



N.º 2757

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INVAGINACION INTESTINAL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

SALVADOR J. MACIÀ

Ex-practicante externo del Hospital San Roque (1908—1909—1910)

Ex-practicante menor interno de los Hospitales Pirovano y Juan A. Fernandez (1911—1912)

Ex-practicante menor interno del Hospital San Roque (1912—1913)

Ex-practicante mayor del Hospital San Roque (1913—1914)



BUENOS AIRES

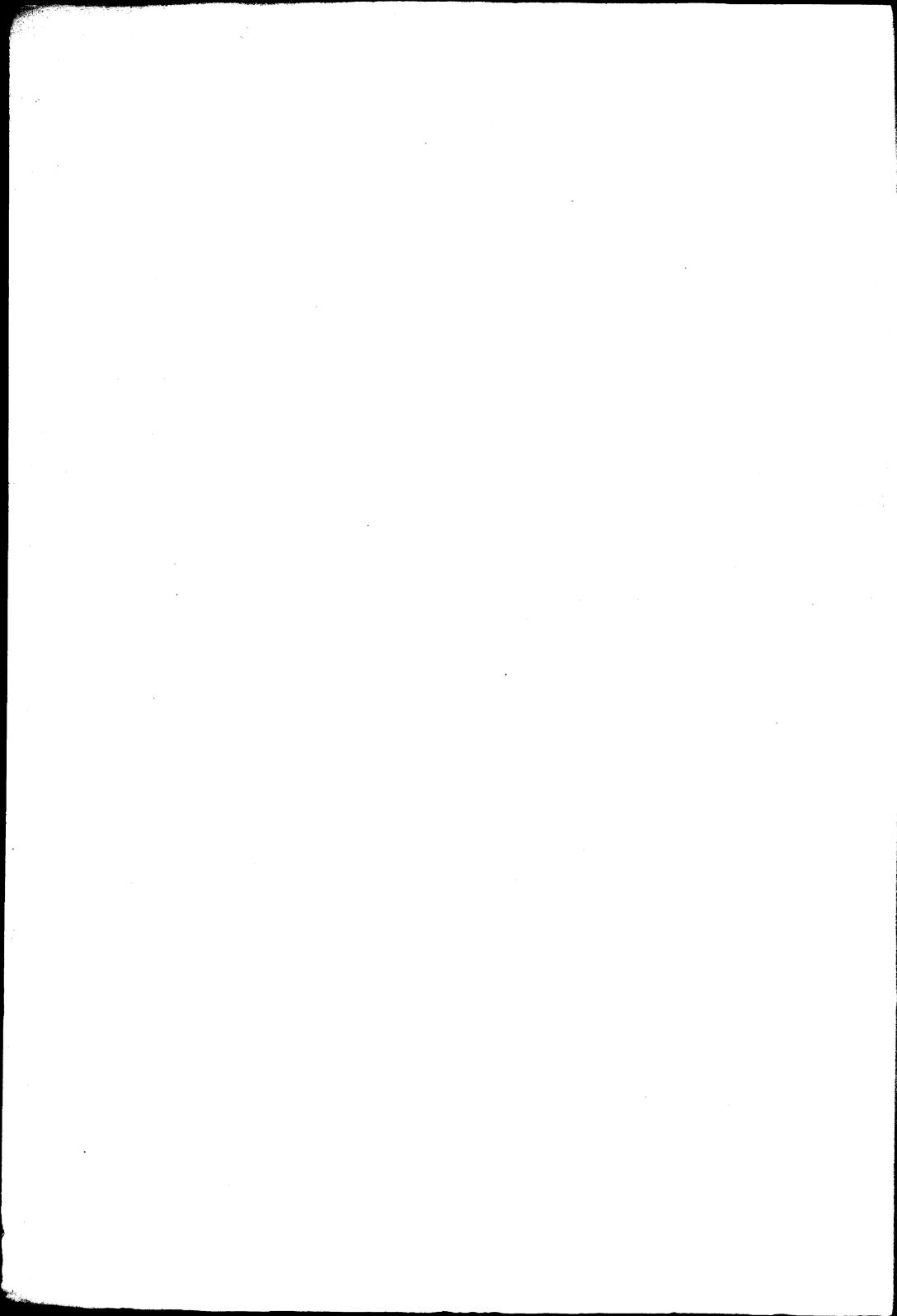
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 - Junin - 863

1914

Mu. B. 88.5

INVAGINACION INTESTINAL



Año 1914

N.º 2757

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INVAGINACION INTESTINAL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

SALVADOR J. MACIÀ

Ex-practicante externo del Hospital San Roque (1908—1909—1910)

Ex-practicante menor interno de los Hospitales Pirovano y Juan A. Fernandez
(1911—1912)

Ex-practicante menor interno del Hospital San Roque (1912—1913)

Ex-practicante mayor del Hospital San Roque (1913—1914)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 - Junin - 863

1914

Handwritten notes:
M. J. Macià
38.0

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

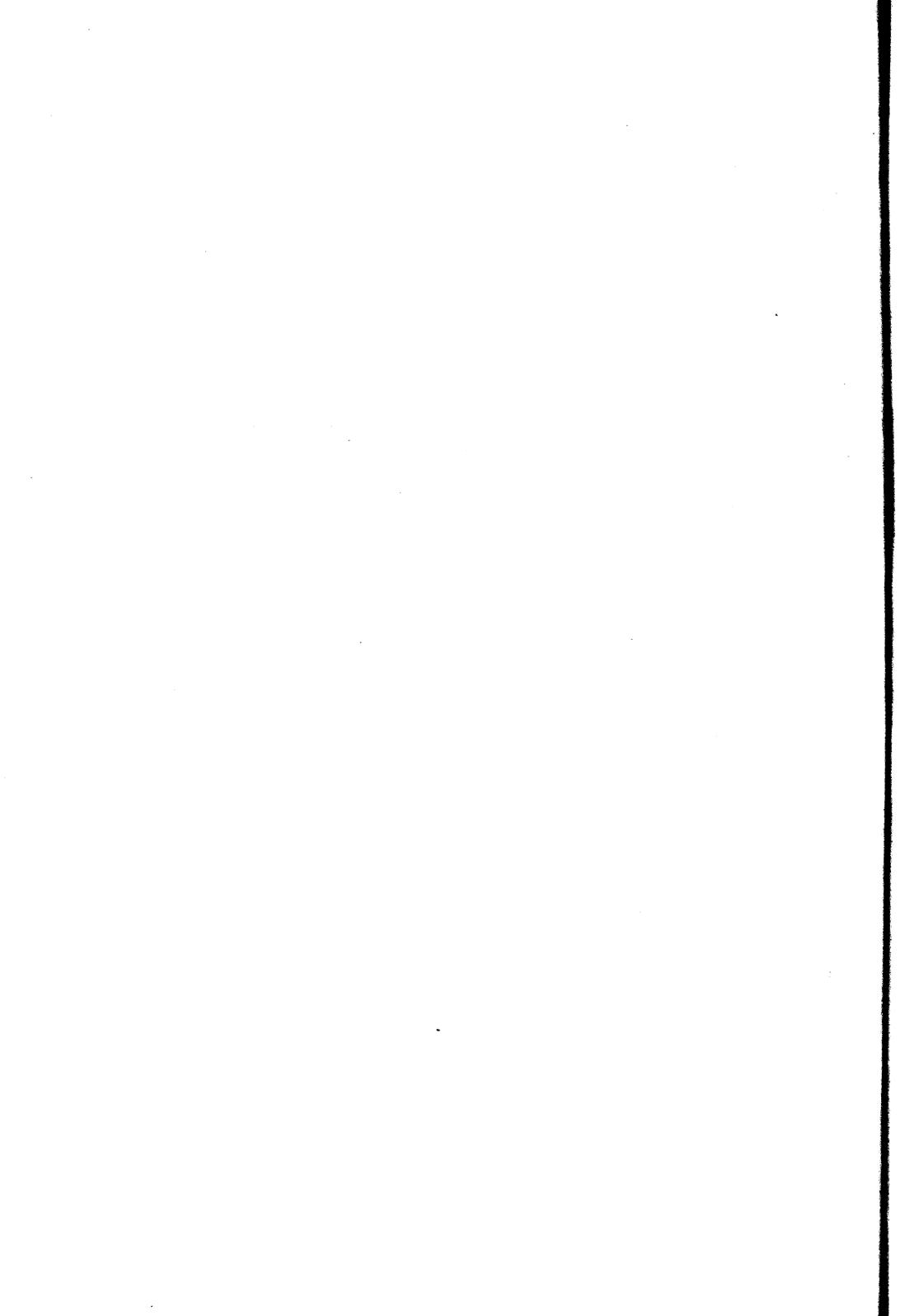
DR. D. LUIS GÜEMES

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » JACOB DE TEZANOS-PINTO
3. » » EUFEMIO UBALLES
4. » » PEDRO N. ARATA
5. » » ROBERTO WERNICKE
6. » » PEDRO LAGLEYZE
7. » » JOSÉ PENNA
8. » » LUIS GÜEMES
9. » » ELISEO CANTÓN
10. » » ENRIQUE BAZTERRICA
11. » » ANTONIO C. GANDOLFO
12. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
13. » » DANIEL J. CRANWELL
14. » » HORACIO G. PIÑERO
15. » » JUAN A. BOERI
16. » » ANGEL GALLARDO
17. » » CARLOS MALBRAN
18. » » M. HERRERA VEGAS
19. » » ANGEL M. CENTENO
20. » » DIÓGENES DECOUD
21. » » BALDOMERO SOMMER
22. » » FRANCISCO A. SICARDI
23. » » DESIDERIO F. DAVEL
24. » » DOMINGO CABRED
25. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

- DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D MARTÍN SPUCH
2. » » TELÉMACO SUSINI
3. » » EMILIO R. CONI
4. » » OLHINTO DE MAGALHAES
5. » » FERNANDO WIDAL



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

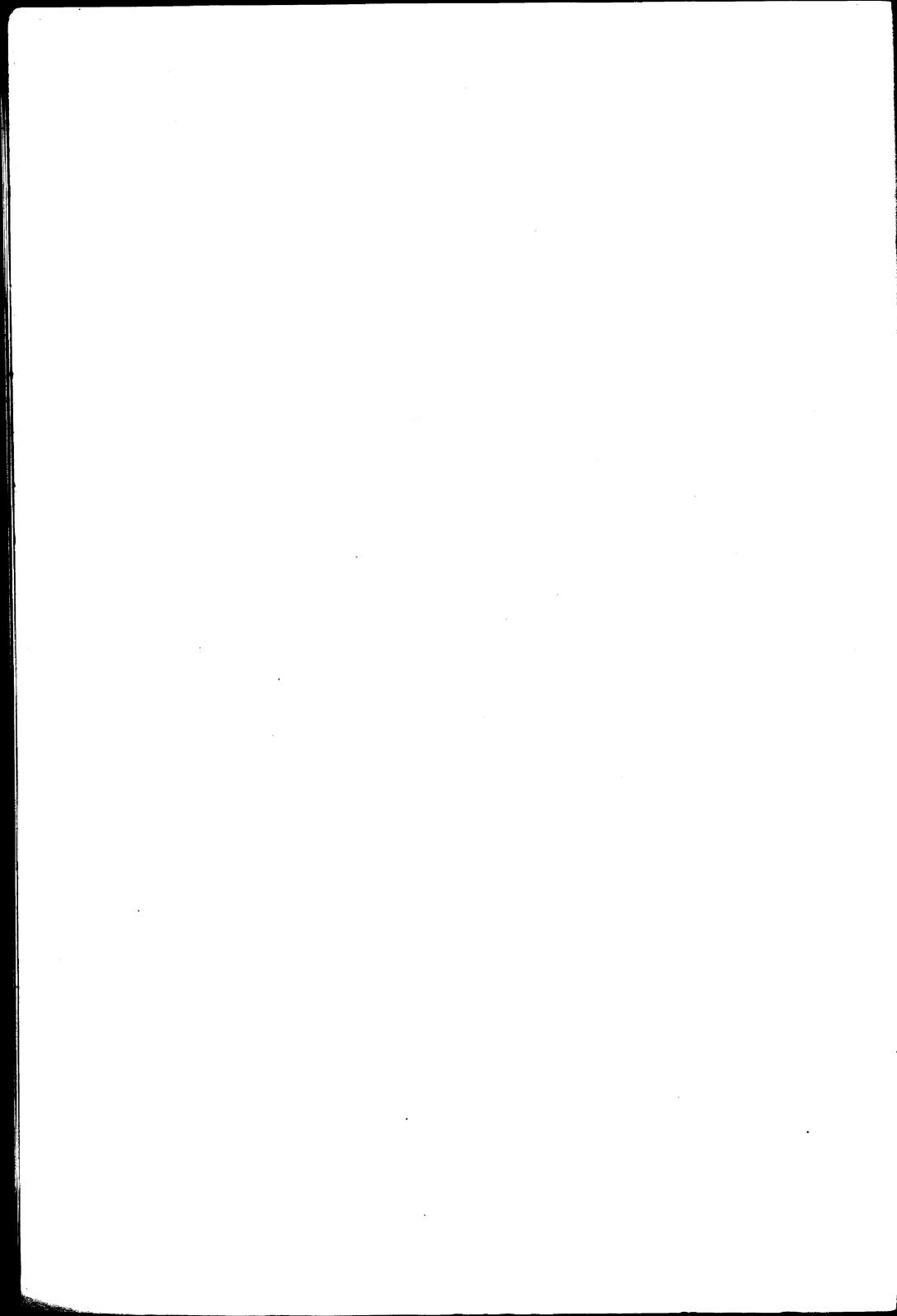
DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

- * » FRANCISCO SICARDI
- * » TELÉMACO SUSINI
- * » NICASIO ETCHEPAREBORDA
- * » EDUARDO OBEJERO
- * » LUIS GÜEMES
- * » ENRIQUE BAZTERRICA
- * » JUAN A. BOERI (suplente)
- * » ENRIQUE ZÁRATE
- * » PEDRO LACAVERA
- * » ELISEO CANTÓN
- * » ANGEL M. CENTENO
- * » DOMINGO CABRED
- * » MARCIAL V. QUIROGA
- * » JOSÉ ARCE
- * » ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

- » J. T. BACA
- » J. Z. ARCE
- » P. N. ARATA
- » F. DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN
- » J. M. RAMOS MEJÍA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURANAÑA
Anatomía Descriptiva.....	{ » RICARDO S. GÓMEZ
	{ » JOSÉ ARCE (interino)
Anatomía Descriptiva.....	{ » JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	{ » PEDRO BELOU (interino)
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana..	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada ...	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	{ » GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ » DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental ...	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Médica	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	{ » MARCELO VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas

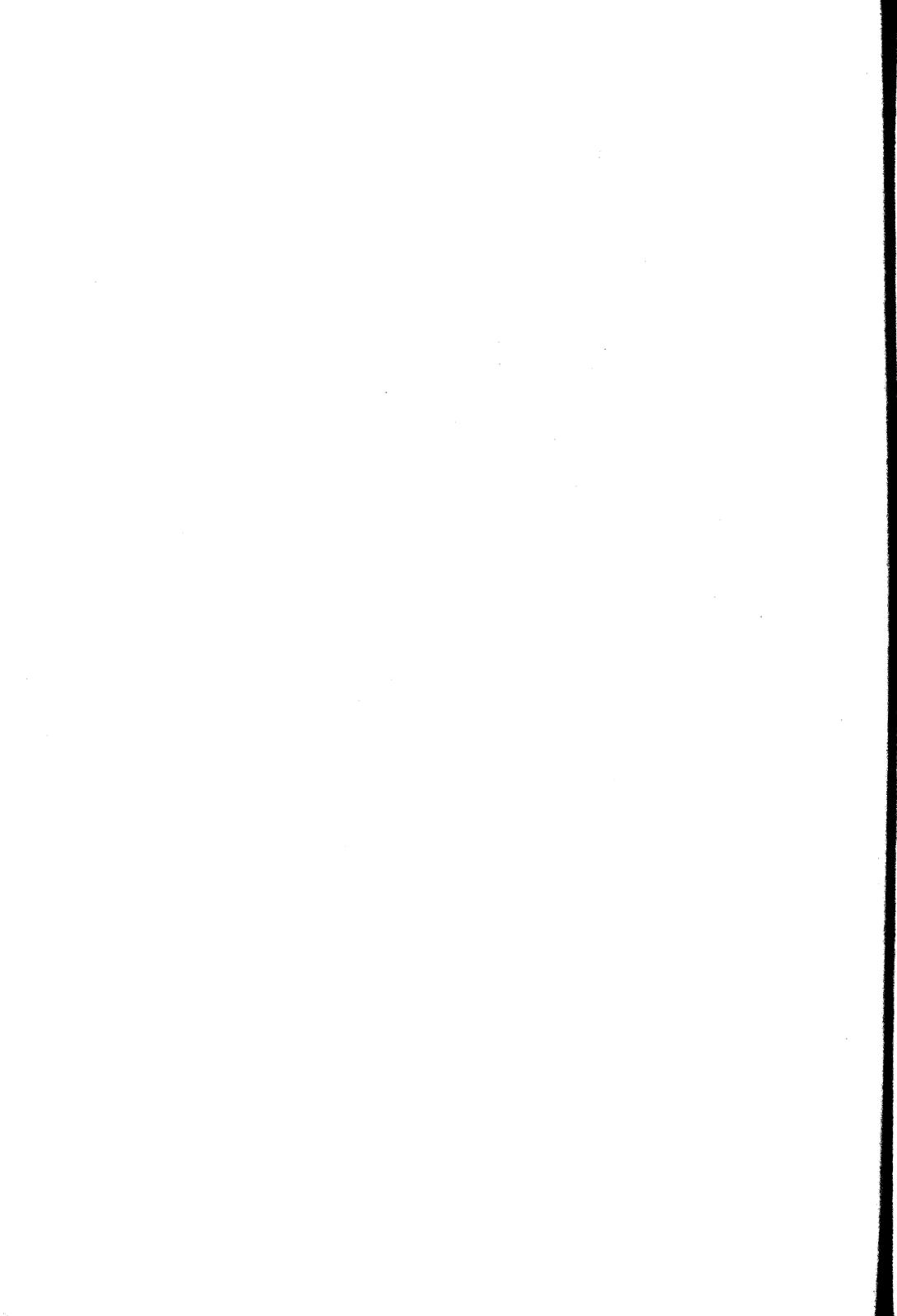
Catedráticos extraordinarios

Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CÁRLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
» Psiquiátrica.....	» JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Fisiología general y humana..	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO
	» MANUEL V. CARBONELL
Semiología.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
	» ROBERTO SOLÉ
Anat. Topográfica.....	» CARLOS R. CIRIO
Anat. Patológica.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia.....	» JOSÉ MORENO
Medicina Operatoria.....	» PEDRO CHUTRO
Patología externa.....	» CARLOS ROBERTSON
Clinica Dermat. ^a Sifilográfica.	» NICOLÁS V GRECO
	» PEDRO L. BALIÑA
» Génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
Clinica Epidemiológica.....	» FERNANDO R. TORRES
Patología interna.....	» PEDRO LABAQUI
	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
Clinica Oftalmológica.....	» ENRIQUE DEMARÍA
	» ADOLFO NOCETI
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
» Quirúrgica.....	» ARMANDO MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO MORSALINE
» Médica.....	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» M. R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» MANUEL A. SANTAS
» Pediátrica.....	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» JAIME SALVADOR
» Ginecológica.....	» TORIBIO PICCARDO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
» Obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
Medicina Legal.....	» AJOQUIN V. GNECCO

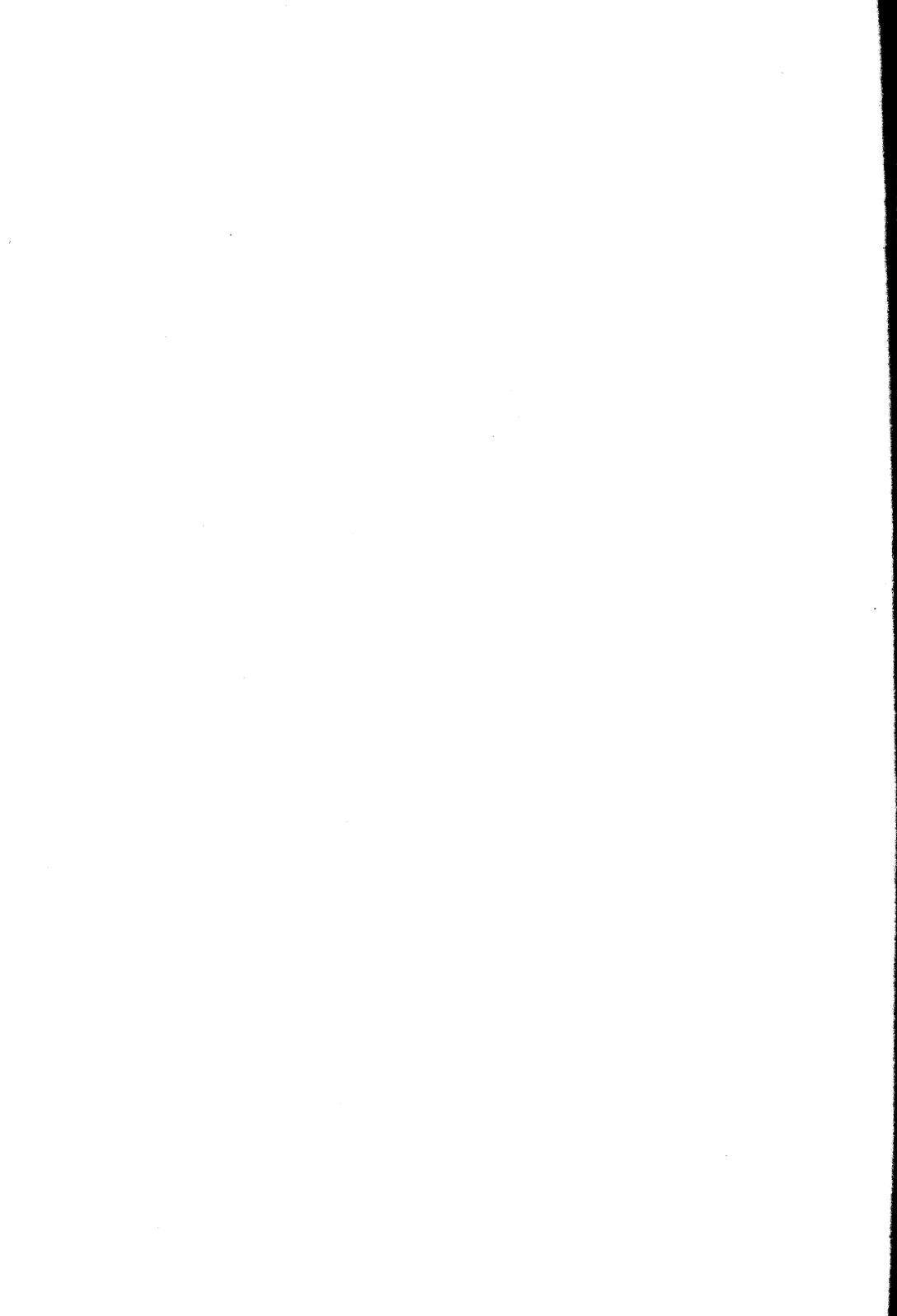


ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada ..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas ..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	» PASCUAL CORTI » RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas ..	
Física farmacéutica	» TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica	» JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	» ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	} DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	
	} DR. FANOR VELARDE

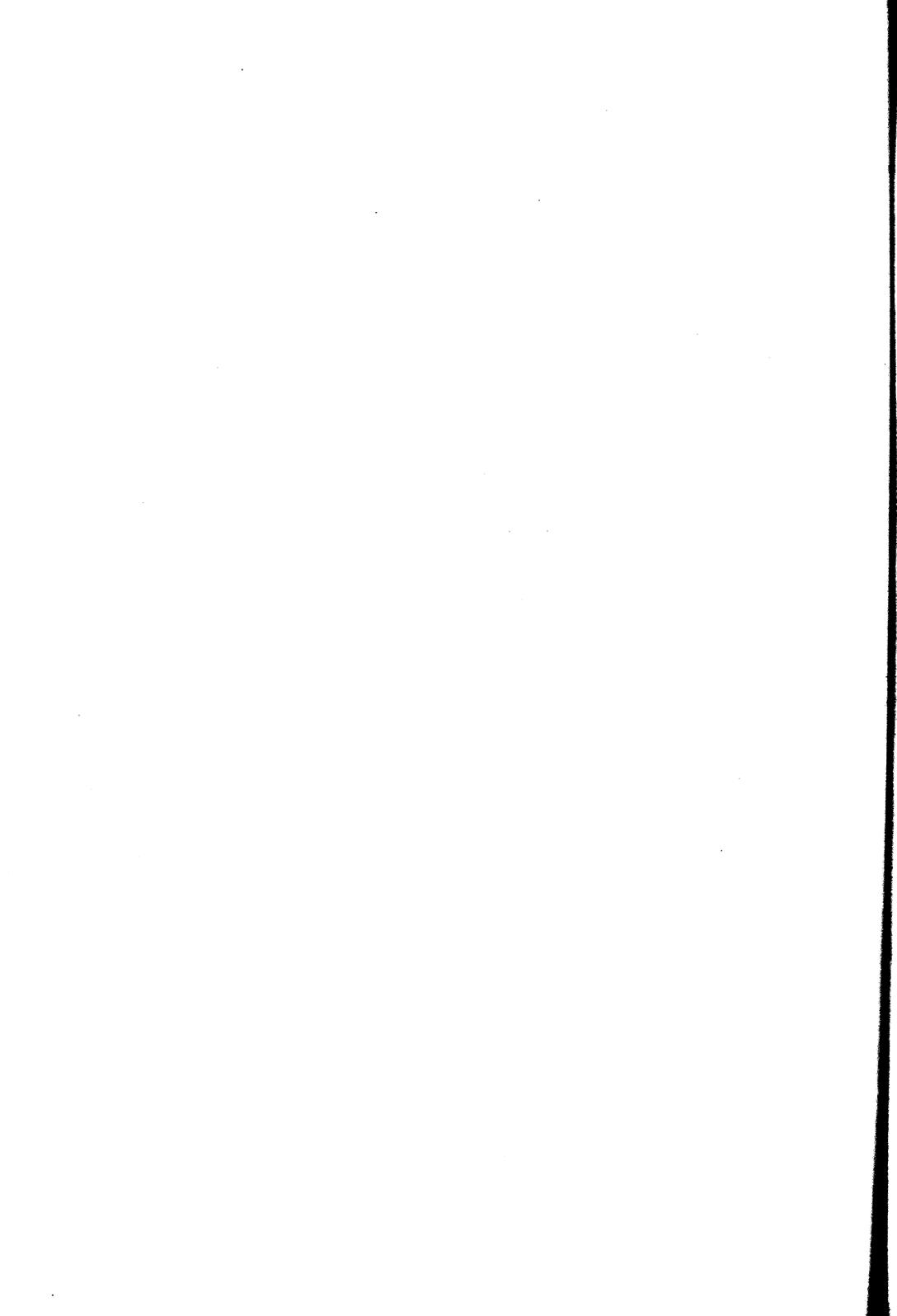
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	} DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	
	} > J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año.....	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO GUARDO

Asignaturas: Catedrático sustituto

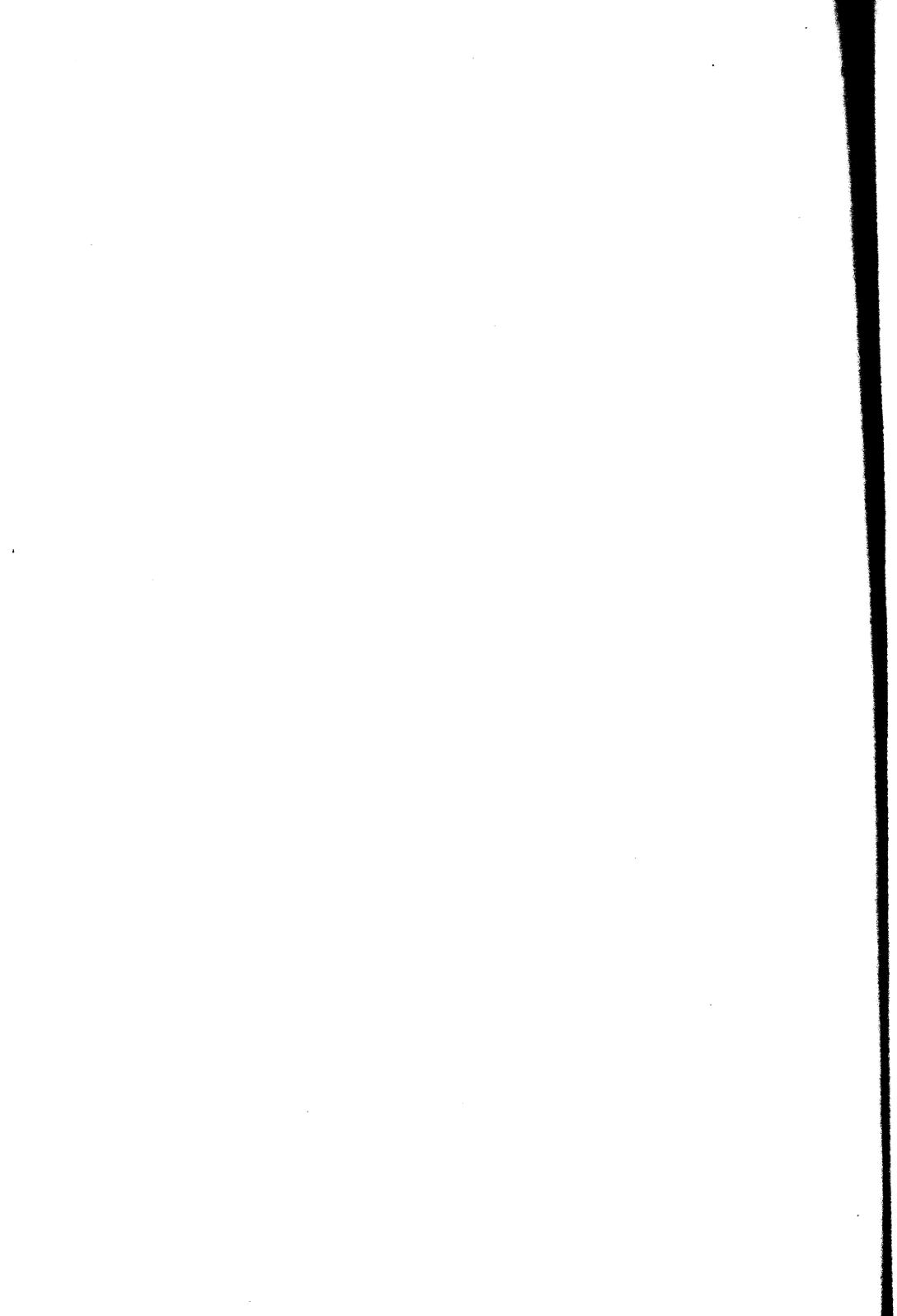
DR. ALEJANDRO CABANNE



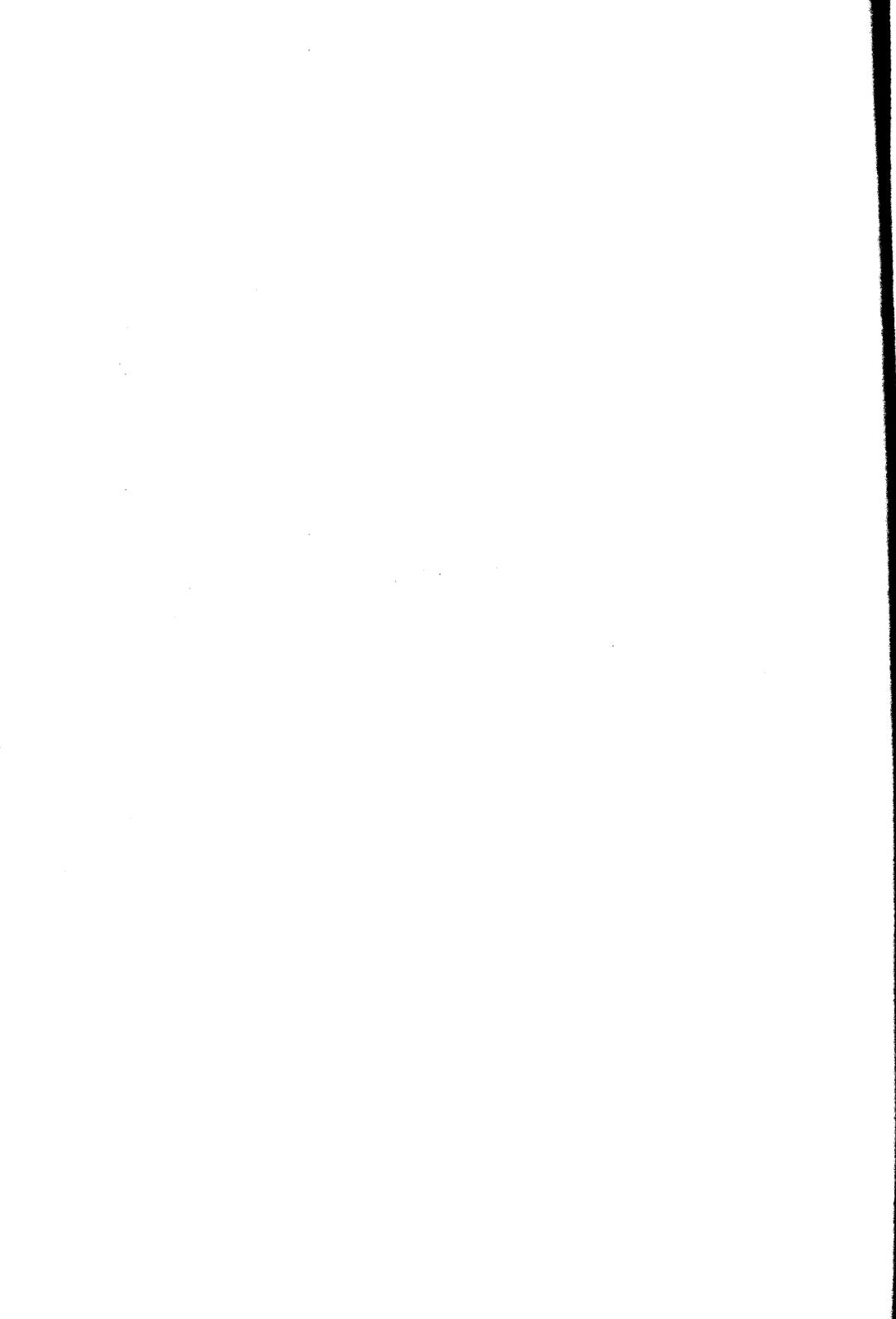
PADRINO DE TESIS

DOCTOR RICARDO A. NÖLTING

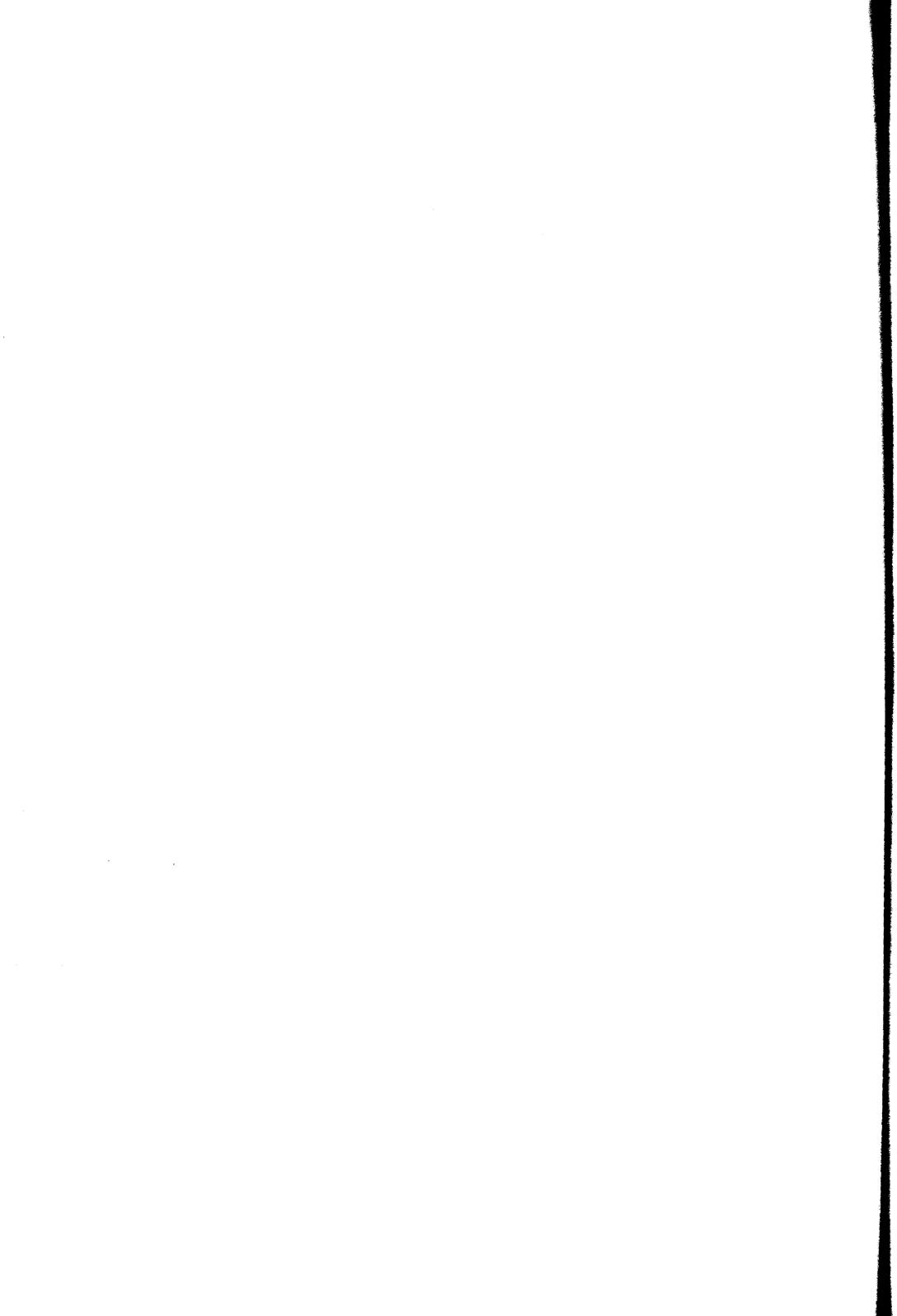
Jefe de la Sala I del Hospital San Roque



A MIS QUERIDOS PADRES

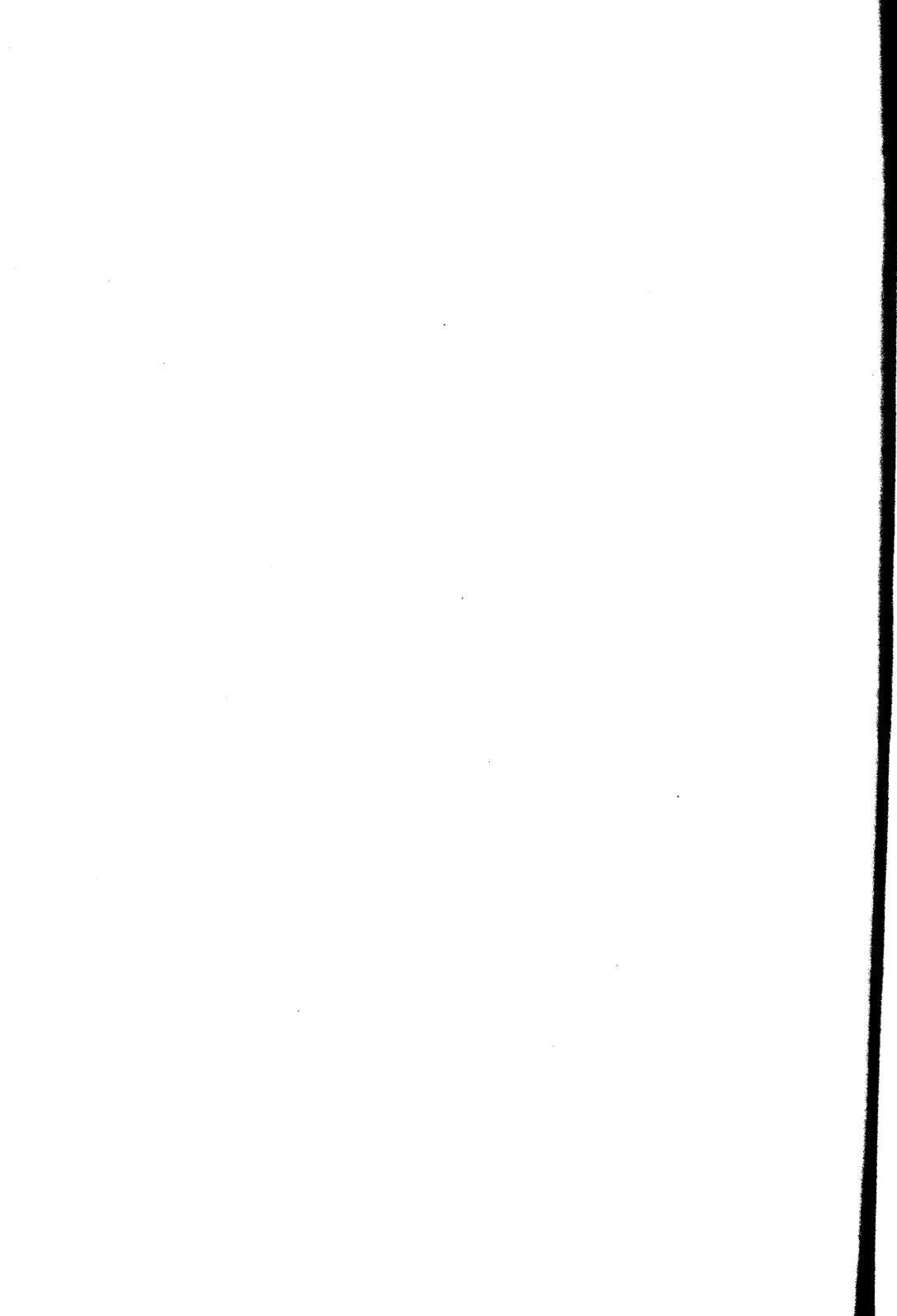


A M I N O V I A



A MIS HERMANOS

MARIA DEL PILAR Y ARTURO DIEHL

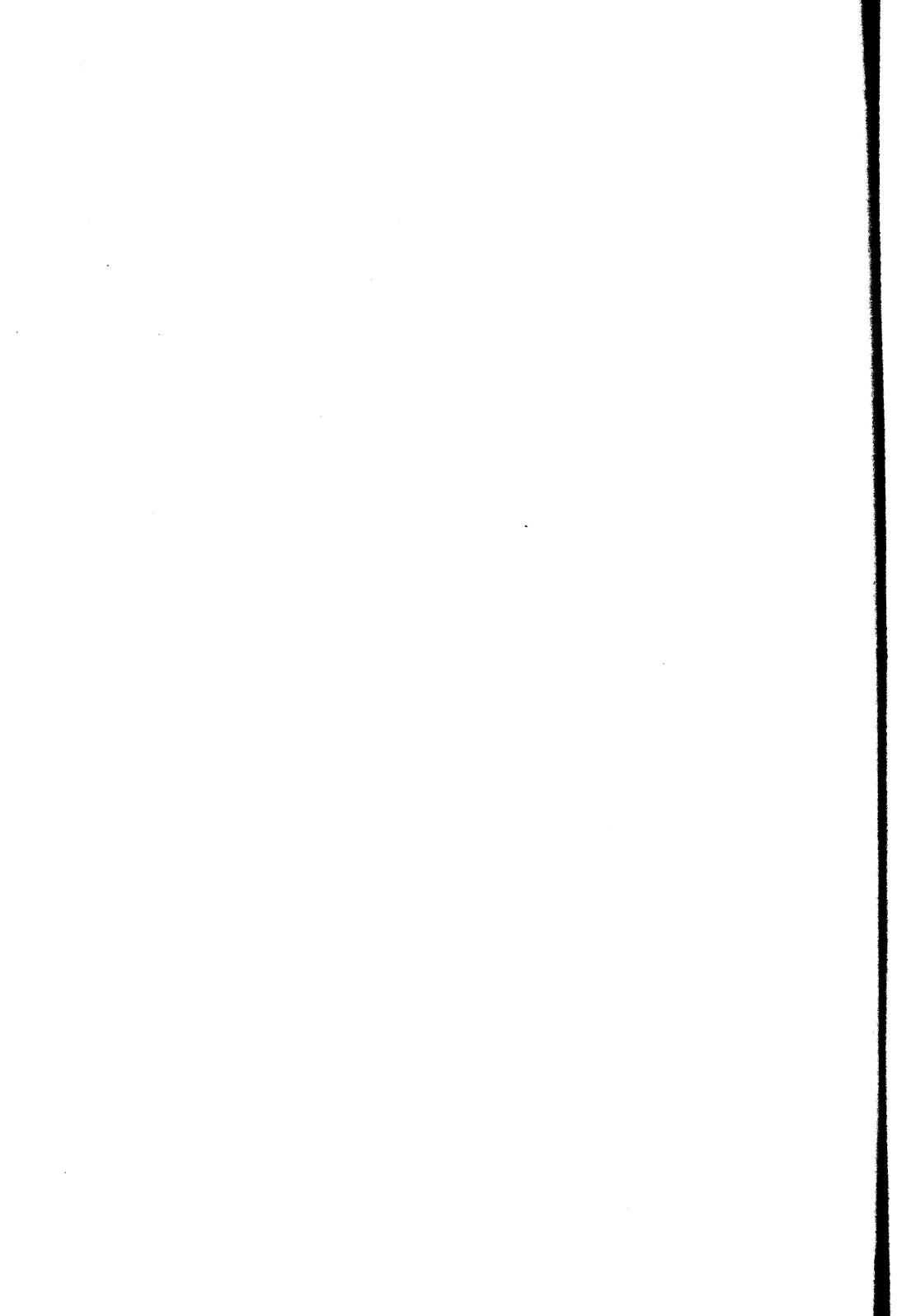


A LA MEMORIA DE MI TÍA

FLORINDA MACIA

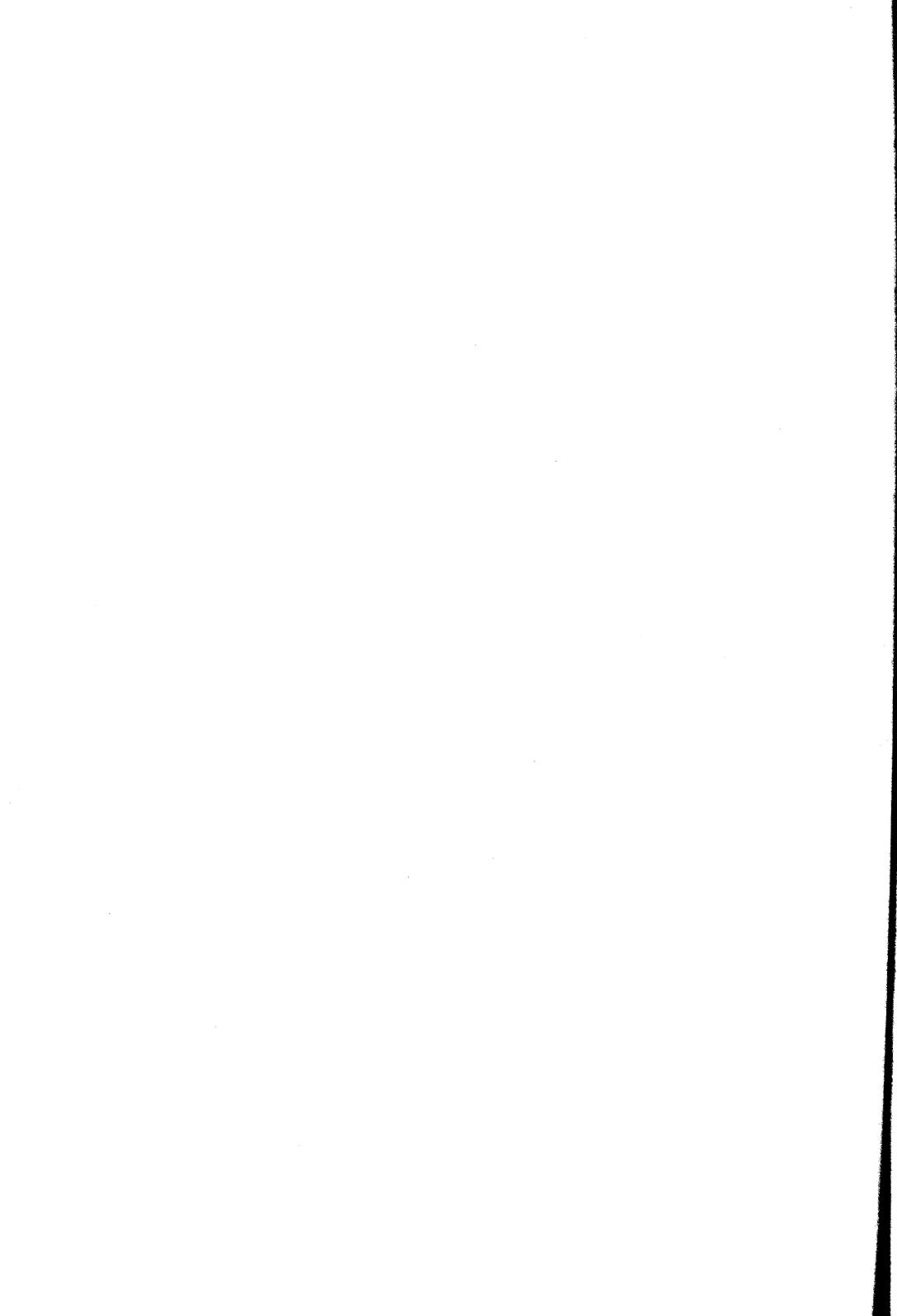
A LA MEMORIA DE MI INOLVIDABLE AMIGO

RODOLFO DIEHL



AL DOCTOR JUAN A. RIVAS

COMPAÑERO DE ESTUDIOS Y FIEL AMIGO



A LOS MIOS

A LOS COMPAÑEROS DE INTERNADO Y AMIGOS



PRÓLOGO

Termino el primer período de mi vida de estudiante en el que se exige la prueba final como contralor del bagaje científico recibido en el transcurso del año, é inicio el segundo en que ese contralor lo es la propia responsabilidad depositada en el profesional por el enfermo y en el que sólo hay dos términos clasificativos para el médico : el éxito conquistado por la constancia en el estudio, y que lleva al triunfo, ó el fracaso, la nota reprobatoria con que la misma humanidad doliente clasifica al claudicante del libro y de la sala de hospital.

En este segundo y difícil período entro á actuar, con un capital científico, que si debió ser grande por la largueza con que mis maestros en los servicios hospitalarios lo derramaran, al ser pequeño, es, tal vez, porque volcaron ellos la

semilla en terreno poco fértil. Es esta una grande y fundamental deficiencia, pero por el hecho solo de ser muy humana, sé que también se corrige con la humana virtud de la constancia, no desmayando ni retrocediendo ante el obstáculo sino vencéndolo. Nata virtud del hombre que sabe de su propio valer y que han ahondado aun más en mi espíritu el caballeresco ejemplo de mis maestros.

A ellos vá pues mi más franco agradecimiento ; para ellos será el mejor recuerdo de mi vida ; el sincero reconocimiento del alumno, jurando el caballero, que la obligación contraída para con ellos sabrá cumplirla.

Doctores Palma, Emina, Villa, Otamendi, Aráoz Alfaro, Iribarne, médicos de sala, donde he sido practicante, aceptad mi gratitud.

A los doctores Viñas y Cranwell, que tanto han favorecido este trabajo con los casos que me han facilitado, mi mayor agradecimiento.

Y á vos, Doctor Ricardo A. Nölting, que con tanta benevolencia me habeis cedido vuestro nombre, que es el del sabio, el del caballero y el del amigo, para confundirlo entre estas pobres páginas : gracias por tal favor, noble maestro ; os lo agradece el caballero y os lo agradece el alumno.

INTRODUCCIÓN

La observación de un caso sumamente interesante, ingresado al servicio del Dr. Ricardo A. Nölting, en el Hospital San Roque, siendo de él practicante mayor, me sugirió el tema, que luego resueltamente acepté, como trabajo de tesis.

Es el primero que figura entre las historias clínicas, y el que operado por el Dr. Daniel J. Cranwell, fuera más tarde presentado al último congreso médico celebrado en la ciudad de Lima.

Vasto é interesante desde el doble punto de vista médico y quirúrgico, el estudio de la invaginación intestinal lo es sobre todo para el médico por su frecuencia en la primera infancia, por la necesaria precocidad del diagnóstico, y como corolario el rápido y heroico tratamiento.

Cruveilhier hace de ella una definición anatómica sumamente descriptiva : «consiste, dice, en

la introducción ó intususcepción de una porción del intestino en la que le sigue, en tal forma que la primera se envaina en la segunda á manera de dedo de guante», y aclara aun más la idea suponiendo un cordel fijo á la válvula ileo-cecal en el que la tracción del extremo opuesto hecha por el ano, importaría la penetración del ileon en el ciego, luego en el colon, pudiendo, en casos extremos, llegar hasta el ano mismo.

Hace notar Gallard, que el cordel, en la mayoría de los casos, estaría reemplazado por cuerpos extraños, bolos fecales, pólipos, etc., que por su propio peso arrastrarían el ansa superior, invaginándola.

Producida la invaginación, el ansa invaginada lo hace en la porción vecina de intestino en forma semejante á la en que se enchufan los distintos tubos de un telescopio, pudiendo hacerse múltiples invaginaciones, lo que hace aun más gráfico el ejemplo.

HISTORIA

Desconocida en las épocas primeras de la ciencia médica, como una causa de oclusión, pues Hipócrates y Galeno si nos hablan de esta lo hacen atribuyéndola á una simple inflamación de la túnica del intestino, así como los médicos árabes, empieza á interesar la historia de la oclusión intestinal recién á partir del siglo XVII, en que se consigue conocer algunas de las causas capaces de producir la retención de las materias á lo largo del intestino.

Un siglo más y Becker nos habla ya de intususcepción (1769), hasta que iniciado el siguiente, año á año se profundiza su estudio y se completa su terapéutica hasta el punto de que puede, sin nengún temor, decirse que la historia de la invaginación intestinal es del siglo XIX.

Blizart publica en 1809 (Med. chir. Transact.)

un caso de intususcepción ; Gorham, en 1838 en «Guy's Hospital reports», publica varios casos observados en la primera infancia, dando capital importancia á ciertos síntomas para el diagnóstico.

Riellat en 1852 publica su «Mem. sur l'invagination chez les enfants», y con ella uno de los trabajos más completos y notables sobre esta materia.

Duchaussoy, en 1860, describe la invaginación formada por cinco cilindros que hoy lleva su nombre.

Aparece luego el precursor del tratamiento de la invaginación crónica, Hutchinson, que en su comunicación á la Sociedad de Medicina y Cirujía de Londres en 1873, preconiza, el primero, la laparotomía, entreviendo ya los obstáculos de la reducción y el porqué de la irreductibilidad, proponiendo para la desinvaginación la expresión «by squeezing». Atribuído luego á Senn y otros autores, es este método totalmente suyo.

Surgen luego importantes trabajos de multitud de autores hasta que en 1878 Rafinesque, en su tesis inaugural, con minuciosas y detalladas estadísticas, entabla la discusión sobre la indicación operatoria y el método á elejirse.

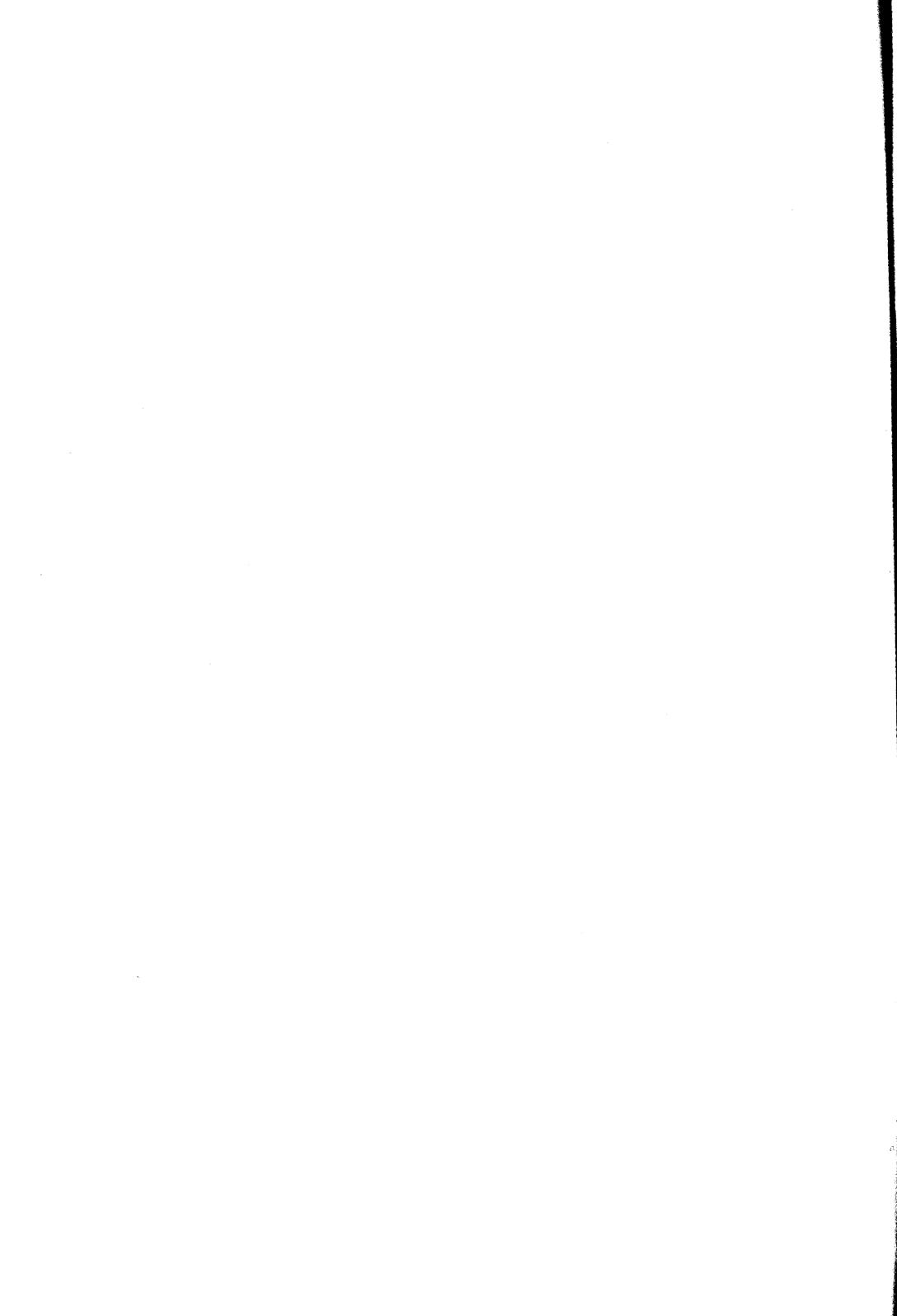
A este respecto en 1880, Peyrot, en su tesis de agregación, al hablar de la invaginación aguda,

llegó á sostener que la laparotomía se impone al mismo título que la ligadura de una arteria.

De época más reciente es el trabajo de Jalaguier presentado á la academia de medicina «sur le rol de l'appendice dans l'invagination ileo-cœcal».

En 1905, Monod presenta una relación sobre invaginación del apéndice.

En nuestro mundo médico, los Dres. Aráoz Alfaro y Zubizarreta han publicado trabajos desde todo punto interesantes, y últimamente el Dr. Daniel J. Cranwell presenta al congreso de Lima su comunicación sobre el caso que inspiró esta tesis y que tan gentilmente me ha cedido.



ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Puede llamarse la invaginación intestinal enfermedad exclusiva de la infancia por lo absolutamente excepcional en el adulto y el viejo, y dentro de esos límites de la vida aceptar su mayor frecuencia en el nourrisson entre el cuarto y séptimo mes.

A este respecto Grissel divide 300 casos según la edad en la forma siguiente :

Menores de 1 año.	68	por	ciento
de 1 á 2 años.	7	»	»
de 3 años.	3	»	»
de 4 años.	6	»	»
de 5 á 10 años.	13	»	»
de 10 á 15 años.	3	»	»

Leichtern en 593 encuentra 131 casos comprendidos en el primer año ó sea un 22 por cien-

to ; entre ellos 80 de 4 á 6 meses lo que dá el 61 por ciento.

La estadística de Pilz sobre 162 casos de 0 á 14 años, corresponden 91 al primer año, 56 por ciento, y de ellos 55 entre 4 y 6 meses.

La estadística de Hess se aproxima á aquella de Grisel : de 314 casos, 201 interesan á los nourrison, es decir, en proporción de 64 por ciento.

Estas estadísticas son concluyentes respecto á la influencia de la edad y no dejan duda alguna, de que la primera infancia es la que mayor tributo paga á la invaginación intestinal.

Han querido los autores buscar una explicación que justifique esta frecuencia tan manifiesta y entre ellos, Kirmisson, la atribuye á la potencia enorme de las acciones reflejas en los niños .

Supone un espasmo limitado del intestino y que bajo la influencia de esta contractura peristáltica el punto estrechado penetraría brusca-mente en el segmento intestinal subyacente, en la misma forma en que se precipita la masa del intestino en el saco herniario para estrangularse.

Dada la extrema movilidad del intestino en el niño, creo poderla aceptar como una causa, sino determinante, predisponente.

Para Rafinesque «el mecanismo de producción de la invaginación puede relacionarse á dos ór-

denes de procedimientos que pueden á su vez obrar colectiva ó separadamente.

«1.—*Procedimiento mecánico*.—Consistiría en la penetración de un ansa intestinal en el ansa vecina, bajo la influencia de su propio peso simplemente, de las materias fecales, ó el de un cuerpo extraño.

«2.—*Procedimiento fisiológico*.—Hundimiento de un ansa contraída y rígida, empujada por la contracción de las partes que la preceden, en un ansa inmóvil y relajada que la continua.

«Estos procedimientos requieren, como adyuvantes necesarios y útiles, junto á la contractilidad intacta ó exagerada de una parte del intestino la inercia, la parecia ó la parálisis de otro segmento.»

Respecto á las invaginaciones del apéndice, las teorías emitidas para explicarla son las mismas que para la inversión del divertículo de Meckel.

TEORÍA DE QUERVAIN.—Aspiración producida por el pasaje de las materias fecales.

TEORÍA DE KUTTNER.—Para este autor la invaginación se haría por la simple contractura de la musculatura del apéndice, cuando el segmento intestinal subyacente se haya relajado.

Esta teoría emitida como una simple hipótesis, ha sido consagrada por la constatación operatoria : Jalaguier, después de reducida una invaginación ileo-cecal, palpando el apéndice, lo notó engrosarse, hincharse, ponerse erectil, luego los movimientos peristálticos llegar hasta la base y por último invaginarse, reproduciéndose bajo los ojos de M. Jalaguier la invaginación ileo-cecal completa.

Dentro de los límites más frecuentes, en cuanto á edad se refiere, se ha citado casos de recién nacidos, Morwick, en que la sintomatología databa del primer día.

Pigne publicó en el boletín de la Sociedad de anatomía el año 1847 la observación de un feto nacido muerto en cuyo intestino se notaban cinco invaginaciones.

Sexo.—Entre ambos sexos, el masculino es más comunmente atacado que el femenino, resultando de las estadísticas una proporción de 70 por ciento á favor del primero.

Rielliet, entre 25 casos encuentra 22 varones y 3 mujeres. Smith sobre 47 casos : 32 varones y 15 mujeres. Gay : 256 observaciones en el primer año de edad : 163 niños y 93 niñas. Grisiel 344 casos de los que 248 eran varones y 106 niñas.

En lo que se refiere á la raza, se ha pretendido que en los anglo-sajones esta afección sería más frecuente que en los latinos, afirmando Ombrédanne que mientras en servicios de cirugía de niños en Inglaterra ingresan de 12 á 15 casos por año, en Francia en un lapso de tiempo igual sólo se cuentan 2, 3 ó 4.

Cabe, sin embargo, preguntarse con Kirmisson, si esta frecuencia en los anglo-sajones obedece á una diferencia de raza ó de alimentación, ó si la rareza de la invaginación en Francia no es más aparente que real.

Existen, á más de las causas citadas de edad, sexo y raza, otras que rápidamente describiré.

Causas generales.—Es un error el creer que la invaginación necesita un terreno predestinadamente enfermo por perturbaciones digestivas ó accidentes intestinales. Por el contrario es una afección que la observamos con frecuencia iniciarse en una forma brusca, en niños perfectamente sanos. No puede, sin embargo, negarse la influencia de una mala higiene alimenticia y sus consecuencias gastrointestinales. Dubbor aconseja en este sentido : «evitar los alimentos indigestos, las frutas verdes, las manzanas y naranjas».

Causas locales.—Se ha establecido ya la importancia de este grupo de causas en la invaginación. Se comprende, por ejemplo, que los diversos tumores, los cuerpos extraños, los pólipos sobre todo, puedan, por su propio peso, por su creciente volumen arrastrar con ellos la pared intestinal y provocar la invaginación.

En los niños menores de un año es frecuente la formación de pólipos en la región ileo-cecal, causa que sumada á la falta de adherencias naturales del cecum y del colon, y por consiguiente de su extrema movilidad, explica el que la invaginación recorriendo el trayecto del intestino grueso, pueda llegar hasta el ano.

Se ha incriminado al abuso de los purgantes, los esfuerzos, la tos, las presiones violentas y bruscas ejercidas sobre el abdomen del niño, como capaces de provocar una invaginación de su intestino.

VARIEDADES

El sitio ocupado por la invaginación sobre el tractus intestinal es un punto de mucho interés para su estudio.

No importa que parte de su largo trayecto pueda sufrir el fenómeno de la investigación. Todos los autores hacen su clasificación de variedades ; citaré en este trabajo las que crea más frecuentes y de mayor interés por lo que respecta á su tratamiento y pronóstico.

En la variedad ileo-cecal el intestino y la válvula de Bauhin penetran en el colon ascendente ; la cabeza de la invaginación está entonces representada por la válvula.

En el ileo-cólica el cecum y la válvula quedan en su lugar ; el ileon se invagina sobre el mismo, franquea la válvula y sube en el colon ascendente.

La válvula no constituye la cabeza de la invaginación sino el collar.

En la invaginación del colon pelviano puede hacerse en el ansa sigmoidea y no pasar el segmento presacro, ó bien progresando más puede llegar hasta la ampolla rectal constituyendo así un verdadero tumor rectal, ó aun franquear el ano haciéndose una invaginación procedente del colon.

Tanto el colon ascendente, transverso ó descendente pueden invaginarse. Las invaginaciones ileales puras son raras haciéndose sobre el ileon mismo.

La frecuencia relativa de estas diversas variedades está establecida de una manera uniforme por las estadísticas siguientes :

Wignin encuentra una cifra de 89 por ciento de invaginaciones ileo-cecales.

Grissel en su estadística da las cifras siguientes :

Invaginaciones ileo-cecales.....	82	%
» ileo-cólicas.....	11	»
» ileales puras.....	3	»
» cólicas....	1,5	»

Dunbar comunica el resultado siguiente basados sobre 59 casos :

Invaginaciones ileo-cecales.	76	%
» mixtas (entéricas é ileo-cecales).....	13,6	»

Invaginaciones ileales puras...	5	»
» cólicas.	3,4	»
» ileo-cólicas...	1,7	»

Tanto el apéndice como el divertículo de Meckel, pueden también invaginarse.

La invaginación del apéndice puede ser parcial ó total. En la invaginación total ó inversión, el apéndice es dado vuelta completamente en dedo de guante en la cavidad del cecum participando todas sus tunicas por igual en el proceso de invaginación. La mucosa en estos casos se continua directamente en la base del apéndice con la del cecum.

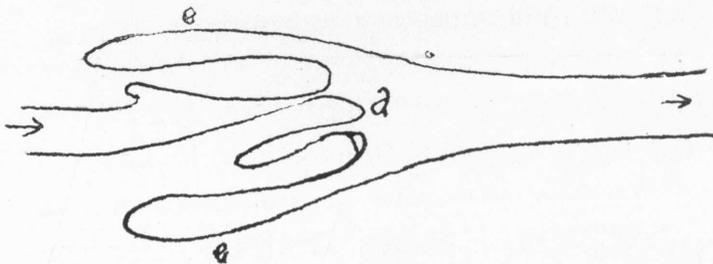
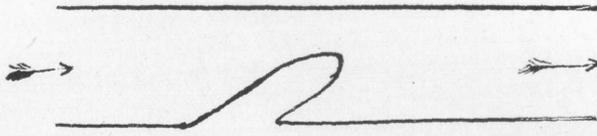
Se podría decir que en lugar de un tubo á luz mucosa comunicando con el cecum, el apéndice se ha hecho un tubo á luz serosa comunicando con la gran cavidad peritoneal.

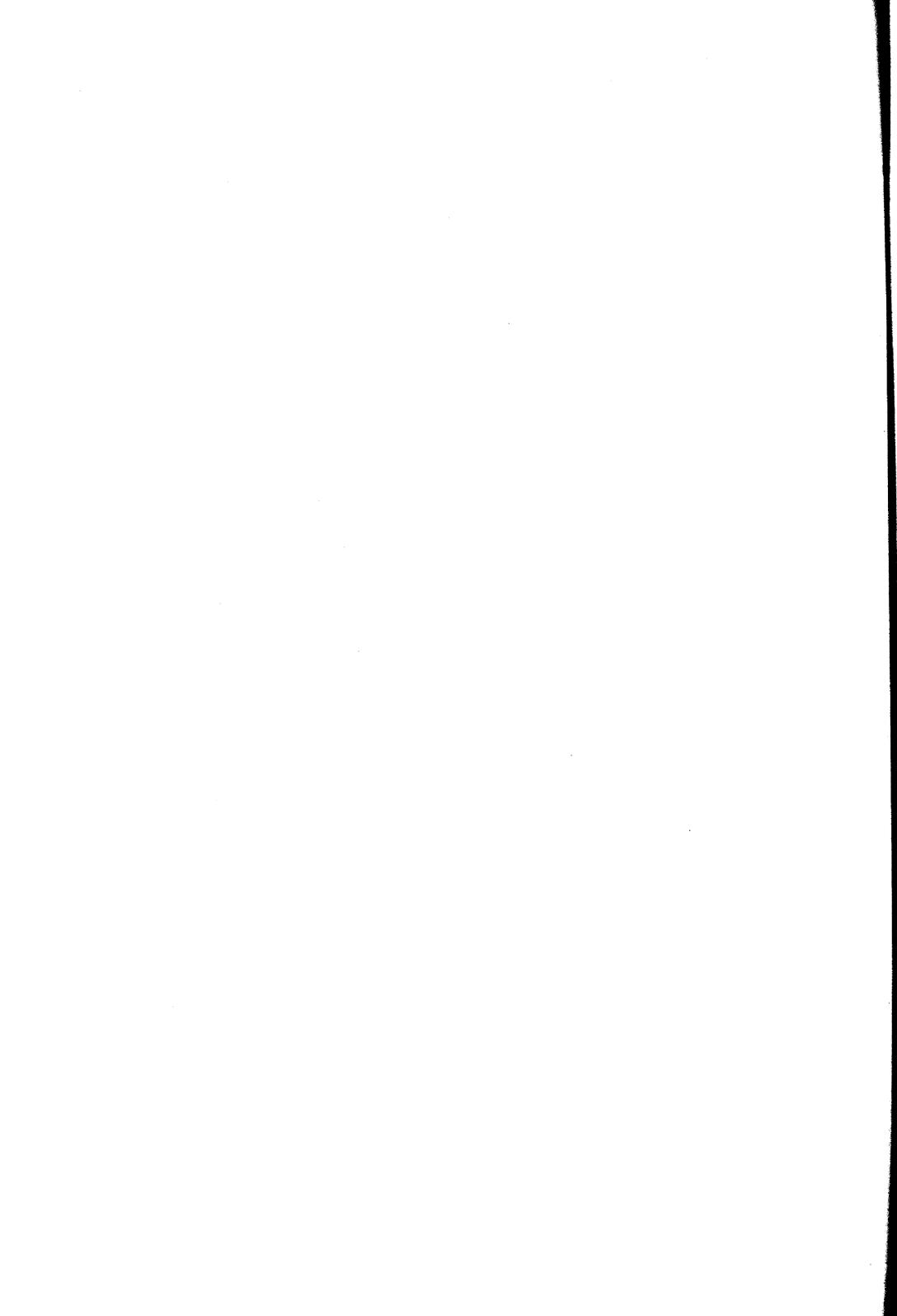
En la invaginación parcial dos casos pueden ocurrir : 1.º, que la mucosa sólo sea la invaginada, y, 2.º, la invaginación parcial con participación de todas las tunicas del apéndice.

En la invaginación parcial verdadera, varía evidentemente la longitud en relación á las dimensiones, á su vez tan variables, del apéndice. Ya sólo queda una pequeña porción del apéndice que no ha sido invertida, ya, lo que es más frecuente, el apéndice no es invaginado sino en su

base. La invaginación parcial de la mucosa es un hecho excepcional. Se ve la mucosa hacer al nivel del abocamiento del apéndice en el cecum una saliencia bien marcada.

La invaginación de origen diverticular ha sido perfectamente estudiada por Grissel y Bize. Se presenta, sea como una invaginación del intestino delgado, sea como una invaginación ileo-cólica. Unos esquemas hechos por Corder permiten darse cuenta de la complicidad de las invaginaciones del divertículo de Meckel que son simples, dobles, triples y hasta cuádruples.





ANATOMIA PATOLÓGICA

En las autopsias se han encontrado lesiones diferentes según la evolución del proceso, lo que ha permitido distinguir la invaginación aguda de la crónica.

La porción de intestino contraída es estrechada y penetra empujada por sus músculos en el intestino situado por debajo.

La invaginación es en efecto descendente en la mayoría de los casos, es decir, que ella se produce de arriba hacia abajo. La invaginación descendente se observa en casos excepcionales.

Mucho más comunes son también las invaginaciones del intestino grueso que las del intestino delgado. Se han encontrado, sin embargo, en un gran número de autopsias de individuos que han muerto víctimas de largas enfermedades y de largas agonías. Estas invaginaciones resultan ver-

daderos hallazgos de autopsias imposibles de diagnosticar durante la vida.

Constituída la invaginación, en el tumor así formado se observan tres cilindros, en el más simple de los casos.

Forgue nos dice al respecto :

«La sección longitudinal de una invaginación muestra tres cilindros intestinales superpuestos : uno externo, cilindro envainante ó *vaina* ; el segundo, cilindro medio, y el tercero, el más central cilindro interno. Estos dos últimos forman el espolón ó *boudin* de la invaginación ; su extremo libre, intracavitario toma el nombre de cabeza de la invaginación. Se llama cuello, ó mejor *collar*, el reborde circular formado por el repliegue de la vaina de invaginación.

El corte perpendicular al eje deja ver tres círculos concéntricos, secciones de los tres cilindros : De afuera á adentro se encuentra : 1.º, una serosa ; 2.º, dos mucosas adosadas, en cuyo punto de reflexión se encuentra un fondo de saco mucoso ; 3.º, dos serosas adosadas en cuyo punto de reflexión se encuentra un fondo de saco mucoso ; 4.º, finalmente, una mucosa».

Esta disposición de las partes puede complicarse con la formación de nuevos cilindros pudiendo llegar á ser cinco, seis ó siete. Son las invaginaciones múltiples de Duchaussoy, que pa-

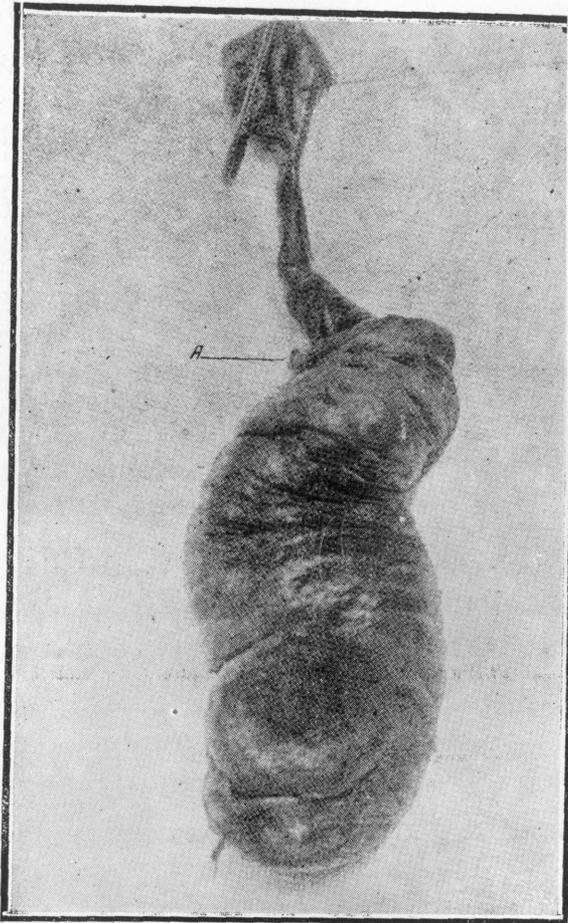
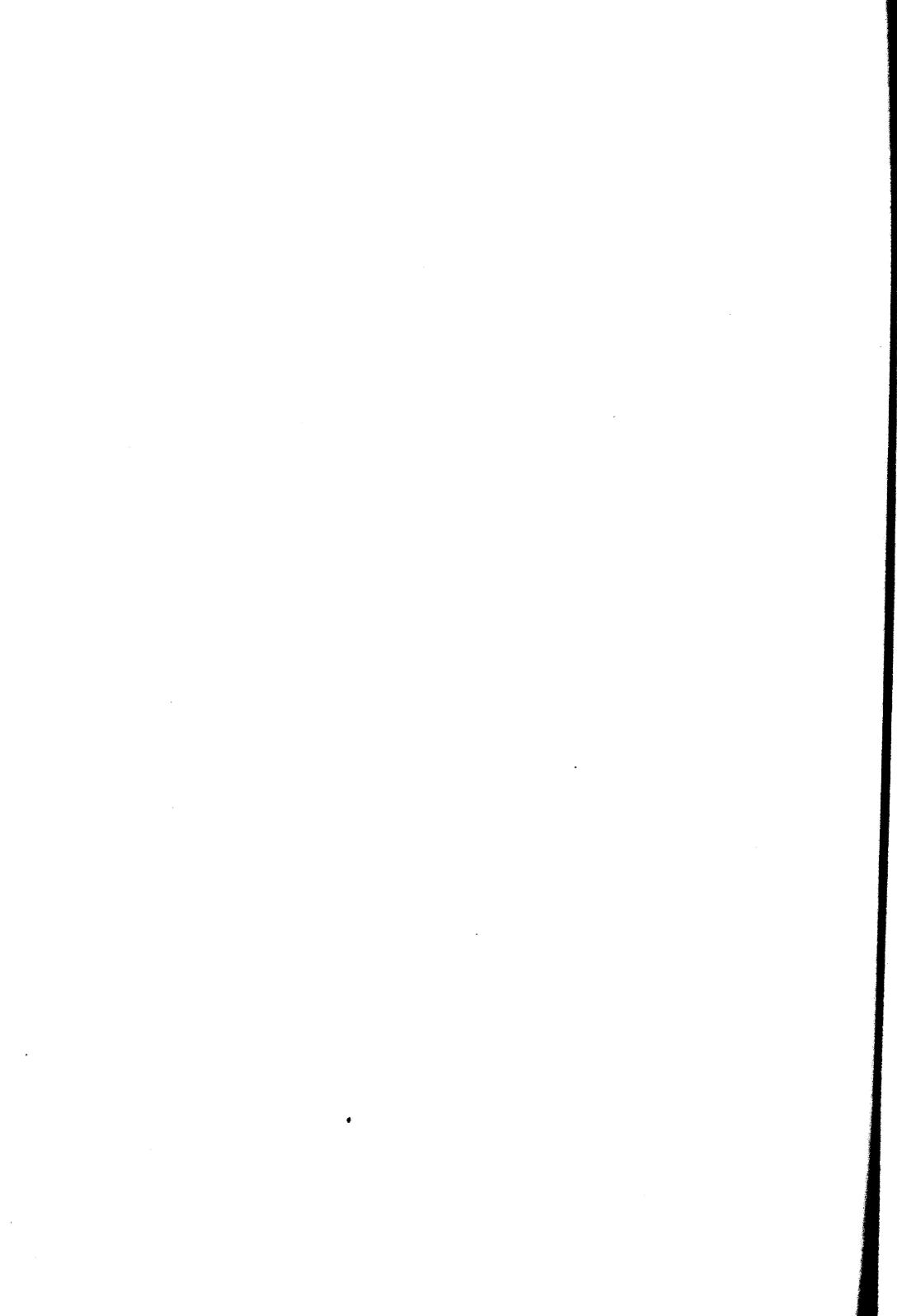


Fig. I.—Invaginación sin el cilindro interno. Servicio de Cirugía del Hospital de Niños. Cedida por el Dr. Viñas



ra que se produzcan solos es necesario que el tipo anteriormente descripto penetre á su vez en una ansa intestinal subyacente, dando lugar á la formación de cinco paredes superpuestas, comprendiéndose, entonces, que cada nueva penetración de las partes ya invaginadas dará lugar á la formación de un nuevo doble cilindro.

Veamos ahora lo que le sucede á ese intestino en la evolución consecutiva de la afección.

Al cabo de algunas horas se establecen adherencias entre las dos serosas vecinas. El *boudin* invaginado se tumefacta, se edematiza á consecuencia de hallarse dificultada la circulación de retorno.

La mucosa se ulcera, se perfora ; en fin el *boudin* puede estar tan fuertemente comprimido que se gangrene y elimine. Esta terminación es relativamente favorable si las adherencias han tenido tiempo de formarse entre el collar y la serosa del cilindro interno, porque en esa condición la continuidad del tubo digestivo se halla conservada.

Un rol muy importante hay que atribuir al mesentereo en la compresión que causa la gangrena y es que siguiendo él al ansa invaginada, colocándose entre el cilindro medio y el interno, su tensión es un obstáculo para la progresión de dicha ansa limitando así la extensión de la in-

vaginación ; pero como también en él van los vasos nutricios de la porción intestinal invaginada, se comprende como, su compresión, trae graves trastornos circulatorios de los que naturalmente derivan el esfacelo y la gangrena.

Se ha comparado este mecanismo al que se observa en las hernias extranguladas y en la parafimosis en los que la contracción exajerada del cuello y del anillo provoca fenómenos realmente de todo punto comparables.

La parte situada por arriba y por debajo de la invaginación se encuentran, por lo común, sanas, aun cuando Cunningham dice haber encontrado todo un tubo digestivo inflamado, y Clarke ha hecho notar un reblandecimiento del estómago.

La formación de adherencias con los órganos vecinos es rara y sólo se hace en los casos antiguos.

Esfacelado el *boudin*, puede eliminarse fácilmente por el ano y producirse así la curación espontánea, pero es ésta una terminación rara, á pesar de haberse visto niños eliminar en esas condiciones, 25 centímetros de intestino invaginado para volver en seguida á su perfecta salud.

Para que esta curación sea posible, es necesario evidentemente que las adherencias sero-serosas sean bastante sólidas para cerrar y aislar el foco de esfacelo.

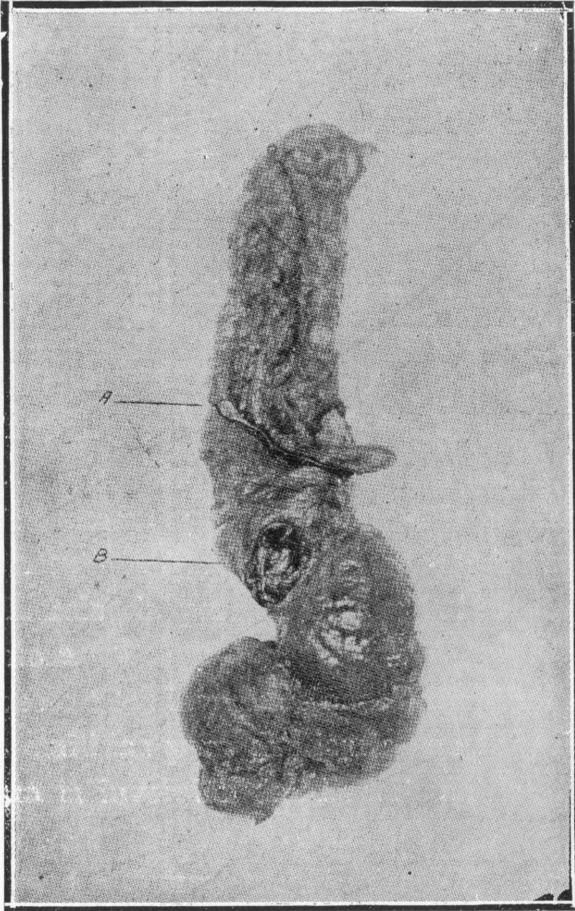
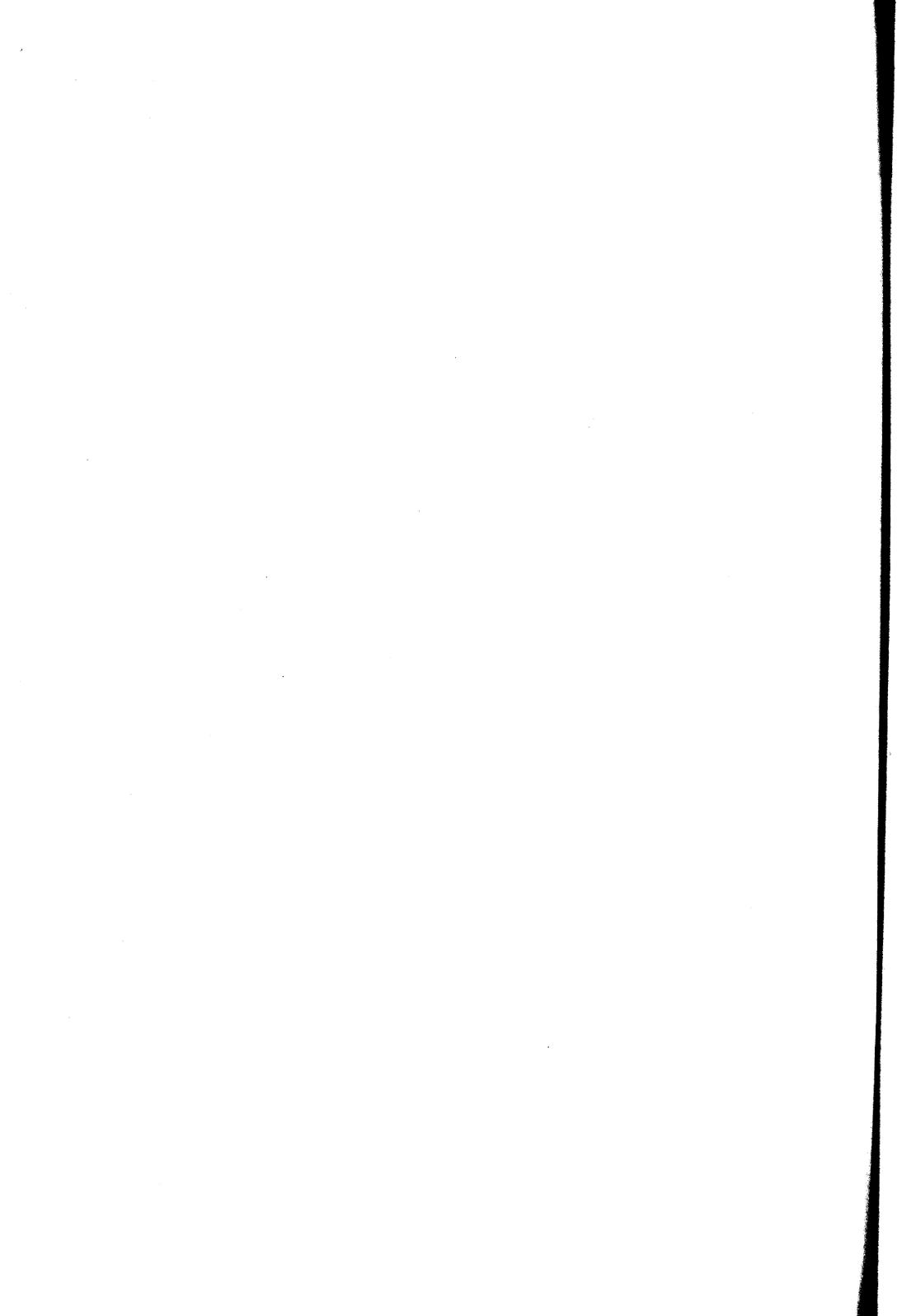
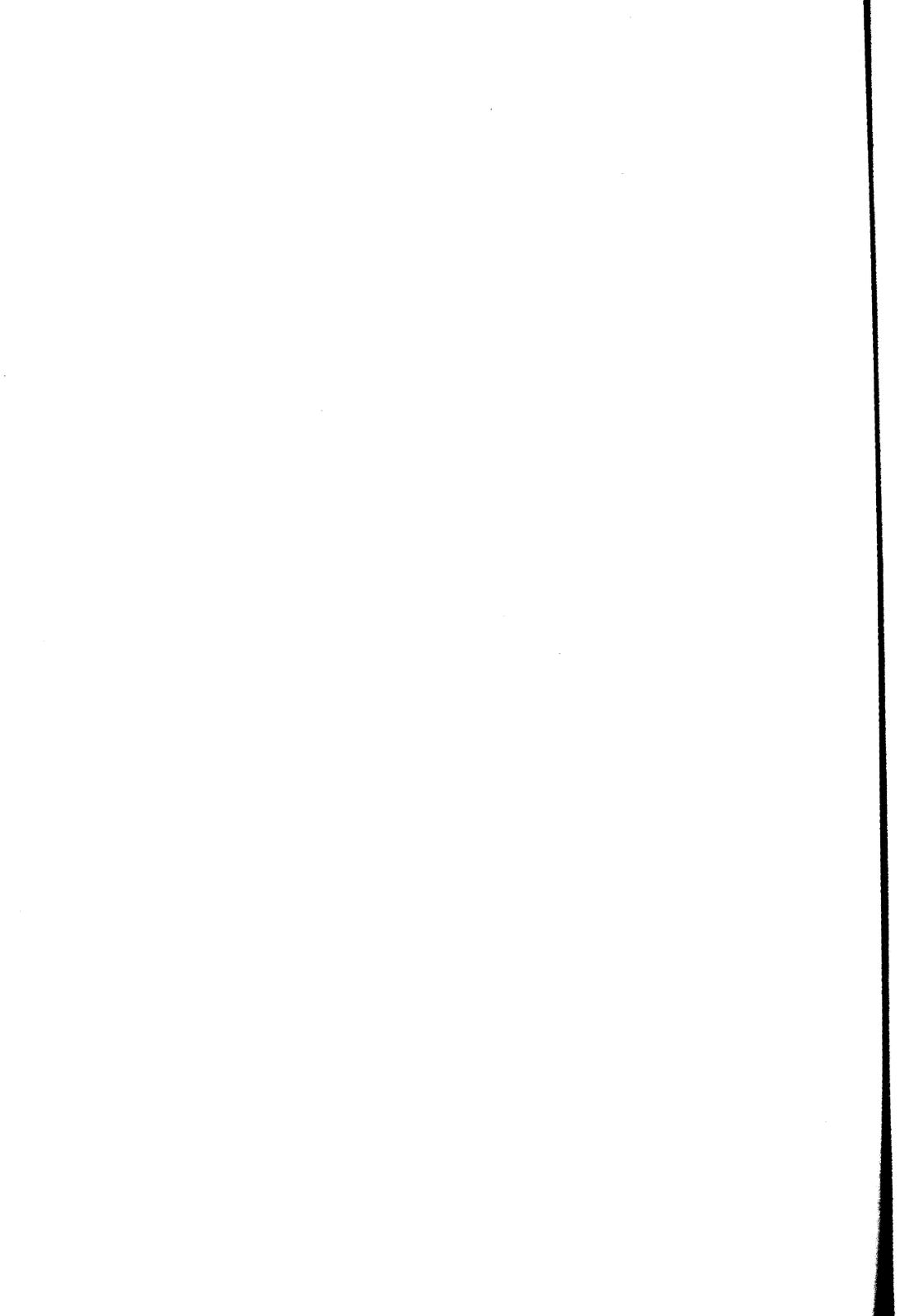


Fig. II.—Invaginación sin cilindro externo. Se nota el apéndice englobado en la invaginación. Servicio de Cirugía del Hospital de Niños. Cedida por el Dr. Viñas.



Lo más frecuente, es que el intestino estrangulado se perfora y comunique por esta solución de continuidad con la serosa peritoneal, la que reacciona en forma de peritonitis difusa ante los productos tóxicos vertidos en ella.





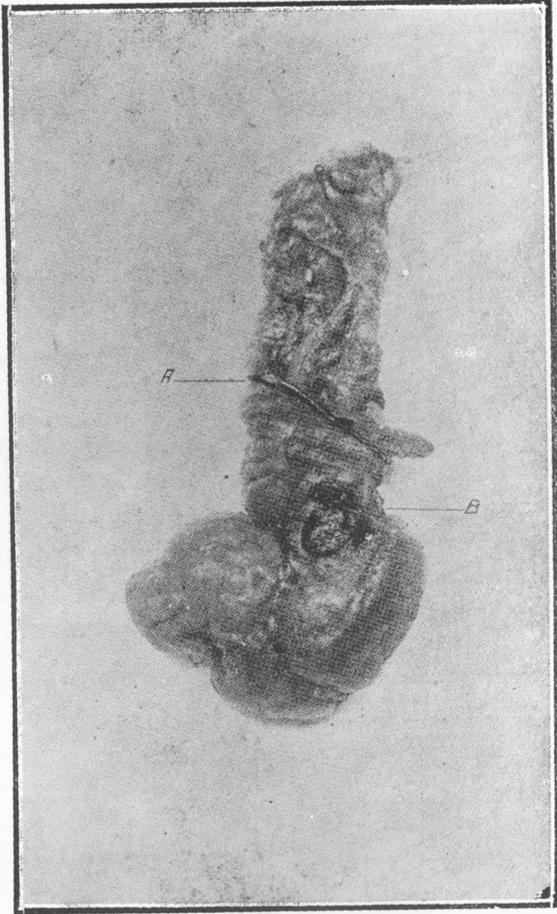
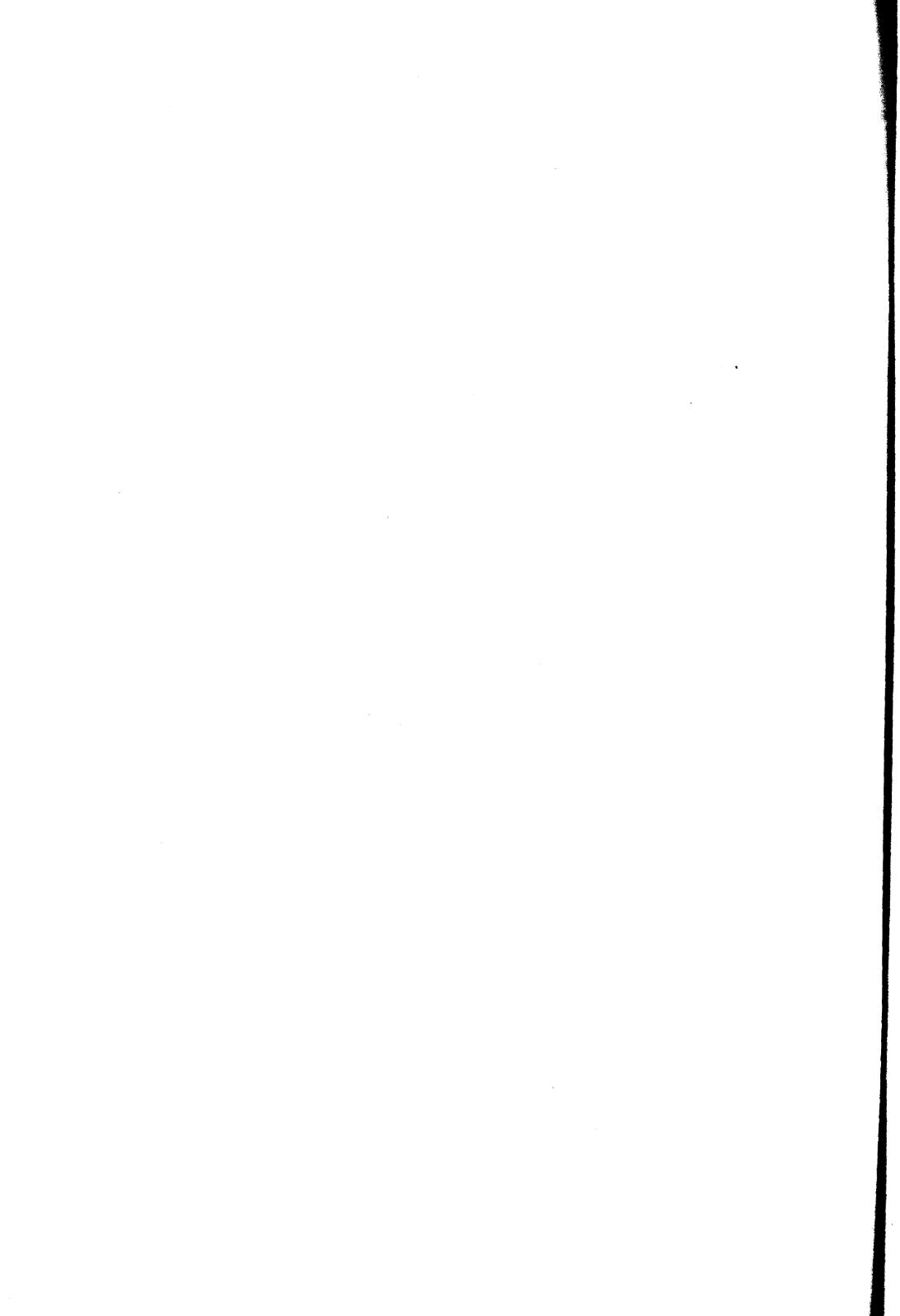


Fig. III.—La misma pieza anterior y en la que se observa la gran tumefacción del intestino. Servicio de Cirugía del Hospital de Niños cedida por el Dr. Viñas.



SINTOMATOLOGIA

Existen dos tipos clínicos de invaginación intestinal : invaginación aguda que sobreviene sin pródromos, estalla bruscamente, de rápida evolución, necesitando una intervención urgente, y la invaginación crónica que se presenta lenta, progresivamente, sucediendo á un período más ó menos largo de perturbaciones digestivas insignificantes : diarrea, constipación, cólicos, etc.

1.º.—*Invaginación aguda.*—Pueden preceder á la aparición de los accidentes algunas perturbaciones digestivas ; pero por lo común el principio es brusco ; un dolor extremadamente vivo, primero localizado á un punto del abdomen puede ser el fenómeno inaugural y sobrevenir en un individuo en plena salud.

El dolor, una constipación tenaz, nauseas, vó-

mitos, primero alimenticios y biliosos, enseguida facialóides, hipo persistente, cólicos sordos ó vivos, son los principales signos funcionales.

El vientre que puede al principio estar retraído se aboveda y meteoriza ; la lengua se carga ; el rostro se altera ; toma un tinte terroso, lívido y tipo abdominal muy neto ; los rasgos se marcan intensamente ; los ojos se escavan, se rodean de un círculo negro ; la nariz se afila, la voz es baja, casi completamente apagada, la respiración rápida, el pulso pequeños, frecuente, muy débil ; la temperatura cae por debajo de la normal ; las orinas son raras ó nulas ; las extremidades se enfrían ; el cuerpo se cubre de sudores fríos y viscosos ; el enfermo, en fin agitado, angustioso ó en un estado de postración extrema, muere en este colapsus, por síncope, ó por asfixia, cuando el meteorismo abdominal, exagerándose, impide el normal funcionamiento del diafragma ó cuando la infección se generaliza. La inteligencia se conserva hasta el final.

Examinemos ahora cada uno de estos principales síntomas.

1.º.—*Dolor*.— Es un signo constante : existe desde el principio comparándolo el enfermo á una quemadura, á un pellizco, ó á una desgarradura. (L. Gallard).

La intensidad es á veces tal que el simple peso de las ropas, una exploración practicada con la mayor dulzura, el menor frote, se hace insoportable. Todo lo exaspera. Son los cólicos de miserere.

Al principio puede estar localizado á un punto preciso del abdomen, lo que es de grande importancia en la investigación del asiento de la lesión. Es á este nivel que conserva su máximo de agudeza habitualmente. Sus localizaciones más comunes son la región del ombligo, epigastrio, fosas iliacas, generalizándose rápidamente é irradiándose en todos los sentidos.

Este dolor es debido al pellizcamiento del intestino y á la distensión de sus paredes, presentándose por crisis, con exacerbaciones periódicas, que resultan del peristaltismo del órgano luchando contra el obstáculo. Se observan en cada crisis las ansas dibujándose bajo la pared abdominal distendida, al mismo tiempo que se apercibe un ruido de gorgoteo.

Cuando el dolor disminuye ó desaparece completamente al mismo tiempo que persisten los otros síntomas, es preciso temer la gangrena y la perforación : es una calma traidora. En un organismo así debilitado la reacción es ya difícil ; el colapsus se aproxima y la persistencia del hipo y de la algidez, aun con ausencia de vó-

mitos, bastan para hacer un pronóstico muy grave.

2.—*Deposiciones.*—Al pensar en una invaginación intestinal, causa de obstrucción, debiera ser el signo primero y capital la constipación absoluta. Sin embargo, seis ó siete horas después de iniciarse el cuadro, una nueva crisis dolorosa es seguida de la expulsión por el ano de mucosidades sanguinolentas ó de sangre pura. Esta deposición puede considerarse como patognomónica de la afección.

Examinadas se encuentran en ella partículas de materias fecales mezcladas á abundantes mucosidades y á una cantidad variable de sangre, que si por lo común es mínima, puede llegar á ser lo suficientemente abundante para acarrear la muerte del enfermo.

Después de estas deposiciones, y en medio de lo alarmante del cuadro se establece la constipación absoluta. La supresión de las materias y de los gases es completa y dura tanto como la oclusión ; pero á pesar de toda la nitidez de que este síntoma parece rodearse, es necesario siempre para ponerlo en evidencia, una investigación atenta : ponerse en guardia contra una causa de error, bastante frecuente, la evacuación de las primeras horas que siguen á la oclusión y que

son debidas, pura y exclusivamente, á las materias contenidas en la porción final del intestino.

Es preciso, en fin, recordar que existen casos de obstrucción en los que se observa diarrea, ya sean debidas á un pellizcamiento lateral del intestino, como hechos constatados y descriptos en casos de hernias estranguladas (Defant, Loviot, Beaumais, Berger), ya se trate de trasudaciones sero-mucosas cuya causa sería la irritación del segmento final del intestino (Leichstentern, Le Dentu).

3.º—*Vómitos*.—Las nauseas y los vómitos son precoces. Las materias vomitadas son primero alimenticias, luego mucosas, después biliosas, y por fin fecalóides. Los vómitos fecalóides no tienen tan gran valor diagnóstico como la evacuación sanguinolenta inicial y la constipación consecutiva. Son fáciles de reconocer en su color amarillo parduzco, en su olor infecto, estercoral, sin por eso ser un atributo exclusivo de la oclusión. Se los observa en las infecciones peritoneales, lo que no es de extrañar, puesto que la oclusión paralítica es uno de sus signos.

No hay regularidad ninguna en la forma de producirse, pues es necesario tener en cuenta un gran número de factores ; el asiento de invaginación, siendo tanto más frecuentes y precoces

Leichtenstern, Gay, Treves, opinan, en fin, que la anuria sería debida á un fenómeno reflejo.

2.º—*Invaginación crónica.*—Mas común en la segunda infancia, lo que la caracteriza es un principio insidioso, su lenta evolución, la ausencia ó la poca intensidad de los fenómenos generales.

Entre este tipo clínico de obstrucción por invaginación lenta, crónica y el de oclusión aguda pueden observarse todos los tipos clínicos intermedios.

Constipación tenaz durante seis, ocho ó más días, seguidos de debacles, de diarreas abundantes y perturbaciones digestivas de toda especie: inapetencia, digestiones lentas, nauseas, vómitos, cólicos, etc., á veces malestar general, cefalalgías, vértigos, insomnios; fenómenos generales dependientes de la constipación, de la reabsorción parcial de las materias fecales, pero que no llegan nunca ni á la importancia, ni á la agudeza de los que se observan en la invaginación aguda, tales son los síntomas principales de la invaginación intestinal crónica.

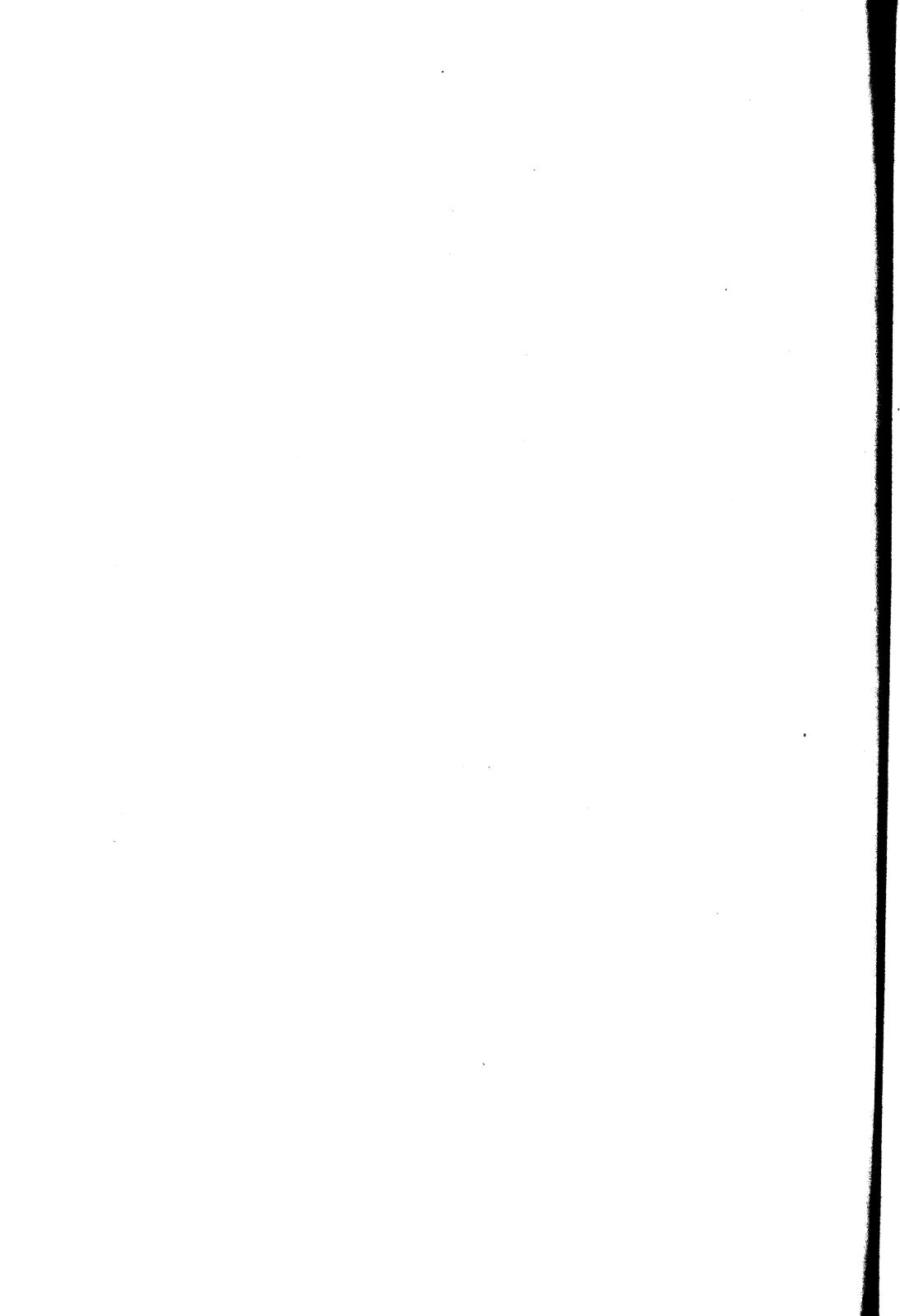
Evolución clínica.—Se comprende por lo antes dicho que la evolución de la enfermedad abandonada á si misma, se hará según tres formas clínicas distintas: aguda, subaguda y crónica.

En la primera infancia, en regla general la evolución es aguda, mientras que en la segunda predomina la crónica.

Grisel nos presenta, en este sentido, una estadística bastante demostrativa : de 102 observaciones citadas por el autor, 100 son de evolución aguda y 2 crónicas.

De las 100 agudas en niños de un año ó más.

La evolución subaguda lleva al enfermo á la muerte, en pocas horas.



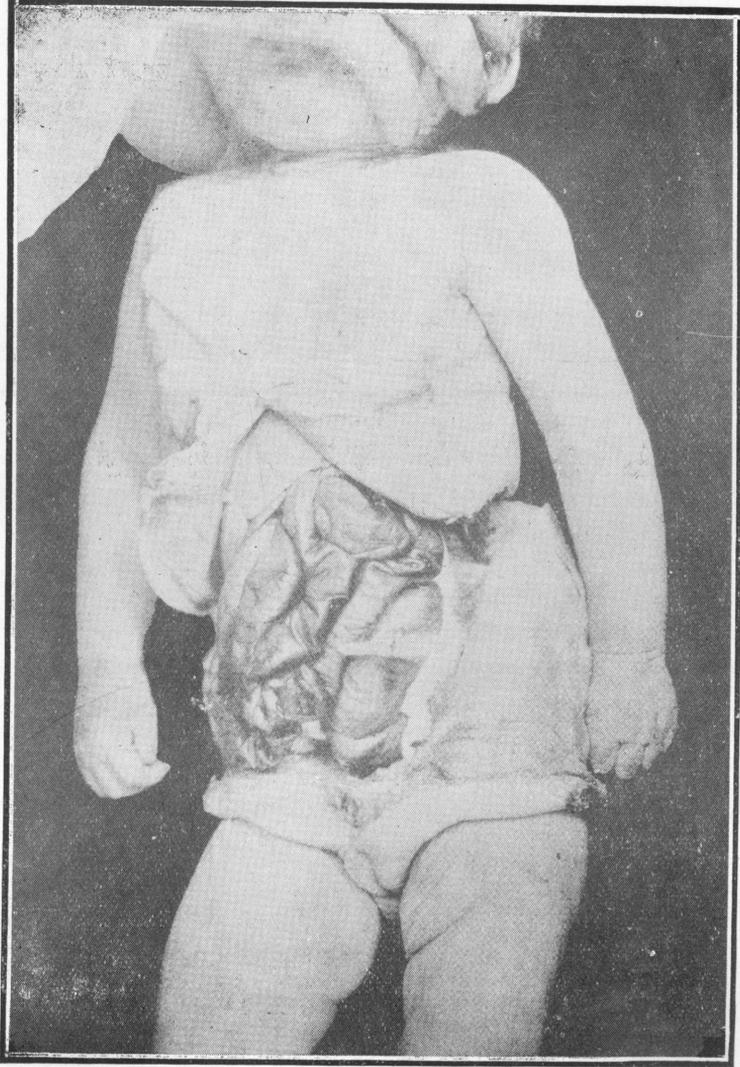
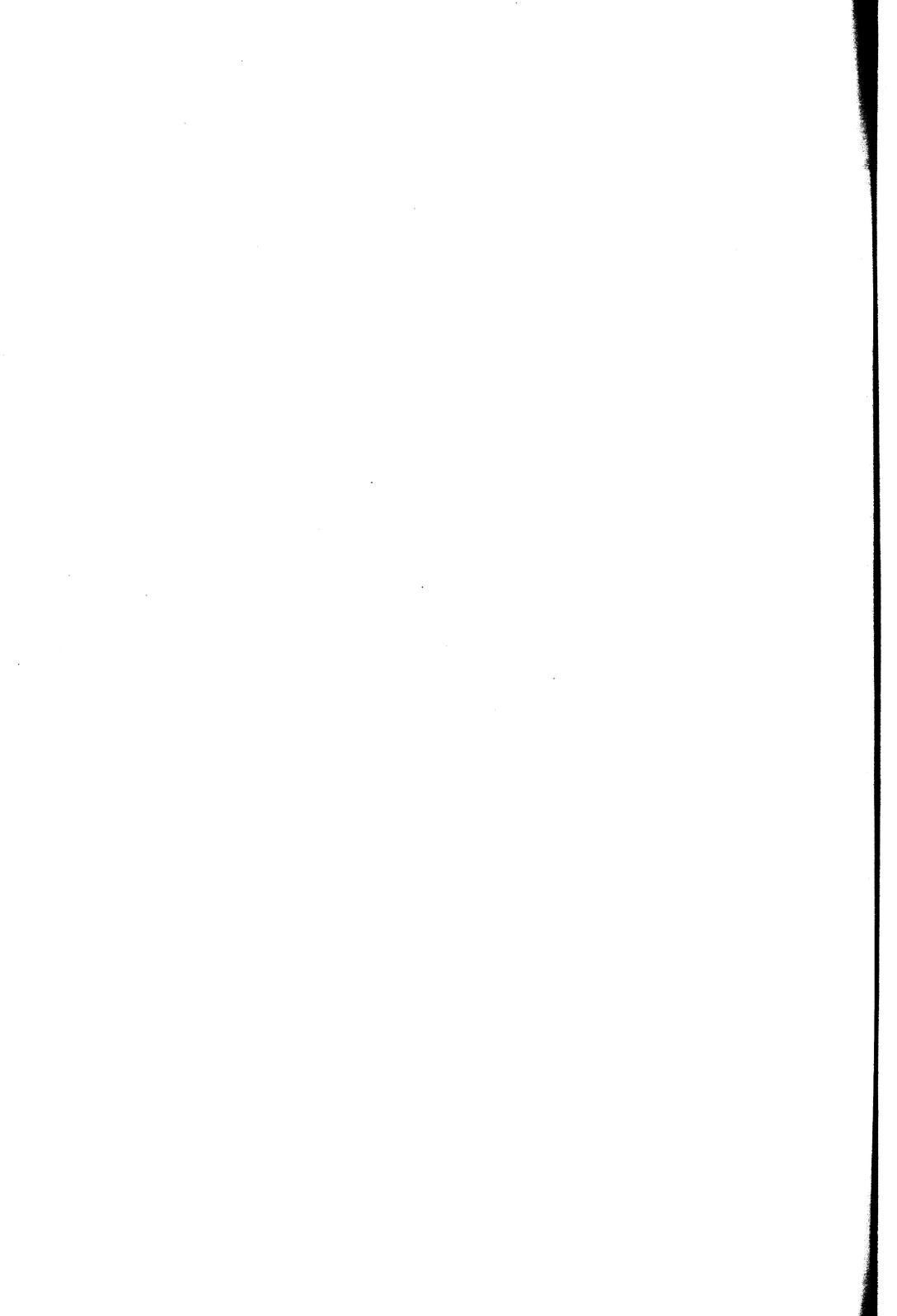


Fig IV.—Cadáver conservado en formol. Invaginación fleo-cecal. Servicio de Cirugía del Hospital de Niños, cedida por el Dr. Viñas



DIAGNÓSTICO

Partamos de las opiniones encontradas de Rielliet y Berthez y la de Kirmisson, pues, mientras los primeros sostienen que : «el diagnóstico de la invaginación intestinal es casi siempre difícil, pues, si bien es cierto que se lo puede sospechar en determinados casos, en otros, en cambio, se lo podrá desconocer», (Rielliet y Bathez). Kirmisson, á su vez, nos dicen casi en forma axiomática que «de una manera general, para aquel que conozca bien los síntomas de la invaginación intestinal y las condiciones en que se presenta, el diagnóstico no ofrece dificultades».

Tratando de colocarnos en un terreno absolutamente ecléctico, creemos que, ante un niño, hasta entonces sano, que se nos presenta con retención de materias y de gases, acompañados de una evacuación de mucosidades sanguinolentas ó de san-

gre pura, basta para afirmar el diagnóstico de invaginación intestinal.

Agreguemos á ello el casi constante síntoma vómito muco bilioso, la hipotermia — 36,5 ó aun menos, hasta 35,5 — y el pulso latiendo á 140 ó 150 por minuto y si á la palpación encontramos el tumor cilíndrico alargado, el *boudin*, el cuadro es aun más completo.

Pasemos ahora revista á otros síntomas que confirmarían el diagnóstico ya establecido.

1.º—*Las crisis paroxísticas del dolor*, al iniciarse la enfermedad, es un signo que debe llamar mucho nuestra atención por su importancia. Las crisis dolorosas se suceden violentamente pero separadas por períodos de calma absoluta.

2.º—*La elevación de la temperatura al principio*, no es debida sino á la naturaleza séptica de los productos tóxicos.

3.º—*El vientre abovedado* por la absoluta retención de los gases en el intestino cuyas ansas se distienden.

El *boudin* de invaginación, es comunmente perceptible á la palpación, pero en muchos casos es necesario recurrir á la anestesia, como en el presentado en su monografía por el doctor Zubi-

zarreta. Con ello se facilita la palpación misma y evita los dolores exajerados por la exploración.

Este tumor se desplaza siguiendo la misma dirección de las materias fecales, de derecha á izquierda del ciego hacia la S iliaca,—Duran y Bourdon—, del hipocondrio derecho al ombligo —Lavisi.

Cuando se constata una depresión en fosa iliaca izquierda, al mismo tiempo que una elevación del lado derecho hay que pensar en una invaginación ileo-cecal ó ileo- cólica.

5.º.—*El tacto rectal* permite percibir con el extremo del dedo, la cabeza de la invaginación : el índice explorador aparece entonces cubierto de mucosidades sanguinolentas.

6.º.—Por fin el *estado general* puede tener gran importancia diagnóstica. Descripto detalladamente en el capítulo anterior es un dato que permitirá siempre diferenciar la invaginación como lo veremos en adelante.

Acabamos de enumerar el conjunto de signos clínicos que se relacionan con la invaginación y, que en casi la totalidad de los casos conducen á un diagnóstico que la operación comprueba.

Sin embargo, citaré un caso de Ombredonne y cuyo cuadro clínico no era tampoco completo, pues, faltaban los vómitos. Se trataba de un niño de tres meses que había sido presentado al médico en un estado de oclusión verdadera, con vivos dolores, pero *sin vómitos*. Por negarse á ello la madre, no se había operado y cuando por remordimientos y consejos de familia vuelve á ponerlo en manos del cirujano, éste descubre en los pañales del niño, que de su estado sintomático anterior había pasado á una calma absoluta, dos enormes cilindros fecales de cuatro centímetros, cuya presencia había causado los signos de invaginación y comprometido el tacto rectal.

En resúmen, la práctica corriente nos dice que la base fundamental del diagnóstico es la deposición sanguinolenta y á propósito recordaremos las palabras de Ombredonne : «en el nourrisón — y aun en niños menores de cuatro años — debemos plantear la siguiente ecuación : Signo de oclusión + sangre por el ano = Invaginación invaginación intestinal», que si puede acarrear intervenciones inútiles excepcionalmente, ahorrará por el contrario, accidentes mucho más serios.

Esta deposición sanguinolenta es para Cruveilhier un signo constante. Sin embargo Kirmisson cita un caso en que faltaba, pero en el cual la invaginación era ascendente ; ¿no puede ser esta

misma particularidad la explicación? Kirmisson mismo dice muy sabiamente, que un solo caso no sienta una conclusión.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Melena de los recién nacidos.—La enfermedad evoluciona en 24 horas. Los vómitos son sanguinolentos, verdaderas hamatemesis.

Disentería.—Tiene un comienzo menos brusco que el de la invaginación; su gravedad se acentúa paulatinamente mientras que en esta es inicial. La temperatura en la disenteria puede llegar hasta 40 grados y más. En la invaginación excepcionalmente llega á 38.

En la *púrpura hemorrágica* aparecen las manchas rojas cutáneas antes que la hemorragia intestinal. No hay vómitos.

El cuadro general de la *fiebre tifoidea* es demasiado característico para poderse confundir.

Un análisis cuidadoso de los síntomas evita en absoluto el confundir los *pólipos rectales*.

Dentro de otras afecciones intestinales cuya sintomatología obscurece el diagnóstico, por la violencia de los vómitos, postración, estado del

vientre, etc., pasaremos revista á la enteritis coleriforme, el estrangulamiento interno, peritonitis, apendicitis.

Enteritis coleriforme.—Confundible en la primera infancia, se diferencia por sus vómitos acompañados de grandes deposiciones serosas y la sed ardiente.

Extranquilamiento interno.—Con una sintomatología casi idéntica mediante la palpación del vientre en vigilia ó en sueño anestésico se encuentra el *boudin* de invaginación, á parte de que se haya ó no diagnosticado el tratamiento es el mismo en cualquiera de los dos casos. La laparotomía.

Peritonitis.—En la primera infancia puede presentarse bajo dos formas, general ó localizada y simular una invaginación.

La diferencia clínica consiste en los vómitos que fecalóides en la peritonitis son en su principio muco biliosos en la invaginación ; la constipación tenaz en aquella y las deposiciones mucosanguinolentas en ésta.

Apendicitis.—Confundible en niños de más edad el tumor es el que suministra más signos distintivos, aparte del dolor localizado en el pun-

to de Mac-Burney y la temperatura que asciende hasta 39 grados ó 40.

En la invaginación el tumor es mucho más circunscripto, móvil transversalmente ; en la apendicitis es una tumefacción difusa, un empastamiento de toda la región, inmóvil, difícil de limitar.

En cuanto á la localización del tumor, no puede tenerse en cuenta por la variabilidad de situación del apéndice mismo sólo en los casos de tumor localizado en fosa iliaca izquierda donde excepcionalmente se encuentra aquél.

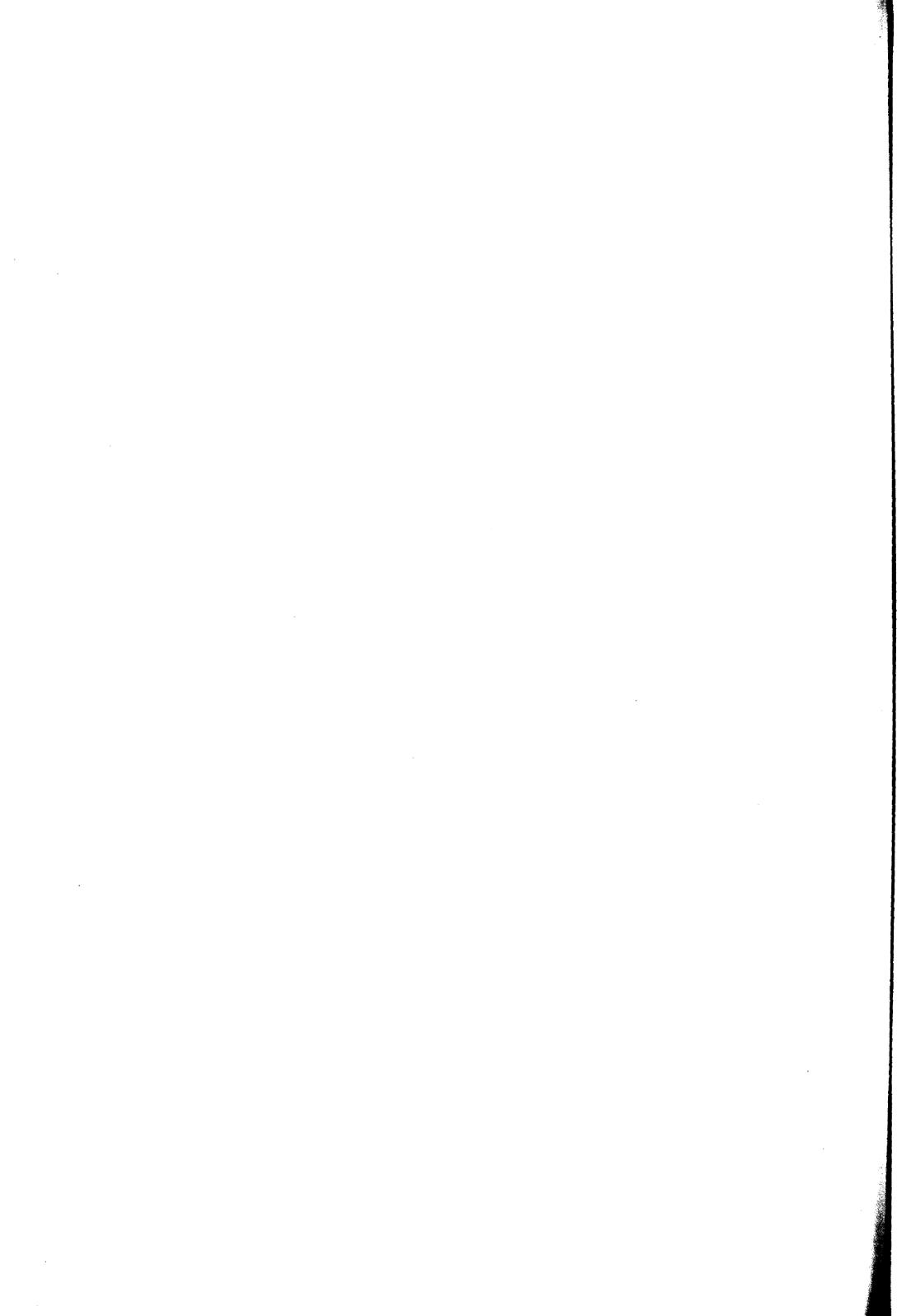
DIAGNÓSTICO DE LA FORMA

Difícil de afirmar puede si quiera suponerse la variedad de la invaginación.

En la forma ileo-cecal el tumor es muy profundo y muy móvil para ser palpado ; el niño tiene ligeras evacuaciones sanguinolentas.

En la forma ileo-cólica el tumor se moviliza en la fosa iliaca derecha ; las evacuaciones sanguinolentas son abundantes.

En la variedad ileal el tumor es pequeño y muy móvil, la gangrena es rápida á causa de la constricción marcada debido al pequeño calibre del intestino. La sangre que el enfermo evacua por el ano es negra, infecta, poco abundante.



PRONÓSTICO

La invaginación aguda es una afección que debe considerarse como extremadamente grave. Tributo de la primera infancia, de organismos aun incapaces de defenderse, no sólo de sus consecuencias, sino ni siquiera del traumatismo que para ellos significa una invaginación con todo su cortejo clínico, el pronóstico en ellos depende sobre todo de la oportunidad de la intervención ligada intimamente á la precocidad del diagnóstico.

Abandonada á sí misma casi fatalmente termina con la muerte, final que puede ser debido á la peritonitis consecutiva, á la gangrena ó á la perforación, ó, lo que es más común, en esos pequeños organismos pobres aun en defensas naturales, á la septicemia ó toxhemia.

La curación espontánea es excepcional y el único mecanismo capaz de realizarla es la eli-

minación por el ano del *boudin* ó la desinvaginación natural.

De cualquier manera, si no el único factor que interviene en el pronóstico, sí el principal, es el diagóstoco precoz seguido de la intervención. (Kirmisson).

Otro orden de elementos hay también que tener en cuenta, y entre ellos, la forma de la invaginación, la edad del sujeto y su resistencia, variable con los individuos en razón inversa de su edad: la invaginación es más grave cuanto menor es el enfermo.

En la segunda infancia la resistencia mayor del niño, hace, dentro de ciertos límites, el pronóstico más favorable, y, tal es el caso que figura en el capítulo de las observaciones, cedido por el doctor Cranwell, cuya evolución se hizo sin ningún fenómeno que complicara el cuadro á pesar del estado de colapsus en que ingresó al servicio. (Obs. I).

Respecto á la intervención inmediata para mejorar el pronóstico leamos las afirmaciones de algunos cirujanos ingleses tan familiarizados con la invaginación intestinal por ser tan frecuente en su país.

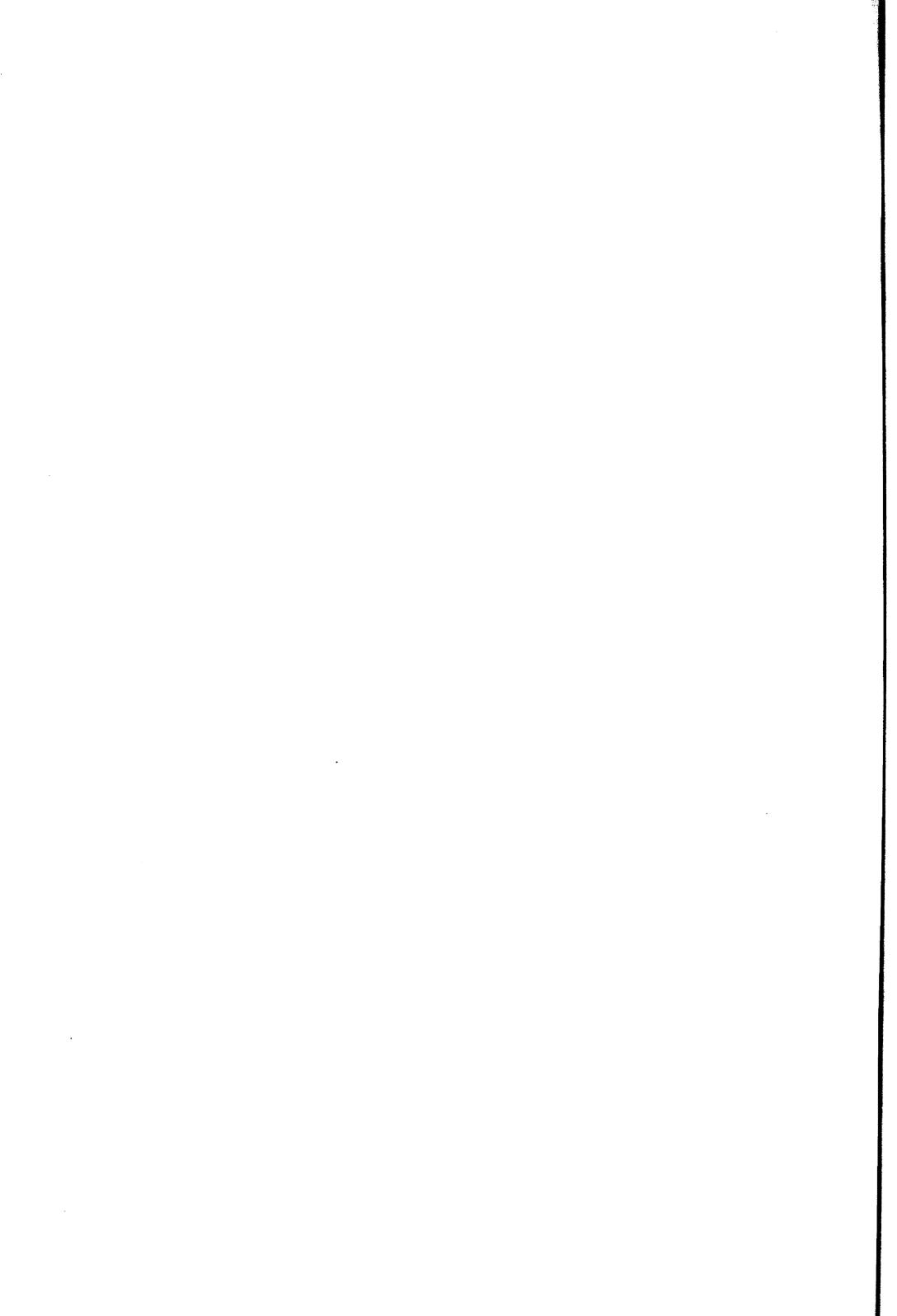
En 1905, Hess, en el «Arch. Pediatrics, New York», pág. 653, escribía anunciando el resultado de sus estadísticas.

«Haciendo la suma de los datos que tengo á mano, espero llegar á la evidente convicción de que la disminución de la mortalidad marcha á la par del perfeccionamiento de la técnica quirúrgica y su rápida aplicación en los casos de invaginación.»

En 1909, Clubb, «*British Journal Children Disease*», pág. 301, comparando sus propias estadísticas dice respecto á otras : «á juzgar por los resultados publicados en las revistas, parecen ser menos favorables que los nuestros. Tal vez este hecho deba ser atribuído á que nosotros recibimos los niños en los primeros períodos de la oclusión.»

El mismo autor cita á Gregor que confirma esta opinión : «la responsabilidad del diagnóstico precoz incumbe al médico ; y como este elemento de tiempo es tal vez el factor más importante en cuanto al resultado, se comprenderá que la responsabilidad es grande.»

Para terminar, diremos que desde el punto de vista pronóstico, los casos tratados quirúrgicamente con cantidad apreciable de líquido sanguinolento en la cavidad peritoneal es desfavorable.



TRATAMIENTO

Establecido el diagnóstico de invaginación intestinal aguda ó crónica, debe el médico actuar de inmediato, pues hemos estudiado ya en el capítulo anterior al referirnos al pronóstico, la importancia capital que tiene la oportuna y precoz intervención.

Cualquiera que sea el procedimiento empleado, debe tratarse la invaginación como se trata la estrangulación herniaria, es decir, no abandonando el enfermo hasta que el obstáculo que impide el libre paso á las materias fecales haya sido suprimido.

Tanto para la invaginación aguda como para la crónica se han preconizado dos métodos terapéuticos : el tratamiento médico y el quirúrgico.

Tratamiento médico. — Abandonados y prospectos los purgantes por sus desastrosos resulta-

dos al aumentar el peristaltismo intestinal se trató entonces de hacer un tratamiento sintomático en el sentido de atenuar los dolores, moderar el exagerado movimiento peristáltico, disminuir la tensión abdominal y sostener las fuerzas del enfermo. (Ashurst). Creemos este tratamiento como simple máscara que ocultando un estado de gravedad extrema solo sirve para confundir.

Luego al observar que desde el punto de vista anatomo-patológico la mayoría de las veces la invaginación se hace en un sentido descendente y como una excepción en el ascendente, se imaginaron métodos mecánicos tendientes á desinvaginar el cilindro invaginado mediante fuertes presiones ejercidas de abajo hacia arriba que le harían recorrer en sentido inverso el camino seguido en su proceso de invaginación.

Tal método consiste en abundantes inyecciones rectales de agua salada ó aceite, ó de aire ó gas, hidrógeno, aunque este último tratamiento es más peligroso que favorable, así como el masaje, por ser maniobras capaces de provocar un estallido del intestino cuyas paredes se encuentran adelgazadas por la distensión.

Más favorable es en general el resultado obtenido con los enemas de agua hervida á alta presión siempre que se recurra á este tratamiento lo más precozmente posible, es decir, antes de

dar lugar á la formación de adherencias entre el cilindro central y el medio que harían más dudosos el resultado sino imposible de obtener.

Como técnica citaré las reglas establecidas por Hess, en 1905 :

1.º Se anestesia el enfermo.

2.º El cirujano estará pronto para intervenir, en atención á las contingencias posibles, insuceso ó estallido del intestino.

3.º La presión no será mayor de tres pies y no se retendrá el líquido más que diez minutos.

El Dr. Copello entre nosotros ha tratado con satisfactorio resultado varios casos de invaginación siguiendo en reglas generales, la misma técnica anterior pero modificando la altura del irrigador que lo lleva á tres metros.

Aceptando la bondad de este método lo creemos sin embargo de excepcionales aplicaciones por las razones siguientes : 1.º Puede simplemente hacer la reducción incompleta y aparecer recidivas. 2.º Suponiendo conseguida la desinvaginación completa, puede ella hacerse en un intestino enfermo y ser así asiento de una perforación. 3.º Util, salvo las contingencias enumeradas en las invaginaciones del intestino grueso, lo creemos inútil en las producidas en el intestino delgado, á pesar de las experiencias hechas sobre la permeabilidad de la válvula de Bauhin. 4.º

Creemos imposible su aplicación á la invaginación crónica.

Para terminar diremos que este método le creemos de aplicación en los casos en que, lejos de todo recurso, la intervención quirúrgica no sea posible, y más aun si se piensa que siendo los riesgos de la intervención tan mínimos «puede acusarse de pérdida de tiempo el recurrir á un procedimiento que sólo procura pequeños beneficios». (Clubb).

Tratamiento quirúrgico.—La laparotomía es, hoy, el método de elección en la invaginación.

Precursor del tratamiento quirúrgico, Hutchinson, en 1873, preconiza la laparotomía, entreviendo las dificultades de la reducción, y crea la maniobra de la reducción por taxis. Un año después, Hess practica algunas incisiones que terminan habitualmente por una peritonitis supurada hasta que en 1885 recibe un impulso vigoroso este método terapéutico, con Braun y otros autores que al volver á él recomiendan la intervención precoz.

En 1887 Barker en una discusión en la sociedad de Medicina y Cirujía de Londres sobre el tratamiento de la invaginación, emite la idea de la resección del cilindro invaginado á través de una incisión hecha en el invaginante.

A propósito, más tarde, en 1892, de dos casos presentados por este mismo autor, seguida la intervención del más completo éxito se entabla con Jessette una viva polémica de prioridad por lo que hoy se conoce como procedimiento Jessette Barker aun cuando á este último corresponde la idea primera.

Resumimos á continuación el procedimiento operatorio de la laparotomía.

1.º—Incisión.—Según las circunstancias, que establece la situación de la invaginación, la incisión se hará siguiendo la línea blanca del abdomen ó el borde externo del músculo recto. (Kirmisson). Por lo común se recurre á la laparotomía mediana, dejando á la lateral, para cuando el tumor se halla situado manifiestamente á la derecha.

2.º—En los casos en que se trate de un tumor móvil y pequeño hay ventaja en extraerlo del abdomen y operar extraperitonealmente.

3.º—Es el tiempo más delicado de la operación: *la reducción de la invaginación*. Veamos como debe procederse.

Hutchinson en 1874 estableció reglas precisas que guían y presiden esta maniobra. «Es necesario no tirar nunca del ansa invaginada, no ir al

cuello sino á la cabeza de la invaginación y entonces por amasamiento dulce y presión continua y lenta tratar de extraer el *boudin* invaginado, por decir así, la cabeza hacia el cuello ».

Delbet en 1891, después de notar en un perro que á pesar de las más fuertes tracciones del cabo invaginado no conseguía reducir la invaginación, que luego cedió á la compresión del extremo inferior del *boudin* con la mayor facilidad, nos dice : « me inclino á pensar que en todos los casos de invaginación no adherentes, se obtendrá la reducción con mayor facilidad por expresión que por tracción. En efecto, el ángulo que une el cilindro medio, es el punto en el que la invaginación ha empezado ; en el que las lesiones, cuando existen, son más acentuadas y es sobre él que se tracciona cuando se tira el extremo superior. Es evidente que en razón de estas lesiones y de sus adherencias, pocas son las probabilidades de conseguir la reducción. Por otra parte cuando se ejerce tracción sobre el extremo superior es necesario que el desarrollo del cilindro interno sobre el cilindro medio se haga por completo en el interior externo, cuya presión precisamente hace el desarrollo difícil. Al contrario, cuando se exprime el *boudin* de abajo hacia arriba, el desdoblamiento se hace á nivel del cuello superior, entre el *boudin* externo y el medio y siendo

al nivel de este ángulo que la invaginación progresa, es pues el punto más reciente, es también donde la desinvaginación puede hacerse con mayor facilidad. Pienso, pues, que en las laparotomías hechas por invaginación, no se debe reseca el intestino antes de haber ensayado la reducción por taxis.»

Lejars dice respecto á la desinvaginación :

«Guardaos de tomar cada cabo y de tirar en sentido contrario : este simple procedimiento mecánico tendría su éxito si se estuviera en presencia de un tubo inerte. En nuestro caso hay que actuar sobre una pared viva y enferma y la técnica debe, por lo tanto, ser distinta ; desinvaginar es reducir, comenzad pues como para un taxis, para vaciar y borrar la porción herniada, es decir, ejercer sobre el *boudin* con los dedos una presión suave, progresiva, circunferencial ; buscar y exprimir fuera del cuello, pero sin violencia y sin precipitación, no se desinvaginará indudablemente, es necesario dejar que se borre, se molede bajo vuestros dedos.

Practicamos esta expresión progresiva de capital importancia teniendo muy cerca el otro cabo, el cabo superior, teniéndolo ligeramente, *sin tracción* y no tirando de él sino cuando la pared se despliegue, que el cuello suba ensanchándose y es menester simplemente terminar el movi-

miento y darle al intestino su rectitud normal.»

La reducción, á veces muy laboriosa, es en otros casos imposible por las adherencias que unen los dos cilindros serosos.

Esta complicación milita en favor de la precocidad de la intervención ; las adherencias, en efecto, se consolidan con el tiempo y, si se opina con Pages, la reducción es siempre posible cuando se opera antes de las 48 horas.

Otras veces la irreductibilidad no depende de las adherencias sino del largo del intestino invaginado, así como de su espesor, del número de los cilindros y de las considerables transformaciones provocadas por el edema de las paredes y la inflamación de la cuerda mesentérica.

Cuando después de algunos minutos no se consigue la desinvaginación por taxis no se conseguirá sin que se operen graves lesiones en las túnicas intestinales. No queda, entonces, otro recurso que la resección.

4.º—Operada la reducción se examina cuidadosamente el ansa desinvaginada. Dos casos pueden presentarse que exigen tratamientos diferentes.

a) El intestino puede hallarse *sano* ó bien su pared aparecer con un tinte grisáceo que indica su tendencia al esfacelo ; ó también, aparecer desgarraduras múltiples de la túnica serosa. En

caso de encontrarlo sano basta un lavaje del ansa con suero fisiológico, seguido del cierre de la pared abdominal. Cuando se notan lesiones locales poco extendidas basta recurrir al tratamiento habitual de las desgarraduras ó perforaciones limitadas, del intestino (suturas, etc.), y luego drenar la cavidad peritoneal.

b) Este segundo grupo comprendería los casos en que un segmento intestinal se encuentre gangrenado ó ulcerado y las invaginaciones irreducibles.

En ambos casos el tratamiento es el mismo :

1.º—*Ano contra natura*.—Sería este un tratamiento lógico que permitiría la evacuación de las materias fecales hasta producir la desinvaginación del cilindro invaginado.

Era antes el único tratamiento que se oponía al ileus.

Distingamos tres casos : a) el ano contra natura ordinario, la enterostomía de Nelaton practicada por encima del cuello después ó sin laparotomía exploradora.—b) El ano después de la resección por abocamiento de los dos extremos á la piel.—c) El ano por encima del cuello de la extereorización del ansa invaginada.

Evidentemente que no existiendo el procedimiento de Barker, antes el ano contra natura era

casi el único recurso ante una invaginación ; hoy se tiende de más en más á limitar sus indicaciones. 1.º Porque el ano no combate más que un síntoma : la obstrucción intestinal. 2.º Deja en el interior del abdomen el ansa invaginada sin modificar las partes que la constituyen.

2.º—*La resección.*—Dos métodos operatorios pueden seguirse : la supresión del segmento enfermo y la reunión de los dos extremos por enterorrafia circular, terminal ó lateral ; ó bien la enterectomía del cilindro central previa enterostomía del cilindro externo.

La enterectomía seguida de enterorrafia tiene sus indicaciones en las contraindicaciones de la reducción ; cuando ella no es posible ; cuando conseguida se nota lesiones de la vaina ; de la causa misma de la invaginación, (cáncer).

Sus contraindicaciones dependen : del estado del enfermo ; del asiento de la invaginación (ileo-cecales procidente en el ano) ; de las adherencias que puede contraer la vaina con órganos vecinos.

La resección suprime la totalidad de la invaginación y permite una restitución perfecta del calibre y de la continuidad del conducto intestinal.

Es necesario, no admitiendo hoy el abocamiento de los dos extremos á la piel, su reunión in-

mediata : la enterorrafia circular con suturas ó botón de Murphy ; la entero-anastómosis lateral ; la implantación término-lateral se efectua tan rápida y simplemente como la fijación de los dos extremos á la piel.

Es difícil actualmente responder en forma categórica cuál de los métodos es preferible ; todos tienen sus adectos.

Lecene en su tesis dice, sin embargo : «Hay un factor que hay que tener muy en cuenta cuando se discuten estos procedimientos : es el hábito que cada cirujano tiene de emplear una técnica determinada ; hay un coeficiente personal que es necesario no olvidar y que explica el que cada uno sea fiel al que ha adoptado y le da buenos resultados».

La enteroanastomosis lateral tiene en Francia preferencia entre los cirujanos.

El aplastamiento del intestino abrevia notablemente la duración de la operación y permite intervenir con el mínimo de probabilidades de infección.

Roux de Lausanne resume así las ventajas de esta anastómosis iso-peristáltica.

1.º No exige una gran exactitud.—2.º Permite una unión más ancha sin temer la formación de un diafragma ó una válvula.—3.º Comporta una abertura de un largo ilimitado, menos expuesta

á estrecheces ulteriores.—4.º Es independiente de los calibres á reunir.

Reducción del boudin previa enterostomía del cilindro externo.—Barker, como hemos dicho, fué el primero que propuso este procedimiento. Lo describiremos sumariamente.

1.º—El nivel donde la vaina invaginante recibe el *boudin* invaginado, se unen primero las dos porciones de intestino mediante una sutura circular continua, comprendiendo la serosa y la musculosa y continuada sobre el mesentereo.

2.º—Incisión longitudinal de dos pulgares sobre el borde libre de la vaina comprendiendo todas las tónicas.

3.º—Se tira hacia afuera el *boudin* invaginado y se corta al nivel de su parte superior. Si es muy largo para poder ser exteriorizado se le amputa *in-situ*.

4.º—Se sutura, atravesando todas las partes del muñón á medida que se secciona; se las aprieta fuertemente para asegurar el contacto de las serosas é impedir la hemorragia de los vasos mesentéricos.

5.º—Se entra el muñón y se cierra la incisión de la vaina longitudinalmente.

Paul, en 1895, modificó la técnica de Barker introduciendo el uso de un tubo de aluminio de

calibre variable (tres tamaños) sirviendo de sostén á una ligadura en masa del intestino invaginado y de su mesentereo y permitiendo á su vez el establecimiento de la luz del intestino.

Crítica.—Barker creó su método basándose en el proceso natural sin pensar en las estrecheces que siguen á la eliminación espontánea.

Con su método, si se suprime la intususcepción no se suprime el cuello.

Si no se secciona por encima de él subsisten siempre tres cilindros superpuestos estrechando mecánicamente por su volúmen mismo el calibre del intestino.

Por otra parte, el cilindro medio é interno y la cuña mesentérica forman pronto una masa informe de tejido embrionario que se transforma en tejido conjuntivo adulto que retractándose más y más termina por producir una estenosis circular.

La resección del *boudin* se hace en un medio séptico.

La hemostasia de la cuña mesentérica es bastante difícil, así como la colocación de las suturas profundas.

Durante una laparotomía, puede en un invaginado, encontrarse líquido en su cavidad peritoneal.

El Dr. Viñas deduce que la muerte se produce entonces por peritonitis provocada por la acumulación de dicho líquido séptico y aconseja en tales casos dejar un drenaje amplio de la cavidad.

— — —

Fenómenos y accidentes post-operatorios. —
Recidivas. Son raras, habiendo autores que preconizan el opio para inmovilizar el intestino y oponerse á su reinvaginación.

Sucede á veces que sigue á la desinvaginación una temperatura que puede llegar hasta 40 grados, fenómeno pasajero debido, tal vez, á la reabsorción de los principios sépticos contenidos en el intestino invaginado.

— — —

CONCLUSIONES

I

La invaginación intestinal aguda es esencialmente una enfermedad de la primera infancia, así como la crónica lo es casi exclusivamente de la segunda.

II

La sintomatología es característica: vómitos, dolores, constipación, abovedamiento del vientre y mucosidades sanguinolentas ó sangre pura por el ano, lo que es un síntoma patognomónico.

La palpación suele á veces dejar palpar el tumor.

III

El pronóstico es siempre grave dependiendo de la precocidad de la intervención.

La edad del enfermo así como su resistencia orgánica son también elementos importantes de pronóstico.

IV

La presencia de líquido peritoneal hace más grave el pronóstico.

V

La laparotomía seguida de resección cuando el procedimiento por taxis falla es el tratamiento de elección.

La anastómosis término lateral debe ser la preferida.

SALVADOR J. MACÍ.

OBSERVACIONES

Observación I

Sala I.—Cama 7.—Servicio del Dr. Nölling.

Félix S., 13 años, argentino. Entró 12 de Agosto de 1913.

Diagnóstico : Invaginación intestinal.

Antecedentes personales.—No da mayores datos. Manifiesta haber sido un poco constipado : su vientre lo movía cada cuatro días más ó menos ; no era de gran apetito, no es bebedor ni fumador.

Nos cuenta que hace diez días fué operado de la nariz en el hospital Fernández, donde le extrajeron una carnosidad que le impedía respirar bien ; pero no obstante esta extracción la dificultad subsiste.

Enfermedad actual.—Es despertado el sábado bruscamente por un dolor en forma de cólico, muy intenso el que se repetía con la misma agudeza á pesar de la aplicación de hielo y fomentaciones. Consultado un facultativo prescribe una pastilla purgante, enemas, etc., sin éxito alguno, produciéndose vómitos cada vez que ingería algo. Le es imposible conciliar el sueño ; continúa este estado hasta el día martes por la mañana que es solicitada la Asistencia Pública, quien lo traslada á la casa central de donde lo remiten urgentemente á este servicio.

Estado actual.—Se queja el niño de fuertes dolores abdominales que hacen imposible su examen. Llama inmediatamente la atención su exagerado abovedamiento del abdomen que percutado da un sonido timpánico bien noto. Se observan con mucha facilidad los movimientos peristálticos del intestino en forma de vivoreo á intervalos muy cortos, siguiendo la dirección del epigastrio al hipogastrio. La timpanización es casi total existiendo sin embargo una pequeña zona mate en el flanco derecho. No ha habido deposición sanguinolenta, ni consta el que haya habido vómitos fecalóides. El pulso sumamente pequeño sin taquicardia, no hay temperatura y sí enfriamiento general.

Se hace diagnóstico de invaginación intestinal por invaginación del intestino delgado.

Tratamiento. Operador Dr. Daniel J. Cranwell. Anestesia R. D. cloroformo 15 gr., eter 70 gr. Duración de la anestesia, una hora. Laparotomía lateral derecha siguiendo la línea para-esternal. Incindido el peritoneo sale un líquido citrino y se ven las ansas del intestino delgado de un color rojo y destendidas; al nivel más ó menos del ciego y terminación del ileo aparece un tumor del tamaño de un puño, formado por una invaginación ileo-ileal; el cuello de la invaginación se encuentra á 15 c. de la invaginación del ileo donde las adherencias y la vaina de la invaginación son de un color rojo obscuro. Las maniobras de reducción no dan resultado y solo se consigue hacer salir después de un cuarto de hora un líquido pútrido por el cuello.

Se consigue, sin embargo, dejar libre el ciego de las adherencias facilitando de este modo la exteriorización del tumor. No conseguida la reducción por taxis se resuelve resecar el intestino delgado desde 2 cc. del ciego hasta 50 cc. por encima de la invaginación.

Se invagina el muñon en el ciego cerrando éste con sutura en jareta. La otra porción se aboca al intestino grueso, porción ascendente, median-

te una anostómosis látero-terminal. Se deja un drenaje.

El enfermito al final de la operación tiene un vómito negruzco desapareciendo el pulso radial. Se le suministra suero, cafeína, éter, aceite alcanforado, etc.

Agosto 12 : Buena facie ; no ha tenido más vómitos, pulso 110 de regular tensión ; ha tenido varias deposiciones negruzcas. Al cuarto día se retira el drenaje y se hace una curación seca. Las oxilaciones térmicas varían entre medio y un grado los dos primeros días para luego hacerse normales. Al séptimo día se retiran los puntos y la herida del drenaje cura por segunda intención á los veinte días.

Sale de alta curado el 18 de Septiembre de 1913.

Observación II

HOSPITAL DE NIÑOS

Sala V.—Servicio de los Dres. Castro y Viñas

Celestina S., 2 años 7 meses, argentina.

Ingresa el 15 de Julio de 1913.

Diagnóstico : Invaginación intestinal.

Antecedentes hereditarios. Sin importancia..

Antecedentes personales. Sin importancia.

Enfermedad actual. Se inicia hace trece días con diarrea, fiebre y dolores abdominales intensísimos. Hace tres días solamente que no mueve su vientre ; se encuentra éste timpanizado, su facie es peritoneal, pulso 150 por minuto, tenso ; temperatura 38,2. La palpación de su abdomen que es doloroso, deja notar un tumor redondeado por debajo del reborde costal izquierdo.

Diagnosticada la invaginación se interviene como caso de urgencia.

Intervención. Laparotomía mediana supra é infra-umbilical. Incindido el peritoneo se apercibe un tumor del tamaño de una naranja, de un color rojo obscuro que resulta ser el colon transversal invaginado en el colon descendente. La reducción por taxis se consigue con facilidad, se cierran las paredes abdominales en varios planos dejando un pequeño drenaje. La herida supura durante quince días haciéndose luego la cicatrización por segunda intención que deja una pared resistente sin signos de eventración.

Salí de alta, curado, el 10 de Agosto de 1913.

Observación III

HOSPITAL DE NIÑOS

Servicio de pensionistas

María Angélica M. 5 meses.

Ingresa en Noviembre 9 de 1905.

Diagnóstico : Invaginación intestinal.

Antecedentes hereditarios. Sin importancia..

Antecedentes personales. Hace tres días que tiene diarrea, su alimentación es á pecho únicamente.

Enfermedad actual. El día 5 á la una de la tarde se descompuso repentinamente, sufriendo fuertes dolores que manifestaba por movimientos bruscos, al mismo tiempo que su cara era de una palidez extrema ; á estas manifestaciones, siguieron deposiciones sanguinolentas. Desde este momento comienza á manifestarse los vómitos que fueron alimenticios.

Siguió este estado hasta el día 9 por la mañana que es traída al hospital, donde después de cloroforlarla se constata por la palpación un tumor profundamente colocado, de forma cilíndrica, liso y de regular consistencia.

Temperatura 38,6, pulso 120 débil y desigual.

Operación. Noviembre 9. Laparotomía mediana infraumbilical. Abierto el vientre se explora la cavidad y se constata un tumor que no es otra cosa que una invaginación ileo cecal.

Se desinvagina sin dificultad ; no hay líquido en el peritoneo, el intestino grueso se halla algo despulido y el ciego edematoso.

Se cierra la pared en tres planos separados.

Noviembre 10.—Temperatura 38,5 ; pulso 120 algo débil.

Noviembre 11.—Temperatura 38,3, su estado es bueno, ha movido el vientre, pulso 106 regular, y de relativa buena tensión.

Noviembre 19.—De alta curada.

Observación IV

HOSPITAL DE NIÑOS

Servicio de los Dres. Castro y Viñas

Josefina C. años.

Ingresa Abril 5 de 1911.

Diagnóstico : Peritonitis á neumococos.

Antecedentes hereditarios. Padre alcoholista.

Antecedentes personales. Sin importancia.

Enfermedad actual. Hace 18 días que se inició ésta con una puntada en el lado izquierdo del vientre ; tuvo vómitos verdosos y fatiga. Los padres no apreciaron la temperatura ; en cambio vieron aparecer un tumor en la fosa iliaca izquierda que aumentaba de volumen y era doloroso á la presión. Como la niña continuara varios días sin modificar su estado deciden traerla á este hospital.

Estado actual. Abril 6. — Niña en regular estado de nutrición, escaso pánículo adiposo ; piel pálida y poco elástica, facie abdominal, mucosas pálidas, lengua saburral y roja en los bordes, algo seca.

Aparato circulatorio : Nada de anormal. Pulso algo frecuente, 120 por minuto, regular, poco tenso.

Aparato respiratorio. Nada anormal. 32 respiraciones por minuto.

Aparato digestivo. Lengua saburral, seca, no hay vómitos ; mueve el vientre varias veces por día ; deposiciones diarreicas, fétidas y negras. Regular apetito, poca sed, abdomen regularmente tenso. En la fosa iliaca izquierda se nota un abultamiento renitente y doloroso, la matidez llega hasta el reborde costal y se confunde con la matidez esplénica. La temperatura se mantiene entre 37,2 y 38,1.

Abril 7. Su estado es el mismo.

Operación. Abril 8. Laparotomía mediana. Abierto el peritoneo y explorado el paquete intestinal, se encuentra una gran invaginación del colon ascendente en el transverso que llega hasta la S iliaca ; tanto el mesenterico como el colon se encuentran en muy malas condiciones, á tal punto que las primeras tentativas de reducción

se desgarran la serosa y parte de la pared posterior del colon ascendente.

Se reduce todo lo que es posible y se procede á resecar el resto, abocando luego el intestino delgado al colon transversal. Se deja un amplio drenaje.

La parte de la invaginación reseca mide 35 cc. por parte del intestino grueso y 12 cc. por el delgado. Presenta en partes un espesamiento notable de sus paredes y en otras verdaderas ulceraciones y perforaciones.

En la parte posterior del ciego y adherido á él en toda su extensión, se encuentra el apéndice turbulento y congestionado. En la cara posterior del colon se ve una abertura que deja al descubierto la mucosa muy espesada.

Se administra á la enferma suero y cafeína.

Abril 9.—Pulso casi imperceptible, temperatura 41 grados, vómitos verdosos.

Muere á las once y 45 del mismo día.

Autopsia.—Amigdalitis hipertrófica, congestión pulmonar y hepática ; pleuresia fibrinosa parcial, con vastas adherencias á la derecha, ganglios peribronquiales, caseosos, resección del ciego y colon ascendente, peritonitis generalizada ; adherencias del intestino en el sitio de la resección, tumefacción turbia del hígado, ligera nefritis y congestión meníngea.

Observación V

HOSPITAL DE NIÑOS

Servicio de los Dres. Castro y Viñas

Emilia G. 4 meses.

Ingresa en Noviembre de 1910.

Diagnóstico : Invaginación intestinal.

Antecedentes personales. Refieren los padres que encontrándose la niña en perfecto estado de salud, había experimentado fuertes dolores de vientre, que se manifestaban por llanto, contorsiones é inquietud.

A media noche vomitó el pecho y por la mañana notaron los pañales de la chica teñidos en sangre.

Estado actual. Niña en buen estado de nutrición, bien constituida. Examinándola se encuentra en un estado de tranquilidad aparente. Llama la atención la gran palidez de los tegumentos. El vientre algo aumentado de volumen, y no obstan-

te su defensa, se deja palpar un tumor cilíndrico transversalmente situado de derecha á izquierda y de arriba á abajo.

Por el tacto rectal se descubre en la ampolla la presencia de un tumor que da al dedo una impresión semejante á la que recoge tocando el cuello uterino en el tacto vaginal.

Durante los esfuerzos de la niña, ese tumor hace saliencia por el ano en una extensión de cinco ó seis centímetros.

El examen del pañal descubre mucosidades sanguinolentas ; la enferma vómita con frecuencia.

En estas condiciones se decide intervenir sobre el diagnóstico de invaginación intestinal.

Operación. A las 14 horas. Anestesia clorofórmica. Laparotomía mediana ; incindido los diversos planos músculo-aponeuróticos, se incinde el peritoneo parietal.

Hay escaso líquido transudado.

La extracción del tumor se hace muy difícil, pues se encuentra encajado en la ampolla rectal.

Para poder extraerlo un ayudante introduce el dedo por el ano ; levanta el tumor, con lo cual se consigue tomarlo y exteriorizarlo.

Pertenece á la variedad ileo-cecal ; no obstante su extensión se consigue desinvainarlo por los

procedimientos ordinarios. No hay ninguna lesión en la serosa, sólo se nota el ciego un poco edematoso.

Se cierra la cavidad en dos planos ; no se deja drenaje. El día de la operación así como los dos o tres subsiguientes á la intervención, la enfermita vomita frecuentemente ; tiene deposiciones frecuentes y mucosas pero ya sin sangre.

Se le mantiene durante dos ó tres días con una bolsa de hielo aplicada sobre el vientre. A los ocho días su estado era bueno ; se sacan los puntos de la herida que curó por primera intención.

Se retira de alta en perfectas condiciones.



Buenos Aires, Marzo 27 de 1914

Nómbrese al señor Académico Dr. Antonio Gandolfo, al profesor en ejercicio Dr. José M. Jorge, y al profesor suplente Dr. Pedro Chutro, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

L. GÜEMES

J. A. Gabaston
Secretario

Buenos Aires, Abril 4 de 1914

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2757 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabaston
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Causas de la invaginación intestinal.

Gandolfo.

II

Diferencias entre las invaginaciones del niño y del adulto.

Jorge.

III

Supresión del drenage cuando hay derrame peritoneal.

Pedro Chutro.



