

HIDRATACION EN GOTA A GOTA CONTINUA POR Sonda RINOESOFAGICA (*)

Por el Dr. PROSPERO ARRIAGADA SEGUEL
Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Valdivia

1.—Consideraciones generales

A la luz de los conceptos actuales, dos son los aspectos hacia los cuales se dirige el tratamiento de los trastornos nutritivos digestivos del lactante: por un lado la infección, sea en su forma enteral o paraenteral, y por el otro, la perturbación en mayor o menor grado de su metabolismo acuoso, perturbación cuya intensidad es factor de primera importancia en la gravedad que el cuadro asuma.

Es la escuela pediátrica uruguaya la que llama la atención hacia el rol que el primer factor, la infección, juega en la producción de los trastornos nutritivos digestivos del lactante, ya agudos o crónicos. Zervino y colaboradores establecen que en su medio la infección paraenteral interviene en 60-80% de los casos agudos, la infección enteral en 20-40% y el factor alimenticio sólo en un 10% de los casos. Su experiencia, recogida de la observación de 384 lactantes en los cuales establecen, como se ha dicho, que la infección constituye un factor patogénico de primera importancia en el establecimiento de sus cuadros nutritivos agudos, los lleva a declararse decididos partidarios de la sulfamidoterapia, recurso que consideran eficazísimo en el tratamiento de los cuadros digestivos agudos de esa edad.

No tenemos el propósito de pronunciarnos acerca de este aspecto del problema, que ya ha sido estudiado en nuestro país en diferentes trabajos y tesis de Licenciados. Las conclusiones a que llegan los diversos autores son unánimes en re-

(*) Trabajo de incorporación a la Sociedad Chilena de Pediatría.

conocer las bondades del método quimioterápico: rápidamente se evidencia mejoría clínica, lo que permite una buena hidratación y precoz realimentación del enfermito. Es indudable que el progreso obtenido se ha exteriorizado en una notable reducción de las cifras de mortalidad en los trastornos nutritivos agudos del lactante y muy especialmente en sus formas más graves, las toxiinfecciones.

Establecidas estas consideraciones y aceptadas plenamente, como se expondrá en la casuística, queremos referirnos al segundo aspecto del problema, al intercambio acuoso salino del niño que sufre un trastorno nutritivo agudo. En seguida, después de una rápida revisión de los diversos procedimientos de hidratación, expondremos nuestra experiencia en el empleo de una técnica cuya simplicidad y beneficio indiscutible la pone al alcance del especialista y médico práctico que no cuenta con los recursos ni preparación técnica para el empleo de otros procedimientos de igual eficacia. Nos referimos a la hidratación gota a gota por sonda rinoesofágica permanente.

2.—Absorción y metabolismo del agua

La principal absorción del agua se realiza en el intestino delgado. En el estómago vacío el píloro permanece permanentemente entreabierto, lo que permite el paso de líquidos a su través en forma inmediata, más rápidamente cuando este líquido es de reacción alcalina. No existe absorción de líquidos a su paso por el estómago. Si bien es cierto que a nivel de la válvula ileocecal la proporción líquida del contenido intestinal es casi tanta como en las partes altas, sólo una porción de ella corresponde a la ingerida, ya que en su mayor cantidad procede de las secreciones digestivas del estómago, hígado, páncreas y glándulas intestinales. A nivel de las vellosidades intestinales el agua se absorbe por dos vías: una es la linfática, que por intermedio del conducto torácico llega a la circulación sanguínea, y la segunda es la absorción directa por los capilares sanguíneos, vía de mayor importancia e interés. En efecto, los mecanismos de absorción en juego no son explicables sólo por factores de orden físico-químico, sino que es evidente una activa intervención de las células del revestimiento intestinal. Por su interés especial vale la pena consignar la fácil absorción intestinal del propio suero en animales de experimentación, arrastre que se hace extensivo a cierta proporción de proteínas indifusibles. Diversas condiciones físicas pueden modificar la normal absorción intestinal de líquidos.

favoreciendo u obstaculizando el metabolismo de las células del revestimiento. Así es como las soluciones hipertónicas difunden más lentamente, en tanto que las hipotónicas facilitan el proceso normal. Debemos dar también cierta importancia a la naturaleza de las sales que difunden, como lo demuestra el hecho de que las sales de amonio y sodio lo hagan más fácilmente que otras.

Una vez que el contenido intestinal ha atravesado la barrera iliocecal, el intestino grueso realiza el resto de la absorción acuosa, merced a una permanencia más prolongada en ese segmento. El curso posterior que sigue el líquido queda sujeto a múltiples factores, como muy bien puntualiza Del Carril al decir que "el balance hidrosalino con el medio ambiente, así como el transporte y distribución del agua orgánica depende de la intervención de procesos fisicoquímicos, tales como la osmosis, difusión, presión hidrostática y coloidosmótica, potencial de membrana, equilibrio ácido-básico y otros más, pero siempre con las limitaciones impuestas por los procesos vitales, que modifican y determinan el tránsito de electrolitos y agua en direcciones a veces opuestas a las fuerzas físicas y químicas. En la regulación del metabolismo del agua los mecanismos neurohumorales desempeñan un papel muy importante por intermedio de la secreción de las hipófisis, suprarrenales y tiroides y sobre todo por la influencia de los centros del hipotálamo en quien algunos investigadores ven el órgano director. También el hígado tiene un papel destacado por su función de reservorio, de órgano formador de proteínas y centro de la mayor parte de los más importantes procesos metabólicos".

3.—Fisiopatología acuoso-salina

El Prof. Scroggie, al definir lo que se entiende por trastorno nutritivo agudo, expresa que se trata de un quebrantamiento brusco del metabolismo normal del niño, especialmente acuoso y salino y en los casos más graves del metabolismo orgánico total. Por su parte, el Prof. Cienfuegos, creando el concepto de la deshidratación, afirma que mientras el organismo mantenga su capacidad dirigente del reparto del agua útil del organismo, debemos suponer que no existe una grave perturbación del metabolismo acuoso; por tanto, es más importante la forma cómo está distribuida el agua en un momento dado en el organismo que su cantidad global. Del Carril, en una acabada exposición de la fisiología normal y pato-

lógica del agua y sales, concluye que debe entenderse por deshidratación a la disminución de los líquidos orgánicos en los sitios en donde normalmente debe existir, como consecuencia de una alteración funcional celular o disergia. Al establecer diferentes grados de deshidratación, en relación con la procedencia de los líquidos orgánicos que se van perdiendo, consigna la similitud existente entre el shock por deshidratación y el síndrome tóxico del trastorno nutritivo agudo: semejanza que se explica por obedecer ambos cuadros al mismo mecanismo fisiopatológico: la deshidratación extracelular del compartimento vascular, o sea la hipovolemia consecutiva a la reducción del agua del plasma. La exagerada pérdida patológica hidrosalina, por la vía digestiva en primer término, y por la vía pulmonar y por la piel algunas veces, acarrea primero la pérdida del líquido intersticial, en tanto que el agua intravascular apenas se modifica. Si las pérdidas líquidas continúan siendo acentuadas se produce el agotamiento del reservorio intersticial, fracasan los mecanismos reflejos de defensa encargados de reducir la capacidad vascular, viene la hipovolemia y el shock circulatorio final. Es probable que en ciertas ocasiones el agua intracelular también participe en el proceso de deshidratación; pero sería la excepción. Cualquiera que sea la vía por la que se elimina el agua orgánica, tiene la particularidad de poseer igual composición que el agua extracelular; de aquí que dichas pérdidas acuosas vehiculizan electrolitos, especialmente Cl en los vómitos y Na en las diarreas. La pérdida electrolítica pone en juego los mecanismos reguladores del equilibrio ácido-básico, que en su quebrantamiento final acarrea modificaciones del Ph humoral. Finalmente, es necesario agregar que la hipovolemia de los cuadros graves lleva aparejada una hemoconcentración con hiperproteíнемia relativa, volumen globular alto, hiperglobulia, hemoglobíнемia alta e hiperazoemia.

4.—Sistemas de hidratación del lactante: ventajas e inconvenientes

En la premiosa necesidad de proporcionar agua y electrolitos al lactante que vemos agravarse en forma rápida por continua pérdida acuosa, se han utilizado las más diversas vías de suministración, la elección de las cuales está generalmente supeditada al cuadro clínico del paciente y a las posibilidades técnicas del médico tratante.

Los más consagrados maestros de la especialidad (Czer-ny-Finkelstein, Marfan, Rominger, etc.) afirman que el agua suministrada por la vía bucal es la mejor aprovechada por el organismo. Para el Prof. Finkelstein el paso del líquido a través del hígado garantiza una correcta distribución acuosa celular y extracelular, como asimismo una hidratación orgánica estable. Garraban también ha comprobado que el número de éxitos terapéuticos por la hidratación oral es mucho más alto que por otros procedimientos. Entre nosotros, el Prof. Scroggie, a través de dilatada experiencia, usando esta vía, cuyos beneficios reconoce, ha tropezado dos serios obstáculos: los vómitos en primer lugar y luego el reflejo gastrocólico de las enterocolitis.

En realidad quien haya trabajado en un servicio de lactantes, ha podido apreciar las dificultades que significan hidratar por boca a un lactante vomitador. Si agregamos a estas circunstancias las perturbaciones sensoriales, que en ocasiones llevan al lactante al coma profundo, es comprensible que una vía tan fisiológica como ésta deba ser abandonada para emplear otros procedimientos que garanticen un aporte líquido inmediato y suficiente.

La hipodermoclisis sólo en parte soluciona el problema, pues con ser un fácil procedimiento es doloroso y permite suministrar una limitada cantidad de líquidos. Además, por llegar éstos a tejidos alterados funcionalmente, se reabsorben con relativa lentitud, pudiendo sobrevenir alteraciones cutáneas, como esclerema, hemorragias y necrosis.

Las inyecciones intraperitoneales frecuentemente originan meteorismo, discretas manifestaciones de irritación peritoneal y aun peritonitis. Por estas circunstancias, por la lenta reabsorción líquida, por los edemas retroperitoneales, este procedimiento tiene limitados partidarios.

La fleboclisis continua por el procedimiento de Karelitz ha significado un notable progreso en este aspecto del problema. La instilación venosa continua, gota a gota de suero, en cantidad para satisfacer los requerimientos hidricos del lactante, ha reportado una enorme disminución de la mortalidad en los trastornos nutritivos agudos. La mejoría clínica no tarda en apreciarse, con elevación de la curva del peso en los primeros días, recuperación ponderal que se pierde rápidamente al retirar el sistema hidratante, como si el agua inyectada atravesara sencillamente el organismo sin ejercer más acción que la de mejorar la repleción del sistema vascular (Finkels-tein). Sin embargo, no es unánime el entusiasmo por los re-

sultados de este procedimiento y lo que es más importante para el médico que ejerce en centros no dotados de los recursos materiales necesarios ni de personal debidamente preparado para la atención de esta clase de afecciones, la realización de la fleboclisis presenta dificultades y su mantención posterior no está exenta de riesgos que exigen esmerada y permanente atención (hipertermias, flebitis mecánicas, etc.).

En resumen, los métodos de hidratación en uso no son siempre prácticos ni inobjectables.

5.—El gota a gota rinosofágico. Sus ventajas, inconvenientes e indicaciones

La instalación de los primeros gota a gota intravenosos en provincia, nos confirmaron que su empleo, por los diversos detalles que su uso supone, queda en realidad estrictamente reservado para los hospitales especializados o que cuentan con servicios pediátricos bien dotados, tanto desde el punto de vista material, como de eficiencia técnica del personal que en ellos labora.

Hubimos entonces de dirigir nuestra atención a la búsqueda de otro procedimiento de hidratación, que teniendo las ventajas del que nos veíamos obligado a abandonar, no tuviera sus inconvenientes. Casualmente, nos informamos de un recurso muy en boga entre los americanos del norte, que por su sencillez nos convenció desde el primer momento: es el gota a gota permanente mediante una sonda colocada en el esófago a través de la nariz.

No tenemos conocimiento que entre nosotros se haya practicado un estudio sistemático del procedimiento y es sorprendente ya que su simplicidad y ventajas son evidentes. El profesor Cienfuegos hace referencias de haber usado en ciertos casos la sonda gástrica permanente, colocada por vía nasal a través de la cual inyecta una solución gota a gota; la usa por períodos alternados con períodos de reposo; sin embargo, no se pronuncia sobre sus resultados. El profesor Scroggie ha usado el sondaje duodenal con una sonda delgada, lo que logra eliminar el vómito, pero provoca intensas diarreas, cólicos y malestar del paciente.

Nosotros hemos adaptado al sistema corriente para el gota a gota intravenoso una sonda Nelaton N.º 6-8 que introducimos por la nariz hasta la mitad de la altura del esófago. Fijamos la sonda por medio de tela adhesiva a la entrada de las fosas nasales y dejamos al niño que se coloque en la

forma que sea más cómoda, sin tener que someterlo a la tortura que significa el procedimiento de Karelitz. Dejamos al lactante los brazos libres, sin que hayamos tenido motivo para proceder en distinta forma, ya que después de las primeras manifestaciones naturales de molestia local, por lo demás muy escasas, el lactante tolera admirablemente el dispositivo. Cuando se hace necesario mantener la hidratación por varios días, cambiamos a las 48 horas la ubicación de la sonda al otro orificio nasal; no hemos constatado lesiones locales por compresión. Empleamos como líquido hidratante una mezcla a partes iguales de suero Ringer y agua de té, aprovechando el contenido de electrolitos del primero y las cualidades de astringente, estimulante y alcalinizante que se atribuyen a la segunda. Las cantidades se calculan graduando el número de gotas por minuto en forma de satisfacer eficientemente las necesidades hídricas del lactante. Se humedece la boca del niño con la misma solución para evitar la desecación de las mucosas. No hay inconvenientes en mantener la sonda durante 5 a 6 días a objeto de asegurarse una continua suministración de líquidos al lactante y ello no es tampoco obstáculo para iniciar la realimentación en el momento que se considera conveniente, pues la sonda en nada dificulta la deglución de líquidos por el niño, ya sea alimenticios o vehiculizando medicamentos.

Las indicaciones del procedimiento las constituyen aquellos casos de lactantes deshidratados, cualquiera que sea la causa que la ha provocado, y en los que el vómito o la obnubilación sensorial hace imposible una satisfactoria suministración acuosa por vía bucal. Se ve que sus indicaciones absolutas se confunden con las de la fleboclisis continua. Indudablemente no hay inconvenientes en ampliar el uso del sistema para emplearlo en cualquier caso en que se requiera aporte líquido permanente, sea cual fuera la naturaleza del mismo.

Podría pensarse a priori que el vómito fuera un serio obstáculo para su empleo. En los casos que hemos tratado por este procedimiento, la anamnesis nos reveló en casi todos predominio del síntoma vómito al momento de su ingreso, motivo precisamente que nos habría dificultado la suministración líquida per os en biberones o por cucharaditas. Después de colocada la sonda rinonesofágica y suministrado sulfathiazol desde un comienzo en los casos que lo requerían, hemos visto desaparecer el vómito o si ha persistido en un escasísimo número de enfermitos, ha sido de tan pequeña intensidad que nada ha costado reducirlo con simples medidas tendientes a

suprimir el desequilibrio ácido-básico existente o el factor infeccioso en juego (Obs. N.º 5). En nuestra observación N.º 2, a los 11 días de evolución en franca mejoría de su toxoinfección, se complica de otitis supurada bilateral, reaparecen vómitos que se muestran rebeldes a todas las terapéuticas habitualmente usadas; en estas condiciones cae nuevamente en toxicosis, por lo que reinstalamos la hidratación rinoesofágica y el sulfathiazol en dosis convenientes; al comienzo constatamos sólo estado nauseoso y posteriormente desaparición absoluta y definitiva del vómito. Indudablemente la asociación sulfathiazol-suministración líquida salina acarrea una rápida supresión de los factores productores del vómito, muy particularmente el infeccioso. Por otra parte, si recordamos la fisiología gástrica se nos hace evidente que el píloro permanentemente entreabierto permita el paso inmediato hacia el intestino del líquido que llega al estómago, con mayor rapidez si es alcalino. Las mínimas cantidades líquidas que recibe permanentemente el estómago por la sonda esofágica, abandonan de inmediato la cavidad de este órgano sin llegar a constituir un excitante local al vómito y probablemente tampoco al reflejo gastrocólico de las enterocolitis. Sea cual fuere el mecanismo, el hecho constatado es que los niños tratados según el esquema señalado no vomitan más en su gran mayoría.

No contamos en nuestra casuística con enterocolitis, en que hayamos podido observar el comportamiento del reflejo gastrocólico a la hidratación gota a gota por la vía digestiva alta; pero por las razones antes anotadas nos atrevemos a pensar que el reflejo no se produce.

Las afecciones respiratorias que con tanta frecuencia complican los cuadros digestivos nutritivos graves, siempre que no revistan por sí mismas tal gravedad que dominen el cuadro general, tampoco constituyen obstáculos para el uso de la sonda rinoesofágica. De todas formas siempre quedaría la posibilidad de usarla en estos casos por la vía bucoesofágica. Ilustramos con la observación N.º 15 un cuadro respiratorio hidratado por este sistema.

De aquí que las contraindicaciones para el uso de la sonda rinoesofágica las constituyen sólo aquellos factores que obstaculicen su colocación hasta el punto en el cual se ubica y como ellos son excepcionales, el sistema de hidratación no tiene en general contraindicaciones de ninguna especie en la práctica diaria.

6.—Casuística

Tratándose la presente comunicación de un trabajo preliminar con el que pretendemos sólo llamar la atención de los colegas pediatras hacia el empleo de un recurso de hidratación sumamente sencillo y eficaz, es aún escasa nuestra casuística. Hemos elegido lactantes cuyo metabolismo acuoso está seriamente perturbado, la gran mayoría en estado de toxiinfección, casi todos distróficos, por tanto en déficit funcional y algunos complicados de afecciones intercurrentes. El sulfathiazol ha sido usado sistemáticamente desde el comienzo y se ha suprimido en el momento en que las deposiciones adquirirían normalidad o la complicación intercurrente había sido dominada. No ha sido posible, por razones diversas, emplear regularmente el precioso recurso que significan las transfusiones sanguíneas; es indudable que las mejorías habrían sido más rápidas y brillantes al haber usado ese recurso terapéutico.

En el ánimo de presentar sólo hechos y ya que se trata de una comunicación preliminar, no hemos querido hacer estudios comparativos ni tampoco estadísticas de mejoría o mortalidad. Tal vez con un mayor número de observaciones, en un trabajo posterior, podamos ampliar muchos de los puntos comentados, como asimismo comprobar lo que por no disponer de material sólo nos hemos limitado a suponer como posible.

OBSERVACION N.º 1

S. C. — Obs. N.º 43/99. — 1 año, 5,000 grs.

Antecedentes hereditarios: Padres serología (—). No hay antecedentes de contagio tuberculoso.

Antecedentes personales: Siete meses pecho materno exclusivo. Después, insuficientes cantidades de leche de vaca como único alimento. Jamás preparados de vitamina D.

Antecedentes mórbidos: No hay.

Enfermedad actual: Hace tres días aparece diarrea. Sensorio embotado desde el segundo día.

Examen físico: Temperatura rectal, 40,5°. Deficientes condiciones nutritivas. Sensorio embotado. Sequedad de la piel con turgor escaso. Hipertonía muscular. Respiración tóxica; bronquiales en ambos campos. Simpatosis intestinal. Hígado en el reborde.

Diagnóstico: Toxi-infección. Distrofia.

Exámenes de laboratorio: Kahn (—). Orina (—). Rayos: rechazo de ambos diafragmas y del corazón por abundante meteorismo abdominal. Mantou al $1 \times 10,000$ (—).

Tratamiento: Gota a gota rinoesofágico con suero Ringer y agua de té en partes iguales. Neumolán. Realimentación con Eledón adicionado de 5 % de hidratos de carbono a las 48 horas.

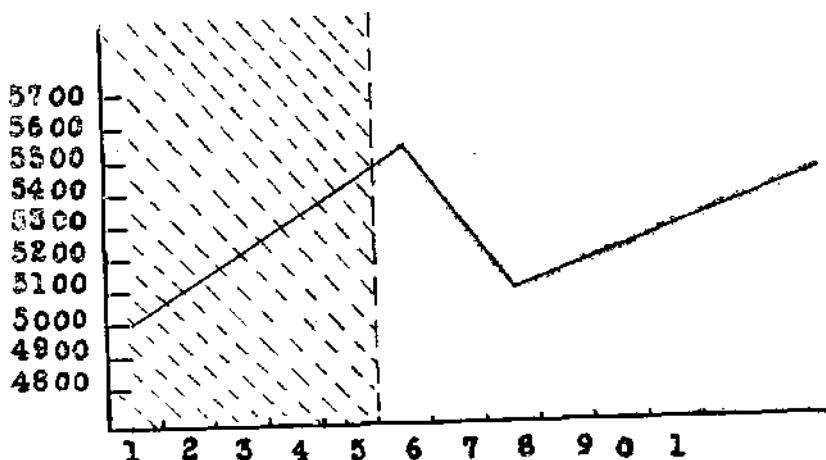


Gráfico N.º 1.

Evolución: Se retira el gota a gota al sexto día, habiendo sido de una tolerancia perfecta. Sin vómitos; deposiciones semiformadas al tercer día, normalizadas al vigésimo. Al segundo día el sensorio se despeja un poco, para luego volver al estado de completo embotamiento. Al cuarto día, el psiquis está lúcido y se normaliza la curva térmica. El peso ha ganado 230 gramos al tercer día y 530 gramos al sexto; en ese momento se constata discretísimo edema de las extremidades. Retirado el gota a gota se sigue con la misma mezcla la hidratación per os, con buena tolerancia. El peso cae en 430 gramos en las 24 horas siguientes para luego permanecer en valores próximos a los 5.000 gramos durante algunas semanas e iniciar finalmente curva definitivamente ascendente.

Comentario: Distrófica que ingresa en condiciones gravísimas de toxi-infección. Gota a gota rinoesofágico determina alza del peso de 530 gramos en 6 días con buena tolerancia. La curva del peso cae a valores próximos a los iniciales, sin que reaparezcan síntomas de agravación. El sensorio se despeja el cuarto día. Desde el tercer día se inicia la realimentación con Eledón, mientras se mantiene el gota a gota rinoesofágico hasta el sexto día. Largo período de reparación ulterior con curva de peso francamente ascendente desde los 54 días de permanencia en el servicio.

OBSERVACION N.º 2

G. J. — Obs. N.º 43/598. — 6 meses. 5.800 grs.

Antecedentes hereditarios: No interesan.

Antecedentes personales: Hasta los 4 meses pecho materno, complementado en seguida con pequeñas cantidades de leche condensada.

Antecedentes mórbidos: Ha sido sano.

Enfermedad actual: Se inicia seis días antes con vómitos intensos, incluso el agua, deposiciones dispépticas, inapetencia. Hace dos días se le somete a D. H. y realimentación con Eledón. Llega en peores condiciones.

Examen físico: Temperatura rectal. 38.2°. Condiciones nutritivas deficientes. Panículo y turgor disminuidos, Cardiopulmonar (—). Abdomen (—). Sensorio embotado.

Diagnóstico: Toxi-infección.

Exámenes de laboratorio: Kahn (—). Orinas: indicios de albúmina. Rayos (—). Mentoux al 1 x 10.000 (—).

Tratamiento: Gota a gota rinosofágica de suero Ringer y agua de té. Neumolán. Realimentación con Eledón al tercer día.

Evolución: Al tercer día se retira el sistema de hidratación en atención a la buena recuperación del peso (300 gramos en tres días) y a la lucidez del sensorio. Al sexto día el peso sigue en ascenso, la alimentación se amplía, recibe agua y suero Ringer en cantidades para completar 150 grs. líquidos por kgr. de peso. Deposiciones semiformadas, buen apetito, sin vómitos desde el comienzo. A los 11 días reaparecen los vómitos, diarreas, deshidratación y nuevamente estado soporoso. El especialista constata otitis media supurada bilateral. Después de 48 horas de D. H. con hidratación rinosofágica y sulfathiazol, el sensorio se despeja, no hay vómitos (en un comienzo náuseas), deposiciones siguen dispépticas. Ha ganado 680 gramos en 48 horas. Se vuelve a realimentar con pequeñas dosis de Eledón con 5% de hidratos de carbono, manteniendo la sonda hasta el día siguiente, con lo cual el peso sube en 50 gramos más. El vómito desaparece definitivamente; las deposiciones siguen semiformadas por algunas semanas; el peso cae lentamente, aunque el apetito está bueno y la alimentación se amplía con oportunidad. Frecuentes cuadros rinofaríngeos y bronquiales. Sólo a los 45 días de ingreso el peso empieza a subir en forma regular y satisfactorio.

Comentario: Lactante en estado de toxi-infección, cuyo sensorio se despeja al segundo día de recibir hidratación rinosofágica. Al tercer día ha ganado 300 gramos de peso y continúa hidratándose por vía bucal, sin reaparición de vómitos, que con anterioridad dominaban el cuadro. Otitis supurada bilateral acarrea seria reaparición de los síntomas de toxi-infección; a las 48 horas de segunda D. H. con gota a gota rinosofágica y sulfathiazol, se ha dominado el cuadro: sube peso en 680 gramos, el sensorio se ha despejado y no hay vómitos. Reparación posterior lenta por frecuentes cuadros de infecciones de las vías respiratorias.

Es de especial interés el presente caso, pues nos coloca frente al escollo principal que para la hidratación por la vía digestiva significa el vómito. En este caso, el vómito no cedió a ninguno de los recursos corrientes de tratamiento (lavado gástrico, poción con estovaina, hipofisina, etc.) y esperábamos ansiosos su comportamiento al gota a gota. Apenas instalado éste, se

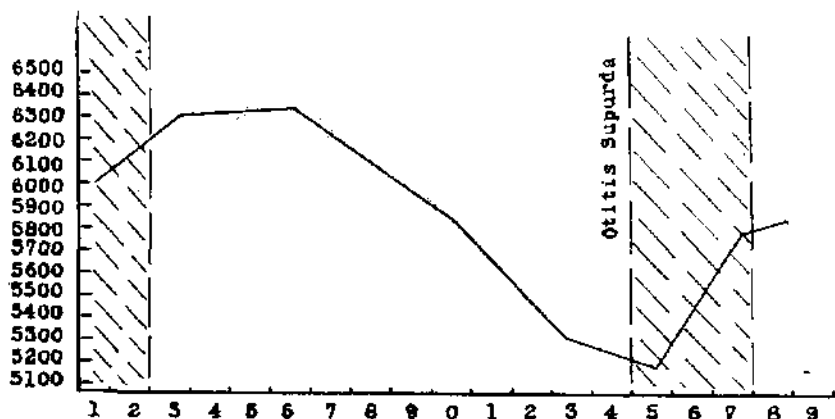


Gráfico N.º 2.

observaron sólo algunas náuseas y posteriormente ni la más pequeña demostración de intolerancia gástrica. Realimentación e hidratación por vía bucal posterior sin inconvenientes.

OBSERVACION N.º 3

V. M. — Obs. N.º 42/5124. — 4 meses, 5,270 grs.

Antecedentes hereditarios: Madre reacciones serológicas positivas hace dos años; sin tratamiento específico. No hay antecedentes de contagio tuberculoso.

Antecedentes personales: Desde el nacimiento, alimentación mixta con leche condensada.

Enfermedades anteriores: Granuloma del ombligo. Mastitis supurada. Dispepsia hace pocos días, tratada con D. H. corta y restricciones alimenticias.

Enfermedad actual: Ayer comienza con intensos vómitos y diarreas, sed. inapetencia.

Examen físico: Temperatura rectal, 39.2°. Muy pálido y deshidratado, con mirada vaga y posiciones catatónicas. Hígado a un través.

Diagnóstico: Toxi-infección.

Exámenes de laboratorio: Kahn (—). Orina: escasos elementos epiteliales.

Tratamiento: Gota a gota rinosofágico, usando la mezcla de Ringer y agua de té a partes iguales. Neumolán. Eledón en dosis pequeñas a las 48 horas.

Evolución: Gota a gota perfectamente tolerado: se retira a las 48 horas, habiendo ganado al tercer día de instalado 500 gramos de peso y estando el sensorio despejado. Sin vómitos. deposiciones fluidas. Las deposiciones se normalizan al sexto día, fecha en que el peso desciende un poco. Apetito bueno. realimentación sin tropiezos. Al undécimo día se pasa progresivamente al régimen corriente.

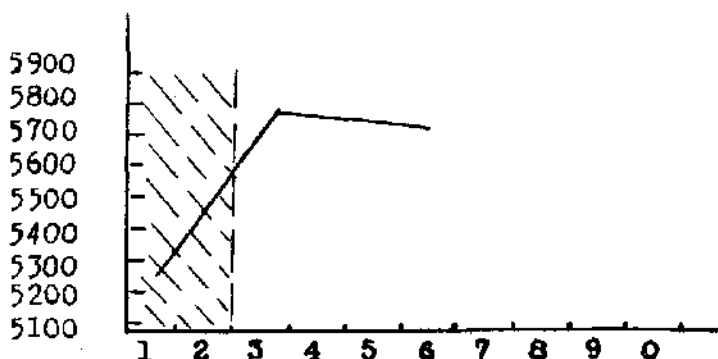


Gráfico N.º 3.

Comentario: Cuadro de toxi-infección que cede rápidamente a la D. H. de 48 horas con hidratación por vía rinoesofágica y neumolán. Al tercer día se evidencia el buen aprovechamiento del líquido por alza del peso en 500 gramos. En la misma fecha se inicia la realimentación con Eledón, la que en consideración al buen apetito del niño y ausencia de vómitos, se amplía rápidamente.

OBSERVACION N.º 4

L. A. R. A. — Obs. N.º 42/7855. — 3 meses. 3,400 grs.

Antecedentes hereditarios: La abuela del niño está actualmente hospitalizada por tuberculosis pulmonar.

Antecedentes personales: Alimentación con leche de vaca en cantidades suficientes (?).

Antecedentes mórbidos: No acusa.

Enfermedad actual: Ingresado de guardia con el diagnóstico de dispepsia grave, distrofia. No tenemos otros antecedentes.

Examen físico: Mal estado nutritivo, sensorio ligeramente embotado. Piel sin elasticidad y con escaso pánico y turgor. Ojos hundidos y sin expresión. Mucosa bucal seca y brillante. Pulmones y corazón (—). Hígado a un y medio través.

Diagnóstico: Toxicosis. Distrofia.

Tratamiento: Gota a gota rinoesofágico, empleando suero de Rínger y agua de té. Neumolán. Eledón al tercer día.

Evolución: Cuatro días se mantiene el gota a gota sin que el niño exteriorice signos de intolerancia. El sensorio recobra la lucidez al segundo día. La curva del peso se mantiene estacionaria, lo que interpretamos como consecuencia de las diarreas de tipo coleriforme que el niño presenta. A los 8 días recibe 100 grs. de Eledón por kgr. y adecuadas cantidades de la mezcla líquida por vía bucal; buena tolerancia. Sube 300 grs. de peso. A los veinte días se da de alta con régimen completo a base de Pelargón.

Comentario: Caso de toxicosis, cuya evolución ha sido espléndida de todos puntos de vista.

OBSERVACION N.º 5

A. G. — Obs. N.º 43/1273. — 6 meses, 4,650 grs.

Enfermedad actual: Desde hace un mes presenta un cuadro de diarreas y vómitos que se ha sometido a tratamiento sin resultado favorable por el médico de un pueblo vecino.

Examen físico: Temperatura rectal, 37°. Malas condiciones nutritivas, sensorio embotado. Piel seca, pálida, deshidratada. Ojos hundidos. Mucosa bucal seca. Higado a tres traveses de dedo del reborde costal.

Diagnóstico: Toxicosis. Distrofia.

Tratamiento: Gota a gota rinoesofágico con agua de té y suero Ringer. Sulfathiazol. Realimentación con Eledón al tercer día.

Evolución: Al segundo día el peso ha subido en 150 gramos, aunque persisten vómitos que se hacen desaparecer adicionando al gota a gota 5 o/oo de bicarbonato de sodio. Al día siguiente, sensorio despejado, no hay vómitos, deposiciones semiformadas. Al cuarto día se retira el gota a gota y rápidamente se amplía la alimentación. Al séptimo día tiene 700 gramos más de peso que al ingreso; algunos vómitos distanciados son fácilmente reducidos por la atropina. Deposiciones normales. Absceso de un brazo determina pérdida de peso, lo que no influye mayormente en sus condiciones generales. Como no acepta líquidos per os, se instala de nuevo gota a gota rinoesofágico, sin suspender la alimentación, con lo cual el peso se eleva bruscamente a las cifras antes alcanzadas (400 gramos en 3 días). Nuevamente cae el peso al retirar el gota a gota al tercer día; sin embargo, como no existen signos evidentes de deshidratación, se persevera en suministrar líquidos per os y se amplía la alimentación, pasando progresivamente a Pelargón y sopas al término de la cuarta semana de permanencia en el servicio. El peso sube lentamente.

Comentario: Trastorno dispéptico prolongado que por inadecuados tratamientos ha llegado a la distrofia y toxicosis. Sometido a D. H. con gota a gota rinoesofágico, usando nuestra mezcla standard de suero Ringer y agua de té, eleva bien su peso, aunque persistiendo vómitos de carácter acidótico, que cesan al agregar bicarbonato de sodio a la mezcla líquida. Sensorio despejado al tercer día hace posible la realimentación, mientras se mantiene el

gota a gota hasta el cuarto día. Deposiciones normales al séptimo día. Aparece supuración en un brazo y resistencia del lactante para la hidratación oral, factores ambos que acarrearán pérdida del peso de consideración, por lo cual se vuelve a instalar gota a gota hasta la recuperación ponderal (3 días). Cae nuevamente el peso una vez suspendida la hidratación por este sistema; esta vez la ausencia de toda manifestación alarmante de deshidratación permite adoptar una actitud de prudente expectativa, conducta plenamente justificada por la evolución posterior del lactante.

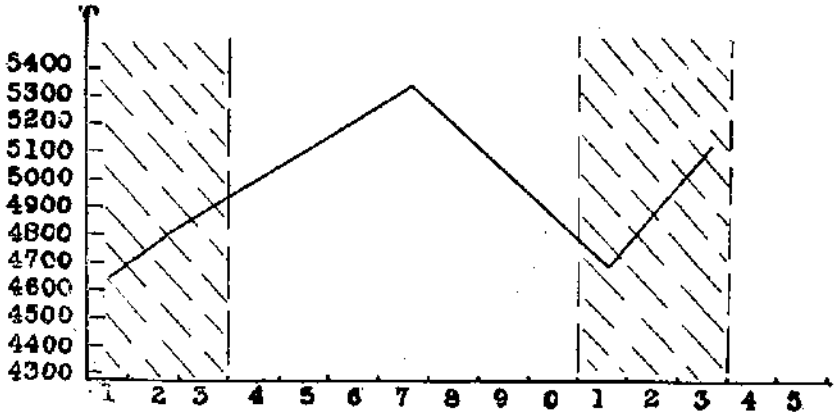


Gráfico N.º 4.

OBSERVACION N.º 6

D. T. — Obs. N.º 43/1098. — 6 meses. 3,500 grs.

Antecedentes hereditarios: Padres serología (—). (No hay antecedentes de contagio tuberculoso. Tres hijos fallecidos de trastornos nutritivos agudos.

Antecedentes personales y mórbidos: Alimentación con leche condensada desde el mes de edad, controlada en el Seguro Obligatorio. Dos frascos de vitamina D. Bronconeumonía a los tres meses.

Enfermedad actual: Recibida por el médico de guardia sólo con el diagnóstico.

Examen físico: Temperatura rectal, 36.6°. Pésimas condiciones nutritivas. obnubilación sensorial. Deshidratación acentuada de la piel con turgor y pániculo casi nulos. Sequedad de las mucosas. Timpanismo abdominal e hígado a dos traveses de dedo. Hipertonía muscular. Escasos signos de raquitismo.

Diagnóstico: Toxicosis. Distrofia. Raquitismo.

Tratamiento: Gota a gota rinoesofágico con suero de Ringer y agua de té en partes iguales, sulfathiazol y cardiazol. Realimentación con Eledón a las 24 horas.

Evolución: A las 24 horas el sensorio está despejado, ha ganado 250 grs. de peso. Se retira el gota a gota y se da pequeñas cantidades de Eledón, que vomita; deposiciones semiformadas, grumosas. Se deja otras 24 horas con el sistema gota a gota, al cabo de las cuales la alimentación se efectúa sin inconvenientes, manteniéndose la hidratación por sonda hasta el quinto día; peso prácticamente estacionario, sensorio despejado, sin vómitos, deposiciones normales. Al sexto día, embotamiento del sensorio y fiebre alta, determinan nueva D. H. por 24 horas con sonda nasal y sulfathiazol. Transcurrido ese plazo, el sensorio se ha despejado, no hay fiebre y el peso está 590 grs. por encima del de ingreso. Poco a poco empieza a caer el peso por líquido de hidratación; al término de la segunda semana está en el peso de ingreso, se alimenta bien (Eledón con 5 % de hidratos de carbono más de 150 grs. por kgr. de peso), las deposiciones están normales. Una semana después se pasa a Pelargón y a sopas de verduras, con lo cual se inicia elevación progresiva de la curva ponderal.

Comentario: El presente caso pone en evidencia la comodidad de mantener la hidratación por sonda durante varios días, mientras se inicia simultáneamente la realimentación del niño. Las premuras en retirar la sonda por una aparente mejoría, no son justificadas por razón alguna, al utilizar este procedimiento. Por otra parte, las agravaciones del cuadro en pleno período reparativo son influenciadas cómodamente por D. H. intercaladas, empleando la sonda rinoesofágica.

OBSERVACION N.º 7

N. R. P. F. — Obs. N.º 42/5392. — 8 meses, 4,300 grs.

Antecedentes hereditarios: Padres con reacciones serológicas positivas.

Antecedentes personales: Nace con 1,650 grs. Leche humana dos semanas, después Eledón y Pelargón. Oportunamente vitamina D y jugos de frutas.

Antecedentes mórbidos: Hemiparesia izquierda al nacimiento. Inertrigo. Piodermia. Dispepsia. Otitis catarral.

Enfermedad actual: Cuatro días atrás comienza con deposiciones frecuentes con mucosidades.

Examen físico: Temperatura rectal, 39,5°. Embotamiento sensorial, desnutrición, Deshidratada. Pulmones y corazón (—). Hígado a dos traveses. Bazo (—).

Diagnóstico: Toxi-infección. Hipoplasia.

Tratamiento: Gota a gota rinoesofágica con suero Ringer y agua de té. Sulfathiazol. Realimentación con Eledón a las 24 horas.

Evolución: Gota a gota 48 horas. Sensorio despejado a las 24 horas. Desde el segundo día la alimentación se realiza en buenas condiciones. Sube 540 gramos de peso durante las 48 horas que se mantuvo la hidratación ri-

noesofágica. Al término de la primera semana tolera perfectamente más de 150 grs. de Eledón por kgr. de peso. El peso va en descenso. Las deposiciones se normalizan en los primeros días y no habiendo vómitos. A los 19 días está con alimentación completa y recuperándose lentamente.

Comentario: Hipoplásica de pasado mórbido nutrido que hace una toxi-infección, que cede rápidamente a la D. H. de 24 horas con perfecta hidratación rinoesofágica. Realimentación sin accidentes. Curva ponderal con alza brusca al comienzo y lenta caída posterior, lo que no influye mayormente en su estado psíquico y tolerancia alimenticia.

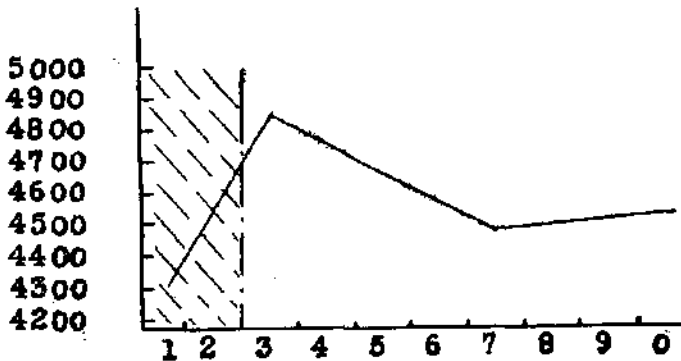


Gráfico N.º 5.

OBSERVACION N.º 8

A. S. V. — Obs. N.º 43/32. — 6 meses. 3.580 grs.

Se desconocen todos los antecedentes.

Examen físico: Temperatura rectal 39°. Aspecto de prematuro, sensorio embotado, respiración tóxica. Esclerema de las pantorrillas. Cráneo-tabes. rosario costal. Abdomen timpánico, hígado y bazo (—); se toca el riñón derecho.

Diagnóstico: Toxi-infección. Distrofia. Raquitismo.

Exámenes de laboratorio: Kahn, orina, rayos X (—). Mantoux al 1 x 10.000 (—) a las 48 horas.

Tratamiento: Gota a gota rinoesofágico con mezcla de suero Ringer y agua de té. Neumolán. Realimentación a las 48 horas con Eledón.

Evolución: Cinco días se mantiene el gota a gota. El sensorio se despeja completamente al cuarto día. La realimentación se efectúa sin tropiezos con Eledón en cantidades progresivas desde el tercer día. Las deposiciones, fluidas y frecuentes en los primeros días, se hacen consistentes al sexto día. El peso ha subido considerablemente al cuarto día (5.700 grs.), alza que coincide con discreto estado edematoso de la piel. Siete días después el

peso alcanza su máximo descenso (320 grs. por encima del de ingreso). Curva ponderal posterior ascendente. Régimen completo a los 22 días del ingreso.

Comentario: Cuadro de grave toxi-infección en un terreno en déficit alimenticio y vitaminado. La sonda rinosofágica hace posible una buena hidratación en el niño profundamente embotado durante cuatro días. Realimentación se efectúa sin dificultades a las 48 horas, mientras se mantiene la sonda nasal hasta el quinto día.

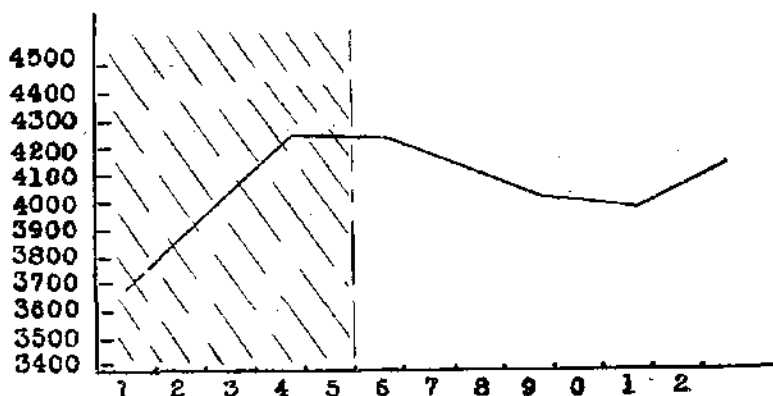


Gráfico N.º 6.

OBSERVACION N.º 9

E. C. P. — Obs. N.º 43/828. — 13 meses. 7,960 grs.

Antecedentes hereditarios: No interesan.

Antecedentes personales: Pecho materno hasta ahora. Dentición a los 9 meses. No camina.

Antecedentes mórbidos: Estados gripales.

Enfermedad actual: Hace tres días comienza a presentar deposiciones frecuentes, semilíquidas y con mucosidades. Vómitos. Fiebre.

Examen físico: Desnutrida, obnubilación sensorial. Temperatura rectal, 38°. Piel pálida, elasticidad y turgor disminuidos. Signos raquíuticos leves. Ojos helenados, sin expresión. Mucosa bucal desecada. Hígado a tres traveses.

Diagnóstico: Toxi-infección. Distrofia. Raquirismo.

Tratamiento: Gota a gota rinosofágico con mezcla de agua de té y suero Ringer. Sulfadiazina, luego neumolán. Leche materna ordeñada a las 17 horas.

Evolución: Se retira el gota a gota a las 17 horas de su instalación. Sensorio despejado. Realimentación con leche ordeñada, sin tropiezos. Las deposiciones se normalizan al tercer día. El peso se mantiene estacionario al tercer día y cae ligeramente al sexto. Se da de alta al poñí.

Comentario: Rápida desaparición de los síntomas de toxi-infección con la D. H. e hidratación rinoesofágica en un lactante alimentado al pecho materno. Realimentación con leche humana precozmente, sin accidentes.

OBSERVACION N.º 10

R. V. O. — Obs. N.º 43/23. — 1 año 3 meses. 7.020 grs.

Antecedentes hereditarios: No interesan.

Antecedentes personales: Un año pecho materno exclusivo. Después convenientes cantidades alimenticias. Dentición a los 7 meses. Caminó al año.

Antecedentes mórbidos: Ascariasis. Estados gripales.

Enfermedad actual: Hace seis días diarreas. Ayer vómitos, decaimiento e inapetencia.

Examen físico: Temperatura rectal, 38,5°. Malas condiciones nutritivas, sensorio cae fácilmente en la obnubilación. Respiración tóxica. Piel seca, forma pliegues. Abultamiento de las epifisis de los huesos largos, rosario costal. Hígado a dos traveses de dedo. Taquicardia incontable. Parálisis capilar conjuntival. Cianosis de la mucosa bucal y sequedad.

Diagnóstico: Toxi-infección. Distrofia. Raquitismo.

Exámenes de laboratorio: Indicios de albúmina en la orina.

Tratamiento: Gota a gota rinoesofágica de suero Ringer y agua de té. Sulfathiazol. Cardiazol. Realimentación con Eledón a las 48 horas.

Evolución: Cuatro días se mantiene la hidratación por sonda. A las 48 horas se aprecia el sensorio más despejado, no hay vómitos, deposiciones líquidas y mucosas. La buena tolerancia digestiva permite rápido aumento de las cantidades de Eledón y la prosecución de la hidratación con adecuadas cantidades de suero y agua de té per os. Las deposiciones aparecen semiformadas desde los 11 días del ingreso. Al segundo día del gota a gota, el peso ha subido en 120 grs. y en 280 grs. al cuarto día. Se mantiene en esta cifra ponderal hasta el momento de su alta a los 18 días.

Comentario: Satisfactoria respuesta a la D. H. e hidratación rinoesofágica en un cuadro de toxi-infección. Recuperación ponderal sin pérdida ulterior.

OBSERVACION N.º 11

M. O. C. — Obs. N.º 43/1192. — 1 año 8 meses. 6.830 grs.

Sus antecedentes hereditarios y mórbidos no interesan. Controlada en el Seguro Obligatorio.

Enfermedad actual: Hace una semana comienza con deposiciones líquidas y frecuentes. Vómitos intensos de cualquier líquido ingerido. Tendencia a caer en estado de somnolencia.

Examen físico: Temperatura rectal, 37,2°. Desnutrida, decaimiento con tendencia al sueño. Deshidratación de la piel, con elasticidad muy disminuída. Signos óseos de raquitismo. Lengua seca, saburral. Abdomen balonado; hepatoesplenomegalia.

Diagnóstico: Dispepsia grave. Distrofia. Raquitismo.

Exámenes de laboratorio: Kahn (—). Rayos X (—). Mantoux al 1 x 10,000 (—).

Tratamiento: Gota a gota rinoesofágico con suero de Ringer y agua de té. Sulfathiazol. Realimentación con Eledón a las 24 horas.

Evolución: Gota a gota 24 horas. Sin vómitos. Deposiciones semiformadas al segundo día y formadas al tercero. Realimentación en buenas condiciones con Eledón; Pelargón al quinto día. A los catorce días régimen casi completo con leche de vaca. Al tercer día, el peso no se ha modificado; al quinto día leve descenso.

Comentario: Dispepsia con intensos vómitos y diarreas acuosas, tratada en el Seguro por los medios habituales sin resultados favorables. Gota a gota rinoesofágico con nuestra mezcla standard y sulfathiazol (un solo día) trae cesación del vómito, hace posible realimentación curativa y detiene la pérdida de peso, evitando que el niño cayera en la toxicosis.

OBSERVACION N.º 12

J. A. R. — Obs. N.º 43/1237. 1 año 9 meses. 7,730 grs.

Antecedentes hereditarios: Padre con Kahn dos cruces hace 1 año. No hay antecedentes de contagio tuberculoso.

Antecedentes personales: No interesan.

Antecedentes mórbidos: Dispepsia.

Enfermedad actual: Desde hace tres días presenta vómitos y deposiciones líquidas frecuentes.

Examen físico: Temperatura rectal, 37,2°. Deficientes condiciones nutritivas, profundamente deshidratado, obnubilación sensorial. Turgor y pánico disminuido. Posición de esgrimista. Tonos cardíacos apagados, rápidos. Hígado a dos traveses de dedo.

Diagnóstico: Toxi-infección. Distrofia.

Exámenes de laboratorio: Kahn (—). Orina: albúmina, 0,20 o/co. Rayos X (—). Mantoux al 1 x 10,000 (—).

Tratamiento: Suero Ringer y agua de té con sacarina a tomar. Sulfathiazol.

Evolución: Brusca caída del peso en 200 grs., profunda obnubilación sensorial y deshidratación intensa, determinan la instalación del gota a gota nasal con suero Ringer y agua de té al segundo día; extracto suprarrenal. Al cuarto día hay mejoría del sensorio, sin vómitos ni diarreas. Se retira el gota a gota, reinicia alimentación con Eledón. Al sexto día hace una otitis supurada izquierda. Régimen completo al término de la tercera semana. Las pésimas condiciones del lactante no permitieron un control ponderal más frecuente, sirviendo de orientación al médico tratante la observación de las condiciones generales globales. Al noveno día, el peso está 120 gramos por encima del de ingreso; se mantiene igual a los doce días y a los dieciocho ha aumentado en 330 gramos.

Comentario: El fracaso de la hidratación oral en un lactante en toxi-infección, determina el empleo del sistema de hidratación rinoesofágico que se mantiene por tres días, fecha en que el sensorio se ha despejado bastante y han desaparecido los síntomas gastrointestinales, lo cual permite realimentación en buenas condiciones, a pesar de otitis supurada que complica el cuadro. Al noveno día ha subido en 120 gramos por encima del peso de ingreso. Las malas condiciones del lactante no hicieron posible un control ponderal más próximo. Alta a la tercera semana con alimentación completa y en recuperación franca.

OBSERVACION N.º 13

H. S. R. R. — Obs. N.º 43/748. — 4 meses y medio, 4,450 grs.

Antecedentes hereditarios: Padres con serología negativa. No hay antecedentes de contagio tuberculoso.

Antecedentes personales: Dos meses pecho materno exclusivo. luego complemento con Eledón.

Antecedentes mórbidos: Dispepsia.

Enfermedad actual: Deposiciones diarreas durante la última semana. Hace dos días intensos vómitos, fiebre, embotamiento sensorial.

Examen físico: Temperatura rectal, 39°. Muy deshidratado. Embotamiento de sensorio. Hepatoesplenomegalia.

Diagnóstico: Toxi-infección. Distrofia.

Tratamiento: Dieta hídrica con gota a gota rinoesofágico, mezcla de agua de té y suero Ringer. Sulfatiazol. Realimentación con Eledón al segundo día.

Evolución: Gota a gota tres días. Durante la primera noche habría presentado vómitos repetidos, que no se constataron en su evolución posterior. Las diarreas desaparecen al cuarto día. Al segundo día hipertermia que se combate con envoltorios fríos y que no repitió. La tolerancia a la alimentación es perfecta, lo que permite ampliarla con rapidez. El peso al segundo día ha ganado 150 grs. y 30 grs. al cuarto.

Comentario: En un cuadro de toxiinfección con vómitos intensos, se emplea la sonda rinoesofágica como medio de hidratación. Sólo la primera noche habría presentado vómitos que no constatamos posteriormente. Al segundo día, el sensorio se despeja y la realimentación en cantidades pequeñas de Eledón se inicia sin dificultades y se amplía con rapidez hasta las cifras de crecimiento. Al tercer día se suspende la hidratación rinoesofágica para continuarla por vía bucal. Se empleó, como en los demás casos, el sulfatiazol para combatir el elemento infeccioso.

Resalta la rapidez de la desaparición del síntoma vómico, no habiéndose dirigido ninguna terapéutica a su tratamiento directo. La alimentación, precozmente instituida, tampoco despertó síntomas de intolerancia gástrica.

OBSERVACION N.º 14

R. V. — Obs. N.º 42/1378. — 1 año 2 meses. 4,680 grs.

Antecedentes hereditarios: Convivencia con una bacilífera. Padres sin exámenes serológicos.

Antecedentes personales: Quince días pecho materno; en seguida cantidades insuficientes de leche condensada.

Antecedentes mórbidos: Distrofia. Sarna. Lúes serológica y clínica con tratamiento incompleto. Flegmón del brazo. Vulvovaginitis gonocócica.

Enfermedad actual: Vómitos y diarreas desde hace cuatro días.

Examen físico: Muy desnutrida. Embotamiento leve del sensorio (cuando está quieta). Turgor nulo. Escleroedema de los muslos y parte inferior del abdomen. Nada cardiopulmonar. Hígado a dos traveses. Bazo se palpa. Algona. Temperatura rectal, 37,3º.

Diagnóstico: Dispepsia grave. Obs. toxicosis. Distrofia.

Tratamiento: Gota a gota rinoesofágico con mezcla a partes iguales de Ringer y agua de té. Adrenalina. Eledón al segundo día.

Evolución: Al segundo día no ha presentado vómitos, deposiciones fluidas con mucosidades, sensorio normal. Al tercer día el sensorio está completamente embotado; se agrega sulfathiazol, se suspende el alimento y se continúa con el gota a gota que no se ha interrumpido. Al día siguiente el sensorio está lúcido y se comienza con pequeñas cantidades de Eledón. Fallece al quinto día. Durante estos cinco días se mantuvo el gota a gota rinoesofágico y ganó 580 grs. de peso.

Diagnóstico anatómopatológico: Toxemia crónica de origen nutritivo.

Comentario: Lactante con pasado mórbido sumamente recargado. Hace tóxi-infección, para cuyo tratamiento se somete a hidratación rinoesofágica con la mezcla de suero Ringer y agua de té y Sulfathiazol. A pesar de buena tolerancia a la realimentación, con desaparición del vómito y tendencia a la normalización de las deposiciones, el sensorio no se despeja en forma estable y fallece al quinto día con un cuadro anatómopatológico que evidencia organismo profundamente dañado por sus afecciones anteriores. Tal vez las transfusiones sanguíneas hubieran sido una gran ayuda.

OBSERVACION N.º 15

A. S. C. M. — Obs. N.º 42/7593. 4 meses. 3,580 grs

Antecedentes hereditarios: Padres sin exámenes serológicos. No hay antecedentes de contagio tuberculoso.

Antecedentes personales: Hasta la fecha pecho materno exclusivo.

Antecedentes mórbidos: Sin interés.

Enfermedad actual: Hace dos días comienza con tos seca, vómitos y diarreas.

Examen físico: Lactante en deficientes condiciones nutritivas. Piel pálida; elasticidad bastante disminuida. Aleteo nasal. Mucosa bucal pálida, seca. Pulmones: soplo suave, broncofonía y crépitos de la parte media del pulmón iz-

quierdo. Corazón con tonos apagados, taquicardia. Hígado a tres traveses; bazo (—).

Diagnóstico: Toxi-infección. Distrofia. Bronconeumonía.

Exámenes de laboratorio: Reacción de Kahn (—). Mantoux al 1 x 10 mil (—).

Tratamiento: Gota a gota rinoesofágico con suero Ringer y agua de té. Sulfathiazol. Eledón al segundo día.

Evolución: Gota a gota se mantiene tres días, perfectamente tolerado. La alimentación con alimento curativo se realiza bien. Al noveno día ha ganado 190 gramos; examen pulmonar es negativo. Sensorio despejado desde el segundo día. Al mes está con alimentación completa, pesando 520 grs. más que al ingreso. En esa fecha inicia piodermia, que determina estabilización del peso, luego rápido descenso y fallecimiento al término del segundo mes.

Anatómopatológicamente se halla caquexia de origen nutritivo y anemia general de los órganos.

Comentario: Toxi-infección y bronconeumonía en un terreno distrófico. para cuyo tratamiento se deja en dieta hídrica con hidratación rinoesofágica y sulfathiazol. No se nota agravación del cuadro respiratorio por la sonda nasal. Cae rápidamente la fiebre; el sensorio se despeja al segundo día, fecha en que se inicia la realimentación con Eledón. Al noveno día el examen pulmonar es negativo y ha ganado de peso. Fallece al término del segundo mes por una piodermia que lo lleva a la caquexia nutritiva.

En el presente caso la obstrucción parcial de la fosa nasal por la sonda no significó un motivo de agravación del cuadro disneico. Sin embargo, en casos de acentuada gravedad, pensamos que el mismo objetivo de hidratación podría obtenerse haciendo llegar la sonda al esófago por vía bucal, con lo cual la vía respiratoria queda ampliamente permeable. No hemos tenido oportunidad de poner en práctica dicha modificación.

7.—Conclusiones.

1.º El empleo de la sonda rinoesofágica para suministrar líquidos en gota a gota continua a lactantes deshidratados es un procedimiento sencillo y eficaz. Su sencillez lo pone al alcance del médico práctico, por cuanto no requiere instrumental ni material especiales. Su eficacia queda de manifiesto por rápida hidratación del lactante (inmediatas y apreciables alza ponderales), perfecta tolerancia al dispositivo y mejoría clínica evidente.

2.º No hay contraindicación alguna para su empleo, cualquiera que sea el mecanismo que ha llevado a la deshidratación.

3.º La asociación adecuada con el sulfathiazol en los procesos digestivos nutritivos agudos, asegura la rapidez de la mejoría clínica.

Bibliografía.

- STARLING. — Principles of Human Physiologie. Pág. 632.
- FINKELSTEIN H. — Tratado de las enfermedades del Lactante, 1941. Pág. 260.
- GARRAHAN, JUAN. — Medicina infantil. 1942. Pág. 239.
- CIENFUEGOS, EUGENIO. — Dishidratación. Revista Chilena de Pediatría. XI, XII, 1942. Pág. 1025.
- SCROGGIE, ARTURO. — Trastornos nutritivos agudos en el lactante. Archivos del Hospital de Niños Roberto del Río. IV-1940. Pág. 51.
- ZERVINO, VICTOR. — Infección y sulfamidoterapia en trastornos digestivo-nutritivos del lactante. Archivos Argentinos de Pediatría. IX-1942. Pág. 195.
- DEL CARRIL, MARIO. — Deshidratación en el lactante. Archivos Argentinos de Pediatría. IX-1942. Pág. 204.
- FIGUEROA, RICARDO. — Sulfathiazol en la toxiinfección del lactante. Tesis de Licenciado. 1942.