



Año 1914

Núm. 2854

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Alm. B. 19.9

LA INVAGINACIÓN INTESTINAL Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA
POR

JUAN ARGENTINO SAVINO

Ex-practicante menor interno por concurso de examen de la Casa de Expósitos
(Años 1911-12)

Ex-practicante de la Asistencia Pública de La Plata (Años 1912-13)

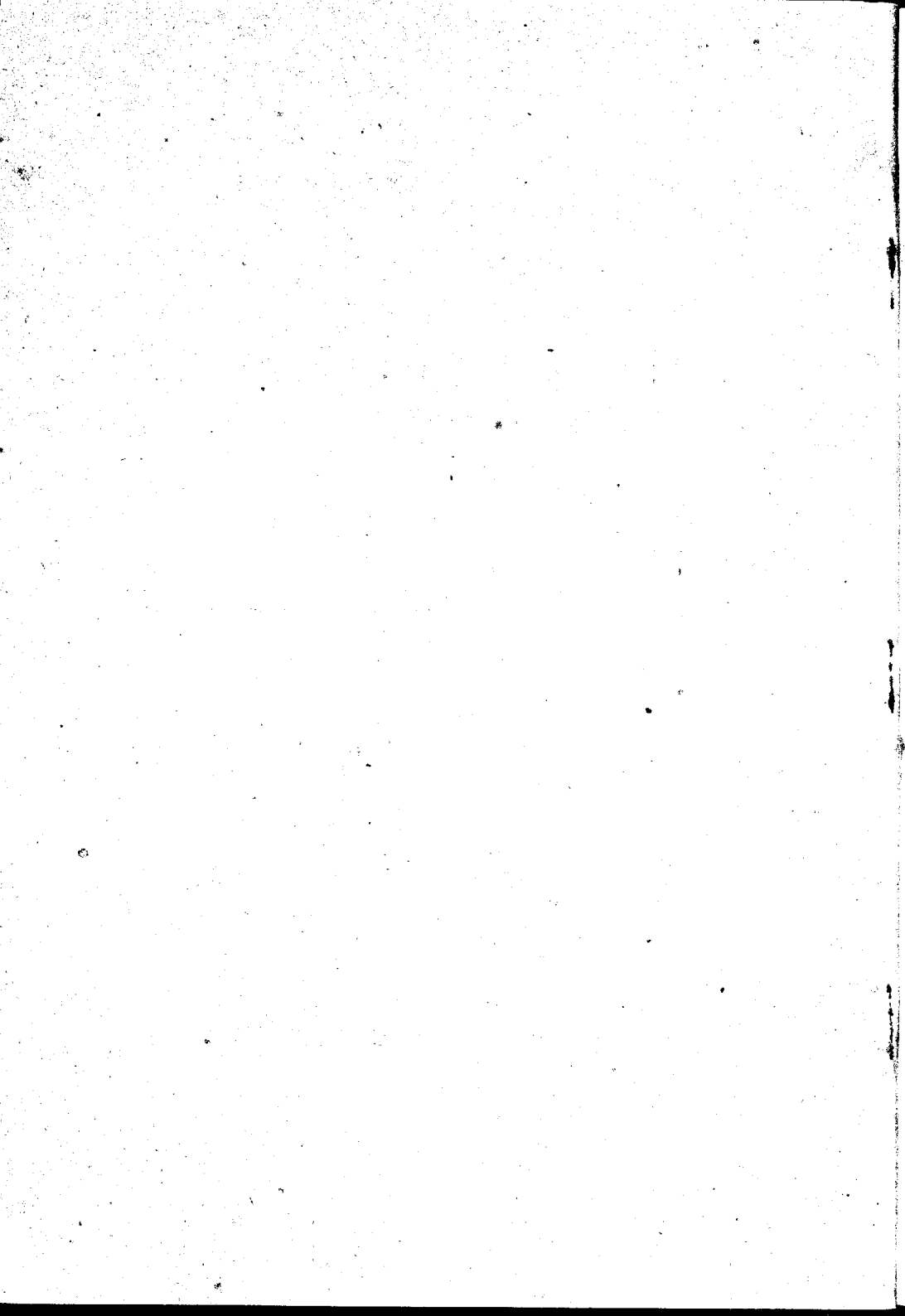
Ex-practicante mayor del Hospital de Niños por concurso de examen (Años 1913-14)

BUENOS AIRES

PREMIADO ESTABLECIMIENTO GRÁFICO "RIACHUELO" — ALMIRANTE BROWN 1076

1914





LA INVAGINACION INTESTINAL Y SU TRATAMIENTO



Año 1914

Núm. 2854

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA INVAGINACIÓN INTESTINAL Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

—P—R

JUAN ARGENTINO SAVINO

Examinado por el doctor menor interno por concurso de examen de la Casa de Expositos
(Años 1911-12)

En el Hospital de la A-Asistencia Pública de La Plata (Años 1912-13)

En el Hospital de Niños por concurso de examen (Años 1913-14)



BUENOS AIRES

PRINTADO ESTABLECIMIENTO GRAFICO "EL CACHUPELO" — ALVARADO BROWN 1914

1914

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

Artículo 102 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

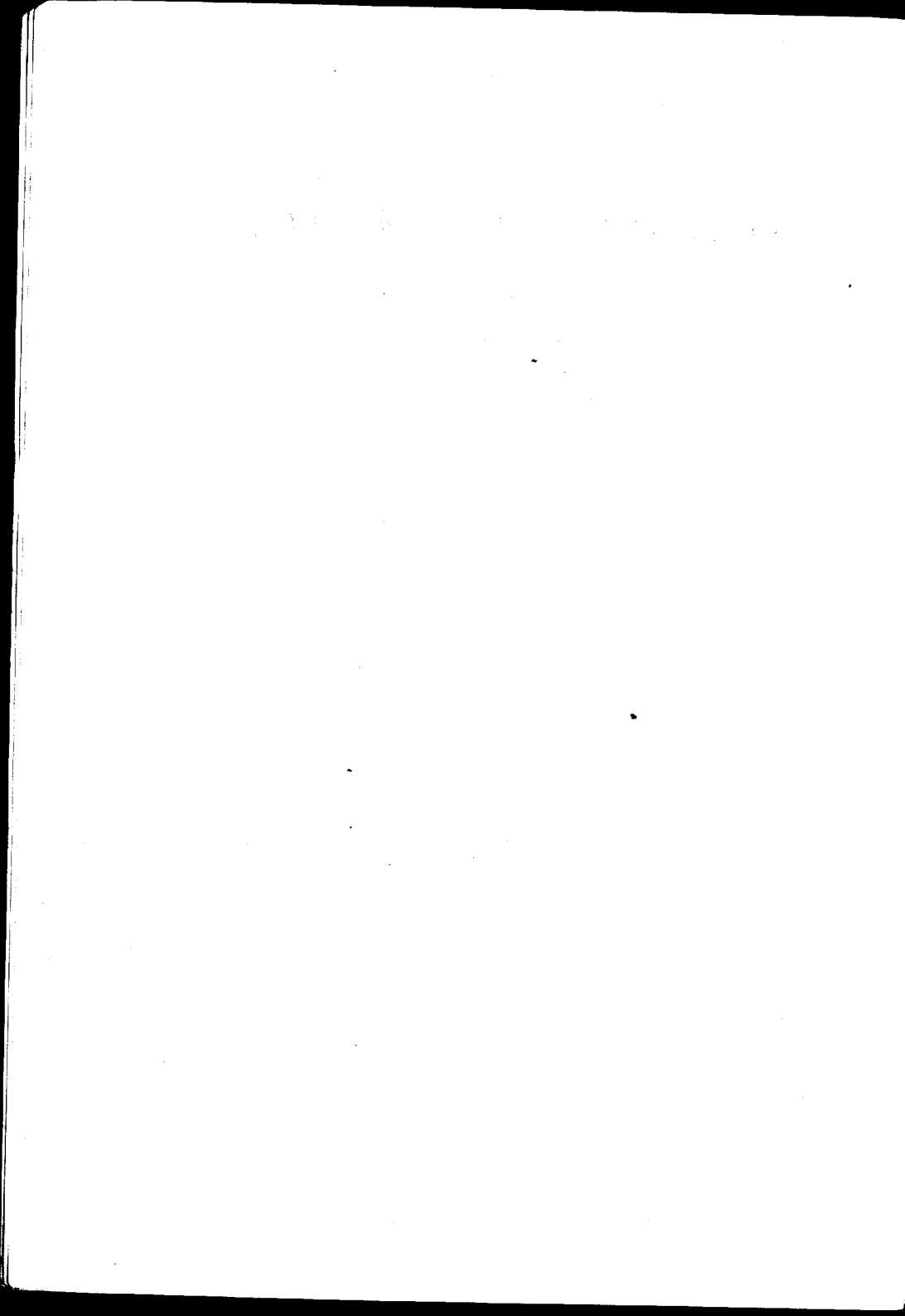
Miembros titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

" " MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. " " TELÉMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL
5. " " OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice-Decano

DR. D. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

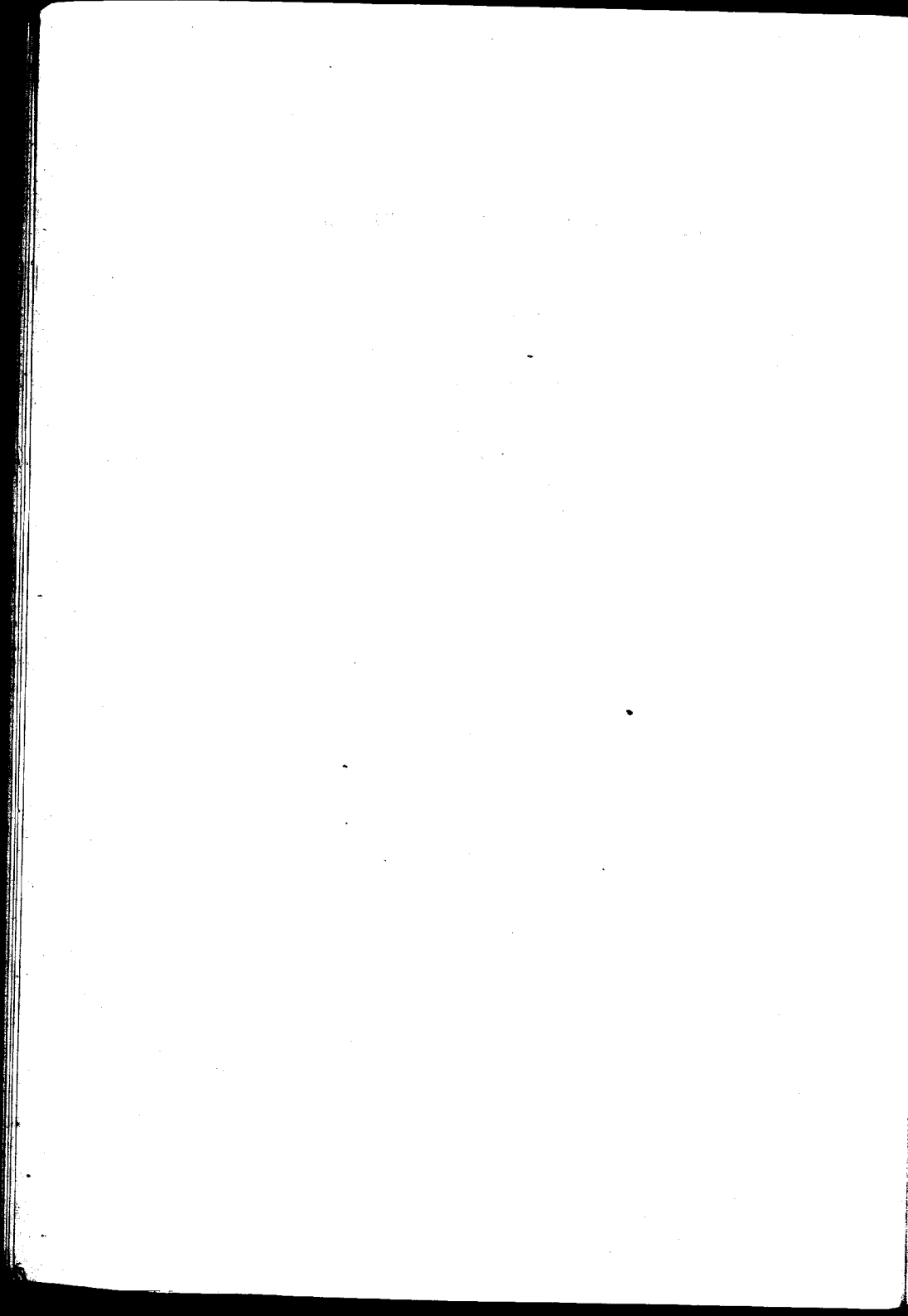
PR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

- " " FRANCISCO SICARDI
- " " TELÉMACO SUSINI
- " " NICASIO ETCHEPAREBONDA
- " " 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

PR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

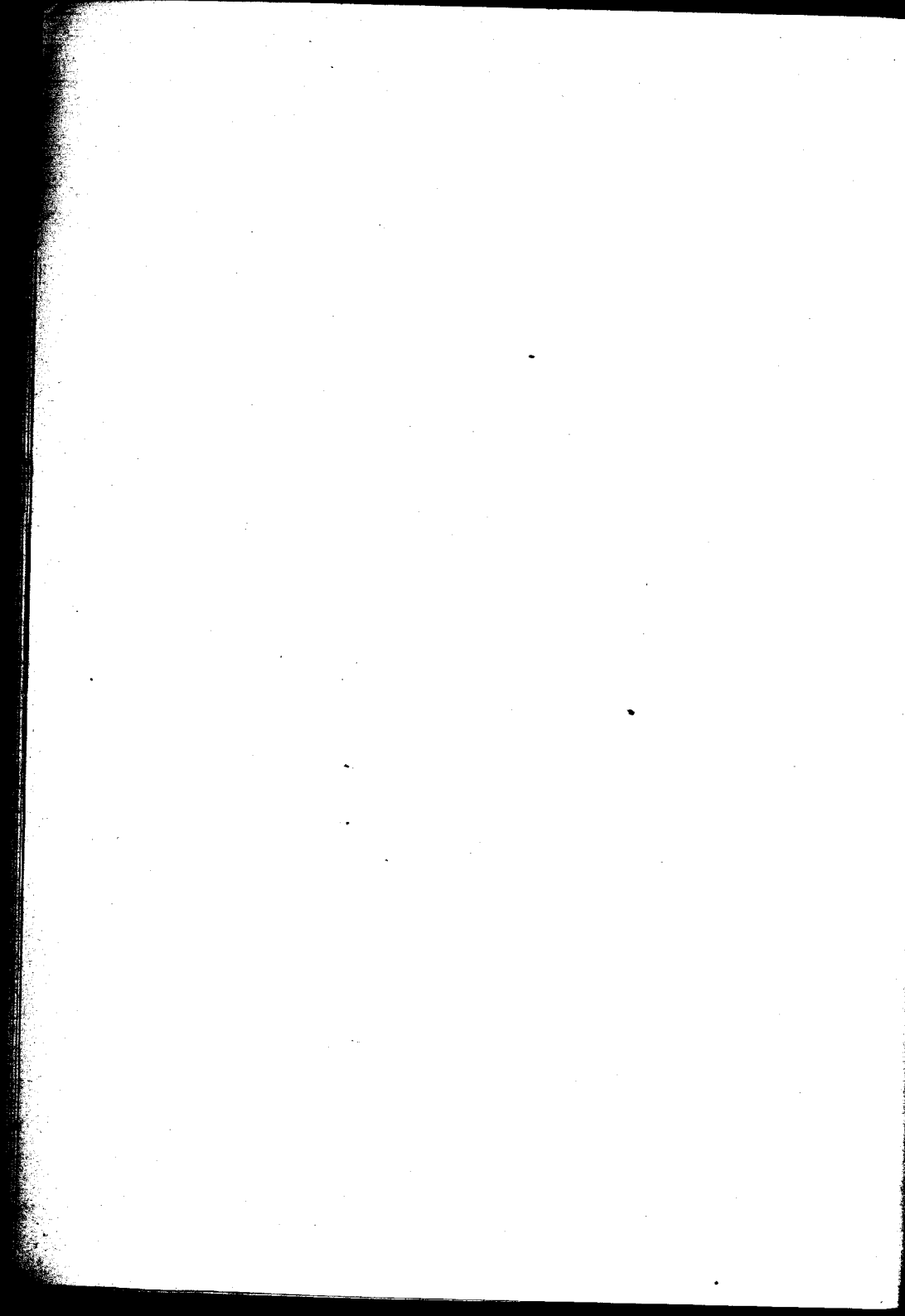
" " JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

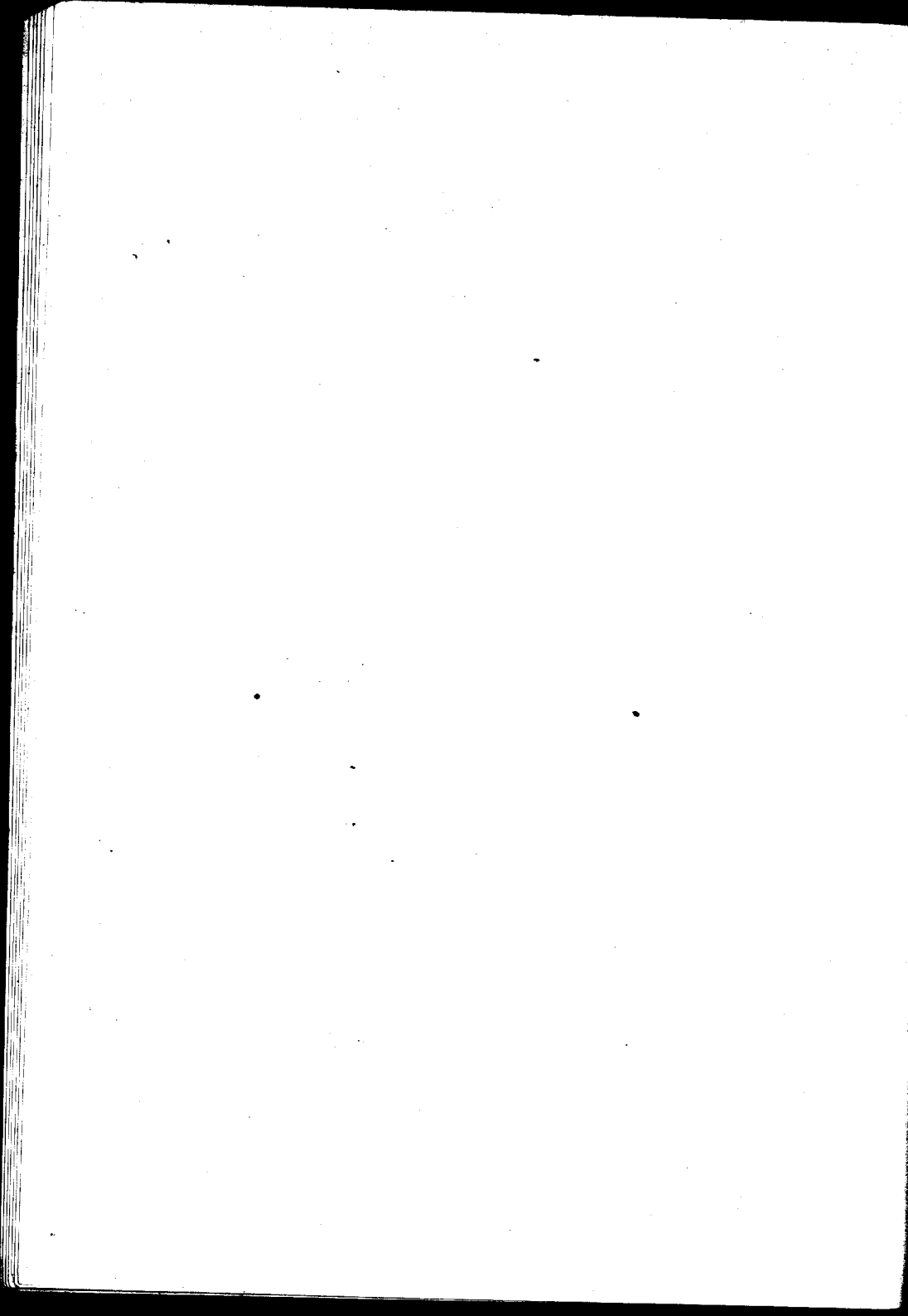
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- „ JOSÉ T. BACA
- „ JUVENCIO Z. ARCE
- „ PEDRO N. ARATA
- „ FRANCISCO DE VEIGA
- „ ELISEO CANTÓN
- „ JUAN A. BOERI



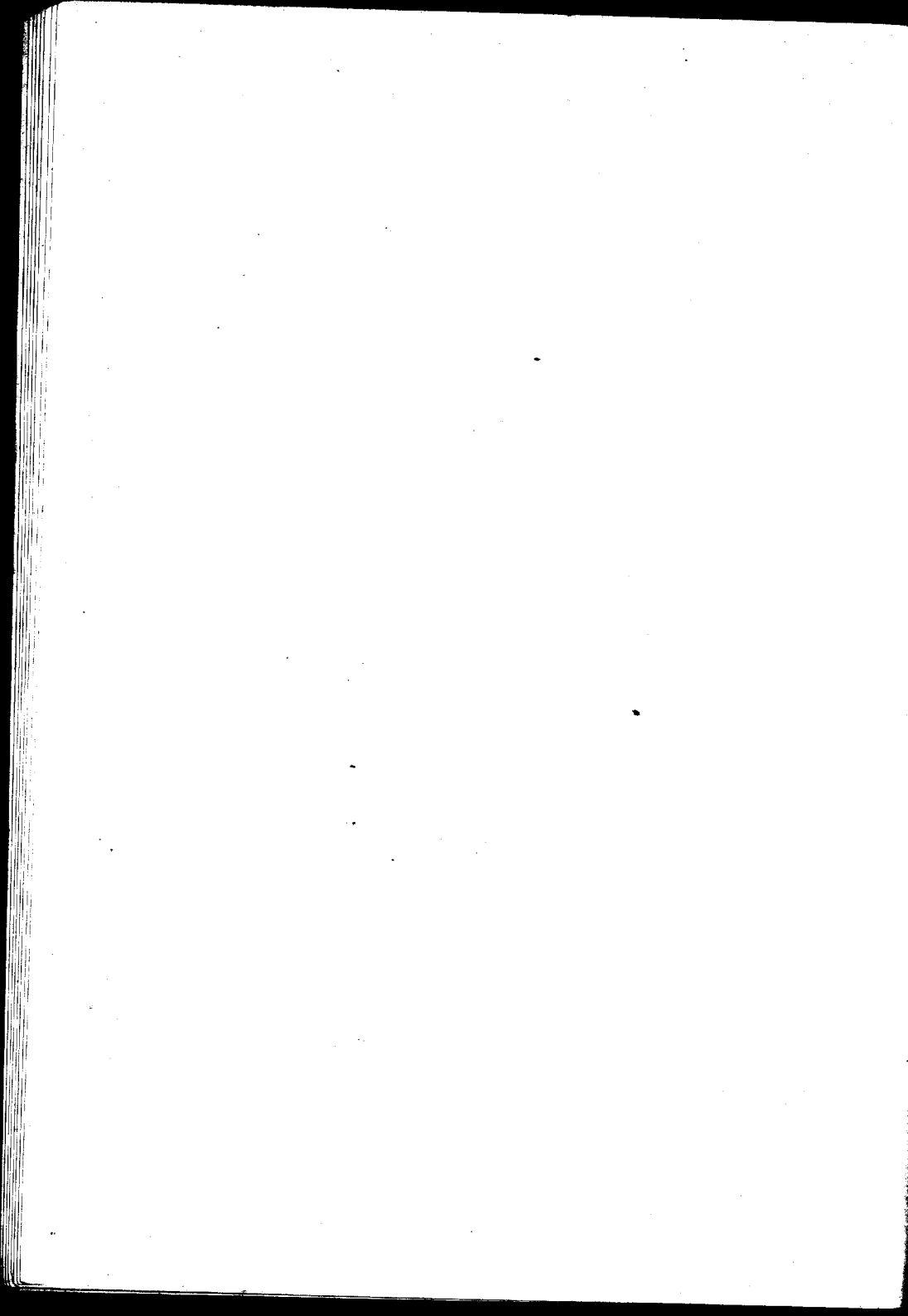
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	„ LUCIO DURAÑONA
	„ RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	„ JOSÉ ARCE (interino)
	„ JOAQUÍN LÓPEZ 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 MALBRÁN
Química Médica y Biológica	„ PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	„ RICARDO SCHATZ
Semeiología y Ejercicios clínicos .	„ GREGORIO ARAOZ ALFARO
	„ DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	„ AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	„ TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia	„ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	„ DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	„ LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	„ BALDOMERO SOMMER
„ Gineco-urinaria	„ PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	„ JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	„ JOSÉ PENNA
„ Oto-rino-laringológica ...	„ EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	„ MARCIAL V. QUIROGA
Clínica 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
„ Neuroológica	„ MARCELO VIÑAS
„ Psiquiátrica	„ JOSÉ A. ESTEVEZ
„ Obstétrica	„ DOMINGO CABRED
„ Obstétrica	„ ENRIQUE ZÁRATE
„ Pediátrica	„ SAMUEL MOLINA
Medicina Legal	„ ANGEL M. CENTENO
Clínica Ginecológica	„ DOMINGO S. CAVIA
	„ ENRIQUE BAZTERRICA



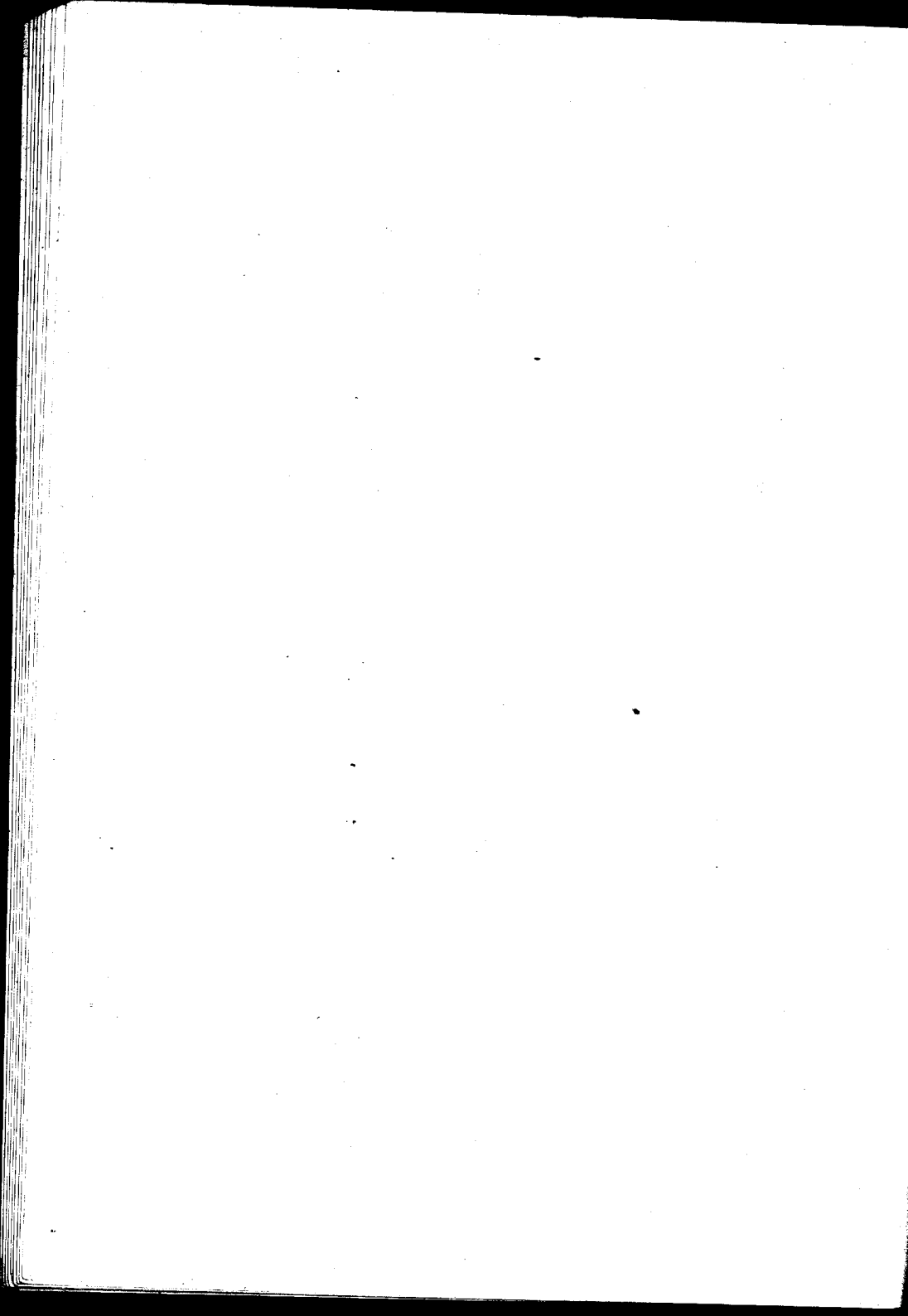
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica ...	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
	„ JOSÉ R. SEMPRÚN
Clínica Neurológica	„ MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica	„ BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	„ ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
Patología interna	„ RICARDO COLÓN
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 (en ejere.)
Zoología médica	" GUILLERMO SEEBER
Histología	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología general y humana	" FRANK L. SOLER
Higiene Médica	" FELIPE JUSTO
Semciología	" MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica	" ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapia	" CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria	" JOAQUÍN LAMBIAS
Patología externa	" JOSÉ MORENO
Clinica Dermato-Sifilográfica	" PEDRO CHUTRO
" Génito-urinaria	" CARLOS ROBERTSON
Clinica Epidemiológica	" NICOLÁS V. GRECO
Patología interna	" PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica	" BERNARDINO MARAINI
" Otorino-laringológica	" JOAQUÍN NIN POSADAS
" Quirúrgica	" FERNANDO R. TORRES
" Médica	" PEDRO LABAQUI
" Pediatría	" LEONIDAS JORGE FACIO
" Ginecológica	" ENRIQUE DEMARÍA
" Obstétrica	" ADOLFO NOCETI
Medicina legal	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" JOSÉ ARCE (en ejere.)
	" ARMANDO MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" JOSÉ M. JORGE (H.)
	" LUIS AGOTE
	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO MORSALINE
	" RAFAEL BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" M. R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" MANUEL A. SANTAS
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ (en ejere.)
	" ALBERTO PERALTA RAMOS (en ejere.)
	" FAUSTINO J. TRONGÉ
	" JUAN B. GONZÁLEZ
	" J. C. RISSO DOMINGUEZ
	" JOAQUÍN V. GNECCO

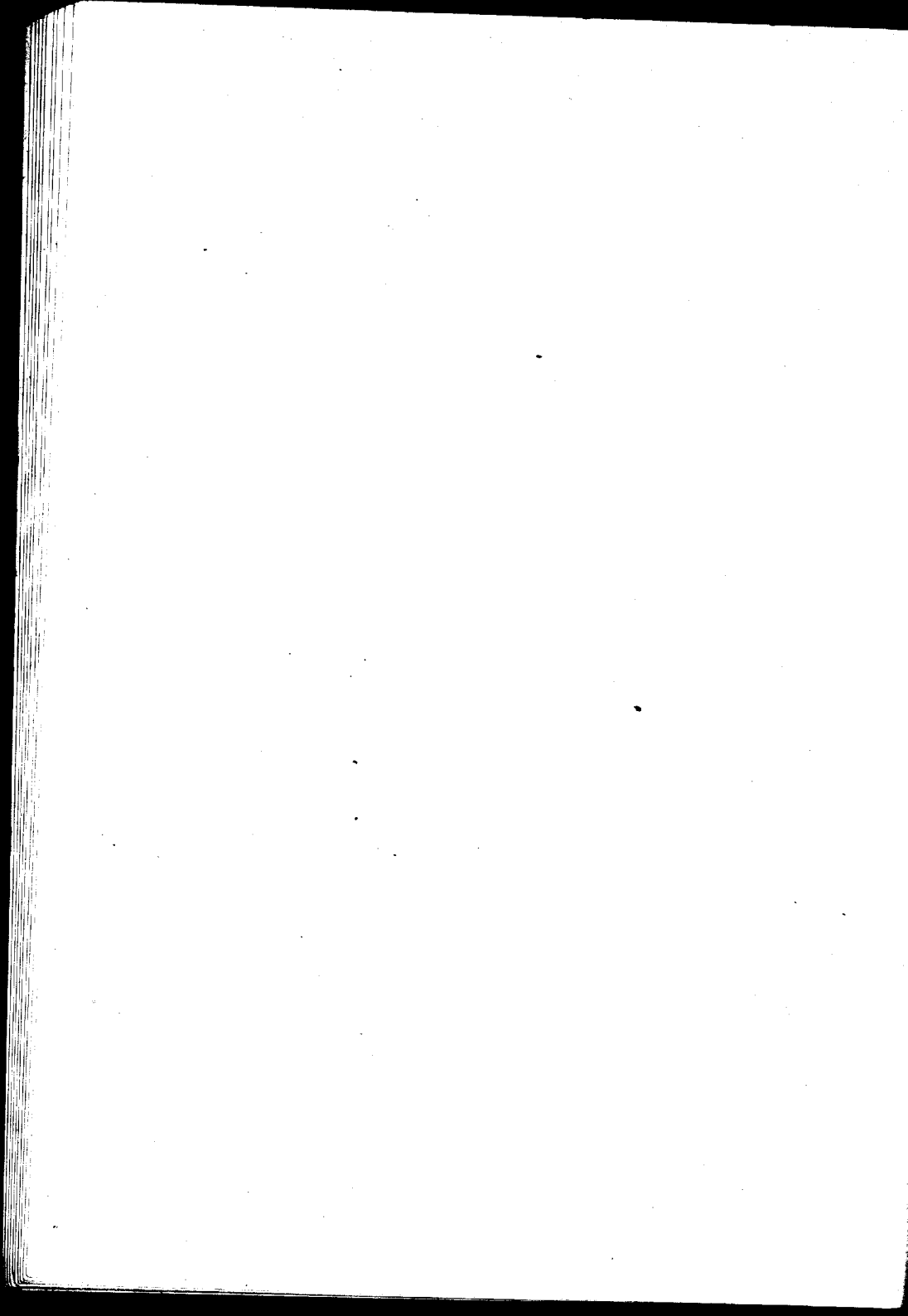


ESCUELA DE FARMACIA

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	„ OSCAR MIALOCK (interino)
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	SR. OSCAR MIALOCK (en ejere.)
Física farmacéutica	„ TOMÁS J. RUMI
Química orgánica	„ PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	„ ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Partido distóico y Clínica Obstétrica	
	„ FANOR VELARDE

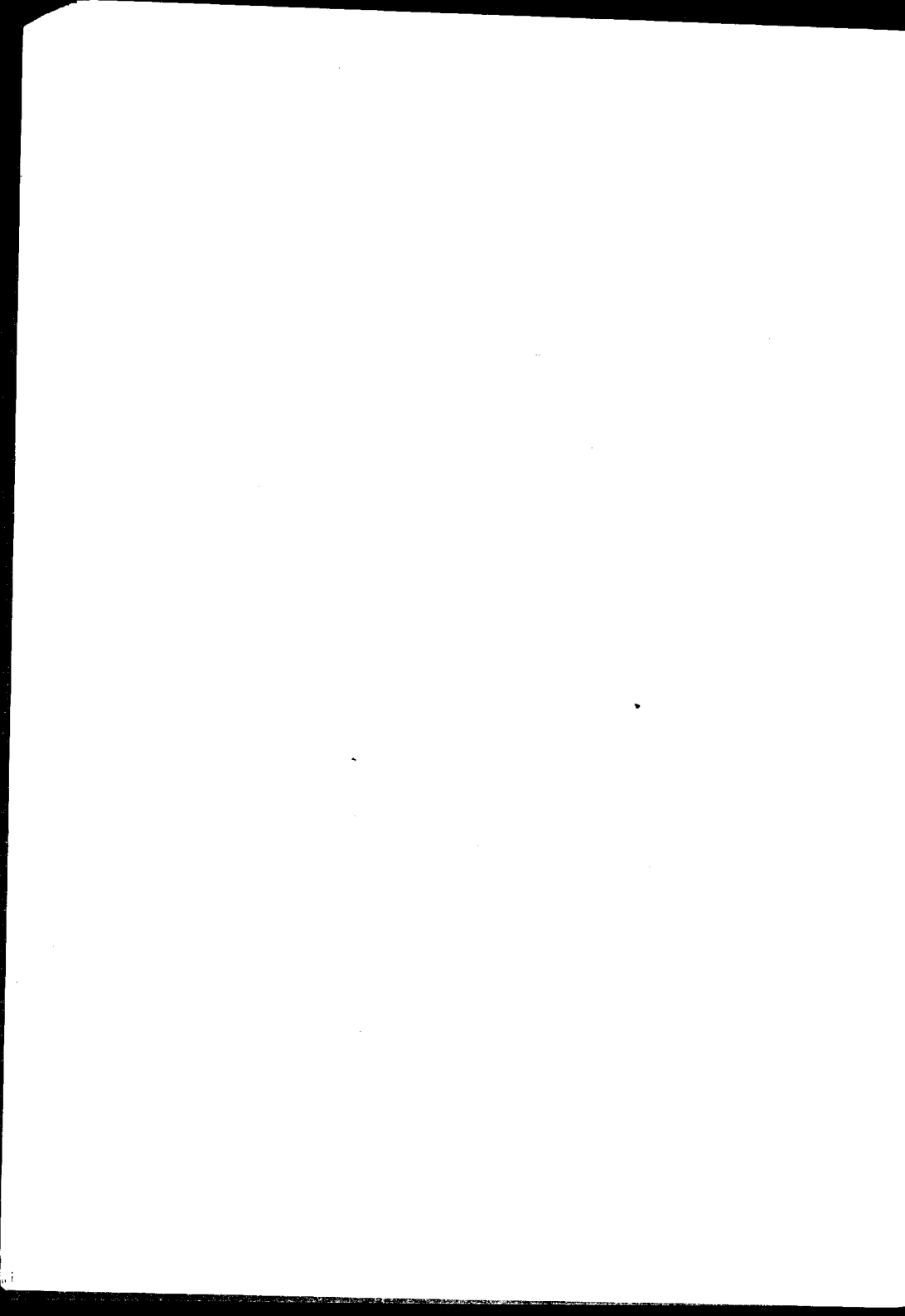
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. UBALDO FERNÁNDEZ
Parto distóico y Clínica Obstétrica	
	„ J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	„ LEÓN PEREYRA
3.er año	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protésis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE



PADRINO DE TESIS :

Dr. Enrique Adalid

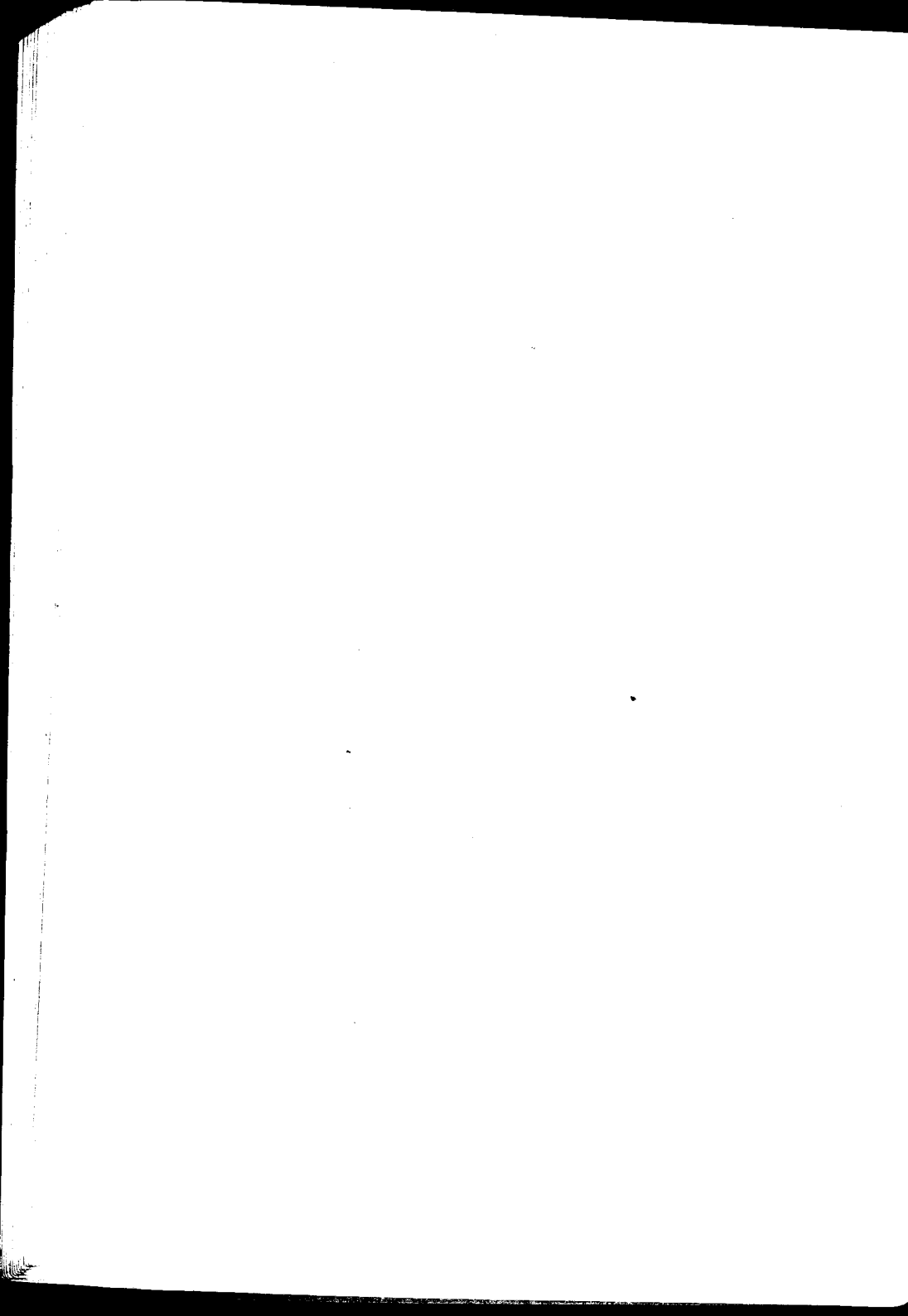
Médico Interno del Hospital de Niños
Médico Ayudante de Laboratorio de la Asistencia Pública



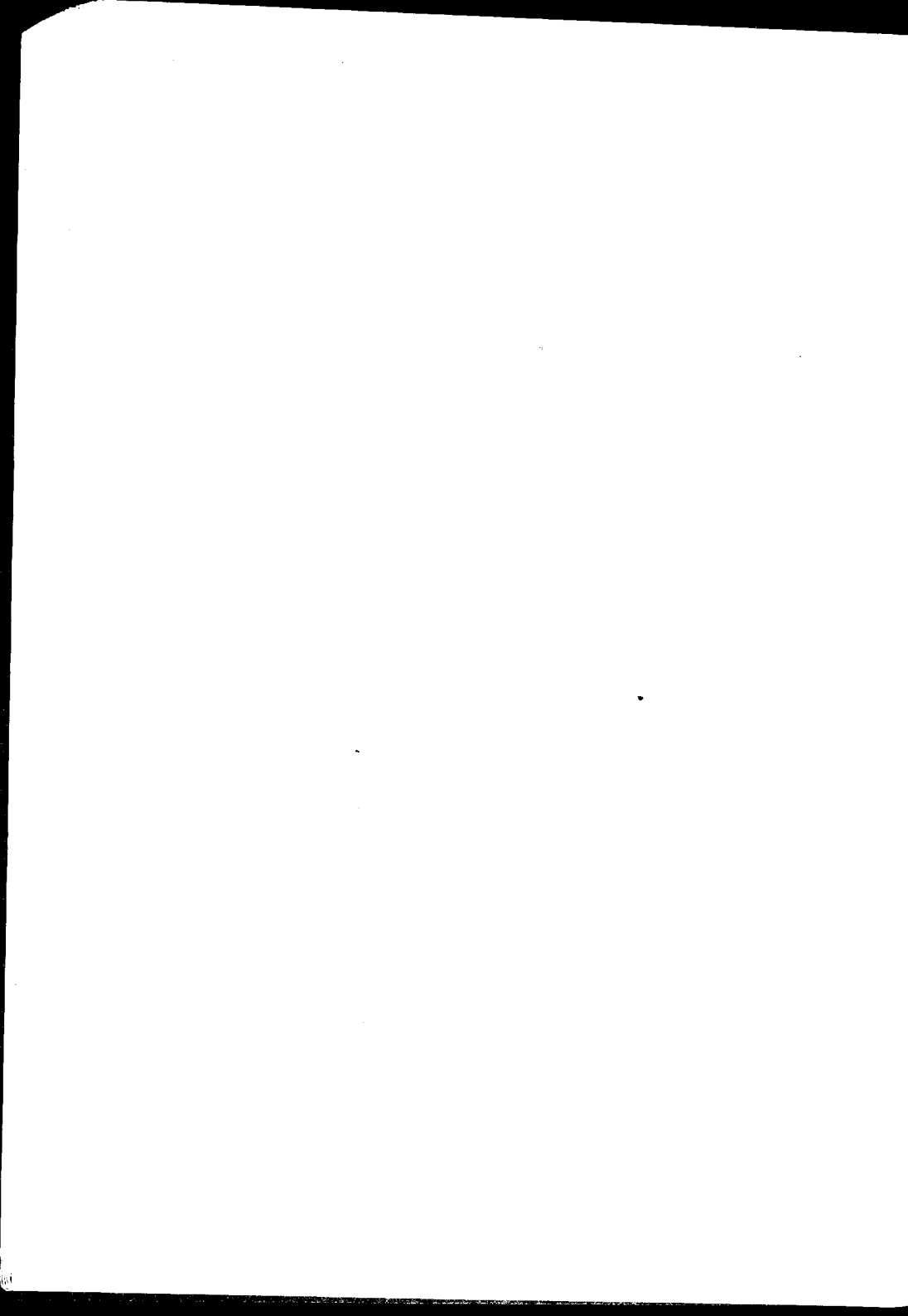
A LA MEMORIA DE MI ABUELO



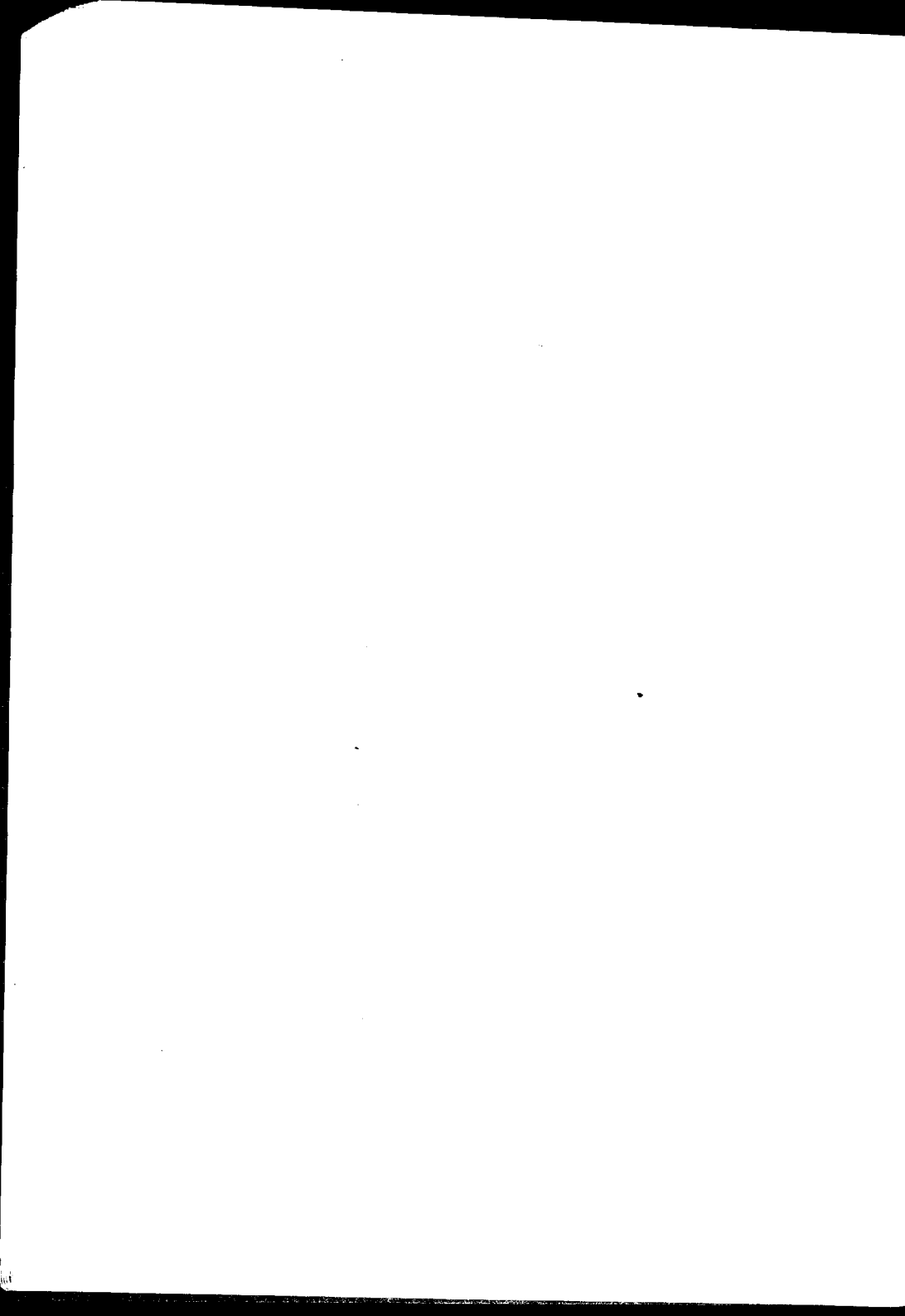
A MI ABUELA



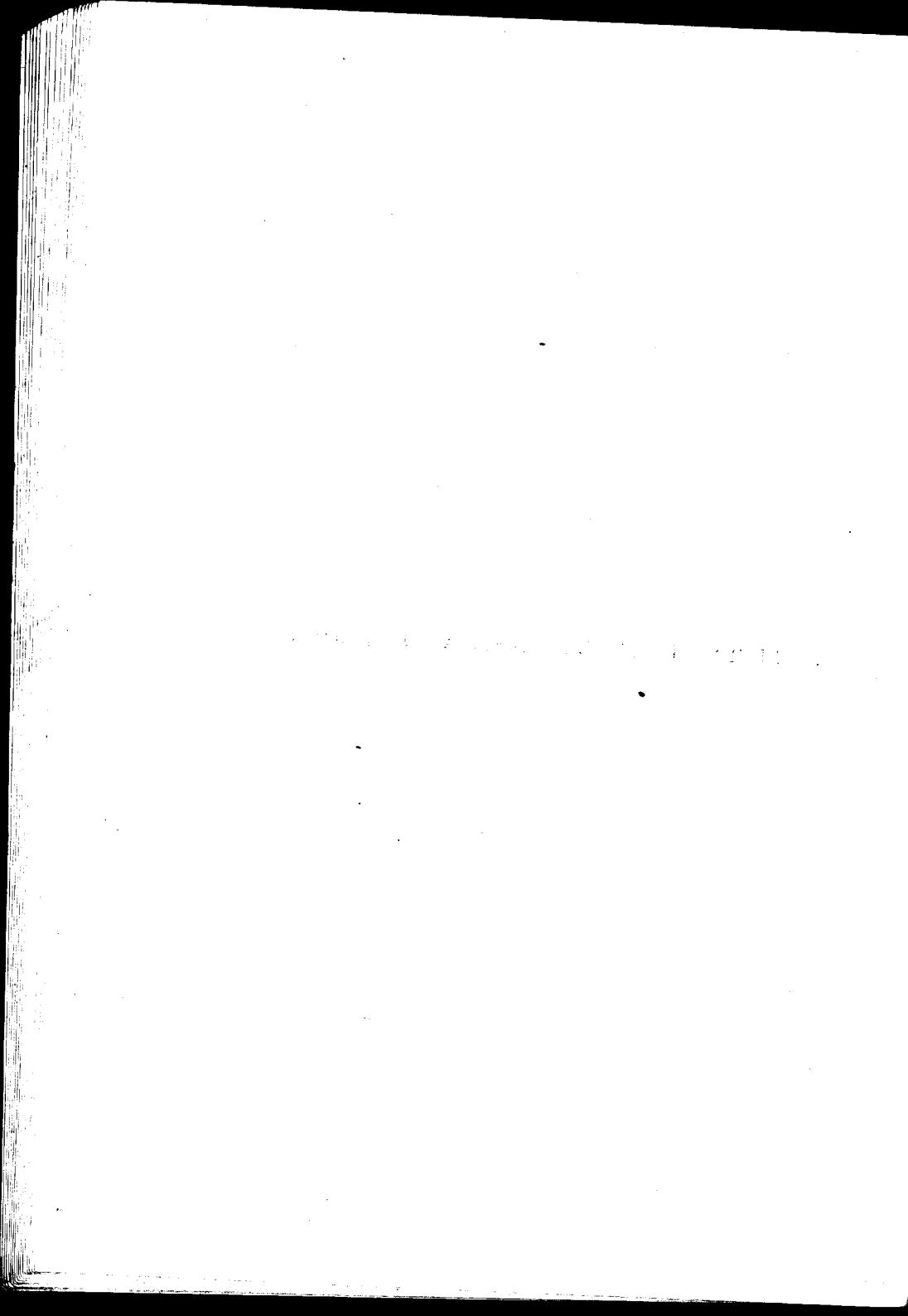
A MIS HERMANOS



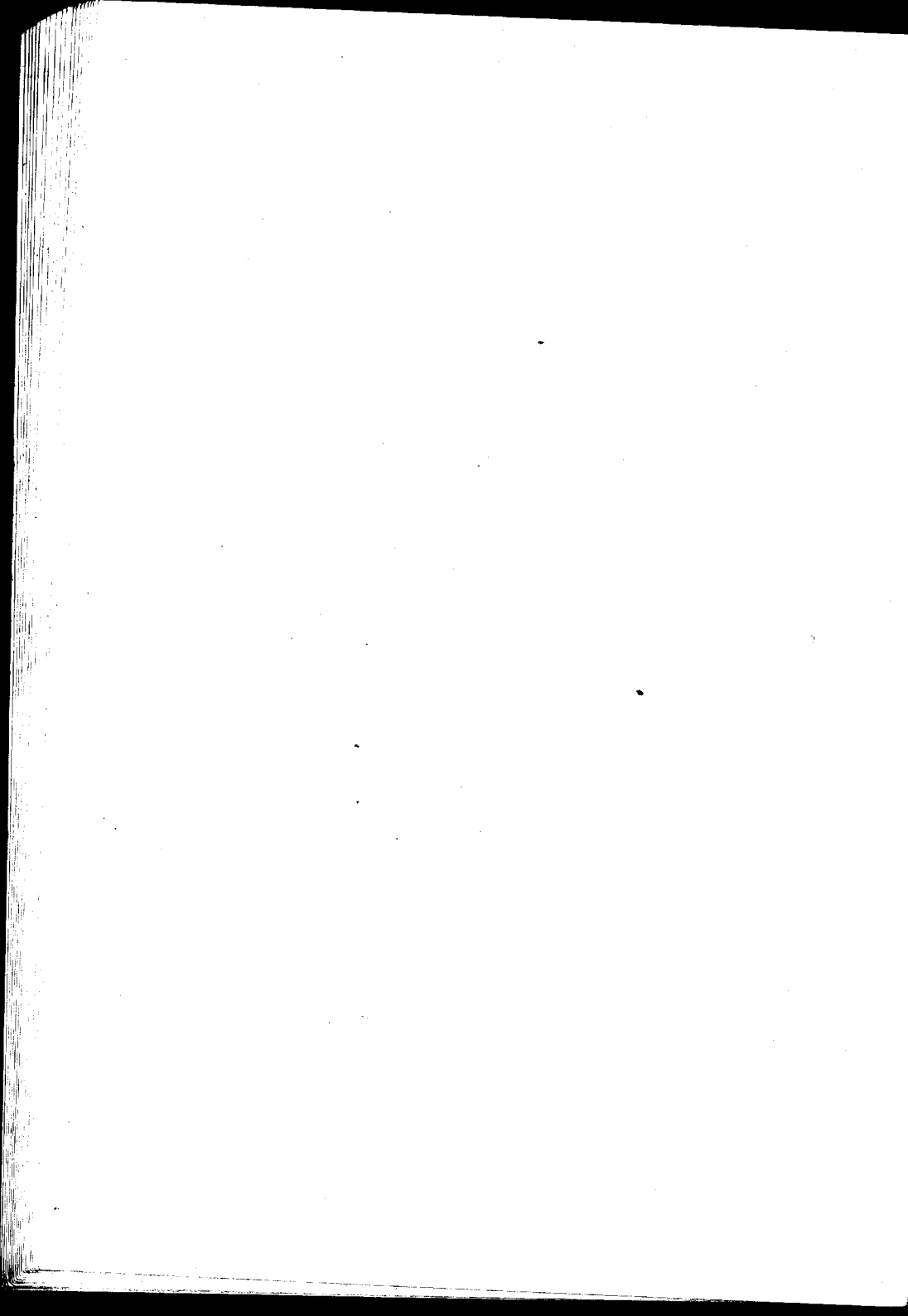
A LOS PROFESORES DE LA FACULTAD DE
MEDICINA



AL CUERPO MEDICO DEL HOSPITAL DE NIÑOS



A MIS COMPAÑEROS DEL HOSPITAL DE NIÑOS
Y DE LA CASA DE EXPÓSITOS



CONSIDERACIONES GENERALES

En mi paso por el Hospital de Niños me ha llamado la atención entre los muchos casos de guardia que se presentan a diario, cierta afección bastante frecuente, de una gravedad extrema conjurable sólo por una intervención precoz y apropiada: la invaginación intestinal.

Habiendo tenido oportunidad de observar varios de estos enfermitos y seguirlos durante su operación y tratamiento consecutivo hasta su curación definitiva que arroja un porcentaje halagador, me he decidido a adoptarlo como tema de tesis en la que trataré especialmente del estudio de su sintomatología hoy día bien establecida y del tratamiento quirúrgico; el que practicado en las primeras horas ofrece mayores probabilidades de curación.

La invaginación intestinal consiste en la introducción de una parte del intestino en la porción subyacente.

Comprende por lo tanto un cilindro externo o in-

vaginante y un cilindro interno o invaginado y dos pliegues: uno seroso que constituye el cuello y otro mucoso que se denomina cabeza.

Hay también invaginaciones dobles o triples producidas por el descenso de un cilindro superior en la luz de una invaginación preexistente resultando así budines de 5, 6 o 7 cilindros vistos por Brocca y otros autores, pero que nosotros no hemos tenido oportunidad de observar, tratándose en todos los casos de invaginaciones simples.

Según el sitio del intestino en que se produzca la invaginación, ésta lleva distinto nombre y así tenemos la invaginación íleo-cecal que comprende el 85 o/o de los casos, donde la cabeza está constituida por la válvula de Bauhin con el intestino delgado detrás de ella.

Cuando el intestino delgado franquea la válvula se forma la íleo-cólica que comprende el 11 o/o de los casos. La válvula puede quedar en su sitio y constituir el cuello o invaginarse a su turno en el colon. Las invaginaciones del intestino delgado forman el 5 o/o y las del intestino grueso el 2 o/o.

En esta estadística sólo están comprendidos niños que no pasan del año de edad.

En una estadística tomada en niños de 1 a 15 años de edad arroja las siguientes proporciones:

Íleo-cecales 3 o/o.

Del intestino delgado 30 o/o.

Ileo-cólicas 18 o/o.

Cólicas 7 o/o.

Cecales 6 o/o.

Apendiculares 2 o/o.

En estas dos últimas variedades la cabeza está constituida sea por el ciego, sea por el apéndice.

En cuanto a esta última variedad puede presentarse bajo dos formas distintas; o bien el apéndice se da vuelta en dedo de guante y sobre la superficie serosa del ciego se ve la entrada de un canal donde penetra el estileto, pudiendo detenerse en este sitio o bien arrastrar tras de sí el ciego en invaginación cecal o ileo-cecal; en este último caso después de efectuada la reducción se ve la disposición precedente y conviene entonces de completar la operación resecaando el apéndice y su base de implantación o sino 2.º caso, se ve el apéndice rígido y turgesciente rechazar el fondo de saco sin darse vuelta y producir entonces como consecuencia una invaginación ileo-cecal.

El divertículo de Mecke puede jugar el mismo rol que el apéndice, lo que hemos tenido oportunidad de constatarlo en la observación núm. III.

Este fenómeno de la invaginación se produce con relativa frecuencia pues en las autopsias se suelen observar pequeñas invaginaciones fáciles de reducir y sin lesión inflamatoria apreciable lo que ha hecho suponer a ciertos autores que éstas sean producidas después de la muerte o muy poco tiempo antes.

De manera que para que la invaginación aguda o crónica se constituya con su sintomatología clásica, es necesario que existan fenómenos inflamatorios y de oclusión; lo que se explica porque el intestino al invaginarse arrastra tras de sí el mesenterio, lo que regula en cierta manera su extensión.

Ahora bien, cuando esta extensión ha llegado al máximum se produce una compresión al nivel del cuello lo que trae un éxtasis venoso y por consiguiente mala irrigación, colocando a todo el budín en desventajosas condiciones de vitalidad y accesible por lo tanto a la acción morbosa de los gérmenes. Al mismo tiempo se forman adherencias.

Las invaginaciones cólicas o entéricas generalmente no aumentan mucho de tamaño, pero las íleo-cecales que son la forma más frecuente, pueden hacerse enormes y la cabeza formada por la válvula de Bauhin llega a menudo al colon pelviano y puede aún salir por el ano.

La dilatación y la congestión del intestino arriba del obstáculo y su retracción por debajo, son mucho menores en la invaginación crónica. El cilindro externo es poco alterado, observándose cierto despulido de las serosas, alguna infiltración de la mucosa que se ulcera alguna veces; la perforación es excepcional. Pero los dos cilindros invaginados son pronto turgentes por éxtasis venoso y linfático, luego se esfacelan, sea en placas, sea en masa; este hinchamiento al-

canza su *máximum* hacia la cabeza sobre el cilindro de unión; la gangrena se produce de ordinario en dos a tres días. Se la ha visto a las treinta horas y aun antes.

Las dos hojas serosas en contacto se adhieren y a veces de manera suficiente para que la caída total o parcial de los cilindros invaginados tenga lugar sin infección del peritoneo; pero, en la gran mayoría de los casos, las perforaciones tienen lugar en el cuello e infectan la gran serosa.

En cuanto a la etiología de esta afección diremos que ésta se debe en gran parte a la movilidad muy marcada del intestino, lo que se explica perfectamente, porque el mayor número de niños atacados no alcanzan al año de edad dando un promedio del 68 o|o. Por debajo de los seis meses la proporción sería del 50 o|o, con un predominio bien marcado para los varones que representan el 75 o|o de los casos.

Se ha comprobado también que en la raza anglosajona hay un porcentaje mucho más elevado con relación a los individuos de la raza latina y los estudios muy minuciosos de los cirujanos ingleses han puesto en claro que esto se debe a una mayor longitud del mesenterio.

Como causas determinadas se han señalado a veces: la entero-colitis, causando un peristaltismo exagerado

de la porción terminal del ileon, lo que explicaría el rol posible de la alimentación; las sacudidas imprimidas al niño haciéndolo saltar sobre las piernas para acallar sus gritos; el abuso de los purgantes; pero en general nada de esto ocurre.

SINTOMATOLOGÍA

Esta enfermedad se inicia generalmente en una forma brusca en medio de un perfecto estado de salud en niños bien desarrollados y de excelente aspecto. Otras veces, las menos, hay en sus antecedentes un período más o menos largo de desarreglos intestinales nunca muy intensos.

Llama la atención en ellos el aspecto de su cara; nariz afilada, ojeras, a veces surcos bien marcados y un estado de apatía muy bien apreciable y constatable en casi todos los casos lo que ha sido bastante bien clasificado con el nombre de "Cara de aburridos".

El vientre es al principio flácido y permite palpar muy bien el budín, de sensación característica, a forma redondeada, móvil, y siempre se encuentra libre de la pared. Cuando la invaginación data de varias horas el vientre se pone tenso y la palpación sólo es posible bajo la acción del cloroformo.

Agrégase a estos síntomas la agitación y los gritos del niño que se niega a jugar y rechaza el pecho, y los vómitos que son a veces muy precoces; generalmente

alimenticios pero que se hacen porráceos, cuando la enfermedad se prolonga por mucho tiempo. Excepcionalmente se vuelven fecaloides.

Pero el síntoma capital, característico y que lleva a justo título la denominación de patognomónico, muy bien estudiado por Cruveilhier que le ha dado su nombre, es la diarrea sero-sanguinolenta con ausencia completa de materias fecales. En la invaginación crónica, uno de cuyos casos publicamos en la observación núm. VIII la diarrea se presenta con intervalos, conteniendo a veces restos de materias fecales.

La temperatura oscila casi siempre alrededor de 38.° sobrepasando muy poco esta cifra y faltando muchas veces la reacción febril.

Se han señalado fenómenos de colapso algido sobreenvenidos rápidamente pero que nosotros no hemos observado. El pulso es rápido alcanzando hasta 130 y 150 pulsaciones por minuto. Su tensión es generalmente normal o muy poco disminuída salvo los casos extremadamente graves, a causa de la larga duración de la enfermedad por no haber sido tratada oportunamente.

PRONÓSTICO

El pronóstico de esta afección es siempre grave teniendo en cuenta la poca edad de los niños atacados contándose, como hemos dicho anteriormente, el mayor número de casos dentro del primer año de la vida.

Esta gravedad aumenta a medida que transcurren mayor número de horas desde su iniciación, y así podemos decir que es casi fatal después de las 36 horas en que generalmente se produce la grangrena de la invaginación y los fenómenos de intoxicación llegan al máximo.

Pero no siempre la gravedad del pronóstico está en razón directa de la duración de la enfermedad y así tenemos un determinado número de casos diagnosticados precozmente y operados enseguida, cuyo intestino se hallaba en perfectas condiciones sin haber sufrido las consecuencias de la extrangulación, estando por consiguiente perfectamente conservada su vitalidad; que han soportado bien la intervención y continuado en buenas condiciones, pero que en un plazo variable de

tres o cuatro días y ya en plena convalecencia han fallecido en medio de convulsiones sin que la autopsia haya podido descubrir la causa determinante de la muerte.

TRATAMIENTO

Hay dos clases de tratamiento: el médico, que se efectúa por medio de enemas de aire o de agua, y el quirúrgico, que consiste en la laparotomía y reducción de la invaginación bajo el control constante de la vista.

En cuanto al primero diremos que sólo es aplicable en determinado número de casos: invaginación reciente (dentro de las primeras doce horas) a forma íleo-cecal y sobre todo en las colo-cólicas cuya cabeza se alcance por el tacto rectal.

De más está hacer notar su ineficacia en las invaginaciones del intestino delgado.

Su técnica es la siguiente: se toma un irrigador y se le coloca a una altura variable entre uno y dos metros llenándolo de agua hervida cuya cantidad a administrar nunca debe exceder de dos litros. Se introduce una sonda en el recto y se deja penetrar el líquido poco a poco. El vientre aumenta de volumen. Conviene vigilar atentamente esta distensión y no llevarla a límites extremos pues entonces se correría el riesgo de hacer estallar el budín, lo que traería un derrame de

los productos sépticos en el peritoneo y la muerte consecutiva.

Estos enemas deben hacerse bajo anestesia clorofórmica y no insistir más de dos o tres veces en caso de fracaso, debiendo recurrir inmediatamente a la intervención operatoria.

Para practicar ésta se procede de la manera siguiente: La laparotomía mediana supra e infra-umbilical es de elección en los casos de budines de gran tamaño. Cuando el budín es reducido y bien delimitado bastará con una laparotomía lateral al nivel del borde externo de cualquiera de los rectos.

Abierta la pared se introducen dos dedos en el abdomen y se exterioriza la invaginación. Para reducirla se comprime al nivel de la cabeza y se tira suavemente, cuando no basta esta sola maniobra, del cilindro invaginado, vigilando atentamente a fin de evitar la desgarradura de la serosa.

Cuando el budín se haya gangrenado, habrá que resecarlo en toda su extensión y hacer el abocamiento látero-lateral del intestino. En el caso de que la necrosis sólo haya alcanzado el cilindro interno, lo que se reconocerá por transparencia a causa de su color violáceo, hay autores que recomiendan la incisión del cilindro externo y la extirpación por medio de ella de la parte necrosada.

Una vez conseguida la reducción se procederá al

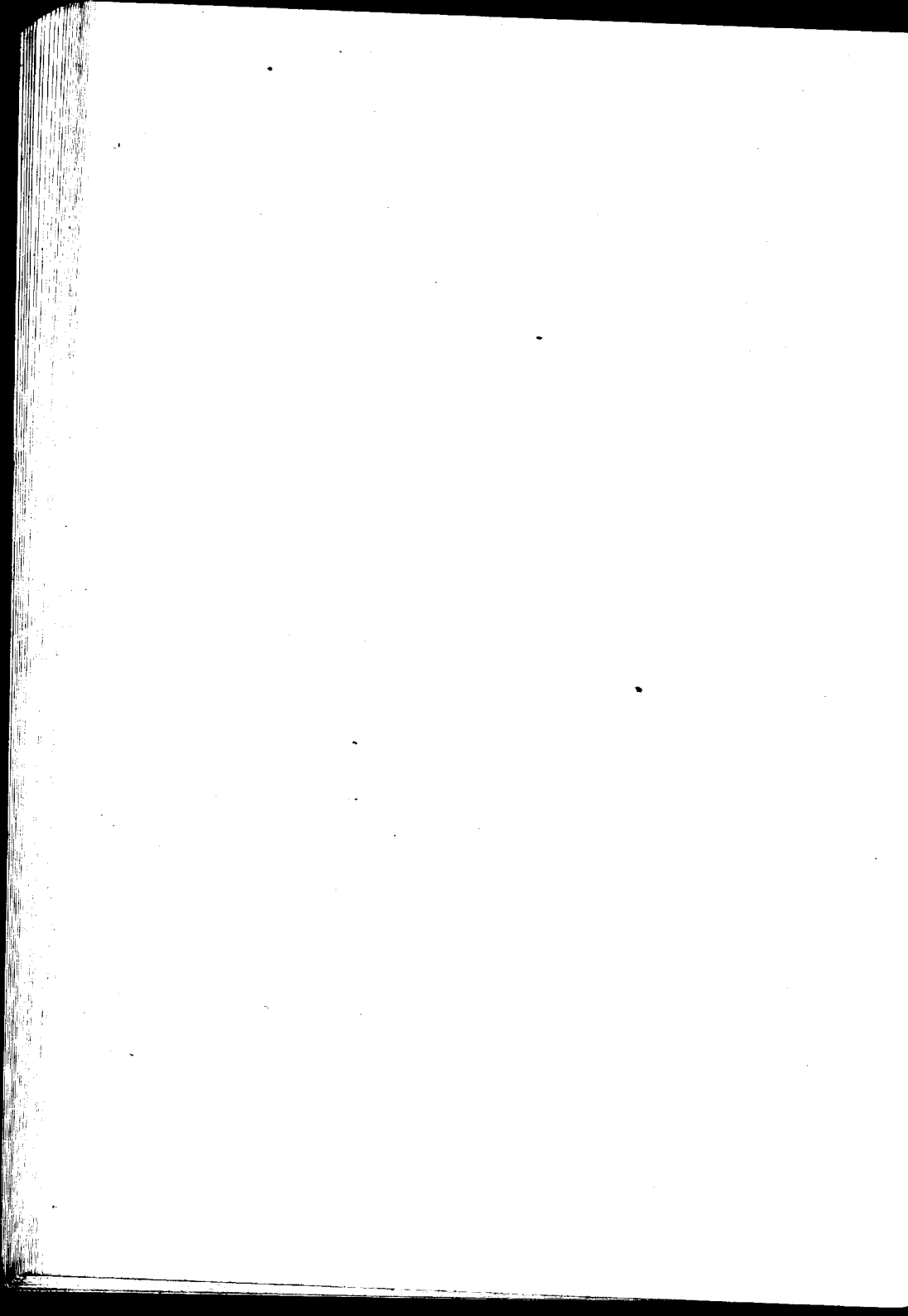
cierre completo de la herida en tres planos sin dejar drenaje.

Hay quien aconseja de fijar el intestino a la pared para evitar las recidivas, cosa que consideramos innecesaria pues nunca se han observado éstas en los casos tratados en el hospital.

Reasumiendo, diremos que los enemas deberán aplicarse en los casos anteriormente citados; en todos los demás se impone el tratamiento quirúrgico cuya eficacia será tanto mayor cuanto menor sea el tiempo transcurrido desde el principio de la enfermedad.

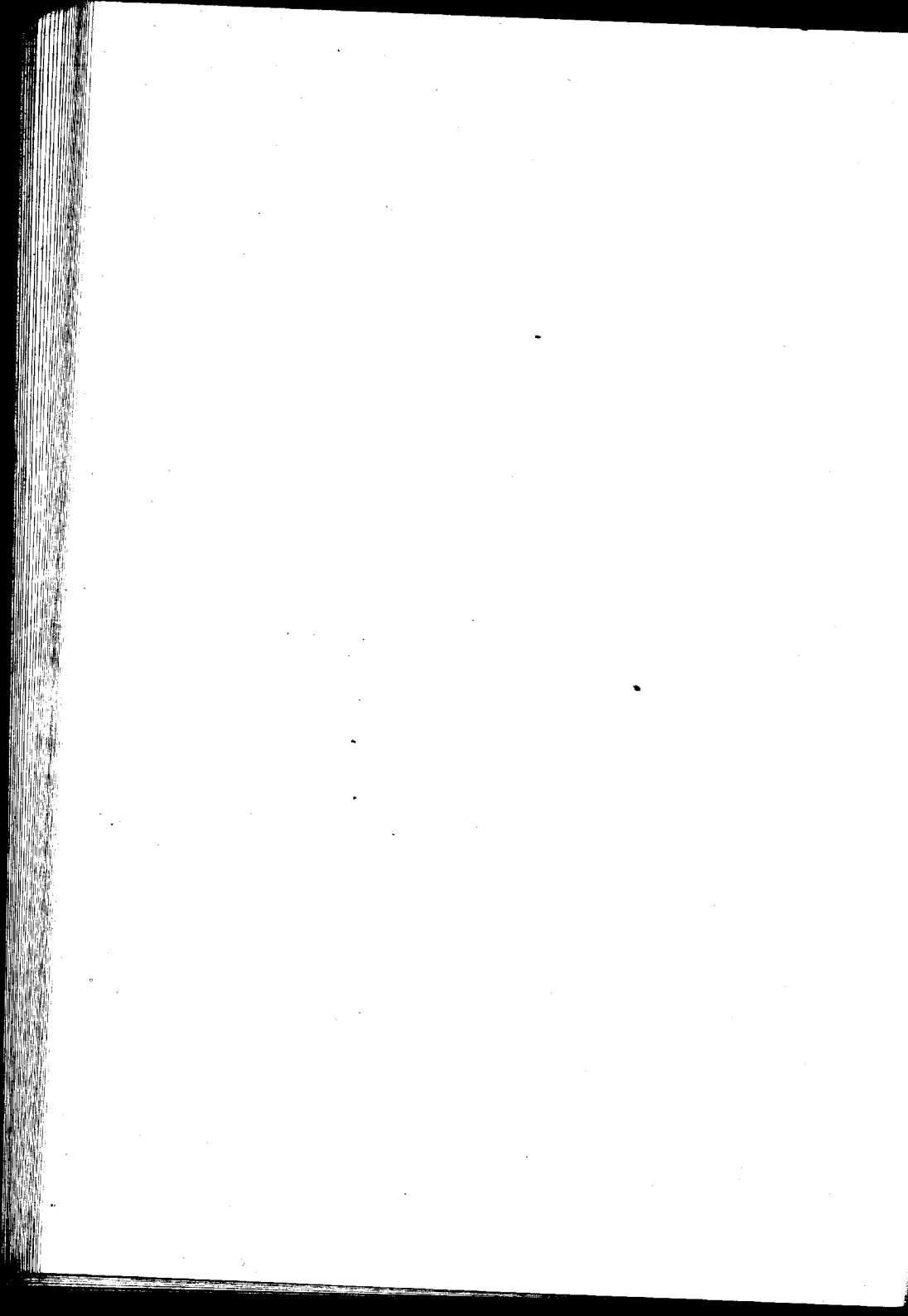
En lo que respecta a las resecciones de intestino, son, podríamos decir, de consecuencias fatales y el Dr. Lagos García que ha tenido oportunidad de practicar varias de estas operaciones no ha visto sobrevivir a ninguno de sus operados.

Es en vista de estos resultados tan poco halagadores que aconsejaríamos en caso de encontrarse una gangrena del budín, sería casi preferible cerrar la pared nuevamente sin intervenir dejando librada la marcha de la enfermedad a una eliminación posible por desprendimiento espontáneo; lo que ha sido observado en algunos casos.



OBSERVACIONES CLÍNICAS

Servicio de Cirujía del Hospital de Niños de los Doctores
Máximo Castro, Marcelo Viñas y Andrés Copello



OBSERVACION I

Sala 8. Cama N.º 13.

Luis O. 11 meses de edad, Argentino.

Fecha de entrada 11 de Abril de 1914.

Diagnóstico: Invaginación Intestinal.

Antecedentes hereditarios. — Padre 30 años, madre 26. Dos hermanos vivos.

Antecedentes personales. — Criado a pecho hasta ahora, no ha sufrido ninguna otra enfermedad. Está vacunado.

Enfermedad actual. — El 1.º de Abril a las 7 de la noche el enfermo se acuesta sin particularidad ninguna; a las 9 se queja de dolores abdominales, la madre le da el pecho y el chico se duerme nuevamente. 10 minutos después el chico vuelve a despertarse y grita toda la noche. Como a las 12 la madre le da un enema; mueve una cierta cantidad de materia fecal. Como el chico seguía quejándose la madre vuelve a darle otro enema unas dos horas después y el enfermo mueve únicamente una cierta cantidad de mucus con sangre. Al mismo tiempo aparecen vómitos.

En la mañana como a eso de las ocho tiene una deposición sanguinolenta pura; los vómitos continúan.

Estado actual. — Niño en buen estado de nutrición, piel blanca elástica, buen esqueleto.

Boca. — Lengua saburral. Se notan cuatro incisivos superiores y dos inferiores. Mucosa normal.

Tórax. — Normal.

Abdomen. — No se observa desarrollo venoso.

Hígado aumentado de volumen; su borde inferior se palpa a dos traveses de dedo por debajo del reborde costal. Indoloro.

Bazo. — También es palpable.

En el abdomen se palpa bajo anestesia clorofórmica un "budín" transversal que a la derecha casi está en contacto con el hígado.

Hay 38.° de temperatura, 120 pulsaciones por minuto, pero el pulso es regular y lleno.

Operación.—Abril 11. Se hace una laparotomía lateral derecha, se llega al budín y se ve que se trata de una invaginación íleo-cecal. Se logra desinvaginar el intestino delgado en la primera porción del grueso con la simple compresión de la extremidad del budín.

El intestino está algo congestionado el peritoneo más o menos normal. Se introduce en el peritoneo unos 20 ctrs. de éter sulfúrico. Se cierra la pared dejando en la parte superior de la incisión un ligero drenaje. En este mismo día tiene algunos vómitos. Se le da como única alimentación algunos trozos de hielo.

Abril 12. Tiene vómitos cuando toma un poco de agua. La temperatura sube a 38° 8 y el pulso se mantiene en 120, regular, tenso.

Abril 13. Los vómitos desaparecen. Se le da agua de cebada. La temperatura baja a 37° 3. 120 pulsaciones por minuto. Se saca la mecha.

Abril 14. Mueve el vientre espontáneamente. La temperatura está en 36° 9. Se le da dos veces pecho de la madre y tres veces agua de cebada. 120 pulsaciones.

Abril 15. Tiene una deposición normal. 125 pulsaciones. 37° 6 de temperatura.

Abril 16. Tiene una deposición. Se le suspende la leche de la madre y la temperatura a la tarde baja a 36° 6.

Abril 18. Tiene una deposición. Se le da tres veces pecho y dos veces agua de cebada. 98 pulsaciones por minuto. Se sacan los puntos.

Abril 20. No hay temperatura. El niño tiene dos deposiciones normales.

Abril 22. Se da de alta curado.

OBSERVACION II

Servicios de pensionistas.

Arturo M. 11 meses, Argentino.

Entrada Julio 31 de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Los padres viven y

son sanos. Han tenido cinco hijos, de los cuales cuatro viven y uno ha muerto de entero-colitis.

Antecedentes personales. — Criado a pecho hasta el presente. Ha sido siempre sano hasta el día de su ingreso en este servicio en que fué acometido súbitamente a las 10 a. m. de dolores intensos en el abdomen vómitos y diarreas mucosanguinolentas.

Estado actual. — En estas condiciones ingresa al Hospital. Ligero grado de cianosis. 130 pulsaciones por minuto. Pulso irregular. La invaginación se palpa en forma de budín por debajo del estómago.

Operación. — Julio 30, 10 p. m. Cirujano Doctor Viñas. Anestesia clorofórmica. Laparotomía mediana supra e infra-umbilical. Invaginación íleo-cecal en una extensión de 30 cetros. Intestino en buenas condiciones; hay un poco de líquido citrino. Reducción y cierre de la herida sin dejar drenaje.

Agosto 1.º 120 pulsaciones por minuto. Enfermo muy agitado. 36.5 de temperatura. Cianosis. Vómitos porráseos.

Agosto 2. El enfermo continúa muy agitado, gran ansiedad, maniesta una sed muy viva. La cianosis aumenta. Los vómitos porráseos se repiten con frecuencia durante el día. 36° de temperatura. Pulso irregular. 130 pulsaciones por minuto.

Agosto 3. A la visita médica de la mañana el enfermito duerme tranquilamente. La cianosis ha desaparecido. 100 pulsaciones por minuto. Pulso regular,

poco tenso. 36°8 de temperatura, no hay vómitos. A la tarde mueve espontáneamente el vientre.

En los días siguientes el enfermo continúa en buenas condiciones y se empieza a alimentar. Mueve el vientre con regularidad.

La herida cicatriza por primera. El 10 de Agosto se le quitan los puntos y es dado de alta, curado.

OBSERVACION III

Guillermo Carlos P., 8 meses, Argentino, domiciliado Deseado 1563.

Entrada Agosto 3 de 1913, falleció Agosto 6 del mismo.

Antecedentes hereditarios. — El padre sufre de reumatismo. La madre es sana.

Antecedentes personales. — Ha sido criado a pecho y ha gozado de buena salud hasta el día anterior a su ingreso en este Hospital en que se inició su enfermedad.

Enfermedad actual. — A las 9 a. m. del día 2 de Agosto el niño fué acometido de intensos dolores en el abdomen que lo tenía en continua agitación y a las 3 horas de iniciados tuvo una deposición sanguinolenta que se repitió varias veces.

Estado actual. — Examinado por nosotros en la sala de guardia el niño presenta los siguientes sínto

mas: gran agitación, el enfermo se retuerce continuamente adoptando la posición en opistotonos y pleurototonos.

Pulso muy rápido. 120. Irregular. Poco tenso, ligero grado de cianosis.

A la palpación (sumamente dolorosa), se nota al nivel de la fosa iliaca izquierda, la presencia de un budín característico.

Durante el examen el niño tiene una deposición mucosanguinolenta.

Hecho el diagnóstico de invaginación intestinal se resuelve la intervención quirúrgica como tratamiento de urgencia y el niño es operado inmediatamente.

Operación. — Agosto 3. 12 a. m. Cirujano Doctor Amante. Ayudante Sr. Savino.

Anestesia por el éter a causa del grave estado del enfermo. Laparotomía lateral izquierda al nivel del borde externo del recto. Separado dicho borde se incide la vaina posterior del músculo y luego el peritoneo.

Hecha la eventración de las ansas intestinales se encuentra una invaginación que partiendo desde el ciego se extendía unos veinte centímetros, estando en ella comprendida una porción del apéndice. El intestino grueso presenta pequeños puntos de necrosis y se halla muy congestionado en su porción ascendente.

Se reduce. Se extirpa el apéndice y se sutura la pared en 3 planos sin dejar drenaje.

Durante la intervención la anestesia ha sido muy irregular, habiendo tenido que suspenderse 2 veces por el estado del pulso y recurrir a la cafeína, aceite y suero, para estimular el corazón.

A las dos horas de la intervención el enfermo continúa muy agitado y tiene 150 pulsaciones por minuto. Suero y cafeína.

A las 12 horas la misma agitación. Pulso filiforme. Suero nuevamente. El enfermito no duerme durante toda la noche.

Agosto 4. (10 p. m.) Muerte a consecuencia de una gangrena intestinal.

OBSERVACION IV

Servicio Externo de Cirujía.

Mariano S. 2 1/2 años de edad, Argentino. Febrero 22 de 1914.

La enfermedad se inició en el día de la fecha a las 10 a. m., sin vómitos, con diarrea muco-sanguinolenta.

Estado actual. — Se palpa el abdomen y se nota a la izquierda de la línea media y a un y medio centímetro de ella un budín de unos 12 a 15 centímetros de largo de sensación característica. La palpación en esta región era además dolorosa y ofrecía bastante resistencia a la mano. A la derecha de la línea media, abdomen libre.

Los esfuerzos del niño o la presión sostenida de la mano sobre el budín, hacía que apareciese a la vista por el ano la porción inferior invaginada.

Hay facies peritoneal.

En virtud de estos datos se diagnostica invaginación intestinal de la S ilíaca en el recto.

Operación. — (De urgencia). 6 1/2 p. m. Laparotomía lateral izquierda al nivel de la vaina del recto.

Al incidir el peritoneo se escapa del abdomen unos 20 o 30 centímetros cúbicos de un líquido citrino. Se introduce un dedo en el abdomen y se toma el budín exteriorizándolo. Se reduce la invaginación y se cierra la pared en tres planos sin dejar drenaje.

Febrero 23. Examinado el niño se constata que el estado general ha mejorado.

Temperatura 38°. 125 pulsaciones; regular, tenso. El niño ha tenido una deposición sin sangre y con abundantes materias fecales. Ha tenido algunos vómitos.

Febrero. 24. Muy buen estado general. Los vómitos no se han repetido. No hay temperatura. 100 pulsaciones por minuto. Ha movido su vientre dos veces. Se le da un poco de te con leche.

Febrero 30. El niño ha continuado en muy buenas condiciones, sin presentar ninguna novedad en los días anteriores, en que lo hemos visto en el consultorio externo.

La herida ha cicatrizado por primera. Se le sacan los puntos y se le da de alta completamente curado.

OBSERVACION V

Servicio de pensionistas.

Pedro G., Argentino, 6 meses de edad, entrada Abril 11 de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos, tienen tres hijos vivos. Hay dos abortos anteriores, al nacimiento del actual enfermo.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Desde ayer por la mañana data su enfermedad. La madre mientras llevaba en brazos al niño notó que éste se retorció y luego comenzó a gritar.

La madre dice que antes del comienzo de su enfermedad actual padecía de diarrea amarillenta. (Hasta 6 deposiciones diarias).

Que con alternativas sufrió de dolores, quejándose mucho.

Como 12 horas después del comienzo de su enfermedad tuvo vómitos alimenticios que cedieron al tratamiento médico y al mismo tiempo diarrea sanguinolenta. Esta sintomatología ha sido constatada por un cirujano llamado pocas horas después quien notó además la presencia de un tumor abdominal (budín) por

lo que diagnosticó invaginación intestinal y ordenó su inmediata intervención.

Estado actual. — Niño bien constituido. Presenta como patológico un tumor abdominal que se palpa perfectamente por debajo del hígado, de dirección transversal. Pulso ligeramente acelerado. Temperatura 38°

Operación. — Se hace laparotomía lateral derecha y se encuentra el ciego con apéndice y porción inmediata del intestino delgado invaginada en el intestino grueso en una extensión de 30 centímetros, constituyendo la variedad íleo-cecal. Se reduce y se cierra la pared sin dejar drenaje.

Abril 12. Buen estado general. No hay temperatura, ha habido algunos vómitos debidos al cloroformo que han cesado a las dos horas después de su administración.

Abril 18. El niño ha continuado en muy buenas condiciones habiéndosele alimentado con regularidad desde el día siguiente de su intervención. En la fecha se le sacan los puntos de la piel y se le da de alta. Curado.

OBSERVACION VI

Servicio de Cirujía del Hospital de Niños

Sala 5°

Margarita P. 4 meses. Entrada Mayo 24 de 1914.

Antecedentes hereditarios. — Padre de 45 años de

edad; madre de 31 años. Ambos son sanos. Han tenido 8 hijos que viven todos. Ha habido un aborto anterior al nacimiento del actual enfermo.

Antecedentes personales. — Nacida a término, criada a pecho hasta la fecha. No ha tenido gastroenteritis. No está vacunada.

Enfermedad actual. — Refiere la madre que la niña ha gozado de buena salud hasta ayer por la mañana en que fué atacada súbitamente de dolores en el abdomen. La niña se retorció con frecuencia, gritaba y se negaba a tomar el pecho.

Como a las dos horas de iniciada su enfermedad tuvo los primeros vómitos que se han repetido varias veces, siendo siempre alimenticios.

A las 8 de la noche tuvo una deposición sanguinolenta.

La niña ha pasado la noche en muy malas condiciones, no habiendo descansado ni dormido un solo momento.

A las seis de la mañana del día de hoy la diarrea sanguinolenta se repitió, decidiendo entonces la madre traerla en seguida al Hospital.

Estado actual. — Examinada la niña en la sala de guardia por el Dr. Adalid constató facies peritoneal y la presencia de un budín bastante móvil situado en el lado derecho del abdomen, de dirección vertical y de unos diez centímetros de extensión.

Durante el examen, la niña tiene una nueva de-

posición sanguinolenta pura, sin materias fecales, lo que confirma el diagnóstico por lo que se decide intervenirla inmediatamente.

Pulso filiforme. 150 pulsaciones por minuto. 37° grados de temperatura. Muy mal estado general.

Operación. — 12 m. Anestesia clorofórmica. Incisión lateral derecha. Llegado al músculo se incide la hoja interna de su vaina e inmediatamente el peritoneo.

La invaginación aparece a la vista y se la exterioriza para reducirla.

Durante esta operación se nota la presencia de muchas adherencias lo que obstaculiza la reducción y al destruirlas se produce una desgarradura de la serosa debido al mal estado del intestino. Se corrige ésta, por medio de una sutura sero-serosa y se cierra la cavidad sin dejar drenaje.

La niña continúa en muy malas condiciones, siendo su pulso casi imperceptible. Hay disnea y los vómitos continúan, falleciendo sin haber podido hacerla reaccionar, a las dos p. m.

Debemos hacer constar que antes de la intervención quirúrgica se hicieron tres enemas a presión sin resultado.

OBSERVACION VII

Servicio externo de Cirujía

Antonio V., Argentino, 7 meses de edad, domiciliado Padilla 946.

Entrada: Junio 11 de 1914.

Diagnóstico. — Invaginación intestinal.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Ha sido sano hasta hacen 5 días en que ha sido atacado de gastro-enteritis, según diagnóstico médico, siguiendo en estas condiciones hasta anoche en que se inició su:

Enfermedad actual. — Con malestar general y vómitos. A las 12 tuvo una deposición con abundante materia fecal.

Hoy a las 7 de la mañana tuvo una deposición sanguinolenta pura, que se repitió a la media hora después.

A las 11 el niño es traído al Hospital y examinado en la sala de guardia presenta los siguientes síntomas:

Niño bien constituido, en buen estado de nutrición. Coloración pálida de la piel y de las mucosas. Adopta la posición en *chien de fusil*. El budín se palpa por debajo del hígado; es de dirección transversal y de unos 10 centímetros de extensión.

Tratamiento. — 12 m. Se le cloroforma y se le administra un enema de 1 y 1/2 litros de agua hervida, colocando el irrigador a unos 2 metros de altura.

El vientre aumenta de volumen e inmediatamente de retirada la sonda tiene una deposición con abundante materia fecal y algunas estrías sanguinolentas.

Una vez evacuado el intestino se palpa su abdomen y se constata que el budín ha desaparecido.

Una vez pasada la acción de la anestesia el niño continúa tranquilo y a las tres horas después tiene una nueva deposición fecal sin sangre.

Hemos examinado al niño en la tarde del día siguiente y lo hemos encontrado en perfectas condiciones de salud. Se ha alimentado con regularidad.

OBSEVACION VIII

Josefina C. Argentina, 8 años de edad.

Entrada: Abril 5 de 1914.

Antecedentes hereditarios. — Alcoholismo en el padre.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Hace diez y ocho días empezó la enfermedad con una puntada en el lado izquierdo del abdomen, vómitos verdosos y diarrea; tuvo temperatura cuya intensidad los padres no apreciaron. Al mismo tiempo notaron que en la fosa ilíaca izquierda aparecía un tumor doloroso, que aumentaba de volumen. Como seguía lo mismo la trajeron al Hospital, ingresando en este servicio.

Estado actual. — Niña en regular estado de nutri-

ción; poco panículo adiposo; piel y poco elástico; facies peritoneal; mucosas pálidas; lengua muy saburral y rojiza en los bordes.

Aparato circulatorio. — Nada de anormal; pulso algo frecuente (120), regular poco tenso.

Aparato respiratorio. — Respiración vesicular; 32 respiraciones por minuto.

Aparato digestivo. — No hay vómitos; mueve el vientre varias veces por día; deposiciones diarreicas, fétidas, oscuras; regular apetito, poca sed. Abdomen regularmente tenso; en la fosa ilíaca izquierda se nota un abultamiento, renitente, doloroso, que va hasta el flanco y el reborde costal del mismo lado y cuya matitez sigue a la matitez esplénica; por detrás va hasta la masa muscular lumbar.

Tiene siempre temperatura que varía entre 37.6 y 38.5.

Los análisis de sangre y de orina mandados practicar en el Laboratorio han dado el siguiente resultado:

ANALISIS DE SANGRE

Hemoglobina 65 o/o Relac Globular 101 x 537 rojos
Glóbulos rojos 4.840.000 Retículo escaso
Glóbulos blancos 9.000.

EQUILIBRIO LEUCOCITARIO

Polinucleares 79 o/o	Linfocitos 16 o/o
Mononucleares 3 o/o	Eosinófilos 1 o/o
Fórmulas de transición 2 o/o	

EXAMEN DE ORINA

Cantidad remitida :-	150 cc.
Color	Amarillo rojizo
Aspecto	Turbio
Sedimento	Abundante
Espuma	Blanca
Reacción	Acida
Densidad a 15°	1017

EXAMEN QUIMICO

Urea	23.959 en 1000 c. c.
Acido fosfórico	1.75 " "
Cloruros como Cl. Na	1.
Elementos fijos	39.61
Albúmina	No hay
Glucosa	No hay

Operación. — Abril 8. Incisión mediana. Se llega al tumor y se encuentra una gran invaginación intestinal del colon ascendente en el transverso que va hasta la Siliaca. Se observa el intestino y el meso en malas condiciones; al tratar de reducir la invaginación se desgarran la serosa. Se reduce todo lo posible el intestino y se reseca lo no reductible. Se reseca un trozo de intestino delgado y se aboca éste al colón transverso. Se deja un drenaje.

Examinada la pieza reseçada se miden 35 centíme-

tros de intestino grueso a partir del ciego y 12 centímetros de intestino delgado a partir de la válvula ileocecal. El meso negruzco y tumefacto. Las paredes intestinales muy aumentadas de espesor y perforadas en varias partes. En la parte posterior del ciego se observa el apéndice adherido en toda su extensión y la punta rojiza y tumefacta. En la cara posterior del colon se observa una abertura que deja al descubierto la mucosa muy espesada.

Abril 9. Estado general muy malo; pulso casi imperceptible; 41° de temperatura. Tiene vómitos porráceos. Muere a las 11 y 45. a. m.

Autopsia. — Congestión faríngea; amigdalitis hipertrófica. Congestión pulmonar hipostática más acentuada del lado derecho. Pleuresía fibrinosa parcial. Adenitis tuberculosa de los ganglios infra-bronquiales. Resección del ciego y colon ascendente (operado). Peritonitis generalizada adhesiva e intensa al nivel de la resección. Tumefacción turbia del hígado y ligera nefritis. Ligera congestión meníngea.

JUAN ARGENTINO SAVINO.



Buenos Aires, Junio 13 de 1914

Nómbrese al señor Consejero doctor Marcelino Herrera Vegas al profesor extraordinario Dr. Marcelo Viñas 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° de la «Ordenanza sobre exámenes».

LUIS GÜEMES
J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Sintomatología de la invaginación intestinal.

M. HERRERA VEGAS

II

Condiciones anatómicas del intestino que favorecen la producción de la invaginación intestinal.

MARCELO VIÑAS

III

Porcentaje de recidivas.

PEDRO CHUTRO

Buenos Aires, Junio 30 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 2854 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

LUIS GÜEMES
J. A. Gabastou
Secretario



30053



