del tubo endotraqueal son todos injustificados sobre un miocardio hipóxico.

11) Utilizamos siempre el laringoscopio de rama recta: Whis-Foreger N° 2 para segunda infancia, y hoja Miller para lactantes y recién nacidos, pues éstos permiten una más perfecta visión de la glotis que los de rama curva.

12) Fijamos inmediatamente el tubo a la cara del enfermo evitando así la extubación extemporánea o su exagerada introducción, ambas condicionando un déficit de la ventilación; la primera por razones obvias y la segunda por la posibilidad de entrada del tubo a uno de los bronquios con la consecuente disminución de la superficie de hematosis y ulterior atelectasia.

En el recién nacido no debe introducirse jamás el tubo más de 2 cm., recordando que la tráquea tiene aproximadamente 4 cm de longitud, siendo útil tener los tubos marcados.

13) De la elección del éter podemos decir sin temor a ser criticados que la única desventaja es su poder explosivo. Hemos usado innumerables veces la mezcla éter-oxígeno con circuito abierto, utilizando el cirujano el electrobisturí, con la precaución de mantener buena circulación del aire ambiente y la colocación de una compresa de género húmeda que aisle el aparato y las vías aéreas del enfermo.

Descartamos por supuesto el uso del electrobisturí con éter en las operaciones a tórax abierto, cabeza y cuello, en las

que se usa un anestésico no inflamable (Ej. Trilene).

14) El uso del reservorio en el sistema de Ayre, suprime la alcalosis respiratoria por lavado continuo de anhídrido carbónico, ahorra agente anestésico y permite alejar el escape de gases que molesta al cirujano.

15) Utilizamos recién más allá de los ocho años los aparatos de circuito cerrado con ayuda de un manovacuómetro y ventilómetro Wright intercalado, controlando el buen estado de la cal sodada por la determinación de CO_2 espiratorio.

16) En lactantes preferimos no usar ningún tipo de relajantes; en caso necesario elegiremos la succinileolina por su especial resistencia a ésta y descartamos la galamina y tubocurarina por la reacción miasténica que pueden provocar.

Para evitar la bradicardia con la succinileolina se preconiza la vía intramuscular.

En el recién nacido nunca pasamos de 5 mg. de succinileolina.

17) Los signos descriptos para valorar la profundidad anestésica sólo son útiles sin curarizantes; en presencia de éstos no hay signos que nos ayuden a determinar el plano anestésico, por lo tanto se deberá ser parco en las ventilaciones imprimidas con la bolsa de reserva.

18) Lavamos el estómago de los enfermos suprimiendo así por arrastre de los gases deglutidos, los tan comunes vómitos postanestésicos causados por irritación de la mucosa gástrica.

19) En casos de anestesia en cirugía de urgencia en que existe la posibilidad de que el enfermo tenga trozos de comida, imposible de eliminar con la aspiración gástrica, efectuamos la "crash induction" (intubación rápida después del relajante) comprimiendo el anillo cricoideo contra la pared esofágica y manteniendo la cabeza elevada; antes de la extubación provocamos el vómito por estimulación faríngea.

20) Contar con un buen aspirador es tan importante como disponer de oxígeno durante todo el curso de la anestesia.

21) Tenemos especial cuidado en el control de la temperatura: los lactantes tienden a la hipotermia, que se hace peligrosa por debajo de 35° y los niños a la hipertermia, crítica por encima de los 38.5°.

22) En los niños febriles los anticolinérgicos se administran en un tercio de la dosis habitual.

23) En los enfermos curarizados que no recobran sus reflejos espontáneamente, utilizamos el prostigmin como antagonista químico.

24) Adoptamos en el postoperatorio la reducción del aporte hidroelectrolítico para compensar la retención de líquido y sodio postquirúrgico (atenuado por la administración de lactato de sodio intraoperatorio); damos respectivamente el 1°, 2° y 3° días, 60, 80 y 100 % del requerimiento total de agua y sal siendo generosos con el aporte de potasio por su abundante excreta.

25) En casos de edema de glotis y laringitis postintubación, aconsejamos el uso de Hemisuccinato de hidrocortisona con dosis que varían según el estado general del niño; en casos normales emplearemos la vía I.M. en dosis de 10 mg., que se puede repetir en caso de necesidad; si no cede con este tratamiento de ataque, se mantendrá la corticoterapia dosis de 50 mg. de hidrocortisona cada 12 horas, durante 24 horas.

En enfermos shockados usamos la vía endovenosa en dosis de 3-4 mg. por Kg. de peso.

26) Usamos el manovacuómetro para controlar la presión intrapulmonar y entrenar o habitar nuestra mano a la tensión de la bolsa de reserva. Debe considerarse peligrosa la presión que sobrepase los 15 cm. de agua.

La reexpansión de un pulmón parcial o totalmente colapsado debe ser gradualmente lenta.

COMENTARIO

Hemos descripto una disciplina anestésica seguida en el curso de dos años. Consideramos a la misma sencilla por el mínimo de elementos empleado, a la vez

que ofrece un máximo de seguridad al enfermo.

Efectuamos en estos dos años más de 700 anestésias generales en todo tipo de operación, con escasa morbilidad que puede resumirse así:

Cinco laringitis imputables a la intubación que desaparecieron rápidamente con la administración de corticoides, lo cual resulta despreciable en contraposición con los casos descriptos de neumonía aspirativa o asfixia, secundarias al pasaje al árbol respiratorio del contenido gástrico.

Un caso de aspiración bronquial del contenido estomacal en una urgencia en la que se descuidó la "Crash Induction", que fue superada con la succión luego de una correcta intubación.

Dos casos de apnea imputables al tamaño desproporcionado del tubo, donde se produce una dilatación de la glotis que estimula un reflejo de espiración permanente "Habit Apnea", y que se corrigieron instantáneamente al retirar el tubo.

No está registrado el número de algunos espasmos leves de glotis que cedieron con la oxigenación del enfermo sin necesitarse el uso de relajantes.

En fin, consideramos honesto mencionar un caso de muerte en el curso de la anestesia, producido en un enfermo moribundo, aunque en ningún modo puede imputarse el óbito a la anestesia.

No hemos observado ningún caso de paro cardíaco consecutivo a la intubación endotraqueal.

En suma, creemos que no resulta ocioso repetir que estas técnicas ofrecen un máximo de seguridad y sencillez.

RESUMEN

Se presenta una experiencia sobre 700 casos de anestesia general en la infancia, reglando la elección de técnicas seguras, prácticas y de fácil realización en cualquier medio.

SUMMARY

We report our experience on 700 cases of general anesthesia in pediatric surgery, laying the rules for the choice safe, practical and easy to apply techniques in any media.

RESUME

Sur 700 cas d'anesthésie générale dans les enfants, une expérience est présentée en donnant les règles pour choisir la technique sûre, pratique et de réalisation facile en toutes les milieux.

BIBLIOGRAFIA

1. *Gross, R. E.* — Surgery in Infancy and Childhood (Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1953.)
2. *Swenson, O.* — Pediatric Surgery (N. Y. Appleton-Century-Crofts, Inc. 1958).
3. *Ingraham, F. D.; Matson, D. D.* — Neurosurgery of Infancy and Childhood. (Illinois; Charles C. Thomas. 1954).
4. *Benson, C. D.* and col. — Pediatric Surgery. (Chicago Year Book Medical Publishers. Inc. 1962).
5. *Grob, M.* — Patología Quirúrgica Infantil (Madrid, Javier Morata. 1958).
6. *Stephen, C. R.* — Elements of Pediatric Anesthesia (The Mac Millan Company New Springfield, Illinois, U.S.A. 1954).
7. *Stephen, C. R.* — Elementos de anestesiología pediátrica (Ed. Universitaria, Bs. As. 1961).
8. *Minelli, J. E.* — Pediatric Anesthesia (Conferencia dictada en Mary Bridge, Children Hospital - Takoma - Washington. Curso de residentes de anestesiología. 1960).
9. *Lorenzino, G.; Aguilar, D.; Damanian, L.* — Alcalinización en Cirugía Infantil. Forum del XXXIII Congreso Argentino de Cirugía. Córdoba, 1962.
10. *Adriani, J.* — Techniques and Procedures of Anesthesia. (Charles Thomas Publisher, Springfield, Illinois, U.S.A.).
11. *Digby Leigh; Belton, M. K.* — Pediatric Anesthesia (Charles Thomas Publisher, York. 1953).
12. *Smith, R. M.* — Anesthesia for Infants and Children. (The C. V. Mosby - Company - St. Louis. 1959).
13. *Digby Leigh; Belton, M. K.* — Pediatric Anesthesiology. (The Mac Millan Co., New York. 3rd. edition. 1960).
14. *G. D. Lucas.* — Neo Natal Anesthesia. Brithis Medical Bulletin. Vol. 14, N° 1, ps. 38/41. January, 1958.

mejor

Tratamiento del eczema:

Locortén®

un corticoide de singular eficacia



A cada caso la forma que conviene:

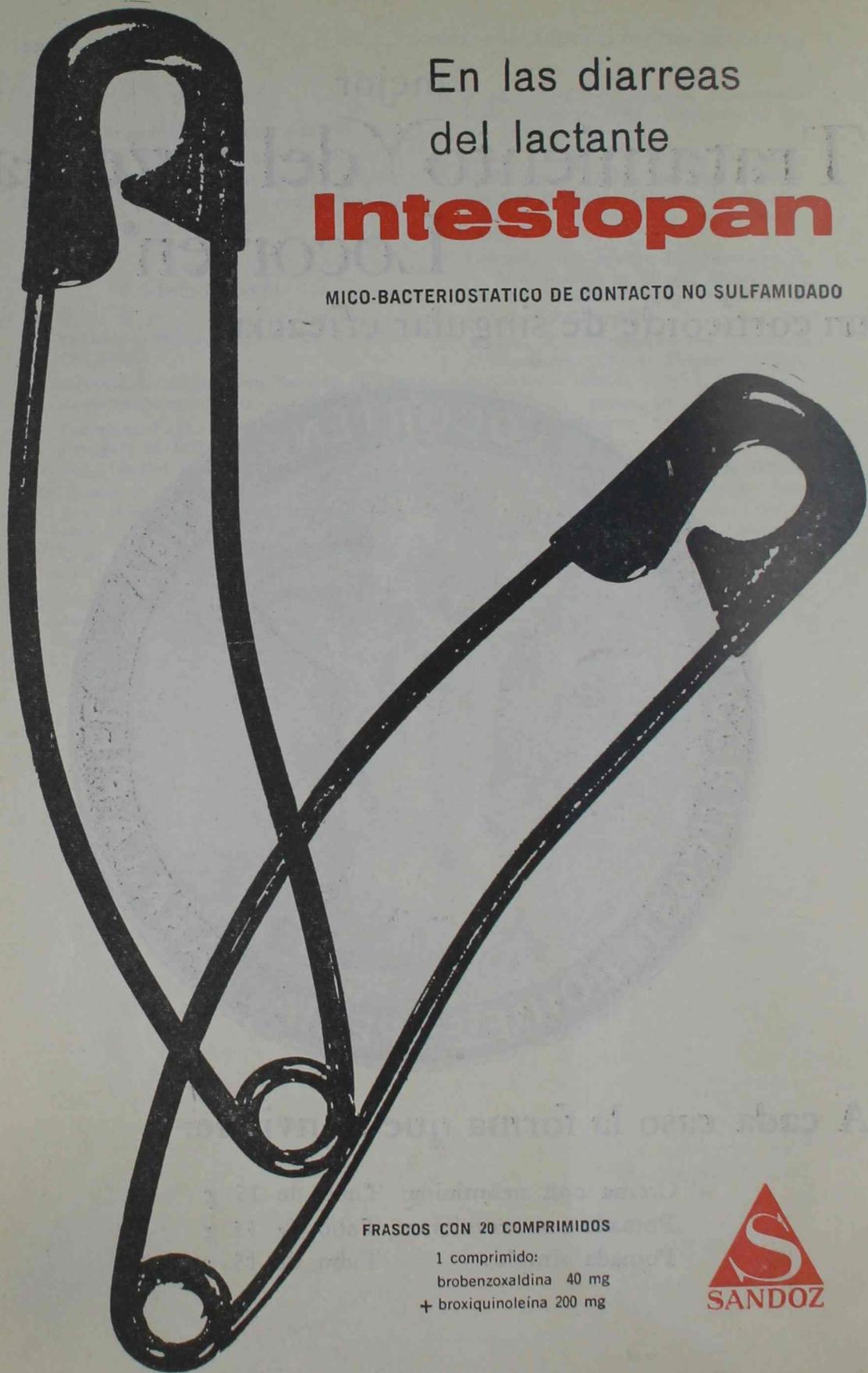
- Crema con neomicina: Tubo de 15 g
- Pomada con neomicina: Tubo de 15 g
- Pomada simple: Tubo de 15 g

C I B A

En las diarreas
del lactante

Intestopan

MICO-BACTERIOSTATICO DE CONTACTO NO SULFAMIDADO



FRASCOS CON 20 COMPRIMIDOS

1 comprimido:
brobenzoxaldina 40 mg
+ broxiquinoleina 200 mg



Anestesia para Cirugía General en el Niño Cardíaco

DR. ALBERTO BARBERÁ (Anestésista)

Con cierta frecuencia el cirujano pediatra se ve abocado al problema de operar a un niño portador de una cardiopatía congénita, o menos comúnmente, adquirida. En este trabajo queremos llamar la atención sobre la importancia del cuidado perioperatorio que estos enfermos requieren.

Para nuestro fin será suficiente que usemos una sencilla clasificación de las enfermedades que nos ocupan:

- I. Cianóticos.
- II. Acianóticos:
 - a) compensados
 - b) con hipertensión pulmonar grave.
- III. Con insuficiencia cardíaca.
- IV. Con alteraciones del músculo cardíaco
 - a) Miocarditis
 - b) Fibroelastosis
 - c) Hipertensión renal (glomérulo nefritis, hipoagenesia, etc.) o suprarrenal (síndromes cushingoides, tumores del tejido cromafin).

Algunos de los principios fundamentales de la anestesia de estos niños serán: 1) una vía aérea despejada incuestionablemente; 2) evitar las arritmias e hipotensiones; 3) una inducción tranquila, sin incidentes; 4) durante la emergencia de la anestesia se mantendrá al enfermo

intubado el máximo de tiempo que sea posible, ventilándolo con O₂ puro y permitiéndole gradualmente reasumir su propio control respiratorio; 5) en general, la anestesia será todo lo superficial que permitan las necesidades quirúrgicas; 6) las infusiones endovenosas se harán de acuerdo a la enfermedad quirúrgica presente, pero teniendo muy en cuenta la cardiopatía y el estado previo del paciente (hematocrito elevado o no, insuficiencia cardíaca o no).

TECNICA HABITUAL

Premedicación: Después de probar varios tipos de premedicación hemos logrado una combinación que nos parece excelente, ya que se ajusta a los requerimientos teóricos: Seconal, a razón de 3 mg./kg. de peso 8 ó 9 horas antes del acto quirúrgico, por boca. Se repite la dosis dos horas antes. Demerol, a razón de 2 mg./kg. de peso, una hora antes, intramuscular. El paciente llega bien sedado, poco deprimido, es posible canalizar una vena con local (ahorro de tiempo de anestesia), no tiene memoria de su traslado al quirófano, ni de lo ocurrido en él. En los niños más pequeños o en los extremadamente cianóticos cambiamos la técnica. Les hacemos Pentotal intramuscular con hialuronidasa a razón de 20 mg./kg. en la puerta de la sala de operaciones y los vigilamos personalmente a la espera de una posible depresión respiratoria.

Inducción: Una vez en la mesa de operaciones, les dejamos respirar O₂ puro durante unos minutos con máscara y bolsa y luego comenzamos a introducir prot-

Hospital de Niños (Bs. Aires). Sala 9. Jefe Dr. José E. Rivarola. Sección Cirugía Cardiovascular.

Presentado en la 2ª Sesión Científica, el 25 de junio 1965.

óxido de azoe hasta alcanzar concentraciones máximas de 60 % y halotane hasta concentraciones máximas de 2 % para inducción.

Esto en niños mayores y acianóticos y en los muy pequeños en que las venas no son fácilmente asequibles; pero en los muy cianóticos es más rápido y efectivo utilizar penthotal endovenoso administrado muy lentamente hasta producir sueño, ya que la inducción por vía inhalatoria en pacientes con shunt de derecha a izquierda resulta más dificultosa.

En los niños con hipertensión pulmonar severa o con hiperresistencia pulmonar, cianóticos o no, y en los que agrupamos en el grupo IV, debe ponerse especial cuidado en la inducción por vía inhalatoria, que desaconsejamos, porque muy frecuentemente se produce, aun antes de entrar el paciente en plano anestésico, una severa depresión respiratoria.

Un ayudante o un miembro del equipo quirúrgico se ubicará del lado izquierdo del paciente tomando constantemente el pulso y comunicando al anestesista cualquier cambio.

Una vez dormido el enfermo se inyecta succinileolina por vía endovenosa para facilitar la intubación. Desde que el anestesista retira la máscara de la cara del niño ya en apnea por efecto del curarizante, y hasta que conecta su aparato de anestesia y vuelve a ventilarlo apropiadamente, el ayudante practicará la respiración artificial comprimiendo acompasadamente el tórax a fin de no dejar caer al niño en hipoxia. La maniobra de intubación no debe llevar más de 10 a 15 segundos, como máximo; si hubiera dificultad, antes de seguir intentando se volverá a ventilar con máscara y bolsa y O₂ puro. En este punto debe recordarse que el halotane puede producir un hipertono vagal con bradicardia e hipotensión. Igual efecto puede ejercer la succinileolina. Ambos se yugulan fácilmente con atropina. Es recomendable tener un miligramo diluido en 10 cm³. para inyectar cuando sea preciso.

Entramos entonces en la etapa de

Mantenimiento

Nosotros preferimos no curarizar a estos pacientes a menos que se trate de una operación intraabdominal, manteniéndolos con ventilación controlada. Esto se logra fácilmente con hiperventilación y halotane. Para operaciones intraabdominales el uso de tubocurarina debe descartarse si se está usando halotane, ya que su uso combinado puede permitir el desarrollo de una severa hipotensión. La galamina (Flaxedil) parece estar más indicada a pesar de la tendencia a producir taquicardia por la liberación del simpático cardíaco. La succinileolina en goteo no es aplicable por la limitación del uso de suero endovenoso en enfermos cardíacos.

Como anestésicos puede continuarse con protóxido al 60 % y halotane al 0,5 hasta 1 %. Este puede suspenderse 20 minutos antes de finalizar; y el protóxido con el último punto.

Para evitar gastos excesivos e innecesarios utilizamos circuitos cerrados sean to-and-fro o circulares, con ventilación manual o mecánica.

EMERGENCIA DE LA ANESTESIA

Si el paciente ha sido curarizado damos el antídoto como es habitual: atropina, esperando hasta el momento en que se produzca taquicardia, y neostigmina en dosis adecuada. Si ya hemos suprimido el protóxido y el enfermo está siendo ventilado con O₂ puro, habitualmente se despertará con rapidez en cuanto retome su ritmo respiratorio. Aspiramos cuidadosamente dentro del tubo endotraqueal mientras hablamos con el paciente instándolo a mantener la boca abierta, a respirar hondo y no tragar. Aspiramos también la saliva de la boca y retiramos el tubo, asegurándonos antes que el enfermo respira convenientemente. Interrumpimos todas estas maniobras cada 5 a 10 segundos para hacer respirar al paciente O₂ puro.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

En los pacientes con hipertensión pulmonar severa, el uso de los halogenados

como el halotane, puede ser perjudicial como dijimos más arriba. Es preferible, en estos enfermos, utilizar la técnica del penthotal-protóxido-curare, usando del primero, lo menos posible y del último, la galamina.

En niños muy *severamente cianóticos* (hematocrito de 75 % o más) deben realizarse sangrías con reposición de líquidos previamente a la cirugía, si ésta no es de urgencia. Las hipotensiones en estos pacientes pueden ser accidentes graves ya que pueden precipitar una trombosis venosa, frecuentemente cerebral o mesentérica.

Puede ser preferible anestesarlos con halotane vaporizado con O₂ puro y no utilizar protóxido para tener una mayor presión parcial de O₂. Esto no hace al paciente menos cianótico pero asegura el máximo de oxigenación posible.

En *lactantes con insuficiencia cardíaca irreductible*, el problema es muy serio. Si el niño está grave con respecto a su cardiopatía, y no puede ser pospuesta la operación, puede anestesiárselo con protóxido exclusivamente y eventualmente succinilcolina en dosis mínimas y repetidas. La galamina aumentará la frecuencia cardíaca y debe descartarse. En los muy graves y/o muy pequeños, o distróficos, puede ser preferible utilizar un sedante, intubar al enfermo para administrar O₂ por una vía segura y operarlo con local. Como sedación da muy buen resultado la mezcla de Toronto que contiene 6,25 mg. de clorpromazina, 6,25 mg. de prometazina y 25 mg. de petidina por cm³. Se inyecta 1 cm³. por cada 9 kilogramos de peso, intramuscular, una hora antes. Puede completarse con mínimas dosis de penthotal endovenoso. Debe tenerse siempre a mano levorfan en previsión de una posible depresión por el opiáceo.

Todos estos niños deben ser *internados 24 ó 48 horas antes* y vigilados muy de cerca, especialmente en lo que a *infecciones generales y respiratorias* se refiere. En previsión de la endocarditis, cualquier operación que pueda provocar

bacteriemia debe ser precedida y seguida de tratamiento antibiótico.

La *reposición de sangre* debe ser cuidadosa en lactantes y en niños no cianóticos; en cambio, puede instilarse solamente suero glucosado al 5 % en los cianóticos, si la pérdida no es importante.

Debe *descartarse el uso de Na.* (suero fisiológico) en los cardíacos.

No debe descuidarse el *medio interno* de estos pacientes, tspecialmente de los cianóticos y los lactantes distróficos, que haciendo caso omiso de su problema clínico quirúrgico actual, son acidóticos.

Ejemplo: niño mongólico, de 6 meses de edad, peso 6 kilogramos. Enfermedad cardíaca: CIA, tipo ostium primum con estenosis pulmonar.

pH.	7,33
pCO ₂	32
Bic. St.	18,4
Bic. r.	16,5
CO ₂ p. tot.	17,46
E.B.	—8
B.B.	43
Hem.	21,6
Hk.	61 %

Este es un caso típico en que el paciente hiperventila mucho a fin de bajar su pCO₂ al máximo y compensar por vía respiratoria la acidosis metabólica llevando el pH al mayor valor posible. Se ha comprobado que en estos niños la sangre de las venas pulmonares tiene un pCO₂ bajísimo y que al mezclarse en el corazón con la sangre venosa, la resultante arterial queda con un pCO₂ relativamente normal o bajo. De ahí que deba hiperventilarse tanto a estos pacientes durante la anestesia para mantener el pH más elevado posible y asegurarse de la inexistencia de depresión respiratoria en el postoperatorio inmediato. Lo más frecuente es que el solo hecho de someter al niño a anestesia aumente la acidosis metabólica y más si se produce hipotensión, por corta o mínima que ésta sea. Esto último es casi inevitable en la mayoría de las anestias bien conducidas, siendo por esto deseable corregir la acidosis con bicarbonato antes del acto quirúrgico.

Calculamos la cantidad con la fórmula de Siggaard Andersen: peso \times E.B. \times 0,3 = mEq. CO₂. Inyectado lentamente por vía endovenosa lleva el E.B. a O.

Conviene saber que los recién nacidos son sumamente resistentes a la anoxia y que la hipertensión pulmonar es peor tolerada desde los dos meses hasta los dos años de vida.

La hiperresistencia pulmonar se instala preferentemente en dos épocas de la vida del niño: antes de los dos años y alrededor de los 7 y 8 años.

Un accidente frecuente en los cianóticos pequeños es la *crisis de disnea y cianosis* que se tratará como habitualmente, con O₂ y morfina 0,001 gr/5 Kg.

En caso de tener que *digitalizar* al paciente, debe usarse lanatósido C (Cedilanid) a razón de 0,06 gr./kg. de peso/día como dosis de ataque y 0,02 gr. como mantenimiento, en lactantes. En niños de más de dos años 0,02 gr./kg./d. como ataque y la tercera parte como mantenimiento cada 6 horas.

OPERACIONES QUE PLANTEAN PROBLEMAS ESPECIALES

La anestesia tipo que hemos descripto es, a no dudarlo, la más apropiada para esta clase de paciente. Sin embargo, es compleja, cara y requiere un equipo costoso. Algunas operaciones cortas (apendicectomía, reducción de fracturas o luxaciones, curaciones, etc.) pueden realizarse con una anestesia más sencilla, pero no por esto menos segura: penthotalcurare, sea éste succinilcolina o galamina, con ventilación con O₂ puro.

Hay algunas operaciones muy comunes que por este sólo hecho merecen especial atención. Nos referimos en primer término a la *amigdalectomía* y *adenoidectomía*. Los otorrinolaringólogos de nuestro país, en general, son reacios a operar en posición de Ross, que sin embargo resulta muy cómoda, cuando se acostumbra a ella. La anestesia para esta operación, que en manos hábiles lleva de 5 a 10 minutos en total, debe hacerse con todos los cuidados antedichos, con intubación, etc. La emergencia es muy

corta y el paciente está perfectamente despierto a los 15 minutos. Sin embargo, es recomendable su internación durante por lo menos 12 horas después del acto quirúrgico.

Exactamente lo mismo podemos decir para las *extracciones dentarias* múltiples o la curación de caries que en cardíacos, puede convenir hacerlas en una sola sesión, bajo anestesia. Se evitará así el "stress" que los niños suelen tener ante el torno del dentista. En los niños con menos de 6 años (primera dentición) la intubación será por boca y se acomodará el tubo, de acuerdo a las necesidades del cirujano dentista. En pacientes con dentición definitiva que pueden requerir intervenciones de envergadura convendrá intubar por nariz, para dejar el campo libre al especialista. La intubación nasalaríngea es más difícil y de realización más prolongada que por boca.

Otra operación que plantea problemas especiales es la de *labio leporino* y *fisura de paladar*.

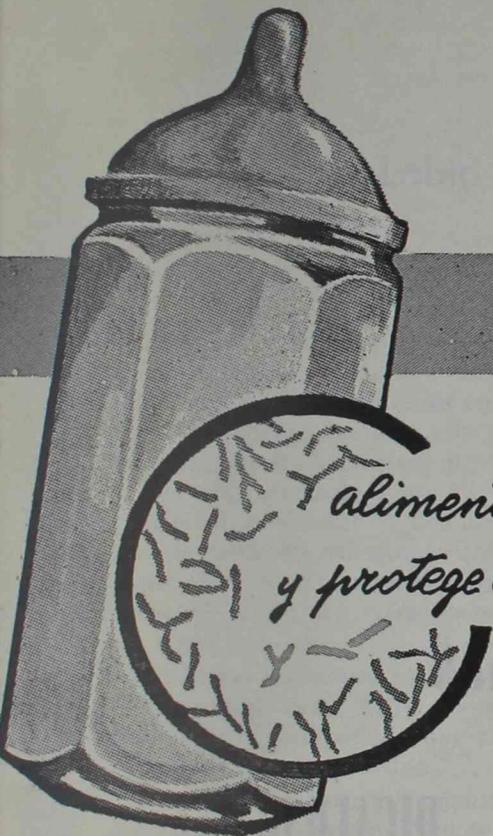
Lo que más dificulta la actividad del anestesista es que la vía aérea no queda completamente bajo su control. Es preferible, aunque sea costoso, anestesiarse con protóxido-O₂ y halotane en flujos altos colocando al paciente cualquier válvula de las llamadas de "non-rebreathing" o un tubo de Ayre. Algunos precorizan colocar el tubo de Ayre por encima del campo quirúrgico convenientemente esterilizado a fin de que el cirujano ayudante, tapando el tubo de escape de gases pueda asistir la respiración si se hace necesario. Nosotros preferimos meter la mano por debajo de las compresas, corriendo el riesgo de molestar a los operadores y hacerlo por nosotros mismos. Un armazón por encima del niño puede ser muy conveniente y facilitar las cosas.

Este artículo pudiera parecer destinado más para otros anestelistas que para cirujanos; sin embargo, hemos querido traer aquí lo que sabemos sobre el tema para que éstos conozcan, ya que son responsables de sus enfermos, qué debe hacerse y exigirse en el tratamiento de estos pacientes difíciles.

Nuevo

alimento bifidogénico

para lactantes



bifilak

KASDORF

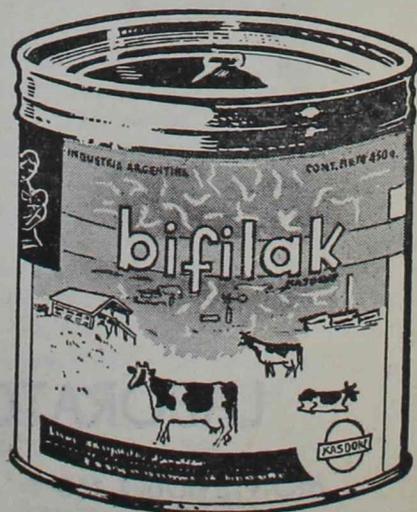
*Y alimenta
y protege a la vez*

Leche modificada desecada
enriquecida con "lactulosa"
y ácidos grasos esenciales

para la alimentación de lactantes

con el efecto biológico
de la leche materna

venta en las
farmacias, en
envases de 450 g.



KASDORF

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

Sugestiones de sólida experiencia pediátrica...

COLUNOVEX

SUPOTOS NIÑOS

RINARG

KIDARGOL

COLARG

DICALOSE

IODHEREM



LABORATORIOS MILLET S.A.C. e I.

MONTEVIDEO 160

T. E. 45-4021

BUENOS AIRES

Labio Leporino Unilateral

DRES. MANUEL U. DIAZ BOBILLO y ARTURO GAMBARINI

El labio leporino es una fisura congénita, unilateral, bilateral o mediana del labio superior que comienza en su borde rojo y se dirige hacia el piso nasal con variable longitud, ancho y profundidad.

Las estadísticas de Veau⁽²⁰⁾, Fevre⁽⁵⁾ y Mitchel y Nelson⁽¹²⁾ demuestran que uno de cada mil niños nace con esta deformación. Su frecuencia parece ir en aumento según las cifras comparativas de Krüsi⁽⁷⁾.

La forma unilateral es la más común; 89 % según Veau⁽²⁰⁾ y puede presentarse sola o acompañada por alguna variedad de fisura palatina.

En el primer caso se denomina simple y se manifiesta en tres formas: 1) Parcial, cuando comprende la parte roja sin comprometer el músculo. Duhamel⁽³⁾. 2) Sub-total, si se prolonga en la parte blanca, y 3) Total, cuando alcanza el piso nasal. En todos los casos la encía puede estar fisurada pero sin desnivel del arco gingival. En general, la forma parcial respeta la narina pero en las otras, especialmente en la total, está considerablemente deformada.

En la variedad sub-total, la línea cutáneomucosa del segmento interno está mucho más elevada con relación al externo, sobreponiéndose a la parte blanca de este último y continuándose muchas veces por un surco hacia la narina. Es clásico decir que esta fisura semeja un

acento circunflejo. En la vertiente interna se nota bien el arco de cupido y las crestas filtrales bordeando el hoyuelo.

En la forma total la narina está mucho más deformada por la desviación del septum hacia el lado sano y porque el extremo del ala nasal se distancia aún más de la línea media.

Cuando cualquier forma labial descrita se acompaña de una fisura del maxilar superior, se la denomina complicada o compleja. En la variedad total alcanza el grado máximo y la deformidad adquiere toda su magnitud. El esqueleto del lado interno muestra al hueso intermaxilar proyectado oblicuamente hacia adelante propulsado por el crecimiento del vomer. En el lado externo, el arco gingival se halla retraído y su extremo está distante del borde libre del intermaxilar. Favorece esta deformación, que se acentúa con la evolución del niño, la disfunción del músculo orbicular que no ejerce su acción reguladora sobre el empuje del vomer. Después de los 6 meses hacen eclosión los primeros dientes sin que su fuerza expansiva sea moderada por la de sus vecinos y debido a esto se orientan en forma radiada, algunos alcanzan a sobrepasar el plano normal de la fisura y hasta llegan a proyectarse hacia el frente en forma agresiva. La columela fuertemente desviada hacia el lado sano, arrastra consigo al tabique y a buena parte de la pirámide nasal.

En la vertiente interna, el labio se va adelgazando hacia la narina y no alcanza a cubrir el reborde gingival del

Hospital de Niños. Servicio de Cirugía y Ortopedia. Sala 9. Jefe: Dr. José E. Rivarola.

Relato oficial a la 1ª Reunión Extraordinaria de la Sociedad de Cirugía Infantil. Río Cuarto, Córdoba, octubre 1963.

intermaxilar. Pueden distinguirse en él con precisión: el arco de cupido interrumpido, una cresta filtral y el hoyuelo. La vertiente externa, más carnosa y móvil, cubre completamente el extremo del arco gingival subyacente. Entre uno y otro labio se extiende el ala nasal, tanto más desplegada cuanto mayor y más prolongada ha sido la contracción del orbicular.

Anatómicamente desiguales, ambas vertientes presentan la misma constitución histológica. Desde la superficie hasta la profundidad se distinguen las siguientes capas: epidérmica, dérmica, muscular (más desarrollada en el lado externo), sub-mucosa y mucosa. Según Marino⁽¹⁰⁾ el ala nasal del niño tiene dos superficies cutáneas que contactan en su profundidad no con tejido cartilaginoso sino colágeno y algunas fibras musculares.

Dos teorías tratan de explicar el mecanismo embriológico que determina el labio leporino. Ellas son, en síntesis: la vieja concepción de Dursy y Hiss⁽⁴⁾ esquematizada por Ombredanne⁽¹³⁾ y que atribuye las fisuras faciales a una falta de coalescencia de determinados brotes faciales o de sus emanaciones, que al detener su desarrollo dejan espacios entre sí. En cambio, la teoría de Veau⁽²⁰⁾, más moderna, sostiene que la causa obedece a una falta de mesodermización del llamado "muro epitelial". No existirían tales espacios, sino pliegues ectodérmicos que al no ser penetrados por el mesodermo se reabsorberían originando la fisura (Stark^[16]).

El proceso sería semejante al que preside la formación del orificio genital y anormalmente a la extrofia vesical.

La teoría vascular es la que mejor explica la patogenia. Los brotes faciales superficiales, irrigados en un primer momento por la carótida interna a través de la llamada rama del estribo, cambian el origen de su irrigación por la facial, rama de la carótida externa. Esta mutación que se produce en el segundo mes, es muy sensible a cualquier agresión de distinta índole, que al producirse, impi-

de que los tejidos mal nutridos se desarrollen normalmente.

Factores infecciosos, tóxicos, nutritivos, mecánicos, endocrinos, psíquicos, hereditarios, etc. serían los desencadenantes del proceso.

TRATAMIENTO

Su oportunidad. — La reparación quirúrgica debe efectuarse a los tres meses de edad siempre que el niño sobrepase los 5 kilogramos en su peso. Los tejidos tienen entonces una mejor formación y mayor resistencia, como lo señala Fevre⁽⁵⁾ para soportar los puntos de la sutura. El labio es más manuable, la intervención más fácil y hay más precisión para marcar las incisiones.

Los factores que se aducen para efectuar la operación en los días que siguen al nacimiento no son suficientes. El niño se alimenta sin dificultad, la intervención es bien soportada a los tres meses, la acción del orbicular es igualmente eficaz a esa edad y hasta puede ser reemplazada por una adecuada ortopedia funcional. Los procesos catarrales traqueo-bronquiales son más frecuentes en el firsurado pero hoy se dispone de adecuados medios para su tratamiento.

Por el contrario, los labios tardíamente operados, más allá de los tres años, difícilmente alcanzan una movilidad suficiente en su musculatura, lo que dificulta ciertas expresiones o determinadas actitudes o funciones (besar, chupar, soplar, etc.) y aun para pronunciar algunos fonemas cuya articulación depende de los labios (Tabares^[17]).

Preoperatorio. — Es fundamental el examen clínico completo, poniendo especial atención en los aparatos circulatorio y respiratorio. Entre los exámenes de laboratorio son de rutina: hemograma, tiempo de coagulación y sangría, tiempo de protrombina, grupo sanguíneo, pròtídemia y examen completo de orina.

Deben descartarse las infecciones específicas como la sífilis y la tuberculosis. Se investigará la existencia de adenopatías traqueo-bronquiales e hipertrofia del timo por medio de una radiografía fron-

tal del tórax. Si existen piezas dentarias con caries o mal implantadas serán extraídas. Las infecciones cutáneas (eczemas, impétigos, etc. contraindican la intervención.

Anestesia. — La anestesia general etérea con intubación endotraqueal es muy bien tolerada. Algunos agregan una infiltración local con Xilocaína al 2 % con epinefrina con el propósito de disminuir la cantidad de anestésico general y sobre todo la hemorragia. Al iniciar la anestesia debe comenzar a transfundirse lentamente sangre hasta finalizar el acto operatorio.

TECNICAS OPERATORIAS

La nariz y el labio juegan un importante papel en la estética facial. Una nariz normal debe tener: a) columela recta, b) narinas simétricas, c) curvas alares iguales y a una misma altura. Un labio normal: a) el arco de cupido bien formado con continuidad del canto más claro que lo bordea, b) el tubérculo medio en la parte roja bien centrado, c) un hoyuelo central con dos crestas filtrales que partiendo de las cimas del arco lo bordean para alcanzar los lados de la raíz de la columela, d) una buena prominencia del labio superior, e) un buen equilibrio de la acción muscular.

El labio leporino unilateral presenta alterados todos y cada uno de estos componentes en mayor o menor grado. La restauración de cada uno de ellos dándole la forma y ubicación normal será el objeto de todo tratamiento. Cuanto mayor sea el número de componentes normalizados, tanto mayor será la perfección alcanzada. Pero además, es necesario agregar que toda técnica, cuando se hace en el niño y más aún en el lactante, tendrá en cuenta que actúa sobre tejidos en plena formación y que un excelente resultado inmediato puede no serlo tanto en otras épocas de la vida de ese niño. Nunca se debe descartar una reparación ulterior y por ello es fundamental reseca la mínima cantidad de tejidos en pleno crecimiento, que pueden ser muy útiles en una reparación futura.

Numerosas técnicas se han descripto

para esta corrección, pero si las analizamos, todas responden a uno u otro principio básico: la simple unión recta de los bordes o la Z-plastia.

Las primeras dejan una cicatriz lineal que casi siempre se retrae y origina una muesca en el borde rojo, interrumpen el arco de cupido, el filtro no tiene perfección y sacrifican abundante tejido.

Las plásticas en Z dan los mejores resultados. Una de las más difundidas es la que Le Mesurier⁽⁸⁾ presentó en el año 1949. Es una técnica sencilla basada en la antigua concepción de Hagendorn pero adolece de algunos defectos inmediatos y alejados que obligaron a abandonarla a muchos autores. El trazado del cuadrilátero no admite ningún error de cálculo, sacrifica mucho tejido, no respeta el arco de cupido y la rama media de la Z es visible cruzando transversalmente la zona blanca. Estos labios observados después de diez años de la intervención, se muestran con un exceso de longitud o altura, difícil de corregir, son tensos y estrechos en sentido transversal provocando una retracción de la arcada.

Críticas semejantes se hacen al original y matemático procedimiento que Tennison⁽¹⁸⁾ publica en 1952 y a la variante que Randal⁽¹⁴⁾ introduce en 1959. Son varios los autores que han dado a conocer técnicas basadas en Z-plastias: Trauner⁽¹⁹⁾, Skoog⁽¹⁵⁾, Duarte Cardoso⁽²⁾, etc.

En 1958, Millard⁽¹¹⁾ presenta una lógica y original solución para el tratamiento del labio leporino unilateral con su procedimiento de "rotación y avance". Señala en forma muy acertada, que todos los labios leporinos son desiguales y que por ello no pueden someterse a técnicas basadas en mediciones pre-establecidas. Considera a cada uno en particular, busca sus elementos constitutivos y los lleva a la posición normal. Es un concepto verdaderamente artístico. Al rotar el colgajo medio, desciende el conjunto formado por el arco de cupido, el tubérculo y el filtro; el espacio que deja este giro se llena con el colgajo lateral de tal forma que la cicatriz de la rama

terminal de la Z simule la cresta filtral. La rama media queda oculta en el ángulo columelo labiar y el borde de la narina. A este nivel, el entrecruzamiento de dos pequeños triángulos de piel fácilmente controlables (rama inicial de la Z) permite centrar la columela y llevar el ala hacia la línea media para formar una narina simétrica. La técnica presenta una ligera variante según se trate de una forma sub-total o total.

¿Cuáles son los detalles más importantes en esta técnica?

a) Que la rotación sea suficiente. Para conseguirla es preciso a veces prolongar la incisión de la raíz de la columela hasta la narina sana. Pero debe tenerse en cuenta como también lo han comprobado Joss y Rouillard⁽⁶⁾ que una pequeña retracción sólo es temporaria y que desaparece después de varios meses.

b) Efectuar una buena liberación de las partes blandas, sin temor, para lograr hasta una discreta hipercorrección de la deformidad nasal que compense la tendencia que tiene el cartílago a extenderse o desplegarse, principalmente en fisuras anchas y totales.

c) Reconstruir la zona roja respetando la línea cutáneomucosa y haciendo coincidir muy bien el reborde claro supra-yacente. El colgajo rojo lateral debe llevarse siempre por detrás del medio y limitar su longitud de acuerdo a los requerimientos de cada caso. En esta situación proyecta hacia adelante la parte media del labio originando el "puchero" al que tanta importancia dan los autores americanos. En algunos casos puede contribuir a formar el tubérculo medial.

d) Cualquier reparación ulterior es posible pues el sacrificio de los tejidos ha sido mínimo.

Tiempos operatorios comunes a todas las técnicas:

a) *Movilización de los tejidos.* — Debe ser amplia para obtener un buen afrontamiento sin tensión de las suturas. Ello se consigue con incisiones de debridamiento mucoso a lo largo del surco gingivolabial a ambos lados de la fisura y

con más extensión en el externo. A su través se desprenden las partes blandas de sus adherencias al esqueleto del maxilar subyacente.

b) *Disección alar.* — Se justifica en las formas muy anchas en las que el despliegue es casi total. No debe olvidarse que a los tres meses sólo existe tejido colágeno en cuyo espesor se diferenciará el cartílago y que su mortificación puede alterar su crecimiento.

c) *Cierre del piso nasal.* — Es necesario para evitar la molesta comunicación gíngivo-nasal. Se desprende la mucosa del tabique, del intermaxilar y del vomer en el lado interno; en el externo se despega parte de la mucosa del ala del borde de la apófisis alveolar y del vestíbulo nasal hasta encontrar el cornete inferior. Ambos colgajos mucosos se suturan en la línea media con puntos de lino anudados hacia el lado nasal.

d) *Disección de los bordes cruentos.* — Debe ser muy discreta y se aislaran los tres planos.

e) *Suturas.* — Uno o dos puntos de catgut cromado son suficientes para reparar el anillo muscular. La piel se sutura con seda o nylon lo mismo que la mucosa.

f) *Sostén e inmovilización.* — La colocación de un arco de Logan sirve de sostén y de protección a la sutura. También son muy útiles los puntos labiales de sostén tipo Lane y los nasales semejantes al de Blair y Brown a través de un tubo de goma introducido en la luz nasal.

g) *Extracción de puntos.* — Los elementos de sostén se extraerán entre el 5º y 6º día. Los puntos de la zona blanca del labio sólo deben dejarse 2 a 3 días para evitar la cicatriz. Cuando esta última es muy marcada, puede disimularse tratándola con crema de hidrocortisona.

VALORACION DE LOS RESULTADOS

Ofrece muchas dificultades pues está sometida a apreciaciones personales que no pueden ser equivalentes. Por otra parte, el factor tiempo es imprescindible y como bien lo hace notar Manecksa⁽⁹⁾ se

necesitan más de 10 años para valorar un verdadero final. Pero es lógico suponer que un mal resultado no lo será mejor con el transcurso del tiempo y es en base a ello que puede proponerse una clasificación uniforme en un plazo más o menos mediato.

Un resultado será BUENO si se consigue: a) Una narina más o menos simétrica, b) una altura labial igual a la del lado sano y c) una buena continuidad de la línea cutáneomucosa. Si además se obtiene un buen filtro y crestas, o un buen arco de cupido o un buen tubérculo medio, el resultado será MUY BUENO. Cuando se consiga corregir todos los componentes señalados y además se borre la cicatriz, el resultado será OPTIMO o IDEAL. Si sólo se consigue una o dos de las tres correcciones fundamentales: *a*, *b* o *c*, el resultado será REGULAR; y será MALO cuando no corrija ninguna y quede una marcada cicatriz.

MATERIAL DE ESTUDIO

Nuestro estudio se basa en 129 casos de labio leporino observados en el transcurso de la última década en el Servicio de la Sala IX del Hospital de Niños de Buenos Aires.

De ellos, 92 eran formas unilaterales, 36 bilaterales y sólo 1 mediano. Los primeros se presentaron 55 veces en varones y 37 en niñas, correspondiendo 56 a la forma unilateral izquierda y 36 a la derecha.

En 43 casos cuyas historias consignan el peso del nacimiento se comprueba que oscila dentro de cifras normales, no existiendo ningún prematuro ni débil congénito.

En solo 7 casos existían antecedentes familiares directos de labio leporino. En 2 casos se trataba de la madre, 1 vez del padre, 2 en hermanos y 1 en otro familiar.

Trece niños tenían además otras malformaciones: 3 angiomas; 2 hernias umbilicales; 5 hernias inguinales; 1 era hidrocefálico; 1 tenía un hipotrofia del ala nasal y del globo ocular; y otro presentaba un hipertelorismo y malformaciones múltiples de ambos pies.

Se presentaron 27 formas anatómicas simples y 65 complicadas (Cuadro 1). De estas últimas, 2 eran parciales y presentaban respectivamente: una, úvula bifida y otra, atrofia del globo ocular y del ala nasal. 14 eran sub-totales complicadas con distintos grados de fisuras palatinas y gingivales; 49 pertenecían al

Cuadro 1. FORMAS ANATOMICAS. 92 Labios leporinos unilaterales

SIMPLES 27	}	Parciales		1	
		Sub-totales		17	
		Totales		9	
COMPLICADAS 65	}	Parciales	2	Uvula bifida	1
				Atrofia nasal y ocular	1
		Sub-totales	14	Fisura total	10
				Fisura del paladar blando y esbozo de fisura alveolar	3
				Fisura del paladar blando	1
Totales	49	Con coloboma	1		

grado máximo de deformidad, forma total, teniendo coloboma uno de los casos.

Sólo fueron operados 67 casos y se emplearon fundamentalmente 3 técnicas. La de Mirault-Ladd preconizada entre nosotros por Detchesarry⁽¹⁾ se practicó hasta 1956. A partir de entonces se ope-

raron 28 casos con la técnica de Le Mesurier⁽⁸⁾ hasta fines de 1959 en que comenzamos a realizar en forma interrumpida la técnica de Millard⁽¹¹⁾.

Los resultados de acuerdo a la valoración señalada fueron los siguientes: Cuadro 2):

Cuadro 2. RESULTADOS. 67 Labios leporinos unilaterales operados

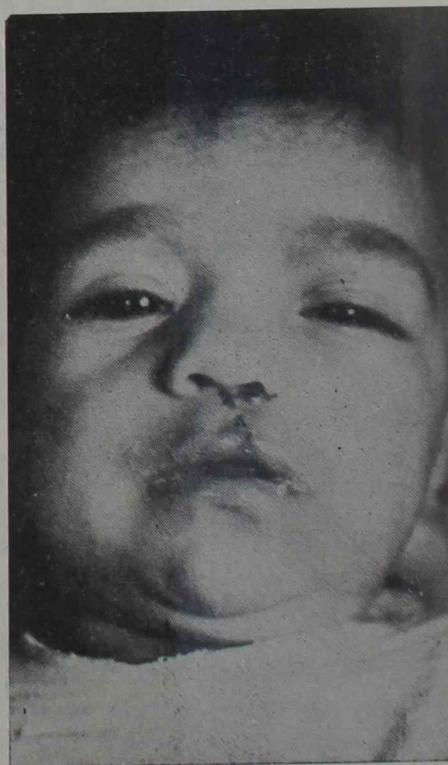
18 FORMAS SUB-TOTALES

Casos	Técnica	Optimo	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Fallecido
4	Mirault-Ladd	—	0	3	1	—	—
7	Le Mesurier	—	3	4	—	—	—
7	Millard	—	5	2	—	—	—

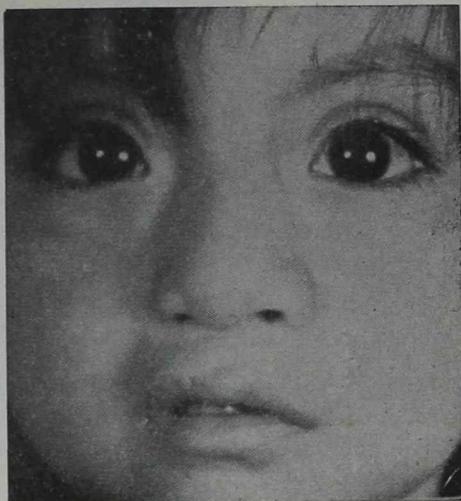
49 FORMAS TOTALES

Casos	Técnica	Optimo	Muy buer	Bueno	Regular	Malo	Fallecido
11	Mirault-Ladd	—	—	5	5	1	—
21	Le Mesurier	—	3	13	5	—	—
16	Millard	—	9	5	1	—	1*
1	Atípica	—	—	—	1	—	—

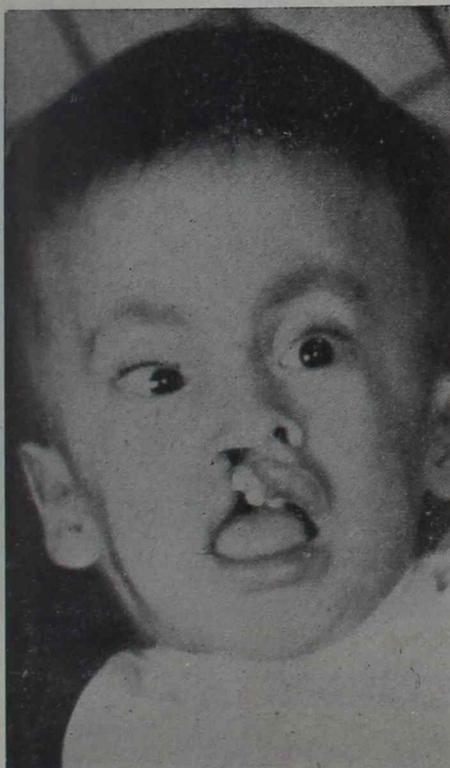
* Paro cardíaco.



Fotos 1 y 2. — M. del V. R. Hist. 6867. (a) Labio leporino unilateral izquierdo sub-total complicado, (b) Técnica de Millard, Resultado inmediato.



Fotos 3 y 4. — M. T. P. Hist. 3625. (a) Labio leporino unilateral derecho complicado. (b) Técnica de Millard. Resultado.



Fotos 5 y 6. — L. A. R. Hist. 6134. (a) Niño hidrocefálico con labio leporino unilateral complicado. (b) Técnica de Millard. Resultado al año de la intervención.

CONCLUSIONES

- 1) La variedad total complicada es la forma más frecuente de labio leporino unilateral.
- 2) No es más común en casos de debilidad congénita o prematuridad.
- 3) Los varones son algo más afectados que las niñas.
- 4) El labio leporino unilateral izquierdo se presenta más que el derecho.
- 5) La reparación quirúrgica se efectuará después que el niño sobrepase los 3 meses de edad y los 5 kilogramos de peso.
- 6) La mejor técnica será la que normalice el mayor número de componentes del labio con el menor sacrificio de tejidos.
- 7) Las Z-plastías dan los mejores resultados. La de Millard es hasta hoy la que nos parece asegurar los más perfectos.
- 8) La valoración "standard" de los resultados inmediatos y alejados es indispensable para obtener conclusiones comparativas entre técnicas y autores.

BIBLIOGRAFIA

1. *Detchesarry, R.* — Tratamiento del Labio Leporino en los niños. Técnica de Mirault-Ladd. Resultados. Seg Journ. Ped. Argentinas. Mendoza, 1951.
2. *Duarte Cardoso, A.* y *Osiliansky, J.* — 11 años de experiencia sobre tratamiento de fisura labio leporino. Técnica personal. Rev. Lat. Amer. de Cirugía Plástica. Vol. VII, N° 4. Pág. 228. Dic. 1963.
3. *Duhamel, B.* — Technique de staphylorrhafie. Les Annales d'Oto-Laringologie 68, (5-6): 337. 1951.
4. *Dursy y Hiss.* — Citados por *Marino.* — Patología quirúrgica (Michans). T. II, Pág. 93. Ed. "El Ateneo" 1961.
5. *Fevre, M.* — Bees-de-Lievre et división palatina. Extrait de Eneycl. Medico Chirurgurg.; Pediatric. Vol. 1, 4021, E 1° dd., 7, 1949.
6. *Joss, G. F. R. C. J. E.* and *Ruillard F. E. C. J. E.* — A critical evaluation of the rotation - advancement (Millard) method for unilateral cleft lip repair. Brit. Journ. of Plast. Surg. Vol. XV, N° 4. Oct. 1962.
7. *Krüsi, G.* — Citado por Tavares.
8. *Le Mesurier, A. B.* — A method of cutting and suturing the lip in the treatment of complete unilateral clefts. Plastic and Rec. Surg. Vol. 4, N° 1, Jan. 1949.
9. *Maneksha, R. S.* — The late results of the Millard cleft lip operation. Bombay. India. Plast. and Rec. Surg. Vol. 31, n° 1, Jan. 63.
10. *Marino H.* — Labio Leporino. Ed. "El Ateneo", 1942.
11. *Millard, D. R., Jr.* — A radical rotation in single harelip. Am. J. Surg., 95: 318, 1958.
12. *Mitchell, A. C.* and *Nelson.* — Textbok of Pediatrics. Philadelphia. 1947.
13. *Ombredanne, L.* — Precis clinique et opératoire de chirurgie infantil. Paris. 1949. 5ª Ed.
14. *Randall, P.* — A triangular flap operation for the primary repair of unilateral clefts of the lip. Plast. and Rec. Surg., 23: 331, 1959.
15. *Skoog, T.* — A design for the repair of unilateral cleft lips. Am. J. Surg., 95: 223. 1958.
16. *Stark, R. B.* — The pathogenesis of harelip and cleft palate. Plast. and Rec. Surg. 13, 20. 39, 1954.
17. *Tavares, A.* — Labios leporinos e Fendas palatinas congénitas. Tesis. Ad. "Imprenta Portuguesa". Porto. 1955.
18. *Tennison, C. W.* — Repair of unilateral cleft lip by stencil method. Plast. and Rec. Surg., 9, 115, 1952.
19. *Trauner, R.* — Brit. Journ. of Plast. Surg. 8. 291, 1958.
20. *Veau, V.* — Bec-de-lievre. Paris, 1938.



B₁

B₁₂

B₁₅

**L-
LISINA**

FOSFORO

INCREMIN[®]

**aumenta el vigor
físico y mental**

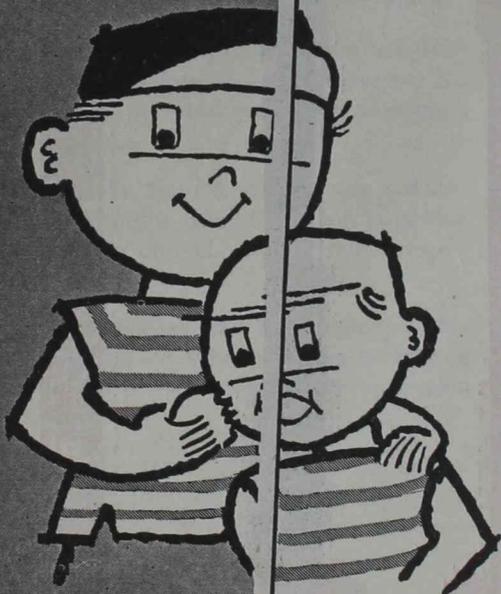
Labinca

INCA LABORATORIOS DE ESPECIALIDADES MEDICINALES

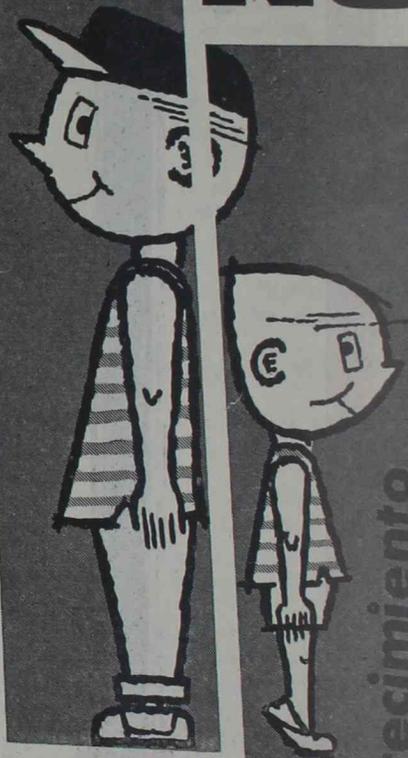
S.A.I.C.F. c.L.

PROTEINO

SOLUCION



anorexia



crecimiento

fórmula y presentación:

Cada 100 ml contienen:

L-Lisina	17,50 g
D-L N-Acetil Triptofano	5,- g
D-L Acetil Metionina	5,- g
Sorbitol	10,- ml
Vitamina B ₆	1,- g
Vitamina B ₁₂	1000,- mcg
Etanol Beta Amino Acido Fosfórico	12,- g
Nipagin	0,07 g
Nipasol	0,03 g
Vainillina	c.s.
Agua destilada c.s.p.	100,- ml
Frasco gotero de 15 c.c.	



LABORATORIOS POEN S. A.

MADERO 160 (SUC. 8) Bs. As. T. E. 64-0015

Beneficio del Tratamiento Médico - Postural en las Hernias Hiatales

DRES. JOSE R. PIÑEYRO *, MARTA T. DE CARNICER **,
EUGENIO MARTYNOWICZ *** y MARIA TERESA DESCALZI ****

Hemos querido presentar los resultados obtenidos con el uso del tratamiento médico-postural en 15 casos de hernias hiatales, por haber observado en nuestro medio su escaso empleo y por estar sinceramente convencidos que de él se pueden obtener a veces resultados insospechables. Por otro lado, su simplicidad y su probada inocuidad hacen de ésta una terapéutica de uso universal, pudiéndose utilizar en cualquier estadio de la evolución en que se sorprenda la enfermedad.

Debe ser empleado como tratamiento curativo en muchas hernias hiatales de evolución benigna, obteniéndose frecuentemente la curación clínica y en algunos casos también la radiológica. Lo indicamos como tratamiento preparatorio en aquellos tipos de hernias hiatales cuya evolución clínica nos indica que no podrán ser curadas si no se emplean medidas quirúrgicas.

El análisis evolutivo de las hernias hiatales no nos ha dado todavía un elemento que nos permita con seguridad sospechar la evolución que seguirá el proceso. No creemos ciertamente que el tamaño de la hernia esté en relación con la gravedad del cuadro, pues hemos encontrado pequeñas hernias con gran sin-

tomatología y gran esofagitis, mientras a veces grandes hernias son relativamente bien toleradas. Hemos pensado que el cuadro sintomatológico constituye el marcapaso que fijará el ritmo de la evolución clínica de la enfermedad.

El tratamiento médico-postural suele demostrarse incapaz de curar una lesión anatomorradiológica establecida; nosotros pensamos que siempre es capaz de mejorar una sintomatología ruidosa, lo cual en algunos casos significará el comienzo de una curación clínica que posteriormente se podrá consolidar con una curación también radiológica.

Se establece un tratamiento médico-postural correcto cuando se han cumplido 4 premisas esenciales:

La primera, de orden postural: el paciente deberá ser colocado en posición ortostática durante todas las horas del día, sacándola de ella sólo en los casos de verdadera necesidad. Debe ser alimentado en esta posición evitándole toda clase de movimientos bruscos y maniobras intempestivas.

La segunda, de orden dietético: el niño deberá comer poca cantidad en cada toma pero deberá hacerlo numerosas veces en el día. Es beneficioso también espesar la comida. Habitualmente la fraccionamos en 8 a 10 tomas diarias y la espesamos agregándole Nestargel.

La tercera, de orden neuropsíquico: los portadores de hernia hiatal suelen ser niños nerviosos, con un psiquismo alterado, generalmente por sus padres y por la angustia que la enfermedad crea

Servicio de Cirugía Infantil del Instituto de Maternidad Santa Rosa. Vicente López, Prov. de Buenos Aires.

Trabajo presentado a la 1ª Sesión de la S. de Cirugía Infantil, 2 de abril 1965.

* Jefe del Servicio - ** Cirujana agregada -
*** Cirujano agregado - **** Pediatra agregada.

en el ambiente que rodea al enfermo, de la cual éste participa en grado sumo. Por esta razón la mayor sedación posible, se convierte en uno de los secretos para obtener el éxito del tratamiento. Pequeñas dosis de atropina y antiácidos ayudan notoriamente para disminuir los vómitos y mejorar la esofagitis.

La cuarta es de orden clínico y está orientada a apuntalar el estado general indicando transfusiones, vitaminoterapia en el momento oportuno, y corrigiendo cualquier otra deficiencia que se pudiera descubrir en el paciente.

En menos de 10 días de iniciadas estas medidas, 3 niños menores de un mes mejoraron su estado general. En dicho lapso cesaron las melenas o hematesis que habían originado la consulta. Otros 4 niños que consultaron también por sintomatología hemorrágica necesitaron entre 15 y 20 días de tratamiento para mejorar su cuadro clínico. Todos ellos tenían más de un mes de edad.

En 7 niños que ingresaron por vómitos y peso estacionario, la curva de peso aumentó en forma espectacular, luego de una semana de tratamiento. Sólo un enfermo necesitó 15 días para invertir su curva de peso. Todos los de este grupo eran menores de un mes. La angustia de los padres y del ambiente que rodea al niño comienza rápidamente a convertirse en moderado optimismo.

Algunos críticos justifican su desconfianza en esta medida terapéutica al comprobar que ciertos niños mantienen su hernia hiatal luego del tratamiento. Creemos importante dedicar un párrafo para aclarar quiénes deben ser sometidos al tratamiento médico-postural y qué debe esperar el médico de su empleo.

Todos los enfermos portadores de hernia hiatal que hemos sometido a esta terapéutica han obtenido de ella un claro beneficio, pero los niños con imagen radiológica clara, con reflujo clínico y radiológico y con pérdida sanguínea importante, deben ser sometidos a un tratamiento médico-postural temporario, es-

perando una mejoría sintomatológica que deberá consolidarse con una operación antirreflujo.

El segundo grupo de niños con imagen radiológica clara pero en los cuales el reflujo clínico y radiológico predomina sobre el cuadro hemorrágico, deben ser sometidos al tratamiento médico-postural pudiéndose esperar la curación clínica y a veces también radiológica, como lo testifica un enfermo de nuestra serie. Si al cabo de un año la curación radiológica no se consolidara, no es conveniente postergar la intervención quirúrgica ya que el círculo vicioso vómito-esofagitis puede recomenzar en cualquier momento.

El tercer grupo, constituido por niños con cardias radiológicamente insuficiente y anatómicamente móvil, ubicado generalmente a nivel del diafragma o más arriba, con ángulo de His muy abierto y gran reflujo radiológico, en los cuales el vómito domina el cuadro sintomatológico, son los que más se benefician con el tratamiento médico-postural. De este grupo se puede esperar la curación clínica, obtenida en el 100 % de los casos, e inclusive la curación radiológica que obtuvimos en el 80 % de los casos, con desaparición total del reflujo.

Hemos notado que se han beneficiado particularmente del tratamiento médico-postural los niños a los cuales éste se le instituyó durante el primer mes de la vida. La experiencia vivida nos parece indicar que: *a)* se obtendrán mayores beneficios del tratamiento cuanto más temprano se instituya; *b)* no sería sensato esperar la curación de enfermos con bolsa torácica de tamaño considerable, a pesar de que ello ocurrió en una de nuestras observaciones; *c)* todo niño portador de hernia hiatal, cualquiera fuera su edad, su forma clínica o radiológica, obtiene algún beneficio si es sometido a un riguroso tratamiento médico-postural; *d)* el empleo, inclusive indiscriminado, de esta medida terapéutica en enfermos portadores de patología hiatal no implica para ellos ningún tipo de riesgo.

5000
mcg.
B12

COMPLEJO VITAMINICO B
S O R B I T A

30 g.
LISINA



MAXIMA ABSORCION VITAMINICA
POR VIA ORAL

LIS-GOTADOCE

ASEGURA UN OPTIMO BALANCE NITROGENADO

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA MEDICACION
ANTIBIOTICA ORAL

Frasco Gotero por 15 c.c.

NEWARK Adm. y Dist - F. Lacroze 3065 - T. E. 772-0779 - Buenos Aires

En terapéutica infantil...

TRASTORNOS DEL CARACTER y CONDUCTA

NEULEPTIL

(8909 R.P.)

"El psicofármaco de la sociabilidad"

• **GOTAS**

• **COMPRIMIDOS**

• **JARABE**



QUIMICA RHODIA S. A.

Rioja 301

T. E. 93-5011-9

Buenos Aires

Signo del Nivel Aire - Bario en el diagnóstico de la Oclusión Intestinal

DRES. JULIO ROCCA RIVAROLA, ALEJANDRO ROSA RIVAROLA,
ENRIQUE BLANCO KUHNE *

La oclusión intestinal es uno de los cuadros más frecuentemente observados en la cirugía infantil de urgencia y pese a lo habitual que pueda estar el cirujano en el manejo de estos enfermos ocurre que muchas veces el diagnóstico exacto es difícil de precisar.

En los últimos años hemos observado una mayor incidencia de enteritis graves capaces de determinar en un momento de su evolución cuadros de oclusión parálitica no sólo generalizados sino también regionales, que imitan obstrucciones mecánicas, pues presentan vómitos, distensión acentuada y constipación absoluta; y también enteritis que se hicieron quirúrgicas al complicarse con una invaginación, una perforación o una hemorragia. Debemos agregar a estos cuadros complejos aquellos producidos por el uso indiscriminado de modernos antiespasmódicos que pueden producir una parálisis intestinal tóxica sobre todo en los recién nacidos.

De ahí el enorme interés del cirujano en diferenciar los íleos quirúrgicos de aquellos que pertenecen al resorte mé-

dico y en los cuales una intervención resulta no sólo inútil sino también altamente perjudicial.

La radiología es sin duda el medio auxiliar más importante del diagnóstico. Muchos son los signos descritos y muy distinto su valor. Algunos se adelantan incluso a los síntomas clínicos clásicos de oclusión; recordemos como ejemplo el signo del "ansa centinela" (*) establecido por Rivarola a poco de producirse una ingavinación intestinal. Dicho signo, siempre presente, permite establecer en la radiografía simple una fuerte presunción diagnóstica y aparece poco después de los primeros dolores cólicos; pero siempre antes de los vómitos biliosos, la distensión, la constipación absoluta y la enterorragia.

Presentamos ahora un signo más, de menor importancia, pero que en ocasiones nos ha sido sumamente útil para aclarar dudas diagnósticas.

En forma rutinaria comenzamos el estudio radiológico de una posible oclusión con una radiografía simple vertical de frente que incluye el tórax. Ello nos facilita una visión panorámica en la que no sólo observamos la distribución aérea del intestino (aumento o escasez de gas, existencia de niveles hidroaéreos, ansas especialmente dilatadas, neumoperitoneo, etc.) sino que también permite descartar la existencia de procesos pulmonares responsables de un íleo reflejo.

En caso de encontrar múltiples ansas

Presentado el 24 de septiembre de 1965 en la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil.

* Cirujanos de la Sala IX y del Departamento de Emergencia del Hospital de Niños de Buenos Aires.

(*) El signo del "ansa centinela" consiste en la aparición de un racimo de burbujas aéreas a nivel de la oclusión y corresponden al gas que comienza a acumularse en el ansa aferente.

dilatadas con niveles hidroaéreos (signo radiológico clásico de oclusión intestinal) difícilmente puede asegurarse, en la placa simple, si todo el intestino se encuentra dilatado o si sólo participa el delgado, encontrándose el colon sin gas y totalmente colapsado. La dilatación completa del intestino es característica de los íleos paralíticos mientras que la dilatación parcial con colapso del resto identifica las oclusiones mecánicas; pues poco tiempo después de aparecer un obstáculo mecánico a determinada altura del intestino el gas comienza a acumularse en las ansas aferentes a la obstrucción, mientras que las que se encuentran más allá del mismo se liberan rápidamente del contenido aéreo normal por efecto del peristaltismo aumentado.

Es por ello que después del estudio simple continuamos con la enema opaca bajo pantalla radioscópica que no sólo nos permite comprobar la permeabilidad del colon e incluso, a veces, de parte del delgado descartando diversos procesos oclusivos (invaginaciones íleo-cólicas, vólvulos, desplazamientos, etc.), sino que también nos permite establecer si la zona recorrida se encuentra colapsada o existe en ella mayor o menor cantidad de gas. Esta observación es difícil de hacer en decúbito dorsal pero de fácil interpretación si antes de permitir la evacuación de la enema obtene-

mos una radiografía en *posición vertical de frente*.

En caso de íleo paralítico el bario encuentra en su camino abundante gas; y en vertical aparecen niveles de aire-bario perfectamente claros mientras que si la oclusión es mecánica el bario no puede alcanzar la zona aireada y los niveles que aparecen en la placa vertical no contienen sustancia opaca.

En algunas enteritis hemos llegado a encontrar colon colapsado pero abundante bario y aire en delgado formando niveles, lo que nos habla de una oclusión funcional a nivel del ileon terminal, oclusión que clínica y radiológicamente pareciera mecánica.

Todos sabemos que no existen signos patognomónicos e incluso que pueden ser falseados. En nuestro caso, un tubo de enema no debidamente purgado puede introducir aire en colon por vía rectal; una suboclusión puede permitir el pasaje de pequeñas cantidades de gas más allá de la obstrucción; y una pesquisa demasiado temprana del signo puede ser positiva por no haber dado tiempo al colapso intestinal. Pero como siempre ocurre en medicina no es un signo lo que vale sino simplemente el criterio con el cual se lo utiliza.

NOTA: En todas las radiografías se acentuó por razones gráficas el contorno de las ansas con lápiz.

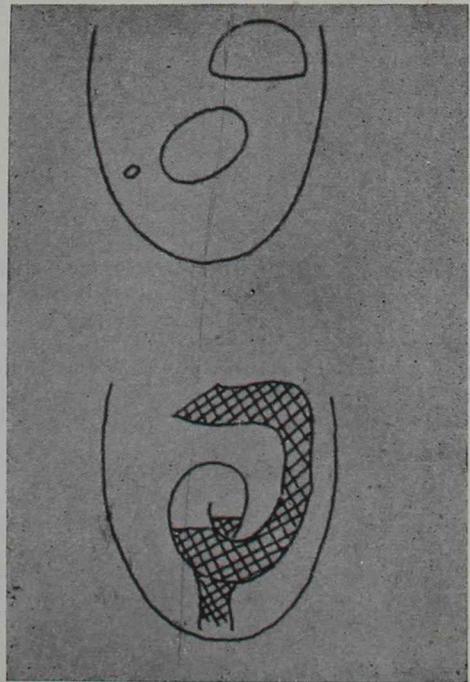


RAD. 1 a

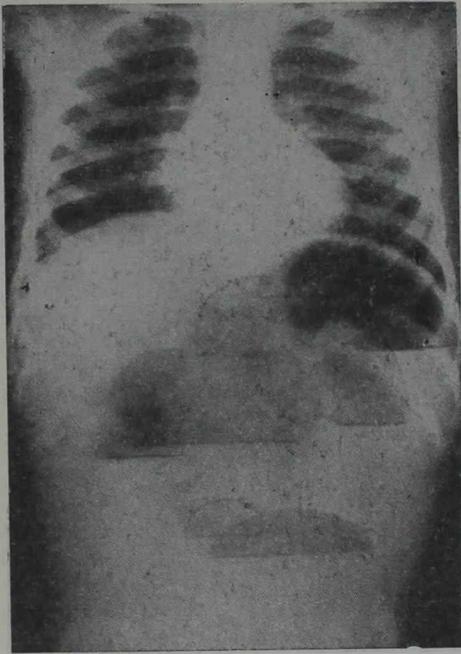


RAD. 1 b

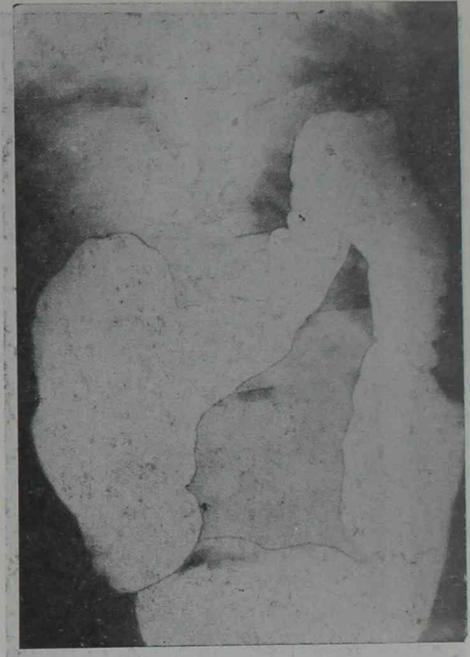
Ejemplo 1. — En la radiografía simple de un cuadro abdominal doloroso aparece una imagen central redondeada que parece corresponder a una ansa de delgado distendida, pero en la enema en vertical se comprueba que dicha ansa corresponde a un dolicosigma. No hay oclusión intestinal.



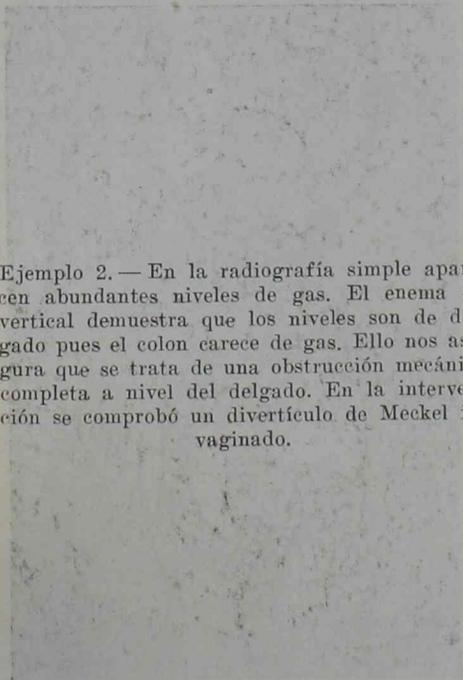
ESQUEMA 1



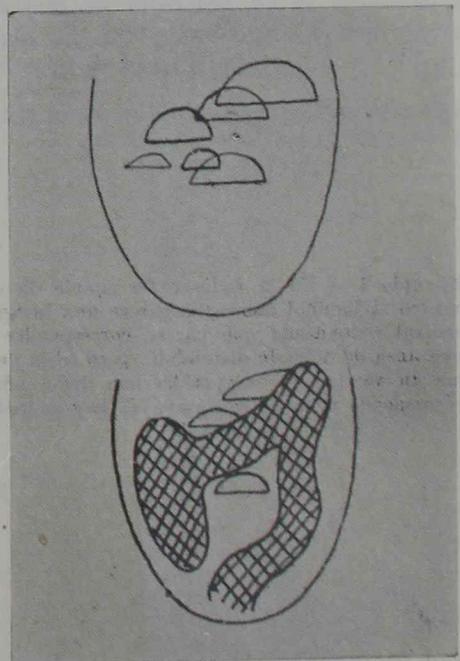
RAD. 2 a



RAD. 2 b



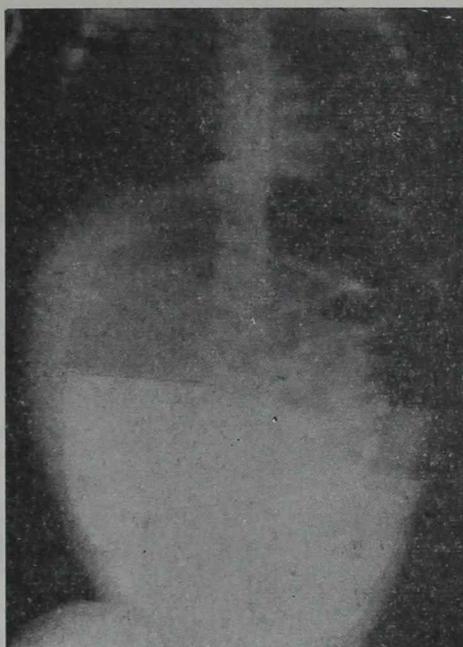
Ejemplo 2. — En la radiografía simple aparecen abundantes niveles de gas. El enema en vertical demuestra que los niveles son de delgado pues el colon carece de gas. Ello nos asegura que se trata de una obstrucción mecánica completa a nivel del delgado. En la intervención se comprobó un divertículo de Meckel invaginado.



ESQUEMA 2

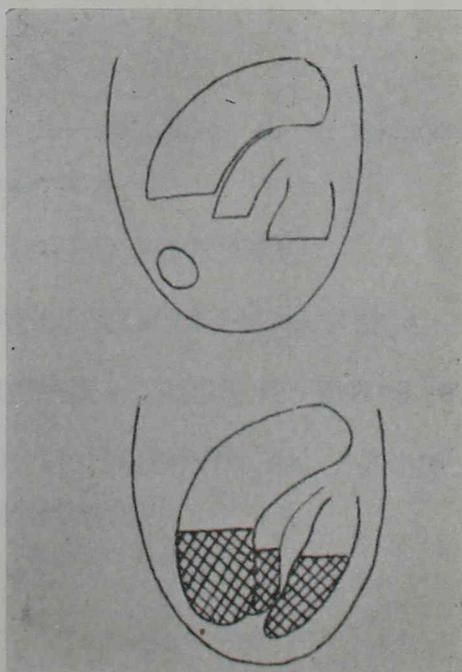


RAD. 3 a

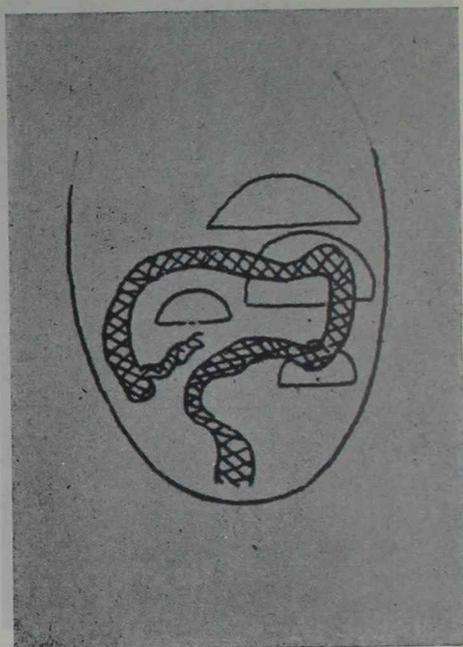
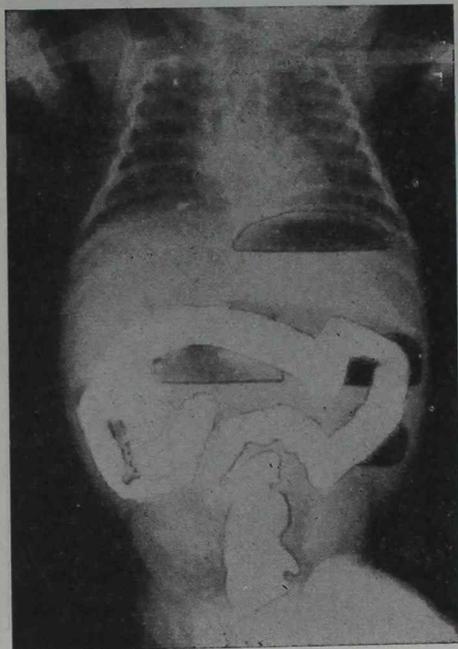


RAD. 3 b

Ejemplo 3. — Cuadro clínico típico de oclusión intestinal durante el curso de una diarrea estival. Radiografía simple mostrando niveles abundantes que se supone puedan corresponder a colon. La enema vertical confirma el diagnóstico al mostrar niveles aire-bario en el grueso. Se trata con seguridad de un ileo paralítico por enteritis. Cuadro agudo sin antecedentes abdominales previos que hicieran sospechar la existencia de un megacolon congénito.



ESQUEMA 3



Ejemplo 4. — La radiografía vertical luego del enema opaco muestra colon de escaso calibre y sin gas. La sustancia opaca si bien alcanzó el delgado no pudo determinar niveles aire-barrio por encontrarse estos por encima de la oclusión. Se encontró una obstrucción completa por bridas a nivel del ileon terminal.

ATAQUE DIRECTO

a las infecciones
susceptibles...

...PROTECCION ADICIONAL
contra el riesgo
de la sobreinfección
moniliásica
con

misteclin-V

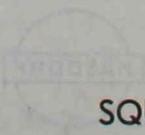
Clorhidrato de Tetraciclina potenciado
con Metafosfato de Potasio y Amfo-
tericina B (Amfosfat), Squibb

JARABE

...porque MISTECLIN-V reúne todas las exigencias de la terapéutica
antibiótica de amplio espectro para los niños

- POTENCIA TETRACICLINICA DE AMPLIO ESPECTRO
- PROTECCION CONTRA LA SOBREENFECCION MONILIASICA
- FACIL DE TOMAR POR SU AGRADABLE SABOR A FRUTAS
- FACIL DE ADMINISTRAR YA QUE SE PRESENTA EN FORMA DE JARABE LISTO PARA SU USO INMEDIATO

PRESENTACION: Frascos con 60 cm³.

 SQUIBB

"En la cuna está el porvenir de la patria"

RICARDO GUTIÉRREZ

"La leche de vaca debe ser sometida previamente a adecuados *procedimientos físicoquímicos* (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 adectrado 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 electrólitos, provee *vitaminos del complejo B*, aumenta la resistencia y protege contra las infecciones."

G. Bessau, A. Adam, P. Petuely, G. Gyögy, 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

en algunos casos de tumores de gran tamaño, el método de la inyección de aire en el espacio retroperitoneo, con el fin de visualizar la existencia de un riñón no visible por métodos pielográficos. Mucho se ha escrito en favor y en contra de este método diagnóstico, siendo para algunos inofensivo y para otros de gran peligrosidad. Nosotros estamos con el primer grupo y consideramos el neumoretroperitoneo como un método de gran valor no sólo como diagnóstico sino también como pronóstico. En efecto, no sólo documenta si la masa es renal o pararenal, sino que, además, si el aire rodea el tumor, tiene valor como índice pronóstico dado que informa sobre la posibilidad de la extirpación quirúrgica y la facilita al despegar el tumor de los tejidos vecinos. Si el aire inyectado en suficiente cantidad no rodea la masa, nosotros creemos que es un índice de inoperabilidad porque demuestra la existencia de adherencias que dificultarán en grado máximo la extirpación.

Por otra parte, lo consideramos indicado en todos los casos en que por otros métodos clínicos, quirúrgicos, radiográficos o endocrinológicos no se pueda establecer un diagnóstico seguro o precisar el tamaño y situación de un órgano o tumor.

Por lo tanto, es un medio complementario para determinar las relaciones de la masa en estudio con las partes vecinas y consideramos como *indicaciones*, entre otras, las siguientes:

Basados en nuestra experiencia consideramos al neumoretroperitoneo de gran valor para el estudio de las masas tumorales retroperitoneales y además como medio de visualizar la existencia de un riñón no visible por métodos pielográficos. Mucho se ha escrito en favor y en contra de este método diagnóstico, siendo para algunos inofensivo y para otros de gran peligrosidad. Nosotros estamos con el primer grupo y consideramos el neumoretroperitoneo como un método de gran valor no sólo como diagnóstico sino también como pronóstico. En efecto, no sólo documenta si la masa es renal o pararenal, sino que, además, si el aire rodea el tumor, tiene valor como índice pronóstico dado que informa sobre la posibilidad de la extirpación quirúrgica y la facilita al despegar el tumor de los tejidos vecinos. Si el aire inyectado en suficiente cantidad no rodea la masa, nosotros creemos que es un índice de inoperabilidad porque demuestra la existencia de adherencias que dificultarán en grado máximo la extirpación.

Neumo-Retro-Peritoneo

DRES. MARCOS R. LLAMBIAS, RAUL BISBAL y MARIO SYKULER

en algunos casos de tumores de gran tamaño, el método de la inyección de aire en el espacio retroperitoneo, con el fin de visualizar la existencia de un riñón no visible por métodos pielográficos. Mucho se ha escrito en favor y en contra de este método diagnóstico, siendo para algunos inofensivo y para otros de gran peligrosidad. Nosotros estamos con el primer grupo y consideramos el neumoretroperitoneo como un método de gran valor no sólo como diagnóstico sino también como pronóstico. En efecto, no sólo documenta si la masa es renal o pararenal, sino que, además, si el aire rodea el tumor, tiene valor como índice pronóstico dado que informa sobre la posibilidad de la extirpación quirúrgica y la facilita al despegar el tumor de los tejidos vecinos. Si el aire inyectado en suficiente cantidad no rodea la masa, nosotros creemos que es un índice de inoperabilidad porque demuestra la existencia de adherencias que dificultarán en grado máximo la extirpación.

Por otra parte, lo consideramos indicado en todos los casos en que por otros métodos clínicos, quirúrgicos, radiográficos o endocrinológicos no se pueda establecer un diagnóstico seguro o precisar el tamaño y situación de un órgano o tumor.

Por lo tanto, es un medio complementario para determinar las relaciones de la masa en estudio con las partes vecinas y consideramos como *indicaciones*, entre otras, las siguientes:

- a) Para el diagnóstico diferencial de los tumores adrenales con las masas originadas en otros órganos.
- b) Para el diagnóstico de afecciones de las suprarrenales e investigar si se trata de un tumor adrenal o de una hiperplasia en algunos tipos clínicos de hiperadrenocorticismos (aldosteronismo, síndromes feminizantes).
- c) En las enfermedades renales, para determinar la posición; forma y tamaño de un riñón en caso de malformación, tumores, etc., en particular cuando por los medios corrientes de radiografías y clínica no se pueda confirmar el diagnóstico; como en el caso de la falta de eliminación del medio contrastado e imposibilidad de efectuar una pielografía ascendente. Para diferenciar un riñón malformado y un tumor, etc. En todos estos casos es de utilidad asociarlo a una pielografía descendente.
- d) En la investigación de pacientes hipertensos, si se sospecha la presencia de un feocromocitoma.
- e) Para el diagnóstico de otros tumores retroperitoneales (fibroma, sarcoma, metástasis en los ganglios linfáticos por tumores pélvicos o testiculares, linfogranulomatosis, etc.; para determinar la posición, número y extensión del proceso tumoral, para poder hacer el plan quirúrgico y radioterápico.
- f) Para el diagnóstico de los tumores

Hospital de Pediatría Dr. Pedro de Elizalde (Ex Casa Cuna). Servicio de Cirugía y Ortopedia. Jefe Dr. Llambias.

o quistes pancreáticos, aunque se recordará que es de poca utilidad en las variaciones moderadas de tamaño (pancreatitis, carcinoma en sus primeras etapas de evolución).

Empleamos sistemáticamente la *vía* preconizada por Ruiz Rivas, o sea la inyección presacra sobre cuya técnica no nos vamos a explayar. Generalmente la insuflación es bien tolerada y nosotros en más de 100 casos no hemos tenido ningún inconveniente grave. Por otra parte, la revisión de grandes series permiten clasificar las complicaciones en menores y graves, siendo las primeras relativamente frecuentes.

Mosca, en 1952 coleccionó una serie de 1.500 exámenes y Steinbach y Smith casi 2.000 exámenes sin complicaciones serias.

Según Shinz el total de los accidentes mortales en más de 20.000 neumorretroperitoneos fue de 8 casos, debidos a embolia gaseosa comprobada o probable. observarse:

Como *complicaciones menores* pueden

- a) náuseas.
- b) molestias rectales.
- c) molestias lumbares, sacras o epigástricas por la difusión del aire hacia arriba. Estas dos últimas molestias son prácticamente de regla, experimentando una rápida regresión; pero ocasionalmente pueden persistir 24 a 36 horas.
- d) el enfisema mediastinal, sin importancia, que puede originar un dolor precordial pasajero.
- e) en muchos casos el niño puede presentar un dolor pasajero en el hombro, originado por la irritación diafragmática producida por el aire.
- f) se han descripto accesos de tos paroxística que nosotros no hemos observado.
- g) hemos observado enfisema escrotal y de pared abdominal; pero el más llamativo fue en dos ocasiones el de cuello y cara que regresó rápidamente y cuya explicación es el

empleo de cantidades excesivas de aire.

- h) la punción del recto, considerada como complicación frecuente la hemos tenido raramente y no hubo ningún trastorno; sin embargo, en la literatura hemos encontrado un caso de absceso isquio-rectal severo, secundario a la perforación.

Pero indudablemente la *complicación grave* es la embolia gaseosa, que felizmente no hemos tenido. La realidad de este peligro está dada por Ramson, Landes y McLeland, quienes en 1956 analizaron las respuestas dadas por 1.267 distinguidos urólogos de los Estados Unidos los que sostuvieron que esta complicación no está en relación con la técnica usada (manométrica o jeringa), sino con el gas empleado, aconsejando el anhídrido carbónico. Esta complicación se observa menos cuando se emplea la *vía* presacra.

Teschendorf, en 1951, afirma que empleando por más de 30 años anhídrico carbónico nunca tuvo complicaciones.

Los síntomas de la embolia gaseosa aparecen bruscamente ya sea durante o inmediatamente después de la insuflación (síncope, disnea, cianosis, shock). Pueden aparecer convulsiones, hemorragia retinal, ceguera, hemiplegia, etc. En estos casos el niño debe ser colocado inmediatamente en decúbito lateral (lado izquierdo debajo) dado que se ha demostrado experimentalmente que los perros toleran grandes cantidades de aire endovenoso en esa posición, ya que el mismo tiende a esfumarse y dispersarse y absorberse por los pulmones.

Estos accidentes han ocurrido aun en casos en que se inyectaron cantidades pequeñas (15 c.c.).

La *vía* de entrada del émbolo gaseoso sería a través del plexo venoso hemorroidario ascendiendo por las venas sacras medias, ilíacas comunes y vena cava inferior al corazón derecho.

Hay autores que desaconsejan el empleo de este método radiológico en los tumores (Wilms, neuroblastomas) porque temen el peligro de la diseminación de células malignas por la disección ga-



el
antipirético
analgésico
de niños
y adultos

- Cada 10 gotas contienen:
- Sal sódica del ácido fenazon-metilamino-metilsulfónico 0,2 g.
 - Acetil-p-aminofenol 0,06 g.
 - Moderna droga de potente acción antitérmica /analgésica.

MULTIN se presenta en frasco-gotero con 10 cm'

multin

gotas



**Seguridad antiespasmódica
en pediatría**

SERTAL

ANTIESPASMODICO MIOTONOLITICO VISCEROTROPO

SINDROMES VOMITIVOS:

Vómitos habituales del lactante, cíclicos con acetonemia, reflejos, matinales de los escolares y en las enfermedades infecciosas.

CUADROS ESPASMODICOS:

Espasmos del sollozo, pilóricos y cardiospasmos. Hipo. Dispepsia gástrica aguda. Manifestaciones espasmódicas en las gastroenteritis, enteritis y enterocolitis. Cólicos intestinales. Aerofagia. Meteorismo.

SERTAL gotas:

frasco de 20 cm³.
Cada 20 gotas contienen 2,5 mg.

SERTAL supositorios INFANTIL:

envase de 6 unidades con
1,5 mg cada una.



ROEMMERS S.A.I.C.F. - MEXICO 1661 - T. E. 37-1191/95 - BUENOS AIRES

seosa de los planos fasciales retroperitoneales. Creemos que ello es un peligro teórico.

Hemos empleado el neumorretroperitoneo presacro en cualquier momento de la vida del niño, desde las primeras horas de la vida hasta los 14 años.

Cuando fue necesario lo asociamos a la pielografía descendente.

Hemos estudiado así tumores renales, suprarrenales, neuroblastomas, teratomas y finalmente como medio de visualización de riñones excluidos.

(Se proyectan diapositivas y radiografías de tumores de suprarrenal, tumores renales, teratomas retropancreáticos, etcétera.)

BIBLIOGRAFIA

1. *Flint Ll.* — "The relative values of retroperitoneal pneumography and aortography". *Surg. Clinics of N. A.* 35, 887/898, 1955 (Nº 3).
2. *Jones, H.; Wallace, W.* — "Hermaphroditism, genital anomalies". The William & Wilkins Company - Baltimore.
3. *Rivarola, J. R.; Aja Espil, H. F.; Derqui, J. C. y Terán, M.* — "Tumores retroperitoneales". *Arch. Arg. de Pediatr.* Año 61, 30-45, 1960 (Julio, Nº 1).
4. *Schinz, H. R.; Glauner, R. y Urlinger, E.* — "Roetgen diagnostico". Salvat Edit. S. A., 1952.
5. *Schinz, H. R.; Glauner, R. y Ushlinger, E.* — "Organos Internos". Tomo IV - Salvat Edit. S.A.

Tratamiento Quirúrgico del "Hallux Flexus" Poliomielítico

DRES. BISMARCK LUCERO y OSCAR C. FORNERI

1. — Nos permitimos recordar que el llamado "hallux flexus" se refiere al dedo en garra establecido a nivel del dedo gordo del pie.

2. — *Causas del "hallux flexus" poliomiélico.*

Dentro de las secuelas de la enfermedad de Heine Medin, se encuentra con una frecuencia apreciable, la parálisis de los músculos motores del dedo gordo. Esta parálisis está asociada a parálisis de otros grupos musculares del pie.

Cuando los valores musculares del flexor del dedo gordo son menores que los del extensor, este músculo se contrae. Venciendo a su oponente, esta contracción en un segundo tiempo, se transforma en contractura, y en una tercera etapa llega a la retracción.

3. — *Estudio clínico anatómico.*

La contracción del extensor del dedo gordo determina la extensión de la articulación metatarso-falángica, flexión de la articulación interfalángica y flexión de la articulación interfalángica distal.

En esta primera etapa la actitud se corrige con facilidad con una simple maniobra que es la de empujar la extremidad distal del primer metatarsiano desde la planta hacia la parte dorsal. Si lo

obtenido con esta maniobra se mantiene con una férula nocturna y se practica el tratamiento de reeducación muscular correspondiente, los valores del músculo flexor del dedo gordo pueden ir recuperándose y se puede obtener una mejoría evidente.

Cuando se pasa a la 2ª etapa, es decir contractura del extensor, se puede obtener con el mismo tratamiento alguna mejoría. Pero cuando se ha llegado a la tercera etapa, es decir, a la retracción del tendón extensor, ya únicamente puede tenerse éxito con el tratamiento quirúrgico (Fot. 1).

4. — *Trastornos producidos por el "hallux flexus" poliomiélico.*

Como estos enfermos en general tienen que usar calzado especial debido a sus parálisis concomitantes, la actitud descrita del dedo les dificulta y a veces les impide la colocación correcta del calzado. El dedo gordo se "arrolla", por así decirlo, dentro del calzado y se producen trastornos de la marcha, dolor, y se forma una callosidad de la cara dorsal del dedo gordo a nivel de la extremidad distal de la falange proximal. Esta callosidad puede también escoriarse con todas las consecuencias que puedan imaginarse.

En síntesis, nos encontramos con frecuentes casos en que en un plan de rehabilitación de miembro inferior poliomiélico, se llega al borde del fracaso por una situación parcial localizada en un

Hospital Municipal de Niños de Buenos Aires. Servicio de Rehabilitación Integral. Jefe: Dr. Bismarck Lucero.

Trabajo presentado en la 3ª Sesión Científica, el 25 de julio 1965.

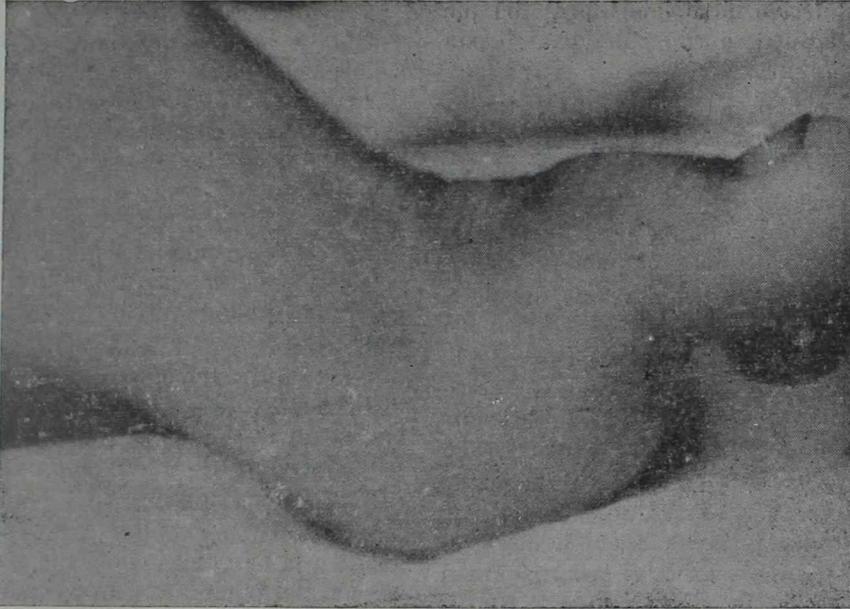


Foto 1

sector del pie de pequeña extensión pero de gran valor funcional.

5. — *Tratamiento.*

Al referirnos al estudio clínico anatómico ya hemos planteado las posibilidades terapéuticas según el grado o estado evolutivo de la deformación. En síntesis: puede indicarse el tratamiento ortopédico kinésico, pero ante su fracaso plantear el tratamiento quirúrgico.

Por otra parte, con valores musculares definitivos cuya apreciación permita hacer un pronóstico de recuperación nulo o escaso, debe plantearse desde el primer momento la conveniencia del tratamiento quirúrgico.

6. — *Tratamiento quirúrgico.*

Son varias las técnicas propuestas. Todas ellas se basan en la necesidad de mantener la corrección de la actitud de extensión permanente de la articulación metatarso-falángica y la posición intermedia de las articulaciones interfalángica proximal y distal.

Dickson y Diweley tratan de conseguirlo mediante el trasplante del tendón del extensor largo del dedo gordo, al tendón del flexor largo del dedo gordo

y una artrodesis de la articulación interfalángica distal.

Wagner trata de cumplir tal objetivo mediante el trasplante del extensor del dedo gordo a la cabeza del metatarsiano, agregando el trasplante del extensor del 5° dedo a la base de la primera falange, para recuperar la extensión del dedo gordo.

Forrester Brown trata de cumplirlo mediante un alargamiento en Z del tendón extensor largo del dedo gordo; sección del tendón del flexor del dedo gordo y sutura con el tendón extensor largo del dedo gordo; capsulotomía dorsal de la articulación metatarso-falángica y artrodesis de la interfalángica.

7. — *Criterio personal.*

De acuerdo con el estudio del problema en el Servicio de Rehabilitación del Hospital de Niños que dirijo, hemos elegido la técnica de Jones con la modificación de O'Donoghue y Stauffer y además, la sección del tendón del extensor corto del dedo gordo agregada por nosotros.

Para ello recurrimos a los siguientes detalles técnicos:

1. — Incisión dorsal que se extiende

desde el tercio medio del dorso del pie a nivel del dedo gordo y desciende hasta la base ungueal.

2. — Sección del tendón del extensor largo del dedo gordo 2 cm. por encima de la inserción distal en la falange distal.

3. — Sección del tendón extensor corto del dedo gordo. (Esta modificación la hemos agregado para obtener la corrección de la abducción del dedo gordo y evitar también su acción extensora.)

4. — Transficción ósea a nivel de la base del primer metatarsiano y transplante, a través del túnel practicado, del tendón extensor largo del dedo gordo.

5. — Artrodesis en buena posición de la articulación interfalángica distal. Se coloca una clavija de fijación desde el pulpejo del dedo hacia el lado proximal (modificación de O'Donoghue y Stauffer).

6. — Bota de yeso incluyendo la clavija, en posición de talus del pie.

7. — A los 20 días se retira la clavija.

8. — A los 40 días se retira la bota de yeso y se inicia ejercicios activos dentro del agua; luego reeducación y marcha. (Fotografía 2).

RESULTADOS

Con la técnica de Jones modificada hemos conseguido corregir el "Hallux flexus" de origen poliomiéltico con éxito en todos los 20 casos operados, en edades que oscilan entre los 7 y los 13 años.

RESUMEN

1. — Se presenta el estudio del dedo gordo del pie en garra (hallux flexus) de origen poliomiéltico.

2. — Se expone la experiencia del tratamiento quirúrgico en 20 casos mediante la técnica de Jones con las modificaciones de O'Donoghue y Stauffer y la personal.

3. — Esta consiste en el transplante del tendón del extensor largo del dedo gordo a la base del primer metatarsiano, sección del tendón extensor corto del dedo gordo y artrodesis de la articulación interfalángica distal con colocación de una clavija.

4. — Se ha obtenido la corrección de la deformación y la posibilidad de calzarse sin inconvenientes, desapareciendo los trastornos determinados por el llamado "arrollamiento" del dedo gordo del pie dentro del zapato.



Foto 2

"SHOCK ACEVIT"

Para proteger los
epitelios bronquiales y
fortalecer al organismo
contra las infecciones

ACEVIT GOTAS

frascos de 30 cc.

Niños *una cucharadita y media* (7,5 cc.)

Equivale a { Vitamina A 75.000 U.
Vitamina C 450 mg.

UNA DOSIS CADA 15 DIAS

Miscible en jugos de fruta, leche etc.

ALPES ESPECIALIDADES MEDICINALES

S. A. I. y C.

NAZCA 366, CAPITAL

TEL. 611-3672 y 3493

TRIOMINIC

WANDER

GOTAS ORALES

E F I C A Z

S E N C I L L O

- EN EL BLOQUEO NASAL
- DISMINUYE LAS SECRECIONES
- EN ZONAS MUCOSAS INACCESIBLES A LAS GOTAS NAALES
- ANTIALERGICO
- SIN TRAUMATIZAR LA MUCOSA NASAL
- SE ADMINISTRA POR BOCA:
con el biberón o en las comidas.

Es un producto de

LABORATORIO WANDER ARGENTINA S.A.C.eI.

FRENCH 2334

T. E. 82-4011

BUENOS AIRES

Comentario sobre tres casos de Paro Cardíaco

DRES. MARCOS LLAMBIAS, JORGE ARCURI, RAUL MORENO

Es nuestro deseo comentar 3 casos de paro cardíaco cuya evolución realmente poco frecuente justifica su presentación.

PRIMER CASO

Se trataba de un niño de 3 años que presentaba un lipoma en región sacra. Se efectúa la exéresis y en el momento del cierre de la piel se comprueban tejidos exangues y en ese momento el anestésista comunica paro cardíaco. Se vuelve al niño boca arriba y se procede al masaje cardíaco extratorácico. Como el enfermo no se recupera se efectúa toracotomía y masaje cardíaco directo, comprobándose paro cardíaco en diastole. Se efectúa masaje y a los 15 minutos comienzan a aparecer latidos recuperándose finalmente el ritmo. Cierre de la toracotomía con drenaje.

Postoperatorio

Se comprueba hipotonía generalizada de los 4 miembros, columna cervical y crisis de descerebración en las horas siguientes. Las constantes vegetativas son normales salvo discreta taquicardia. Posteriormente aparece cuadro convulsivo generalizado con dilatación pupilar bilateral y ausencia de reflejos fotomotor y consensual. Falta de reflejo deglutorio. Se alimenta por gastroclisis. En su evolución se alternan crisis de polipnea y descerebración hallándose el enfermo en estado de vida vegetativa pura. El examen de fondo de ojo durante este período informado por los Dres. Rivas (oftalmó-

logo) y Syman (neurocirujano) coinciden en que existe una atrofia de papila e imposibilidad de recuperar la visión.

Continúa así durante 3 meses en su domicilio, al cabo de los cuales comienza a recuperar el tono de los 4 miembros pero no el cervical, presentando manifiesta incapacidad antigraavitatoria. Comienza a deglutir papillas y líquidos. Persiste la amaurosis según el informe del oftalmólogo. Ningún signo de vida de relación. Al 6º mes recupera el tono cervical, no habla ni ve. Da pasos sostenido de ambos brazos.

A los 10 meses del paro cardíaco da señales de seguir con la mirada y emite sonidos guturales. Al año del accidente lenguaje esbozado. El tono cervical es bueno, comienza a caminar solo. Ve bien. Escucha y comprende órdenes elementales. Come solo. Acusando disimetría marcada. Esta normalización es progresiva y a los 2 años del accidente es un niño normal. Presenta cierta excitación psicomotriz que caracterizaba al niño antes del accidente.

Comentario

Creemos que la causa del paro cardíaco en este niño puede ser imputada a la anoxia prolongada producida por la intubación del bronquio fuente derecho.

SEGUNDO CASO

Niña de 9 meses de edad que presentaba un angioma tuberoso en hombro derecho que había aumentado del tamaño de un grano de maíz al de una moneda de 50 centavos en los 2 últimos meses. Se interviene y se realiza la exéresis. Terminada la operación y al efectuar el trasla-

Hospital de Pediatría Dr. Pedro de Elizalde (Ex Casa Cuna). Servicio de Cirugía y Ortopedia Infantil. Jefe: Dr. M. Llambías.

do a la camilla hallándose la enferma intubada llama la atención del anestesista el color violáceo de los miembros y no se auscultan tonos cardiacos. Inmediatamente se procede a efectuar toracotomía izquierda y se visualiza el corazón en sístole procediendo a efectuar masaje digital del corazón contra el esternon lográndose a los 2 minutos la contracción aislada del miocardio. Inmediatamente se puede lograr un electrocardiograma que muestra una taquicardia sinusal de 150 por minuto con extrasístoles irregulares que se normalizan a los 20 minutos. Se cierra según técnica. La niña se recupera y hace un postoperatorio con episodios de convulsiones, fiebre y aparente ceguera pues no se lograba la obtención de reflejos a la luz hallándose la pupila dilatada al máximo. Se comprueba luego marcada hipotonía. En fondo de ojos papilas edematosas. A los 30 días la dificultad visual persiste y no había progresos motores.

El Dr. Garrote, jefe del servicio de Neurología, informó un déficit motor, visual y auditivo en esta niña, del que paulatinamente fue recuperando, y así a los 13 meses de edad tenía algunos progresos miotónicos pues se mantenía sentada y esbozaba seguir los objetos con la vista. Los reflejos pupilares se habían normalizado. A los 20 meses se mantiene parada y un test psicométrico encuentra sólo un retardo de 4 meses con relación a su edad. Actualmente la niña es normal neurológica y psíquicamente. En este caso inmediato a la recuperación del accidente anestésico se efectuó una radiografía de tórax que mostró una to-

tal reexpansión pulmonar izquierda y un neumotórax del lado derecho, causa probable del paro.

TERCER CASO

El último caso a comentar se trata de un lactante de 2 meses de edad, que con un severo cuadro asfíctico producido por un pnoneumotórax estafilocócico es sometido a una pleurotomía mínima de urgencia y al realizarla el niño fallece sincopalmente; inmediatamente se realiza masaje extracorpóreo y se intubo al niño oxigenando a presión y logrando la recuperación del niño a los 10 minutos.

El niño evoluciona favorablemente sin signos neurológicos, pero hallándose en el curso de su postoperatorio a los 6 días aparece una hepatitis con marcada ictericia que prolonga su estadía hospitalaria durante 1 mes. Este niño visto posteriormente durante los últimos 6 meses, se halla recuperado totalmente persistiendo una paquipleuritis secuela de su infección pleural.

En este niño, la anoxia, la desviación del mediastino y el trauma quirúrgico explican la causa del paro.

CONCLUSIONES

La evolución de los dos primeros casos permite afirmar que existe en el niño una gran capacidad de recuperación funcional neurológica, de allí creemos que nunca se debe sacar conclusiones definitivas hasta después de una observación prolongada.

Llama la atención en ambos casos la amaurosis como lesión asociada y su recuperación total.

Elevación Congénita de la Escápula

DRES. J. M. PELLIZA, A. GRATI, F. BELLO y F. J. PELLIZA

Estudiada esta enfermedad en forma completa por Sprengel en 1891, su nombre ha quedado ligado a la misma, aunque otros autores se ocuparon de ella con anterioridad (Eulemburg, 1862).

Sólo nos ocuparemos de las formas severas o graves, las que al no ser sometidas precozmente al tratamiento quirúrgico, pueden llegar a producir deformaciones que afectan la estética del niño y aun verdaderas invalideces del miembro afecto.

Afección a predominio unilateral, se presenta desde el nacimiento. Se caracteriza por una situación anormalmente elevada, ectópica, de la escápula, que a su vez puede estar basculada y deformada, determinando deformaciones a nivel del hombro. Puede acompañarse de una discreta o marcada escoliosis y desviación del cuello hacia el lado de la lesión. A veces la retracción y esclerosis de los músculos elevadores del ángulo de la escápula y del romboide generan una cuerda tensa que fija el ángulo interno del omóplato a la columna cervical y otras veces existe un verdadero puente osteo-cartilaginoso.

Con frecuencia esta afección pasa inadvertida para los familiares o en exámenes médicos poco minuciosos, de tal manera que recién se pone en evidencia por la torpeza y dificultad de los movimientos del miembro afecto. A tal punto que algunos autores, como Piu-lachs, dicen que los niños son llevados a la consulta entre los ocho y los doce años. Nuestras observaciones se efectuaron en

dos niños de un año y medio de edad.

Desde el punto de vista *etiológico* los autores aceptan una de las siguientes teorías: Primitiva, Secundaria y Adquirida.

Roger, Tridon y Delchef la consideran como *primitiva* por trastornos embriogénicos. Lewis ha demostrado que el primer germen cartilaginoso de la escápula, aparece a las cuatro o cinco semanas y media de vida intrauterina, a la altura de los quinto y sexto segmentos cervicales. Al principio del tercer mes, la parte más alta del hueso se encuentra a la altura de la sexta vértebra cervical y la más baja a la altura de la cuarta dorsal. Por lo tanto, todo trastorno del desarrollo embriogénico local alterará el descenso o migración de la escápula, que normalmente se efectúa en los últimos meses de la vida intrauterina y aun después del nacimiento.

Hue considera que la afección es *secundaria* a una displasia congénita de la cintura escapular; criterio poco aceptado.

Por último, algunos autores afirman la existencia de antecedentes traumáticos que ocasionarían el acortamiento de la clavícula.

Desde el punto de vista de la *sintomatología*, se traduce fundamentalmente por la existencia de signos visibles y palpables: elevación de la escápula del lado afectado que se observa a simple vista, mirando al niño de frente. El plano del acromion pasa por encima del manubrio esternal y algunas veces rozando el mentón; el cuello es ancho y corto; la cabeza inclinada lateralmente; la clavícula se encuentra en dirección oblicua hacia arriba y afuera, dejando un hueco supraclavicular estrecho, corto y deforma-

Hospital de Niños de Buenos Aires. Sala IV. Jefe: Dr. José María Pelliza.

Presentado en la 3ª Sesión Científica de la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil el 23 de julio de 1965.

do donde se palpa algunas veces el ángulo superointerno del omóplato.

Por detrás, se evidencia la diferencia del nivel de los ángulos inferiores de las escápulas. En el lado afectado, la escápula se acerca a la línea media y queda separada del tórax. El ángulo supero interno constituye la parte más elevada de la escápula, deformando el cuello. La altura total del omóplato está reducida debido fundamentalmente a su incurvación y limitación en el desarrollo.

La palpación del cuello da la sensación de que el esternocleidomastoideo se encuentra tenso y corto; se interpreta esta anomalía como la adaptación del músculo a la inclinación permanente del cuello, aunque para otros autores este acortamiento es congénito.

En algunos casos se palpa una tumoración de consistencia dura, que partiendo del borde interno en su parte media o superior, se dirige hacia la línea de las apófisis espinosas.

Funcionalmente, existe una limitación de la abducción que no permite al brazo pasar la línea horizontal de los hombros. En el lado de la lesión, los movimientos del hombro hacia abajo son nulos y limitados los restantes. Se nota una posición anómala del brazo que se encuentra rotado hacia adentro en la posición indiferente.

El estudio radiológico certifica el diagnóstico. La escápula se encuentra elevada y basculada proyectándose en el perfil hacia adelante en su parte superior y hacia atrás la inferior. Existe una deformación de la escápula sobre todo en su borde interno. No siempre se visualiza la formación osteo-cartilaginosa descripta, como sucedió en la segunda observación.

Desde el punto de vista del tratamiento quirúrgico, han sido descriptas varias técnicas entre las que podemos recordar la de Ombredanne-Hue, quienes realizan el descenso del omóplato fijando el borde interno y efectuando al mismo tiempo una osteotomía de la clavícula y extirpación del borde espinoso de la escápula.

Tavernier efectúa la fijación de la

escápula a la cuarta costilla semejante a la técnica para el tratamiento de la escápula alata. Otro método, fijar el omóplato por medio de sus cubiertas musculares.

1ER. CASO:

Niño J. M. H. Historia X 11.043. Examinado por primera vez, al año y medio de edad. Nacido a los 7 meses de embarazo con un peso de 2.400 Kg. Su desarrollo es lento, pesando al año, 5 Kgs. Entre los antecedentes familiares: padre con pleuresia serofibrinosa en tratamiento, madre diabética.

A la inspección, se observó una prominencia del hombro izquierdo con la cabeza ligeramente inclinada y asimétrica. Hombro izquierdo elevado por encima del acromion y limitado en sus movimientos, brazo izquierdo en rotación interna y limitación de la abducción (Foto 1).

2DO. CASO:

Niño A. G. H. C. X 20.339, examinado por vez primera a los 19 meses de edad. Antecedentes personales y familiares sin importancia.

A los cinco meses de edad, la madre nota una tumoración del tamaño de una aceituna en la región dorsal. El hombro del lado afectado, en este caso el izquierdo, se nota más elevado que el derecho con limitación de los movimientos del miembro superior correspondiente. El resto del examen no presenta ninguna otra anomalía. (Foto 3.)

En ambos casos se empleó el mismo tratamiento quirúrgico, con la única diferencia de que en el primero se utilizó para la fijación de la escápula alambre y en el segundo catgut cromado.

En el primer caso se cortó el alambre a pesar de lo cual la escápula quedó fijada. En el segundo, el catgut se eliminó espontáneamente a los diez días, atribuido ello a un problema de receptor y no de técnica.

La incisión operatoria la efectuamos bordeando el borde superior e interno de la escápula. Seccionando la piel, tejido celular y aponeurosis, se incide el plano muscular (músculos angular y romboide) y parcialmente el trapecio hasta conseguir un buen descenso de la escápula.

En el segundo caso se extirpó la prolongación osteo cartilaginosa que fijaba la escápula a las apófisis espinosas de la columna cervical. Se efectuó un punto por transficción ósea del polo inferior de la escápula, fijándola en su posición normal a la altura de la séptima costilla. Esta fijación se hace más efectiva suturando los músculos escapulares incididos anteriormente en la nueva posición de la escápula. Cierre por planos, piel con puntos separados.

A partir de los 15 días, se comienza a efectuar movilizaciones suaves, acrecentando la re-



CAL-C-VITA

ROCHE

efervescente

vitamina C 1 g - calcio 250 mg - vitamina D 300 U.I. - ácido cítrico 1350 mg - vitamina B₁₂ 15 mg

Sinergia constructiva
en una bebida de
muy agradable sabor

*comprimidos
efervescentes*

nan

Nuevo alimento en polvo de composición científicamente establecida para asemejarse a la leche materna.

Características:

- Adaptación del tenor de proteína con la misma relación caseína lactalbúminas que en la leche materna.
- Misma relación ácidos grasos saturados ácidos no saturados que en la leche materna.
- Ajuste del contenido de sales minerales.





Foto N° 1. — 1er. Caso, antes de operado.

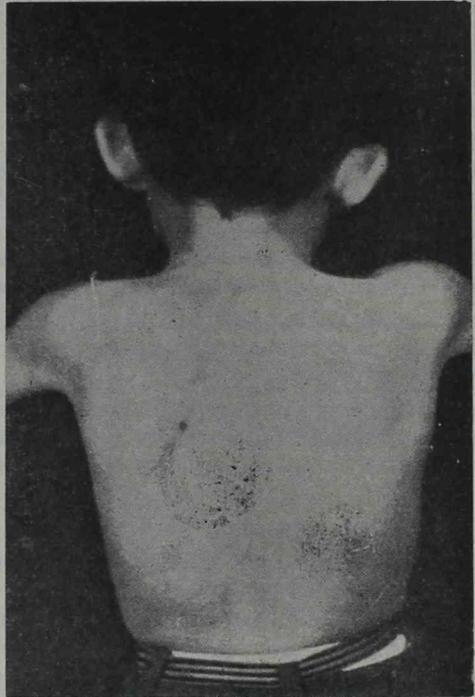


Foto N° 2. — 1er. Caso, después de operado.

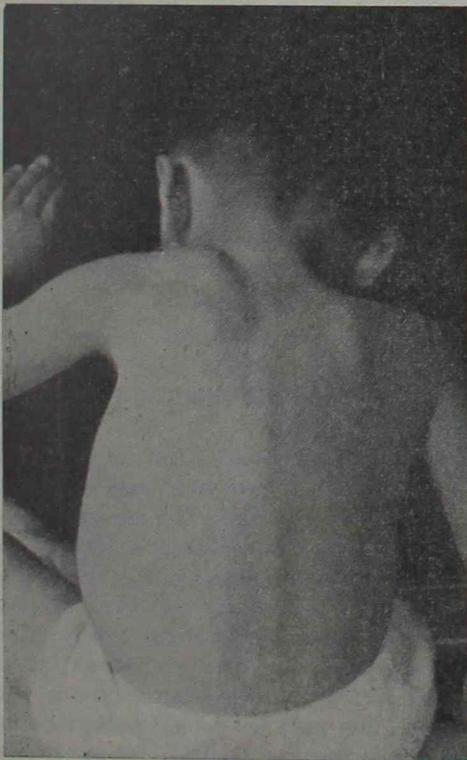


Foto N° 3. — 2do. Caso, antes de operado.

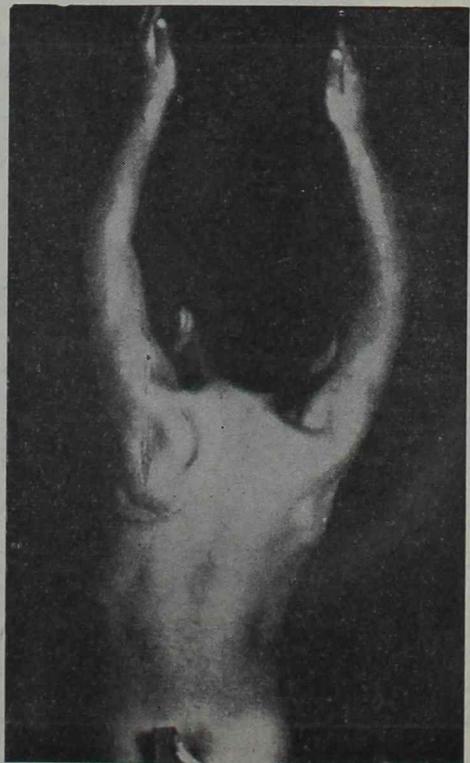


Foto N° 4. — 2do. Caso, después de operado.

cuperación funcional con tratamiento kinésico. (Fotos 2 y 4.)

Mientras no se demuestre lo contrario sustentamos la teoría que considera esta anomalía como una detención en el descenso de la escápula. Ello puede observarse en el feto de tres meses que presentamos (Foto 5) en el que la escápula se encuentra a esta altura de la vida intrauterina en posición alta. La teoría embriogénica nos explicaría también las alteraciones vertebrales que se observan en uno de nuestros enfermos.

Consideramos que el tratamiento quirúrgico debe ser precoz, exceptuando las formas leves que pueden mejorar con tratamiento kinésico. En las formas complicadas, con retracción y esclerosis muscular, con disminución progresiva de la función del hombro y del miembro superior correspondiente, es lógico efectuar el tratamiento quirúrgico de inmediato. Nuestra escasa experiencia hizo que en el primer caso dilatáramos la intervención, tratando de mejorar con kinesioterapia la función del músculo articular



Foto N° 5. — Feto de tres meses, la escápula se encuentra elevada.

del hombro afectado, que a nuestro juicio permitiría obtener una mejor recuperación post-operatoria. En el segundo caso, la intervención se dilató por ser un niño del interior, con dificultades para su traslado y permanencia en el hospital y aun para realizar el tratamiento kinésico previo a su intervención. Este tratamiento kinésico previo lo consideramos sumamente útil y necesario para deducir cuánto hay de funcional y cuánto de orgánico, en especial en los niños muy pequeños; y además para colocar el hombro en condiciones óptimas de función, en el post-operatorio.

RESUMEN

Se trata de dos niños tratados en el Servicio de la Sala VI del Hospital de Niños de Buenos Aires, con diagnóstico de elevación congénita de escápula. Visitos por primera vez al año y medio de edad y siendo intervenidos a los cuatro años.

La técnica empleada es similar a la de Ombredanne aunque modificada sin la osteotomía de la clavícula. Los resultados obtenidos fueron excelentes no sólo desde el punto de vista funcional sino en cuanto a la estética y a la integridad anatómica. Lo raro de la afección y la existencia de distintos criterios operatorios, motivan esta presentación, que consideramos de interés práctico como aporte a la solución de este problema de la Patología Quirúrgica del Niño.

SUMMARY

The authors present two cases of congenital elevation of the scapula, treated in the Children Hospital of Buenos Aires, Ward 6th.

Both children were first seen at the age of one and a half year, and operated at four years of age. The technic used was similar to Ombredanne's, though rather modified, because they have not realized the osteotomy of the clavicle. The results were excellent not only from de funtional point of view but as far as stetic and anatomic recuperation are concerned. The authors consider that being this malformation as little frequent this papel could afford a way to its solution.



calzado para niños **Buen Pasito!**

PUNTERA ARMADA Y AMPLIA: Que permite con el normal espacio la perfecta articulación y movimiento

CONTRAFUERTE PROLONGADO Y ARMADO: Un perfecto mantenimiento y sosten de los escafoides y maleolos.

TACO DE THOMAS: Evita el valgo y mantiene una correcta alineación del pie en su caminar

casa central
CORDOBA 1315
 casi esquina Talcahuano
 * BUENOS AIRES



**CIRUGIA
 ORTOPEDIA
 OPTICA
 QUIMICA**



BUENOS AIRES - LA PLATA - MAR DEL PLATA - SANTA FE - CORDOBA - ROSARIO - MENDOZA

insuperable



AGUA MINERAL

Villavicencio

con o sin gas

ENVASADA EN MENDOZA

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 y 360 gramos

GRAGEAS

Tubos x 30 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 es-
tados hemorroidales.

BICARBONATO CATALICO

En enfermedades del estómago: Digesti-
vo, antiácido y en las Dispepsias, Gas-
tralgias, Hiperclorhidria. Ejerce una ac-
ción estimulante mecánico-laxativa en
todo el tubo digestivo y sobre el hígado.

LABORATORIOS LAICH S. C. P. A.

BELGRANO 2544

T. E. 47-4125

BUENOS AIRES

Linfangioma Quístico de Parotida

DRES. LEONARDO T. RIVARA y JORGE NÉSPOLO

Se trata de una niña que presenta tumoración en celda parotídea izquierda desde el nacimiento que ha ido aumentando paulatinamente de tamaño hasta el momento de la consulta a los 9 meses, edad en que esta tumoración tiene el tamaño de una avellana, no presentando síntomas inflamatorios ni dolorosos y siendo fácilmente desplazable.

Al examen de la cavidad bucal no se encuentra alteración alguna en la desembocadura del conducto de Stenon; y a la presión sobre la glándula se observa la salida de pequeña cantidad de saliva con caracteres normales.

La radiografía simple de la celda parotídea demuestra ligero aumento de tamaño, no notándose la presencia de formaciones opacas a los rayos X. No se pudo realizar la sialografía por dificultades con el material.

Se decide la intervención quirúrgica. Se llega a la celda parotídea mediante incisión preauricular de Finochietto, hallándose un tumor del tamaño de una avellana, con líquido, haciendo pensar en un quiste pero con poco plano de clivaje que se aísla con cuidadosa disección no comprobándose la existencia de pedículo vasculonervioso.

El estudio anatomopatológico informa que se observan cavidades de contorno irregular cubiertas por un endotelio simple, por fuera de la cual hay una delgada capa de tejido fibroso. Rodeándolas hay algunos nódulos de tejido parotídeo normal y dos ganglios linfáticos sin alteraciones. Por esto y especialmente por la macroscopia se efectúa el diagnóstico de linfangioma quístico de parótida, también conocido como higroma quístico o quiste linfático. Estos tienen pared más delgada y traslúcida que el quiste bronquial. Probablemente nacen por secuestro de tejido linfático derivado de los sacos yugulares primitivos que no se han unido al sistema linfático normal.

En la microfotografía se observan una cavidad conteniendo algunos eritrocitos recubiertos por un endotelio y escasa capa muscular por lo que se la clasifica como correspondiendo al sistema linfático.

A gran aumento se observan parte de esta cavidad acompañada de tejido parotídeo normal.

La enferma evolucionó en forma excelente, y a los dos años de edad no se ha comprobado recidiva local ni ninguna otra alteración de orden general.

La CLASIFICACIÓN DE LOS TUMORES PAROTÍDEOS de Rawson es la siguiente:

Tumores epiteliales benignos: Tumor



MICROFOTOGRAFÍA

Hospital de Niños (Bs. As.). Sala V. Jefe: Dr. Leonardo T. Rivara.

Presentado en la 4ª Sesión Científica, el 24 de septiembre 1965.

mixto. Tumor de Warthin. Adenoma simple. Oncociten.

Tumores epiteliales malignos: Adenocarcinoma, Carcinoma epidermoide, Carcinoma mucopidermoide, Carcinoma indiferenciado, Melanoepitelioma.

Tumores conjuntivos benignos: Hemanjioma, Linfangioma, Neurilenoma.

Tumores conjuntivos malignos: Sarcoma, Melanosarcoma, Reticulosarcoma.

Tumores ganglionares correspondientes a enfermedades sistémicas, como Leucemia y Hodgkin.

La afección que padeció esta niña se encuadra entre los tumores conjuntivos benignos conjuntamente con los hemanjiomas y neurilenomas.

En el trabajo publicado en la "Prensa Médica Argentina" por el Dr. Zabalita y colaboradores sobre Tumores de Parótida, manifiestan que es común en los niños pero que no han observado ninguno.

En la comunicación hecha por el doctor Federico Pilheu sobre cien casos de Tumores de Parótida, a la Sociedad Argentina de Cirujanos, el 3 de agosto de 1964, encuadra este tumor entre los tumores benignos, pero tampoco observo ninguno.

El Dr. Finochietto publicó un caso igual en un niño de 7 años en la "Prensa Médica Argentina" del 29 de diciembre de 1950, al que intervino quirúrgicamente, no pudiendo extirparse totalmente la cápsula porque el quiste había sido evacuado. Al poco tiempo el tumor recidivó con mayor intensidad siendo tratado luego con evacuación del contenido e inyección de soluciones esclerosantes.

RESUMEN

Se trata de una niña que presenta una tumoración en celda parotídea desde el nacimiento, que se diagnostica como linfangioma quístico de parótida, basándose en el estudio anatomopatológico y evolución clínica.

Hernia del Hiatus de Bochdalek con saco

TECNICA QUIRURGICA

DRES. VICTOR RUIZ MORENO, LUIS ALFREDO FUMAGALLI,
RICARDO ARAUJO PEREZ y TOMAS HERCZEG

HISTORIA CLINICA

D. B. -- Historia N° 26795, S. VIII. Niño enviado por el Dr. Tomás Herczeg desde Ing. Cippolletti con diagnóstico de Hernia Diafragmática por el Hiatus de Bochdalek.

Niño nacido a término, embarazo normal, parto eutócico. Peso al nacer 2,500 grs. Llanto inmediato. Cianosis espontánea 10 días. Luego cianosis durante el llanto. Intensa disnea. Tos seca con cianosis. Aleteo nasal. Peso al llegar al Hospital a los dos meses de edad: 2.700 grs. Niño distrófico.

Hemitórax derecho: sonoridad normal.

Hemitórax izquierdo: Percusión timpánica. A la auscultación, percepción esporádica de ruidos hidroaéreos.

Corazón: Tonos cardíacos con foco de auscultación máximo a la derecha.

Abdomen: Excavado.

Llama la atención que, aunque se trata de una hernia con saco, donde generalmente se da una sintomatología clínica más atenuada, ésta se presenta florida.

En las radiografías, la sintomatología es abundante y marcada *Rx. 1, 2 y 3.*

Gran cantidad de contenido abdominal llegando casi hasta la cúpula torácica, con total desplazamiento del corazón a la derecha.

En cuanto a la *técnica quirúrgica* empleada, usamos como es costumbre, incisión tóraco abdominal con sección del cartilago costal. Reducción de las vísceras abdominales a su lugar habitual.

La generalidad de los cirujanos resecan el saco si lo hay o efectúan la aplicación del diafragma del lado torácico, en las eventraciones.

Nosotros, queriendo dar una seguridad más a la línea de sutura, realizamos la eversión del

saco hacia la cavidad abdominal (*Figs. 1 y 2*) y la plicatura del mismo; es decir, eversión del saco, cierre de la ancha brecha con puntos en equis pues no se podían imbricar los labios. El punto más periférico tomó diafragma y pared costal. Luego, por vía abdominal, se colocó una línea de puntos tomando ambas hojas del saco entre sí y junto a su inserción. Estos puntos no figuran en ningún grabado para mayor claridad en los dibujos. Resección de una mitad del saco (*Fig. 3*) y plicatura del resto (*Fig. 4*), adosándolo a la cara inferior del diafragma con puntos de lino.

De esta manera evitamos la formación de cavidad cerrada y al mismo tiempo se le daba a la sutura diafragmática relativamente tensa, en plano más de refuerzo. Pero no un plano de refuerzo del lado torácico, donde las presiones son mínimas, sino del lado abdominal, donde las presiones son máximas y pueden llevar a la dehiscencia de la sutura. La *Fig. 5* muestra como la presión intraabdominal actúa directamente sobre la brecha, cuando la plicatura es supradiafragmática.

Este método no es nuestro ni nuevo pero quisimos hacer incapié en él, por lo seguro y porque no lo hemos visto utilizar con la frecuencia que su utilidad justificaría.

El niño fue dado de alta a los trece días habiendo recibido noticias del Dr. Herczeg, quien nos infórma que ha evolucionado sin inconvenientes, a los nueve meses de la operación.

La *Radiografía 4* muestra el tórax en el post-operatorio inmediato.

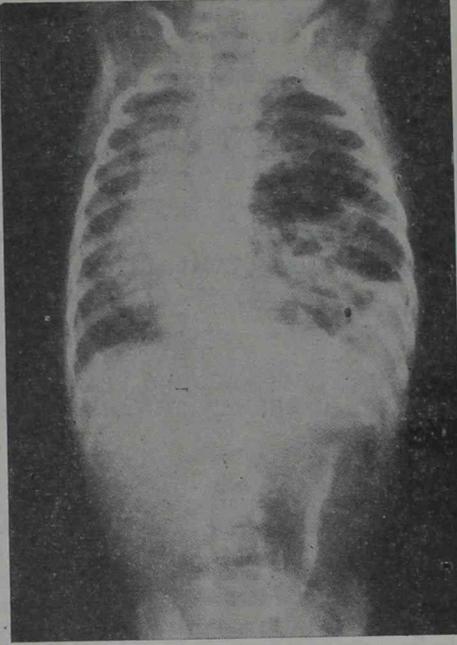
RESUMEN

Se trata de un niño de dos meses de edad que presentaba una hernia de hiatus de Bochdalek con saco, con síntomas clínicos y signos radiológicos manifiestos.

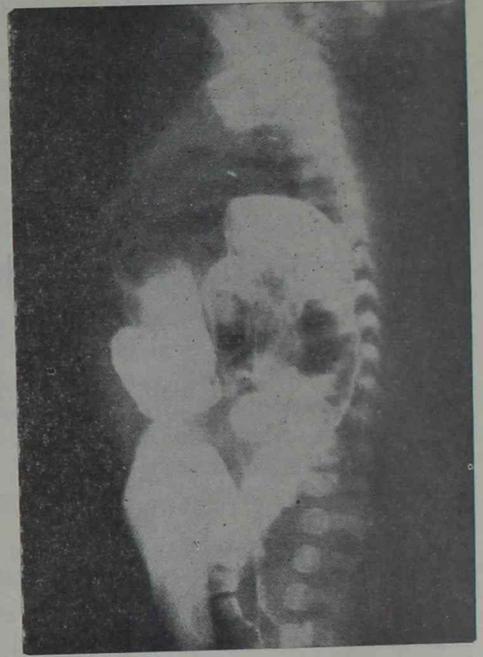
Se opera con incisión tóraco-abdominal, eversión del saco hacia abdomen, resección parcial del mismo y adosamiento al diafragma por el lado abdominal reforzando la línea de sutura.

Hospital de Niños (Bs. As.), Sala VII. Jefe: Dr. Víctor Ruiz Moreno.

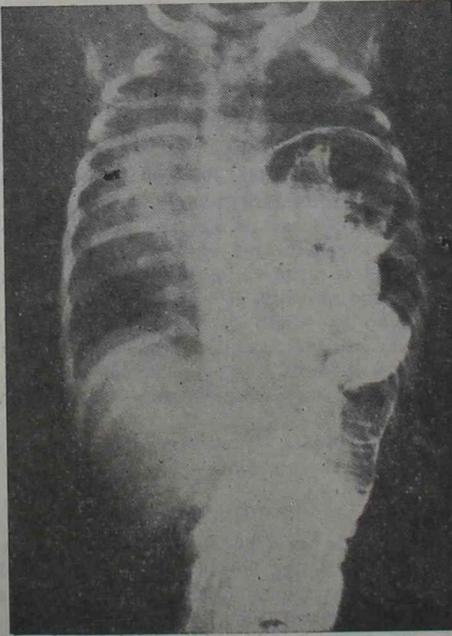
Presentado en la 1 Sesión Científica el 2 de abril 1965.



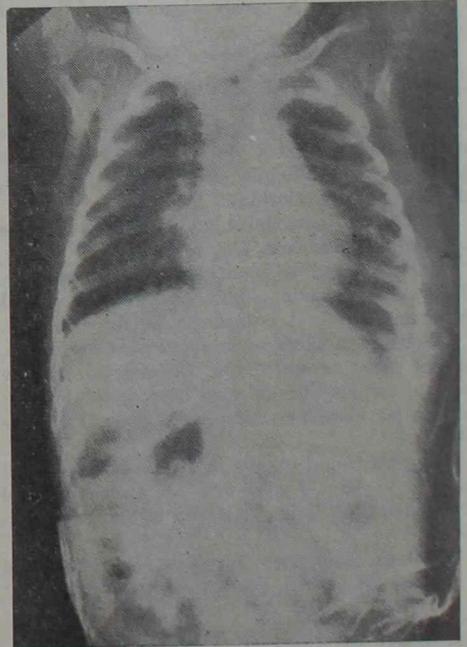
Rx. N° 1: Simple de frente, la que muestra imágenes de intestino en tórax.



Rx. N° 3: De perfil con medio de contraste.



Rx. N° 2: De frente con medio de contraste.



Rx. N° 4: De frente en el post-operatorio inmediato.

QUIEN
BUSCA EL ALMA
DE LA MUSICA...



la encuentra en
PHILIPS

En su casa, un concierto
universal de melodías

Modelo F6 AL 56-A. Estereofónico.
Reverberación, de alta perfección electrónica.
Con siete parlantes, que dan sensación
de presencia: la orquesta está ante Ud.
¡cuando Ud. quiere! De soberbia
terminación, en la línea de los más
modernos combinados europeos.



PHILIPS símbolo universal de confianza

EL NUEVO CALZADO



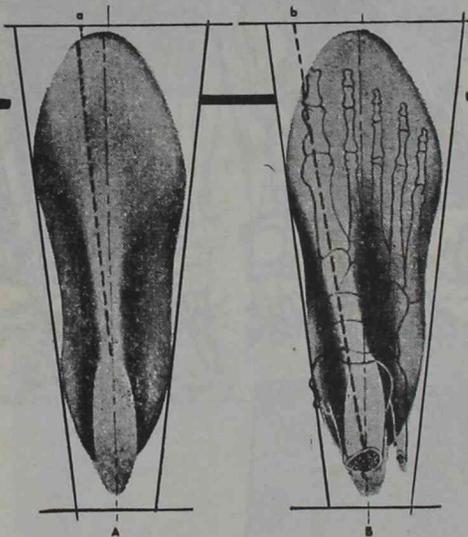
Guide Step 26

(PASO GUIADO)

DEMUESTRA QUE PREVENIR LA FORMACION DEL PIE PLANO NO ES UNA CUESTION DE FORMAS; ES UNA FUNCION DE HORMAS!



Una conquista de la ciencia americana aplicada con exclusividad en ARGENTINA, por CARLITOS S. A.

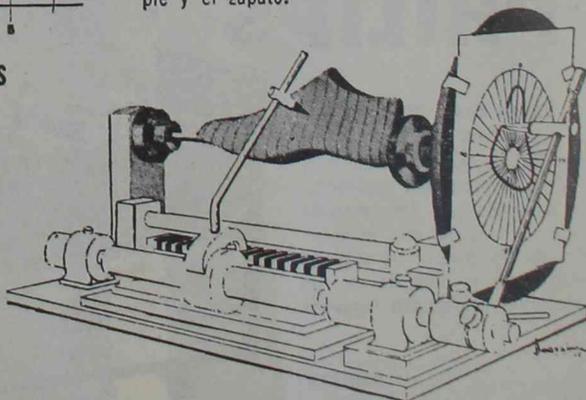


IMPORTANCIA FUNDAMENTAL DE LA DIRECCIONAL DEL "CONO DE LA HORMA"

En la HORMA COMUN este "cono" está situado próximo al centro (a). En la HORMA FUNCIONAL del Nuevo Calzado CARLITOS GUIDE STEP 26 (paso guiado) la DIRECCIONAL está desplazada hacia el borde interno siguiendo la línea natural del empeine, evitando así todo conflicto torsional entre el pie y el zapato.

FUNCIONALIZACION DE LAS HORMAS

La eficiencia del Nuevo Calzado CARLITOS GUIDE STEP 26 (paso guiado) se logra funcionalizando las hormas, aún las de tipo común, por medio de un aparato de control llamado CONTORNOGRAFO, mediante el cual se revisa la forma, el contorno, y las medidas de cada una de las hormas con absoluta precisión y haciendo que todas sean iguales a sus pares. Sólo varían en un aspecto; SE PRODUCEN EN VARIOS ANCHOS!



En publicaciones subsiguientes daremos a conocer otros detalles fundamentales de las hormas del Nuevo Carlitos GUIDE STEP 26 (paso guiado), UNA FORMULA HECHA CALZADO PARA QUE LOS PIES NORMALES, SIGAN SIENDO NORMALES!

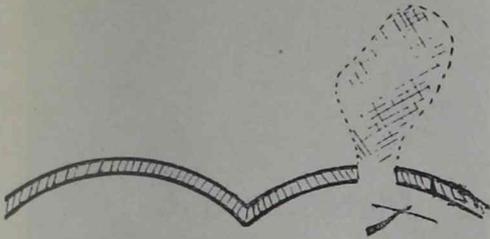


FIG. N° 1. — Saco herniario en su sitio habitual.

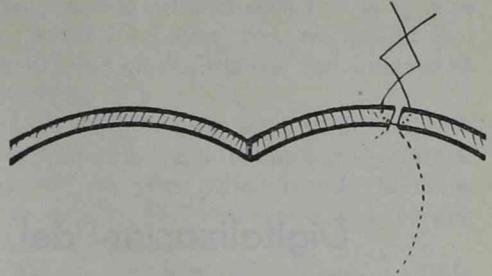


FIG. N° 3. — Resección de una mitad del saco.

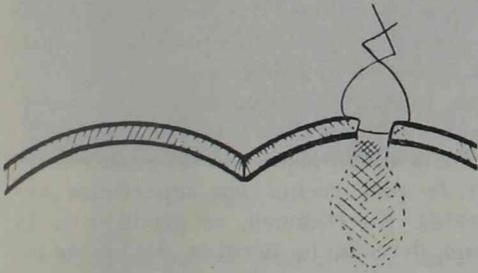


FIG. N° 2. — Eversión del saco.

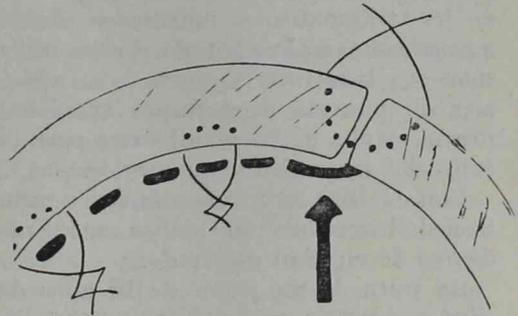


FIG. N° 4. — Plicatura del saco y fijación al diafragma.

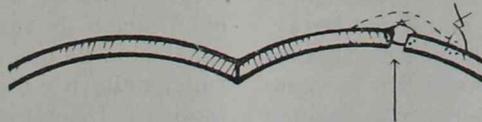


FIG. N° 5. — Plicatura supradiafragmática del saco.

Digitalización del Primer Metacarpiano

DR. S. BISMARCK LUCERO, FRANCISCO NOCITO y HOMERO LAPASTA

El problema de la digitalización de la mano es la etapa final en el tratamiento de los traumatismos mutilantes de la misma con amputación de dedos. Este concepto tiene una importancia fundamental, pues la preparación funcional previa es una de las condiciones para el éxito del tratamiento quirúrgico.

Con el caso que presentamos a esta Sociedad veremos las etapas sucesivas dentro de un plan prefijado.

Se trata de un joven de 15 años de edad que sufrió un accidente por estallido de una granada de mano mientras la sostenía entre las suyas.

Se produjeron lesiones destructivas en ambas manos. En la derecha, lesiones de piel, tendones y huesos de los dedos pulgar, índice y medio y de la piel de la palma. Se encontraban expuestas las extremidades distales de los metacarpianos de los dedos índice y medio. En la mano izquierda perdió directamente la falange distal del pulgar, y la media y la distal del índice.

Decidida la intervención de urgencia, se adoptó el criterio de conservar la mayor parte posible de elementos, pero aún con tal conducta hubo que extirpar los dedos índice y medio derechos, pues estaban totalmente atriccionados sin ninguna posibilidad de ser conservados. También se resecoó la extremidad distal de sus metacarpianos que estaban, como dijimos, a la vista y no podían ser recubiertos con piel vecina. Del pulgar, también destruido, pudo conservarse única-

mente su metacarpiano y una pequeña porción de la falange proximal.

Terminada la extirpación de los elementos destruidos, se cubrió con la piel vecina el fragmento de falange del pulgar, y con la piel de la palma y el dorso de la mano, la extremidad de los metacarpianos del índice y medio.

En la mano izquierda se pudo cubrir con la piel vecina las superficies expuestas. En resumen, se produjo en la mano derecha la pérdida de los dedos pulgar, índice y medio, como muestra la radiografía N° 1. En la mano izquierda la pérdida de la falange distal del pulgar, así como las falanges distal y media del índice.

A los 15 días del accidente se planteó el problema de las posibilidades de rehabilitación de sus manos, llegando a la conclusión de que su mano izquierda era funcionalmente útil, por lo cual, con tratamiento fisioterápico se obtendría una rehabilitación vecina al 100 %. En cuanto a la mano derecha quedaban únicamente los dedos anular y meñique y un muñón tenar grueso. Para esta mano hicimos el siguiente plan:

1° — Continuar con las curaciones hasta terminar con la cicatrización total.

2° — Tratamiento fisioterápico para obtener un muñón tenar activo.

3° — Estudiar las posibilidades quirúrgicas para obtener la rehabilitación funcional de la mano.

4° — Tratamiento fisioterápico y de rehabilitación de lo que se obtuviera quirúrgicamente.

1° — La cicatrización de las heridas



RAD. 1

por segunda vez se consiguió en un término de dos meses sin necesidad de recurrir a injertos de piel.

2º — El tratamiento fisioterápico se extendió por un término de dos meses. Se efectuó un examen muscular detallado previo, y de acuerdo con su resultado, se inició la reeducación muscular y luego la reeducación funcional de los conjuntos musculares. Con el resultado obtenido se vislumbró la posibilidad quirúrgica y se insistió en la rehabilitación del muñón tenar en sus movimientos de flexión, extensión, abducción y, sobre todo, adducción, es decir, el acercamiento del mismo hacia el eje medio de la mano.

3º — El plan quirúrgico de rehabilitación se concretó después de un minucioso estudio de las posibilidades de los procedimientos aconsejados en estos casos.

La pulgarización del índice descrita por Gurmondiez-Verral, únicamente se podría hacer con el anular, y así se obtendría una pinza digital de escaso valor funcional entre los dedos anular y meñique.

La confección de un pulgar mediante

una plástica cutánea ósea con la técnica de Albee-Neubauer fue rechazada por no ofrecer posibilidades funcionales en este caso.

Con respecto al injerto de un dedo del pie, que exige condiciones post-operativas de un yeso solidarizando la mano con el pie, fue rechazado por el ambiente familiar.

Finalmente nos pareció más factible, efectuar la falangización del primer metacarpiano siguiendo la técnica de Huguiet, modificada para adaptarla a este caso en particular.

En consecuencia se procedió de la siguiente manera:

Hemostasia con manguito. Colgajos cutáneos a la manera de Didot para la sindactilia. Se obtienen dos colgajos cutáneos de vértice inferior, triangulares. El colgajo palmar se obtuvo con una incisión siguiendo el borde libre del muñón y otra en ángulo recto sobre la precedente y proyectándose sobre el borde libre del primer metacarpiano; su base vertical interna correspondió al tercer metacarpiano (Fig. N° 1).

El colgajo dorsal se orientó a la in-

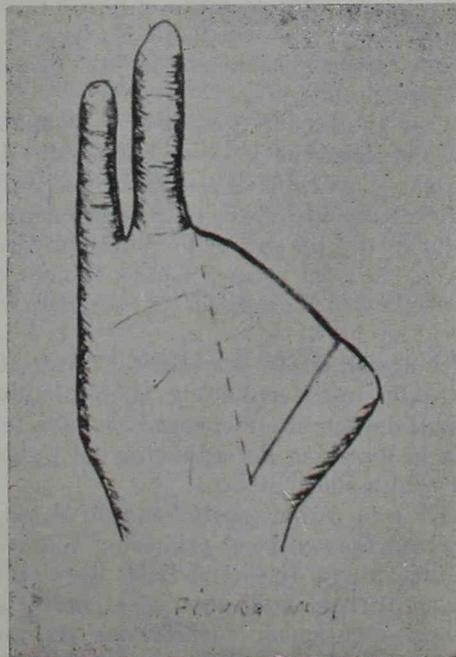


FIG. 1

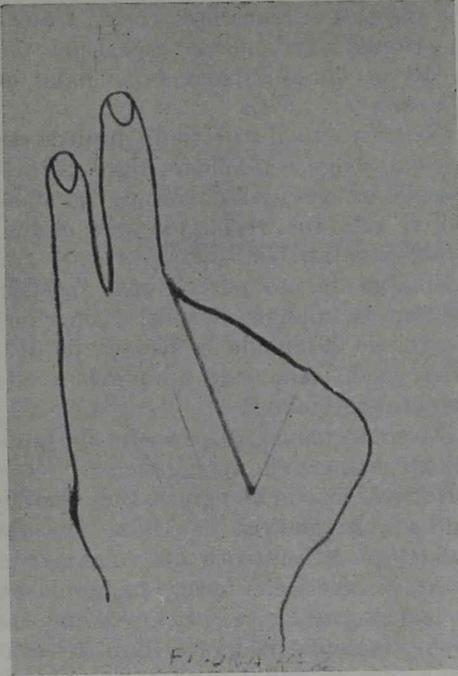


FIG. 2

versa, con un borde superior correspondiente al borde libre o comisural del muñón y una incisión interna vertical acodada sobre la anterior en ángulo agudo y proyectándose sobre el borde interno del tercer metacarpiano. Su base vertical externa corresponde al primer metacarpiano. (Fig. N° 2).

Con el plano muscular a la vista, se individualizó el músculo adductor del pulgar y aislando su tendón de inserción en el sesamoideo de la base de la primera falange del pulgar se lo reinsertó cerca de la base del primer metacarpiano, de acuerdo a lo aconsejado por Wierzejewski (Fig. N° 3).

A continuación se extirpó el resto del segundo metacarpiano y la extremidad distal del tercero, respetando en esta forma la inserción del adductor del pulgar en este metacarpiano.

En esta forma quedó hendido el espacio interóseo entre el primero y el tercer metacarpiano. Las superficies libre obtenidas fueron cubiertas rebatiendo los colgajos cutáneos, formándose así una comisura. Se inmovilizó con vendaje enyesado durante 15 días.

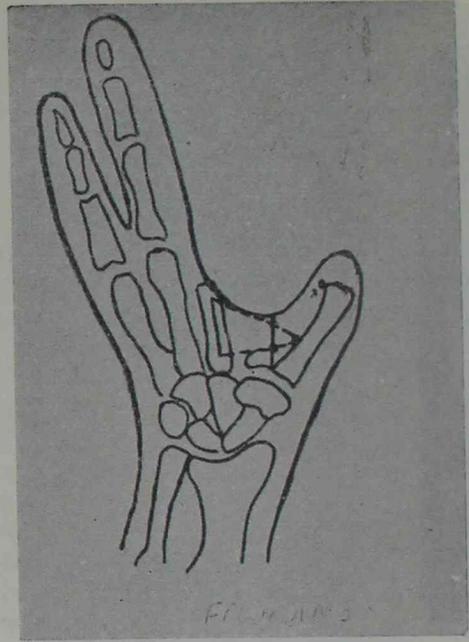
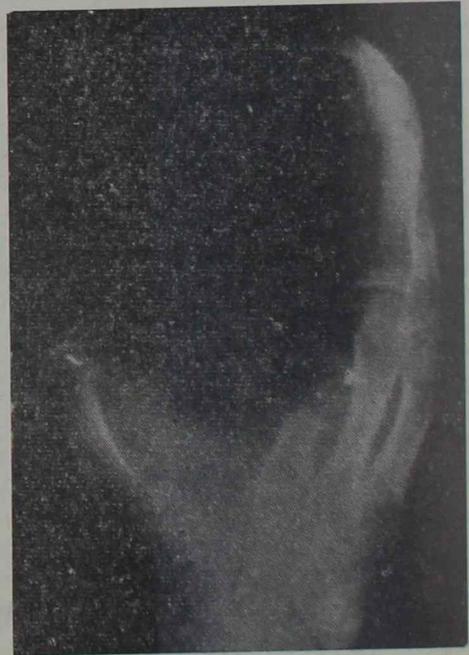


FIG. 3



RAD. 2

En este lapso se obtuvo la cicatrización por primera, y una radiografía nos mostró la situación ósea obtenida (Radiografía N° 2).



Foto 1

4° — El tratamiento fisioterápico de rehabilitación post-operatoria se llevó a cabo con ejercicios de movilización activa en el agua, luego movilización pasiva y ejercicios de reeducación muscular.

Se consiguió, en el nuevo pulgar, una adducción y una abducción con valores de "Bueno", según la nomenclatura internacional de Valoración Muscular, es decir, "músculos que vencen la resistencia que les ofrece el examinador".

Conseguida la pinza digital, se inició el tratamiento de rehabilitación de las actividades de la vida diaria, es decir, alimentación, higiene personal, vestido, escritura, etc. (Foto N° 1).

Se finalizó el tratamiento con ejerci-

cios de prehensión con fuerza, consiguiendo posibilitarle el manejo del automóvil, cuya sospecha de no poder hacerlo había creado un complejo psíquico en este enfermo por sus frecuentes viajes al campo.

Al cumplirse 7 meses del accidente, el enfermo se encontraba rehabilitado física y psíquicamente.

RESUMEN

A raíz de un caso de pérdida de los dedos pulgar, índice y medio de la mano derecha, por accidente, se presenta un estudio de las posibilidades de rehabilitación mediante un plan basado en el tratamiento fisioterápico, previo a la elección de la técnica quirúrgica de digitalización más conveniente.

La técnica utilizada en este caso fue la falangización del primer metacarpiano con el procedimiento de Huguier y Wierzejewski, con las modificaciones necesarias para adaptarla a este caso. El tratamiento de rehabilitación post-operatorio permitió el éxito, habiéndose conseguido recuperar las funciones de la mano traumatizada.

SUMMARY

Authors present a case of a patient with amputation by accident of the right thumb, index and middle finger.

Previously to the operation, fisiotherapeutic treatment was made.

The operation consists on the pollicization with Huguier technic adapted in these special case.

Post operative rehabilitation treatment was realized.

A good functional result was obtained.

Quiste Hidátidico de Bazo, en un niño de 3 años

DRES. ENRIQUE BLANCO KUHNE y ALEJANRO ROSA RIVAROLA

INTRODUCCION

La hidatidosis esplénica, si bien es poco frecuente en la edad adulta, es de rarísima observación en la infancia.

En la bibliografía a nuestro alcance, el porcentaje no sobrepasa el 4 % de las localizaciones hidáticas; no hemos encontrado publicaciones que describan esta ubicación en los niños. El Dr. José María Pelliza nos ha informado de una observación similar. Nos ha parecido interesante aportar un nuevo caso a la estadística nacional.

La baja frecuencia del quiste hidatídico del bazo es debida a que el parásito para llegar a esta ubicación, debe franquear dos órganos: hígado y pulmón, que por su situación en la circulación venosa, actúan como verdaderos obstáculos para la progresión del mismo. Únicamente después de atravesar estas vísceras son llevados por la circulación general hacia cualquier órgano de la economía.

Ivanisevich, clasifica la hidatidosis esplénica de acuerdo a su localización en:

- 1º Centro esplénicas
- 2º Prehiliares
- 3º Retrohiliares.

Las primeras en íntima relación con el hilio del órgano; las segundas, tienen crecimiento predominantemente anterior, y las últimas, a crecimiento posterior.

Martín (citado por Michans), los cla-

Hospital de Niños (Buenos Aires). Sala IX. Jefe: Dr. José E. Rivarola.

Presentado en la 4ª Sesión Científica de la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil, el 24 de septiembre 1965.

sifica basado en la dirección del crecimiento en: 1º *Quistes anteriores* vinculados al epiplón gastrocolónico y al estómago. 2º *Posteriores*, vecinos a la cola del páncreas, por lo que simulan los quistes de este órgano. 3º *Superiores*, situados bajo el diafragma, al que pueden adherirse provocando complicaciones pleuropulmonares. 4º *Inferiores*, los que se dirigen hacia el abdomen, relacionándose con el colon al que suelen rechazar.

Tanto el bazo como el quiste en su desarrollo pueden contraer adherencias con los órganos adyacentes, pudiendo este último evacuar en la luz de las vísceras huecas.

HISTORIA CLINICA

M. D., 3 años, masculino. Antecedentes familiares, sin datos dignos de mención. Antecedentes personales, nacido a término, embarazo y parto normal, no padeció enfermedad alguna. Siempre ha residido en Capital Federal. Ingresa en nuestro servicio el 30-3-65. Historia S. X., 13.987.

Enfermedad actual: 1 y ½ mes de evolución con dolores abdominales y deposiciones fluidas que ceden con antiespasmódicos; a los 5 días de este padecimiento, notan los padres en zona epigástrica y flanco izquierdo, mayor tensión que en el resto del abdomen. Tres días más tarde, observan un abultamiento en esa zona, del tamaño aproximado a un pomelo, que es el motivo de la consulta.

Estado actual: Buen estado general y de nutrición. Peso 16 Kgs. No impresiona como padeciendo enfermedad alguna.

En la zona epigástrica y en el flanco izquierdo, se ve una tumoración que deforma a esa región. A la palpación, es lisa, esférica, de unos 10 cms. de diámetro, renitente, no adherida a los planos superficiales pero sí a los profundos, aunque en forma laxa, lo que permite desplazarla en sentido vertical y la-

teral discretamente; no excursiona con la respiración. El niño no presenta anorexia, trastornos digestivos, ni dolor, asociados con la tumoración. Resto del examen clínico, normal.

Diagnósticos presuntivos

- 1) Quiste hidatídico de bazo.
- 2) Quiste de cola de páncreas.
- 3) Hidronefrosis gigante.
- 4) Quiste de mesocolon transverso.

Exámenes complementarios

Estudio radiográfico:

En la *pielografía*, se visualizó una gran imagen de opacidad mediana, redondeada, que ocupa el flanco izquierdo, el epigástrico y sobrepasa la columna. Ambas pelvis renales no presentan alteraciones de tamaño, forma y posición, demostrando buen funcionalismo.

En la *radiografía por ingesta*, a los 10', se observa el estómago rechazado hacia arriba por la tumoración, pero con buen pasaje a intestino delgado.

En la *radiografía de colon por enema*, se observa el desplazamiento del ángulo esplénico (signo de Surraco) hacia abajo que, junto a la pequeña retención gástrica nos configura los límites de la tumoración. En el perfil, podemos apreciar el mismo rechazo del colon hacia abajo como así también, vemos el estómago empujado hacia adelante.

Exámenes de laboratorio

El *hemograma* dio G. R. 3.900.000; Hb. 12 gr.; Hematocrito, 39%; G.B., 8.000, con eosinofilia 42%. Eritrosedimentación 35/60. *Examen de orina*, normal. *Reacción Imaz-Llorens-Ghedini*, "positivo". *Casoni*, distal y proximal (—), *Amilasas*, 24 U. W. *Parasitológico de material fecal*, negativo.

Los elementos positivos para el diagnóstico de quiste hidático de bazo eran los siguientes: reacción de Imaz-Llorens Ghedini (positiva), la eosinofilia, que tan sólo en dos parasitosis es tan elevada, la triquinosis y el caso que nos ocupa, y la radiología. El crecimiento solapado del tumor que no incidía sobre el estado general del paciente, asociado a los datos semiológicos del quiste: su relativa fijeza y ubicación, reforzó la sospecha de encontrarnos ante una hidatidosis esplénica. Se descartó el quiste de cola de páncreas, por la falta de dolor, trastornos digestivos y la amilasemia normal. La pielografía negó la posibilidad de una hidronefrosis gigante. Nuevamente las características semiológicas del tumor:

su relativa fijeza, la falta de desplazamiento anterior del colon transverso, fueron datos contrarios a un quiste de mesocolon transverso.

La negatividad de la reacción de Casoni y la eritrosedimentación acelerada nos hizo pensar en un quiste muerto e infectado.

Diagnóstico: quiste hidatídico de bazo.

Operación: 31-3-65.

Incisión transversa subcostal izquierda. Abierto peritoneo se encuentra una formación quística recubierta por epiplón mayor, el que está adherido a éste junto con el estómago y colon transverso. La tumoración tiene aproximadamente 10 cm. de diámetro. Se amplía la incisión con una paramediana pararectal externa, que forma una T con la anterior.

Se procede a decolar el transverso para entrar en la transeavidad. Se reseca el epiplón mayor, esqueletizando la curvatura mayor del estómago y ligando la gastroepiploica izquierda. Se encuentra que el quiste está ubicado en polo inferior de bazo (Foto 1). Se efectúa



FIG. 1



FIG. 2

esplenectomía y cierre, dejando drenaje por contraabertura.

El quiste impresionó al corte como infectado y muerto conteniendo líquido de color amarillento y vesículas hijas flácidas (Foto 2). Centro esplénico inferior.

CONCLUSIONES

El estudio anatomopatológico nos informó que se trataba de un quiste hidatídico infectado y que existía una gran hiperplasia folicular reactiva del bazo.

A los 6 días de postoperatorio sin complicaciones, es dado de alta, en condiciones satisfactorias. Hasta la fecha permanece asintomático.

Hacemos notar que dada la baja frecuencia de esta localización hidatídica, el diagnóstico diferencial con otros tumores de la celda esplénica es a veces difícil de efectuar. Sobre todo en un caso como éste en que no se recogían antecedentes ambientales, pues el enfermito había residido siempre en Capital Federal.

Como método de diagnóstico diferencial, no somos partidarios de realizar la punción biopsia, por el riesgo que hacemos correr al enfermo al provocar la ruptura de un posible quiste hidatídico.

SUMMARY

We present a case of echinococcal cysts of the spleen, in a three years old child.

BIBLIOGRAFIA

- Arenas, N. y Goñi, E.* — Quiste hidatídico calcificado del bazo. *La Semana Médica*. 1939, I: 1303.
- Bustos, F.* — "Quistes del bazo". *Revista del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina*. 1928, XXVIII: 1613.
- Calcagno, B.* — Quiste hidatídico primitivo del bazo. *Bol. y Trab. de la S. de Cirugía de Bs. As.* 1936, XX: 442.
- Canónico, A.* — Quiste hidatídico del bazo. *La P. Med. Arg.*, 1945, 32: 202.
- Carpanelli, J. B. y Fontana, J. J.* — Hidatidosis esplénica. *Soc. Arg. de Cirujanos*. 1964, N° 21: 612.
- Copello, O.* — Quiste hidatídico del bazo. *Soc. de Cirugía de Bs. As.*, 1933, 18: 340.
- Chutro, P.* — Contribución al tema. *Boletines de la Soc. de Cirugía de Bs. As.*, 1922, VI: 13.
- Del Valle, D.* — Quiste hidatídico del bazo. *Bol. de la Soc. de Cir. de Bs. As.*, 1925, 9: 737.
- Donovan, R.* — Contribución al tema. *Bol. de la Soc. de Cirugía de Bs. As.*, 1928, XII: 748.
- Ferrari, S.* — Quiste hidático del bazo. *La P. Med. Arg.* 1938, X: 679.
- Gutiérrez, A.* — Contribución al tema. *Bol. y Trab. de la Soc. de Cirugía de Bs. As.*, 1932, XII: 451.
- Ivanissevich, O. y Ferrari, R. C.* — Equinococosis hidatídica. Generalidades y nomenclatura. *Inst. de Clínica Quirúrg.* (un folleto), 1938.
- Ivanissevich, O.* — Quistes hidáticos del bazo. Su trat. quirúrgico. *Bol. del Inst. de Cl. Quirúrg.* 1929, V: 40.
- Ivanissevich, O.* — Equinococosis del bazo. *Bol. y Trab. de la Soc. de Cirugía de Bs. As.*, 1936, 20: 370.
- Mazzini, O.* — Equinococosis del bazo. *Bol. y Trab. de la Soc. de Cirugía de Bs. As.*, 1930, 14: 210.
- Michans, J. R.* — *Patología Quirúrg.* Edit. El Ateneo. 1963, T. III, pág. 820.
- Morel, C.* — Quistes hidáticos del bazo. Ed. El Ateneo, 1942.
- Pavlovsky, A. J.* — Quiste hidático primitivo del bazo. *Bol. y Trab. de la Soc. de Cirugía de Bs. As.*, 1956, XX: 298.
- Schena, A.* — Quiste hidatídico del bazo. *Prensa Méd. Arg.*, 1938, 2: 1848.
- Villegas, A. H. y Schieppati, E.* — Hidatidosis esplénica. *Bol. Soc. Arg. Cir.* 1956, 17: 2.
- Zavaleta, D.* — Hidatidosis esplénica. *Prensa Méd. Arg.*, 1945, 32: 713.

*Para la dietoterapia de las
perturbaciones gastrointestinales
del lactante*

como alimento curativo inicial

K A R A B E U R R E

KASDORF

Babeurre desecado sin agregado de glúcidos
con adición de mucilago de Karaya

Dosis: solución de 10-15%

Envase de 400 g.

como alimento curativo específico:
(toxicosis, descomposición, dispepsia, etc.)

L E B U N O S A

KASDORF

Leche albuminosa desecada con agregado de glúcidos

Dosis: solución al 15%

Envase de 400 g.

para la realimentación como alimento
curativo mejor tolerado

Y O G A L M I N A

KASDORF

Babeurre desecado con agregado de glúcidos

Dosis: solución del 10-20%

Envase de 400 g.



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

*Laboratorios dedicados
a la especie caballar*



ANGEL J. CARRANZA 2186/90

T. E. 77-8592

Buenos Aires

Sociedad Argentina de Cirugía Infantil

RENOVACION DE AUTORIDADES

2 de abril de 1965.

INFORME DEL SECRETARIO SALIENTE,
Dr. SEBASTIAN ROSASCO

La Sociedad Argentina de Cirugía Infantil inicia su tercer año de actividades y en cumplimiento de sus Estatutos el Secretario General, que hoy cesa en su cargo, debe realizar breve resumen de lo actuado.

En marzo de 1963 se habían efectuado las primeras reuniones deliberativas, dentro de un espíritu de camaradería y amistad.

En abril de 1963, su primer Presidente, Prof. Dr. Marcelo Gamboa, inicia su mandato.

La tarea que realizó el primer presidente ya fue resumida con anterioridad por esta Secretaría y en nuestros archivos figuran la simpática acogida dispensada a la misma por las Sociedades extranjeras de la especialidad.

La primera Reunión Nacional de Río Cuarto, fruto del esfuerzo de todos los asociados, mostró en profundidad el sentir de los mismos.

Bajo la presidencia del académico doctor José E. Rivarola cumplió la Sociedad su segundo año de existencia. Con regularidad se desarrollaron las reuniones científicas, con puntualidad las de Comisión Directiva.

Se acrecentaron los vínculos de amistad con sociedades y colegas extranjeros y en la reunión de Mendoza se ratificaron los valores y el esfuerzo de los asociados.

La tesorería informa que está actualizada con un saldo acreedor de \$ 23.679.

El primer número de la Revista de la S.A.C.I. fruto de la tarea de los miembros de la Comisión Directiva contó con

el apoyo de los socios, que publicaron trabajos, y con la ayuda económica prestada por la Fundación de Malformaciones Infantiles Congénitas.

Las visitas de los colegas extranjeros ubicaron en su justo nivel a nuestra Sociedad.

En forma personal ruego a los 118 socios que la constituyen sepan excusar los problemas que pudieren haberse derivado de mi actuación como Secretario General.

DISCURSO DEL Dr. JOSE E. RIVAROLA,
PRESIDENTE SALIENTE

La S.A.C.I. ha cumplido su segundo año de existencia. Siempre es difícil el comienzo de una obra y el impulso que hay que darle y no todas las veces se desarrolla en la forma que se hubiese deseado. Sin embargo, junto con los miembros de la Comisión Directiva, hemos puesto durante el período que hoy finalizamos nuestro empeño para que la marcha de la Sociedad fuera exitosa.

Repito las palabras que dije al hacerme cargo de la Presidencia de la misma. El éxito de una asociación científica no reside tanto en la capacidad de los miembros que la dirigen, sino en el apoyo de los socios que deben llevar a ella su experiencia a través de trabajos bien documentados; que deben concurrir asidua y puntualmente a sus sesiones y participar activamente en las mismas.

He notado un hecho curioso. A veces ha sido difícil conseguir trabajos para las reuniones en la Capital, en cambio para las que se han realizado en el Interior de la República, la lista de ellos ha sido tan frondosa que nos ha puesto en apuros para confeccionar el programa.

¿A qué se debe esto? Creo que la causa principal es porque no se piensa

en la Sociedad y tal vez los dos meses de separación entre las reuniones haga perder la continuidad del interés y los socios olvidan la obligación moral de concurrir y trabajar para ellas.

Tal vez se podría intentar aumentar su número. La gran mayoría de los socios se encuentran en la Capital, por cuyos servicios de cirugía desfila toda la patología infantil. Sólo hay que mostrarla y discutirla, para que se vaya creando así un ambiente de cátedra, donde surjan las orientaciones precisas de cirugía infantil.

Otro problema que hemos tenido es la publicación de los trabajos presentados. Ha sido difícil conseguir fondos necesarios para complementar lo que la Sociedad Argentina de Pediatría nos brindaba en su Revista. Sólo ha sido un número y el otro está en compaginación. Deseo destacar el empeño puesto por los doctores Díaz Bobillo y Bismarck Lucero sobre quienes ha recaído esta responsabilidad. Doy fe que se han ocupado de ello y les hago llegar mi agradecimiento.

Deseo también señalar la obra intensa realizada por nuestro distinguido Secretario General, Dr. Sebastián Rosasco, a cuyo dinamismo se debe el desarrollo de las actividades de la Sociedad en su fundación y en sus dos primeros años. Vaya junto con mi agradecimiento, mis felicitaciones por la labor cumplida. También deseo agradecer a los miembros de la Comisión que me acompañaron durante mi presidencia.

PALABRAS DEL Dr. VÍCTOR RUIZ MORENO

Razones circunstanciales como es la ausencia obligada de los Dres. Llambías y Pelliza, me conceden el honor de ocupar esta Presidencia en la primera reunión del tercer año de esta joven Sociedad.

Interpretando el sentir de todos creo un deber hacer llegar a los miembros de la Comisión saliente, y en especial a los Dres. Rivarola y Rosasco, nuestro reconocimiento por lo realizado en el período que termina. Al mismo tiempo, en nombre de la Comisión entrante agradecer la confianza depositada en nuestra elección y comprometer el esfuerzo de todos para seguir acrecentando el prestigio de que ya goza esta Sociedad.

A continuación se realiza la renovación de autoridades para el período 1965-66, saliendo triunfante la siguiente lista:

Presidente: Dr. Marcos Llambías

Vicepresidente: Dr. José Ma. Pelliza

Secretario General: Dr. Luis A. Fumagalli

Tesorero: Dr. Emilio A. Feliú

Secretario de Publicación: Dr. Teodoro Seijo

Secretario de Actas: Dr. Juan Carlos Puigdevall

Vocales: Dres. Víctor Ruiz Moreno y Bismarck Lucero.

MEMORIA ANUAL (1965) DE LA COMISION DIRECTIVA

La Comisión Directiva presidida por el Dr. José Enrique Rivarola y actuando como secretario el Dr. Sebastián Rosasco, organizó la tercera Reunión Nacional que tuvo lugar en Salta en el mes de Mayo. La misma tuvo el éxito descontentado, aunque hubo que lamentar algunos inconvenientes surgidos más que nada, del obstáculo insalvable de un huelga de correos.

El 2 de abril de 1965, tuvieron lugar las elecciones para renovar autoridades.

La nueva Comisión Directiva, bajo la presidencia del Dr. Marcos Llambías y actuando como secretario el Dr. Luis Alfredo Fumagalli, realizó seis reuniones científicas. En cuatro de ellas se presentaron temas de cirugía, ortopedia y anestesiología y hubo dos symposia sobre "Luxación congénita de cadera". Además se efectuaron reuniones de ateneo en los servicios de los doctores Sebastián Rosasco, Marcos Llambías, José María Pelliza y Bismarck Lucero.

Se publicaron en un fascículo especial los trabajos presentados en Salta y la presente revista.

De abril de 1965 a la actualidad los socios de 118 se acrecentaron a 135.

El día 10 de diciembre de 1965 tuvo lugar la Asamblea Extraordinaria que trató la situación planteada por la Sociedad Argentina de Pediatría en nota del 14 de septiembre de 1965, que transcribimos:

"Señor Presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil, Dr. Marcos Llambías S/D.

(1) El involuntario retraso en la aparición de "Archivos" cuyo número actual que correspondería a julio-agosto 1965, recién ha podido imprimirse en marzo de 1966, ha permitido la inclusión de esta Memoria que se refiere a todas las actividades de 1965.

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. para comunicarle que la Comisión Directiva, previo informe de la Subcomisión de Interpretación y Reglamento, ha decidido considerar incorporada a la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil con el carácter de Sociedad Huésped. Se funda esta determinación en que, por razones estatutarias no es posible continuar considerándola con carácter de Filial. Hacemos presente al señor Presidente que, como miembros de una sociedad huésped, los socios de la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil deberán formar parte de la Sociedad Argentina de Pediatría. — Firmada: Prof. Dr. José R. Vasquez, Presidente, y Dr. Jorge Capurro, Secretario de la S.A.P."

La Asamblea Extraordinaria resolvió por unanimidad separarse de la Sociedad Argentina de Pediatría y autorizar a la Comisión Directiva a tramitar la incorporación de la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil como sección de la Asociación Médica Argentina.

Esta Comisión Directiva está organizando desde meses atrás, la Cuarta Reunión del año 1966. Su desarrollo comprenderá: Relato central: Hernias de Diafragma y su relator el doctor Raúl J. Bisbal.

Correlatos al tema central. Discusión del relato y correlatos. Contribuciones al relato central. Discusión por el relator.

Dos mesas redondas. Una versará sobre "Patología del pie", y la otra "Momento oportuno para el tratamiento de las malformaciones congénitas". Temas libres.

Como ya se informó, se solicitó al Decano de la Facultad de Ciencias Médicas

de la Ciudad de Buenos Aires la creacion de la Cátedra de Cirugía Infantil.

Con motivo de la Asamblea Extraordinaria la Sociedad Argentina de Cirugía Infantil tendrá otra ubicacion física, pero afectivamente seguiremos perteneciendo a la gran familia pediátrica, porque indudablemente la cirugía infantil es una rama fundamental de la pediatria. Tan es así que continuarán las publicaciones en conjunto en los Archivos Argentinos de Pediatría, como así

también los cursos de perfeccionamiento.

Aprovechamos para agradecer a la actual Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Pediatría, presidida por el doctor José Raúl Vázquez, las atenciones recibidas y muy especialmente al Director de Archivos Argentinos de Pediatría doctor Juan Jorge Murtagh, quien con su dedicacion y entusiasmo ha hecho posible la publicación de este número dedicado a las actividades de nuestra Sociedad.

AVISOS DE LA SECRETARIA

1) Se recuerda a los socios que es imprescindible ponerse al día con las cuotas por las dificultades que crea a la marcha de la Sociedad la falta de fondos ante el encarecimiento de las publicaciones y demás actividades de orden administrativo.

2) Se agradece a los socios que notifiquen a la brevedad los cambios de domicilio.

3) El fascículo especial dedicado a la tercera Reunion Nacional efectuada en la ciudad de Salta, debe ser retirado por los socios de la S.A.C.I. de Capital y Gran Buenos Aires, en la sede de la Asociación Médica del Hospital de Niños (Gallo 1330). A los socios del interior les será enviado.

Esta Comisión Directiva...

Comisión Directiva...

Comisión Directiva...

El día de la...

La Comisión...

El día de la...

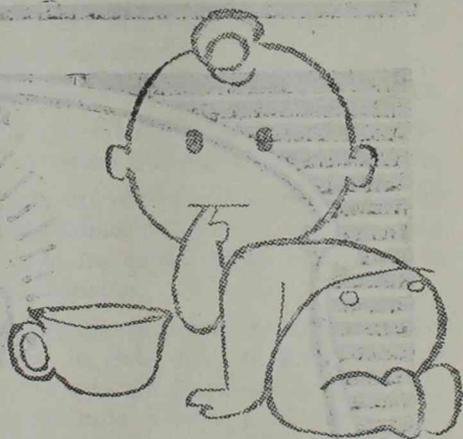
en *pediatria*

PEDI CANTRIL[®] gotas

normaliza la motilidad colónica

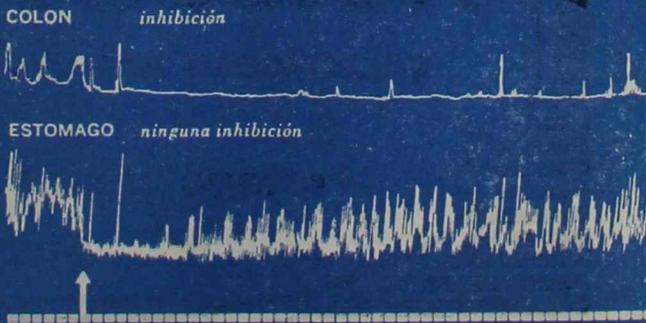
efectivo: Normaliza rápidamente la función colónica aliviando el dolor-espasmo en los trastornos intestinales, funcionales u orgánicos, de lactantes y niños.

seguro: Está prácticamente exento de los efectos secundarios tan comunes de otros preparados.



selectivo:

Los estudios farmacológicos demuestran su acción **selectiva** sobre el colon.



PRODUCTO ORIGINAL DE:
LAKESIDE LABORATORIES
MILWAUKEE 1, WISCONSIN, U.S.



PROMOCION Y VENTAS:
LAKESIDE ARGENTINA S.R.L.
AV. SANTA FE 1480 - 9º P - BUENOS AIRES

los dos están
de acuerdo...



es muy rico...

...y es salud!

Superkao

Tel. 923 - 3586/89 . 7036/37/38 **PAULISTA S.A.** EREZCANO 3857/71 BUENOS AIRES - R. ARGENTINA



Matersal

KASDORF

GALACTAGOGO HORMONAL VITAMINICO

Protege madre e hijo

Tres veces al día
una cucharadita



Envase de 80g
de granulado

Tumores en la Infancia

INFORME PRELIMINAR, COMENTARIOS Y NORMAS APROBADAS POR
EL COMITE DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO (*)

El 6 de abril de 1965 quedó constituido el Comité de Estudio y Tratamiento de los Tumores en la Infancia. Este Comité fue creado con el objeto de ocuparse a fondo de los diversos aspectos que esta afección presenta en los niños. Está constituido por representantes de todas las especialidades que tienen ingerencia en su estudio.

Intervienen así: Por el Servicio de Anatomía Patológica los Dres. Luis Becú y Lázaro Mirkin; por el Servicio de Hematología la Dra. Angela Cebrian de Bonesana y la Dra. Elena M. de Blanco Kunhe; por el Servicio de Endocrinología el Dr. Carlos Soubié y la Dra. Marta Barontini de González Moyano; por el Servicio de Radiología y Radioterapia el Dr. Sofío Calisti; por la Sección de Isótopos Radioactivos el Dr. Eduardo Lanari; por la Sección de Cultivos de Tumores el Dr. Hugo Jáuregui.

Actúa como Coordinador el Dr. José Enrique Rivarola, Secretario el Dr. Arturo S. Gambarini y Sub-Secretario el Dr. Enrique Blanco Kunhe, quienes a su vez representan al Servicio de Cirugía.

El Comité tiene por funciones:

1) Revisar en conjunto todos los casos de tumores que se presentan y seguir su evolución.

2) Discutir el tratamiento a efectuar, ya sea en el caso particular o dictando reglas generales.

3) Establecer normas para el estudio

completo de estos enfermos señalando todas las investigaciones que deben realizarse antes, durante y después del tratamiento.

4) Elaborar historias tipo para el Registro.

5) Llevar una estadística funcional de los casos registrados.

6) Evacuar las consultas que llegaren.

7) Propender a la investigación y experimentación del cáncer en la infancia.

El Comité ofrece sus actividades a todos los médicos que deseen presentar sus enfermos, los cuales serán motivo de la misma atención.

Este primer semestre ha funcionado a nivel de la Sala IX, es decir, con los enfermos que allí llegaban. Actualmente se ha invitado a todo el Departamento de Cirugía para que colabore con las observaciones que se atienden en los distintos Servicios.

No figuran por este motivo todos los casos que acudieron al Hospital, ni las leucemias y las linfopatías malignas que son estudiadas en el Servicio de Hematología ni las de Neurocirugía que son controladas en el Servicio correspondiente. Existe el propósito de fomentar la creación de Sub-Comités con estas dos últimas actividades para dar un panorama más completo de la incidencia y de los resultados obtenidos en el tratamiento de los tumores en la infancia.

El Comité ha cumplido con sus funciones con excepción del último punto,

* Realizado por los Rres. José Enrique Rivarola y Arturo S. Gambarini.

la investigación y experimentación del cáncer, que está por el momento fuera de su alcance. Ha realizado la investigación clínica en el sentido de estudiar todos los enfermos bajo un mismo patrón y de efectuar en ellos todos los exámenes de laboratorio y métodos de diagnóstico que se emplean en la actualidad.

Una de las tareas más importantes ha sido el examen periódico de los enfermos y su control por los distintos Sectores que constituyen el Comité.

Entre las obligaciones que se ha impuesto, figura la presentación de un informe semestral sobre todo lo actuado, el cual será dado a conocer a través de Revistas Pediátricas, Quirúrgicas o Cancerológicas.

El Comité cuenta con la cooperación de la Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer en lo que respecta a la Secretaría y la difusión de sus informes.

Las reuniones se realizan el 1er. y 3er. martes de cada mes en la Sala IX del Hospital de Niños, a las 12 horas. Las reuniones son públicas.

INFORME DEL 1er. SEMESTRE

(6 de abril a 6 de octubre de 1965)

Se realizaron durante este lapso 13 reuniones con asistencia de la mayoría de los integrantes del Comité. Se establecieron planes y normas para el estudio y tratamiento de algunos tipos de tumores, cuyo detalle se dará en este informe.

Fueron estudiados 48 enfermos los cuales han sido separados en 2 grupos: uno formado por los que se presentaron por primera vez a la consulta y otro constituido por los que se hallaban en tratamiento antes de la creación del Comité y que ingresaron el registro para el estudio de su evolución.

GRUPO I

Este grupo quedó constituido por 27 enfermos de los cuales 16 presentaron tumores histológicamente malignos y 11 benignos.

Distribución de acuerdo al sexo: La incidencia fue de 22 niñas y 5 niños. Esta proporción mayor en el sexo feme-

nino fue más notable en los tumores malignos correspondiendo 14 a mujeres y 2 a varones.

La edad osciló desde el recién nacido hasta los 14 años con la siguiente distribución:

R. N.	a	2 meses	4
2 meses	a	1 año	2
1 año	a	2 años	2
2 años	a	6 años	7
6 años	a	14 años	11

La localización topográfica fue:

cabeza y cuello	.....	12
tórax	.....	2
abdomen	.....	11 (retroperitoneales 6)
partes blandas miembros	.....	2
óseos	.....	0

Tumores malignos correspondieron a:

Tumor de Wilms	.....	5
carcinoma de tiroides	.....	3
neuroblastoma	.....	3
simpatoblastoma	.....	1
hemangioendotelioma maligno	....	1
fibromixosarcoma	.....	1
carcinoma indiferenciado	.....	1
branquioma (endotelioma)	.....	1

Tumores benignos:

teratoma quístico de ovario	.....	2
granuloma inflamatorio	.....	2
teratoma sacrocóxigeo	.....	1
adenoma de tiroides	.....	1
siringoadenoma de labio	.....	1
neurilenoma de cuello	.....	1
hamartoma de hígado	.....	1
quiste enterogeno	.....	1
hemolinfangioma de lengua	.....	1

Los niños fueron llevados a la consulta por presentar:

tumor palpable	.....	21 casos
adenopatías	.....	5
trastornos respiratorios	....	2
hematuria	.....	1
oliguria-anuria	.....	1
obstrucción intestinal	.....	1
lesión ósea	.....	1
trastornos neurológicos	.....	1

Metástasis:

En 3 casos de tumores malignos las metástasis ocurrieron antes del ingreso al Hospital y antes de todo tratamiento. En 2 casos aparecieron en el posoperatorio.

metastasis preoperatorias:	neuroblastoma retroperitoneal. carcinoma de tiroides. simpatoblastoma de tórax	Vive. Vive. Vive.
metastasis posoperatorias:	carcinoma indiferenciado. tumor de Wilms.	Vive. Falleció.

En las sobrevividas el tiempo de observación menor de 6 meses no permite abrir juicio alguno sobre su evolución.

Diagnóstico:

En los 27 enfermos el diagnóstico clínico de tumor maligno se hizo en 15 casos y benigno en 12, lo que concuerda muy aproximadamente con el diagnóstico histopatológico.

Tratamiento:

Fueron operados 25 enfermos. 14 con tumores malignos y 11 con tumores benignos. En todos ellos se pudo extirpar el tumor. En 2 la operación no se realizó por considerarlo inextirpable. De los 14 tumores malignos operados en 1, únicamente se hizo la intervención. En los demás se agregó:

radioterapia posoperatoria ... en 6 casos
radioterapia más citotóxicos .. en 5 casos
radioterapia más radioisótopos en 2 casos

Citotóxicos:

Fue empleada la Actinomicina D en 4 enfermos, el Melphalan en 1 (asociado a la actinomicina), la B cloretilaminofenilalanina (Sarcocina) en 1 caso y la ciclofosfamida (Endoxan) en 2 casos.

El detalle de estos enfermos será considerado en conjunto con los del segundo grupo que fueron tratados con estos recursos.

Isótopos radioactivos:

Se utilizó el fósforo radioactivo en forma de fosfato crómico coloidal, colocado localmente en la lodge renal después de la extirpación del tumor de Wilms. Estos niños que presentaban trombosis de la cava inferior, recibieron además radioterapia y actinomicina. Los dos viven.

Resultados: De los enfermos con tumores malignos:

Viven 14
Fallecieron 2

En la fecha del informe solo 1 ha tenido metástasis y recidiva.

Los demás están controlados con exámenes periódicos.

De los dos inextirpables uno fue retirado por la familia en buen estado pero sin completar el tratamiento de su neuroblastoma. El otro continúa con radioterapia y citotóxicos (carcinoma indiferenciado).

Los fallecidos corresponden a 2 tumores de Wilms. Uno tratado con radioterapia previa y Melphalan, tuvo una trombosis de la cava con invasión a la aurícula derecha y otro en un prematuro de 1.700 gr con riñón en herradura, que soportó bien la extirpación del tumor, falleció días más tarde por su prematuridad después de haber hecho un postoperatorio sin incidencias. La autopsia reveló que en el sitio de la intervención no había causa alguna que motivara el deceso y que no había otra localización tumoral.

Los 11 tumores benignos viven sin presentar problemas respecto a su tumor extirpado, inclusive un niño de 1 mes de edad que tuvo que ser sometido a una hemihepatectomía izquierda.

Comentario del primer grupo

Este grupo de 27 enfermos que se presentaron por primera vez significa el comienzo de la labor del Comité respecto al programa que se ha impuesto. El estudio y tratamiento de ellos se ha efectuado en consulta con los integrantes del mismo, quienes a su vez se han hecho cargo de la participación activa del tratamiento en el sector correspondiente. Ha habido interrelación entre ellos gracias a una colaboración que no ha disminuido en ningún momento.

Si bien la cifra es muy pequeña constituye el punto inicial de una estadística que será llevada a través de los años con la misma orientación sumando los in-

formes semestrales, y observando a través de ellos la evolución de estos enfermos. Así se podrá demostrar la verdadera incidencia de tumores, sobre todo se podrá, prestando intensa atención a los malignos, sacar conclusiones.

En este primer semestre la observación de trombosis de la vena cava en los tumores de Wilms, llevó al Comité a realizar el estudio de la cavografía antes y después de la intervención no sólo en estos tumores sino en todos los retroperitoneales. Este examen ha sido pues incorporado en la rutina de su estudio, sirviendo al mismo tiempo el medio de contraste inyectado para realizar la pielografía descendente.

Se han visto así 2 casos de trombosis de la cava. En otros, la cava no visible en el preoperatorio se ha manifestado radiológicamente normal después de la extirpación del tumor. Sirve este método también como pronóstico.

Todos los enfermos de esta serie sometidos a la radioterapia o quimioterapia fueron controlados por el Servicio de Hematología cada 10 días, para observar las alteraciones de la curva hemática.

Fueron realizados además en 12 enfermos, 34 dosajes de catecolaminas, 4 de ácido vainilín mandélico y 2 de dopaminas.

Tanto las conclusiones de estos dosajes como las de las punciones medulares serán objeto de un análisis especial al finalizar el segundo semestre.

Se discutió la utilización de la actinomicina D en los tumores de Wilms y el momento oportuno para su aplicación. Se resolvió emplearla desde el mismo día de la intervención. La dosis se fijó en 75 microgramas por kilo de peso y por día, administrada en 4 días. La radioterapia en dosis habitual para el tratamiento de estos tumores sería realizada simultáneamente.

Se estableció como norma controlar durante el tratamiento estrictamente al paciente respecto a su estado general y a las complicaciones atribuibles al tratamiento, suspendiendo en forma momentánea la radioterapia cuando éstas sean

muy serias (leucopenia por debajo de los 2.500 glóbulos blancos). En estos casos se hará gammaglobulina para aumentar las defensas y antibióticos.

Al cabo de 6 meses se hará un nuevo análisis de todos los casos así tratados.

GRUPO II

Constituido por 21 enfermos de los cuales 17 presentaban tumores malignos y 4 benignos.

Respecto al sexo en los tumores malignos la incidencia de 10 mujeres y 7 varones.

La edad:

RN a 2 meses	—
2 meses a 1 año	—
1 a 2 años	3
2 a 6 años	8
6 a 14 años	6

La localización topográfica fue:

cabeza y cuello	6
tórax	—
abdomen	9 (retroperitoneales)
óseos	0

El motivo por el cual fueron llevados a la consulta en la iniciación de su tratamiento, es decir, antes de la creación del Comité, fue:

por tumor palpable	12 casos
por adenopatías	4 casos
por oclusión intestinal	2 casos
por trastornos urinarios	2 casos

Fueron clasificados histológicamente como tumor maligno 17 casos con la siguiente distribución:

Carcinomas de tiroides	5
Tumor de Wilms	3
Linfosarcoma de ciego	2
Lindosarcoma abdominal	1
Rabdomiosarcoma de vejiga	1
Sareoma abdominal	1
Simpatoblastoma retroperitoneal	1
Fibrosarcoma de cuello	1
Fibrosarcoma región glútea	1

Como tumores benignos 4 casos:

Neurilenoma de mediastino	1
Quiste branquial	1
Pólipos adenomatosos de intestino	1
Linfangioma de mesenterio	1

Metástasis:

Antes de la intervención:

Carcinoma de tiroides
 Vive a los 5 años de operado
 Carcinoma de tiroides
 Vive al 1 ½ años de operado

Después de la intervención:

Tumor de Wilms
 Fallecido a los 6 meses de la operacin
 Carcinoma de tiroides
 Vive a los 2 ½ años de operado.

Diagnóstico: En 6 casos el diagnóstico presuntivo fue de tumor benigno y en 15 de tumor maligno siendo esta cifra bastante aproximada a la clasificación anátomo patológica.

Tratamiento: En 13 casos de tumor

maligno éste pudo ser extirpado en la intervención. En 4 casos fue inextirpable.

De los 13 casos operados:

no recibieron otro tratamiento ... 6
 se agregó radioterapia 1
 se agregó radioterapia más citotóxicos 4
 se agregó citotóxicos y radioisotopos 1
 se agregó radioisotopos 1

En los no extirpados se empleó:

radioterapia en 1 caso
 citotóxicos en 1 caso
 radioterapia más citotóxicos en 1 caso

Resultado: De los 17 enfermos con tumores malignos viven 12 y fallecieron 5.

La sobrevida tiene la siguiente característica:

Tipo de tumor	Edad al iniciar los síntomas	Edad al ser operado o tratado	Tiempo de evolución desde el tratamiento
Tumor de Wilms	21 meses	21 meses	11 meses
Tumor de Wilms	16 meses	16 meses	14 meses
Carcinoma de tiroides	10 años	10 años	8 años
Carcinoma de tiroides	10 años	10 años	3 años
Carcinoma de tiroides	9 años	10 años	13 años
Carcinoma de tiroides	5 años	5 años	6 años
Carcinoma de tiroides	7 años	9 años	5 años
Simpatoblastoma retroperitoneal	4 meses	2 años	2 años
Simpatoblastoma retroperitoneal	2 años	2 años	1 año
Fibrosarcoma partes blandas	RN.	4 años	4 años
Linfosarcoma de ciego	3 años	3 años	4 años

Los enfermos fallecidos corresponden a:

Tumor de Wilms
 a los 6 meses de operado
 Linfosarcoma de cuello
 a los 4 meses de iniciados los síntomas
 Rbdomiosarcoma de vejiga
 a los 6 meses de operado
 sarcoma abdominal
 a los 4 meses de realizado el diagnóstico
 linfosarcoma abdominal
 al mes de iniciados los síntomas.

Los tumores benignos no presentaron inconvenientes desde su extirpación.

Comentario del segundo grupo:

Este segundo grupo de 21 enfermos no representa en absoluta la cifra de tumores que se han observado en el Hos-

pital de Niños, ni tampoco una revisión de éstos por citación de los mismos. Solamente indica el trabajo del Comité al considerar y discutir estos enfermos, algunos con larga evolución. Tampoco se los ha incorporado intencionalmente. Basta decir que en Tumor de Wilms tenemos operados que han cumplido los 20 años de evolución y que no han sido incluidos.

Ninguna conclusión pretendemos sacar de este grupo. Sólo la que puede surgir de algún caso en particular y mostrar en alguno de ellos el efecto del tratamiento, sobre todo en aquellos que fueron atendidos en épocas próximas a la creación del Comité y sometidos a la acción de los citotóxicos.

Este último tratamiento es el que interesa hoy en día, por eso comentaremos juntos todos los casos tratados en esta forma pertenecientes a ambos grupos y que suman 15 enfermos.

Fueron tratados con *actinomicina D* 8 casos, 7 con tumor de Wilms y uno con neuroblastoma.

La dosis total por enfermo fue la establecida de 75 mg por kilo peso, administrada en 4 días. En todos los casos se hizo radioterapia simultánea y en 2 se asoció además aminofenilalanina (*Alkeran*) en dosis de 0,2 mg por k/día. Dos tumores de Wilms fallecieron: un niño, que tenía metástasis pulmonares falleció a los 6 meses de operado habiéndose aplicado el tratamiento de actinomicina y radioterapia de inmediato a la intervención. En este caso no hubo respuesta alguna al tratamiento.

Otro enfermo falleció y en la autopsia se encontró una trombosis de la cava que invadía la aurícula derecha.

Los demás viven, correspondiendo a: 5 tumores de Wilms, de los cuales 4 tuvieron una tolerancia perfecta al tratamiento. Uno sufrió leucopenia y alopecia mejorando estos síntomas con el tiempo. Un neuroblastoma recibió la dosis correspondiente sin sufrir alteración alguna en su organismo, pero fue retirado por la familia.

En 2 casos se asoció el *Alkerán*, correspondiendo 1 al ya citado con trombosis de la cava y otro al enfermo que tuvo leucopenia y alopecia.

La *B cloretil aminofenilalanina* (*Sarcilicina*) fue aplicada en una niña con carcinoma indiferenciado, muy sensible a la radioterapia pero de recidivas reiteradas.

Ciclofosfamida (*Endoxán*). Fue utilizada en 4 enfermos: 1 rhabdomyosarcoma de vejiga, 1 linfosarcoma abdominal, 1 neuroblastoma de maxilar, 1 branquioma (epitelioma maligno).

Los dos primeros enfermos fallecieron. Los dos últimos viven no habiendo manifestado inconvenientes en su aplicación.

La dosis total fue de 50 mg. k/peso

y no hubo alteración en la fórmula hemática.

La radioterapia: Se aplicó de acuerdo al tipo de tumor y a la tolerancia del enfermo. El caso de carcinoma indiferenciado lleva hasta la fecha 1.000 r, en el curso de 4 meses y en diversos campos.

El tumor, extraordinariamente sensible a la radioterapia, reduce su tamaño rápidamente cuando se la aplica, pero recidiva y hace metástasis.

En la mayoría de los enfermos se hizo la dosis convencional.

NORMAS PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LOS TUMORES

Durante este primer semestre fueron aprobadas normas para el estudio de ciertos tumores, que fueron elaboradas por los distintos sectores integrantes del Comité.

Damos a conocer solamente el esquema de ellas. La interpretación de estos estudios, resultante de la discusión en particular de las observaciones que se presenten, será motivo también de un análisis exhaustivo en el futuro.

Quedaron así establecidos los siguientes planes:

ENFERMO TUMORAL

Control desde el punto de vista hematológico (lo mínimo necesario).

Tumores en general: Examen de sangre periférica (ver cuadro) previo a la intervención quirúrgica, rayos, radiaciones o citotóxicos.

Controles periódicos: a los 5 días de iniciado el tratamiento y luego con regularidad semanal, hasta que se crea conveniente.

Control de sangre periférica y eritrosedimentación cada tres meses, cuando el niño esté de alta.

Examen de médula ósea cuando haya manifestaciones hematológicas, metástasis óseas o el proceso sea muy generalizado.

Improntas por punción o quirúrgicas del ganglio o del tumor (si es posible).

Linfopatías: Idem como para los tu-

mores en general y además: Punción de ganglio, siempre. Citoquímica del ganglio.

PLAN DE ESTUDIOS DE LOS TUMORES RETROPERITONEALES

Interrogatorio completo: Antecedentes familiares. Vacunaciones. Fecha de comienzo de la afección, etc.

Examen semiológico completo. No olvidar presión arterial.

Examen de laboratorio: De rutina. Sangre, orina. Reacción de Guedini y Cassoni. Reacción de Mantoux. Especiales: Urea-glucosa. Dosaje de catecolaminas. 17 cetosteroides. 11 hidroxisteroides. Punción medular.

Radiografía: Rayos X de tórax. Rayos X de abdomen —frente y perfil—. En el recién nacido esta sola basta; en niños mayores completarla con colon por enema frente y perfil. En tumores de hemi-abdomen superior —estómago y duodeno— frente y perfil.

Pielografía descendente: En todos los tumores retroperitoneales realizada por cavografía. La cavografía debe hacerse: antes y después de extirpado el tumor o de ser tratado por radioterapia. Medición de la presión en la vena cava antes y después del tratamiento. *Enfisea retroperitoneal* reservado únicamente para los tumores funcionantes que no pueden ser demostrados por otros estudios.

ESTUDIO DE TUMORES DE LA REGION TIROIDEA

Examen otorrinolaringológico (antes y después). Radiografía del cuello (frente y perfil). Radiografía de tórax. Radiografía de esófago con bario. Calcemia. Fosfatasa. Fosforemia. Proteinemia. Captación de iodo radio activo (con localización a las 24 horas). Scanning. Estudio aparato circulatorio (velocidad circulatoria).

PLAN DE ESTUDIO PARA LOS TUMORES OSEOS

Hematología:

En todos los casos: Recuento y fórmula sanguínea, eritrosedimentación,

En tumores de la serie reticular: Medulograma.

En los granulomas eosinófilos: Medulograma.

Endocrinología:

Estudio conjunto de las displasias.

En los tumores osteoformadores: Fosfatasa alcalina. Calcio. Fósforo.

En los tumores de la serie reticular: Catecolamina. *En el neuroblastoma:* Catecolaminas.

Radiología:

Rutina. *En lesiones distales:* Arteriografía. *En el quiste aneurismático:* Arteriografía. *En lesiones vertebrales:* Tomografía. *En metástasis pulmonares:* Tomografía.

Anatomía patológica:

Rutina. *En el neuroblastoma:* Ewing. *Reticulosarcoma:* Glucógeno intracelular.

En todos los casos: Estudio de la formación ósea mediante fluorescencia con tetraciclina.

PLAN DE ESTUDIO DE TUMORES CROMAFINES

Interrogatorio: Además del interrogatorio habitual especificar los antecedentes de: Fiebre. Cefaleas. Sudoración. Náuseas y vómitos. Diarreas. Perturbaciones visuales. Trastornos post-micción

Examen físico: Examen cuidadoso de hígado, esqueleto y sistema ganglionar. Pulso: frecuencia. Presión arterial: 1) diaria; 2) en el momento de evidencia clínica de funcionamiento tumoral; 3) post-palpación; 4) post-micción si el interrogatorio lo sugiere.

Exámenes complementarios:

Radiológico: Radiografía directa de abdomen frente y perfil. Pielografía. Retroneumoperitoneo previa discusión del caso. Detectar metástasis (huesos, pulmón).

Laboratorio: Examen completo de orina. Glucemia en ayunas. Dosaje de catecolaminas.

En caso de sospecha de feocromocitoma: Curva de tolerancia a los hidratos de carbono. Ionograma, 17 cetoesteroides

urinarios. 17 hidrocorticoides urinarios.

Otros exámenes: Si hay crisis hipertensivas: prueba de regitina. Si se sospecha neuroblastoma: punción medular. En caso de no poder localizar el tumor: cateterismo con dosajes hormonales.

TUMORES SUPRARRENALES

Hemograma. Glucemia. 17 Cetosteroides. 17 Hidroxiesteroides (plasma y orina). Pregnanetriol. Prueba de estimulación (con ACTH). Prueba de inhibición (con Cortisona). Prueba de Metopirona. Catecolaminas. Ionograma. Rayos X simple de abdomen. Pielografía (Cavografía). Edad ósea. Silla turca. Enfisema retroperitoneal: en caso de no poder evidenciar el tumor por otros motivos. Rayos X, columna (frente-perfil). Examen oftalmológico: agudeza visual, fondo de ojo, campimetría, perimetría.

ALGUNAS NORMAS PARA LA RECOLECCION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOPSICAS

A) Tumores sólidos

A1) En todos los casos se debe disponer de por lo menos dos (2) frascos de boca ancha y tapa con rosca. Uno de ellos esterilizado y que servirá para permitir el cultivo del material. El otro que contendrá formol al 10 % isotónico preferiblemente con agregado de buffer. En la parte exterior de los frascos no debe omitirse la inscripción de los datos personales del paciente al cual pertenece el material.

A2) Si la extirpación total del tumor no fuera posible se tratará de tomar muestras de diversas porciones evitando en lo posible zonas muy alteradas por necrosis o hemorragias.

A3) El ideal es que el patólogo asista al acto quirúrgico pero en el caso de que esto no fuera posible es importante la adecuada descripción de los siguientes datos operatorios: tejidos circunvecinos, existencia o no de cápsula o infiltración, color, consistencia y textura y esquema de la topografía tumoral.

B) *Derrames, líquidos de aspiración, orina, etcétera*

B1) Una vez hecha la extirpación las células se alteran rápidamente, por lo que deben ser remitidas con la mayor urgencia para su adecuado procesado. Es indispensable el fraccionamiento en dos porciones, una de las cuales en condiciones de esterilidad y manejada con las reglas de la asepsia servirá para el estudio bacteriológico. La otra porción sin ningún agregado será utilizada para el examen citológico. En caso de urgencia: formol al 10 % en partes iguales o en congeladora.

C) *Envío del material*

C1) Todo material debe ser enviado al Servicio de Anatomía Patológica inmediatamente después de su extracción.

C2) En los tumores de gran tamaño (Wilms, ganglioneuromas, etc.) se debe fraccionar inmediatamente después de la extirpación para permitir la adecuada penetración del fijador en las partes centrales.

CULTIVO DE TUMORES

El plan requiere: 1° *esterilidad absoluta* de los materiales a cultivar. 2° *Extrema urgencia* en los primeros pasos del proceso. Para ello sugerimos lo siguiente:

1° Dar a conocer a la Sección Cultivo de Tumores el día y hora de la intervención.

2° Es necesario conocer el tratamiento previo de los pacientes, en especial la administración de drogas antiblásticas y radioterapia; ambas en lo posible deben ser evitadas, aunque es indudable que debe privar el interés del niño y de su enfermedad.

3° Es de todo punto de vista recomendable, en el caso de los neuroblastomas, la pequeña biopsia (punción biopsia inclusive) para el diagnóstico por el cultivo. El método es seguro, rápido y eficaz.

4° Interesa la posición embriológica del tumor de Wilms.

5° Puede intentarse, más adelante, la valoración "in vitro" de drogas antitumorales, aunque guardamos reserva sobre el particular, por los pobres resultados obtenidos hasta el presente.

EL CUADERNO MAS MODERNO!



ZAVERIO FUMAGALLI
S.A.I.C.F.

La
vovon



LA INDUSTRIAL
PARAGUAYA
ARGENTINA

S. A. I. F. y A.

para sus productos

Palmito
FLOR DE LIS

LISTE
Té en saquitos



RENE DE NINNIS

S. A. I. C. y F.

Exposición y Venta: Av. SANTA FE 3101
TELEFONOS 83-9125 - 84-2928 - BUENOS AIRES

Service garantizado en nuestro moderno taller de
SANTOS DUMONT 1966/70 - TELEFONO 772-2427