



10/2 A

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

- Invaginación Intestinal Crónica -

PADRINO DE TESIS:

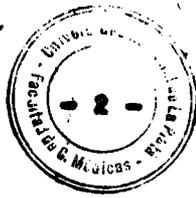
Dr. Víctor A.E. Bach.-

Tesis de Doctorado

de:

Américo Alvaro Alvarez

- Año 1949.-



*[Handwritten signature]*

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA  
PLATA.-

RECTOR:

Dr. Julio M. Laffitte

VICE-RECTOR:

Ing. Héctor Ceppi

SECRETARIO GENERAL:

Sr. José A. Seco Villalba

PROSECRETARIO GENERAL:

Sr. Victoriano F. Luaces

-----



CONSEJO UNIVERSITARIO

Dr. Julio M. Laffitte

" Alfredo Schaffroth,

" Roberto Crespi Gherzi

Ing. Martín Solari

Dr. Julio H. Lyonnet

" Hernán D. González

Ing. César Ferri

Ing. José M. Castiglione

Dr. Guido Pacella

" Osvaldo A. Eckell

Ing. Héctor Ceppi

Ing. Arturo M. Guzmán

Dr. Roberto H. Marfany

Prof. Arturo Cábours Ocampo

" Emiliano J. Mac Donagh

Cap. de Fragata (r) Guillermo O. Wallbrecher.

-----



AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS  
MÉDICAS.-

DECANO:

Dr. Julio H. Lyonnet

VICE DECANO:

Dr. Hernán D. González.

SECRETARIO:

Dr. Héctor J. Basso.

PRO-SECRETARIO:

Sr. Rafael G. Rosa

-----



CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS

MEDICAS

CONSEJEROS TITULARES

Prof. Titular Dr. Diego M. Argüelle  
" " " Inocencio F. Canestri  
" " " Roberto Gandolfo Herrera  
" " " Hernán D. González  
" " " Luis Irigoyen  
" " " Rómulo M. Lambre  
" Adjunto " Víctor A.E. Bach  
" " " José F. Morano Brandi  
" " " Enrique A. Votta  
" " " Herminio L. Zatti

CONSEJEROS SUBSCRITOS

Prof. Titular Dr. Carlos V. Carreño  
" " " Alberto Gascón  
" " " Julio R. Obiglio  
" " " Rodolfo Rossi  
" Adjunto " Victorio Nacif  
" " " Ramón Tau  
" " " Emilio E. Tolosa  
" " " Manuel M. Torres

- - - - -



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Ameghino Arturo

" Nophille Carlos

" Greco Nicolás V.

" Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Diego M.- Cl. Oftalmológica

" Baldassarre Enrique C.- F.F. y T. Terapéutica

" Bianchi Andrés E.- Anatomía y F. Patológica

" Caserio José A.- Patología Quirúrgica

" Canestrí Inocencio F.- Medicina Operatoria

" Carratalá Rogelio A.- Toxicología

" Carreño Carlos V.- Higiene y M. Social

" Cervini Pascual R.- Pediatría y Puericult.

" Corazzi Eduardo C.- Patología Médica

" Christmann Federico E.- Cl. Quirúrgica

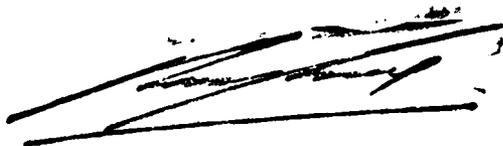
" D'Ovidio Francisco R.- Pat. y Cl. de La Tuberc.

" Errecart Pedro L.- Cl. Otorrinolaringológica

" Floriani Carlos.- Parasitología

" Gandolfo Herrera Roberto.- Cl. Ginecológica

" Girardi Valentín C.- Ortopedia y Traumatolog.



- Dr. González Hernán D.-Cl.de Enf.Infec. y P.T.**
- " Gascón Alberto.- Fisiología
  - " Irigoyen Luis.- Embriología e H. Normal
  - " Lambre Héctor R.- Anatomía Descriptiva
  - " Loudet Osvaldo.- Cl. Psiquiátrica
  - " Lyonnet Julio H.- Anatomía Topográfica
  - " Maciel Crespo Fidel A.- Semiología y Cl.Pre  
pediátrica.
  - " Manse Soto Alberto E.- Microbiología
  - " Martínez Diego J.J.- Patología Médica
  - " Mazzei Egidio S.- Clínica Médica
  - " Montenegro Antonio.- Cl. Genitourrológica
  - " Monteverde Victorio.- Cl. Obstétrica N.R.
  - " Obiglio Julio R.- Medicina Legal
  - " Othaz Ernesto L.- Cl. Dermatosifilográfica
  - " Rivas Carlos I.- Cl. Quirúrgica Ira. Cátedra
  - " Rossi Rodolfo.- Cl. Médica
  - " Sepich Marcelino J.- Cl. Neurológica
  - " Stoppani Andrés O.M.- Química Biológica
  - " Uslenghi José P.- Radiología y Fisioterapia

**PROFESORES ADJUNTOS**

- Dr. Aguilar Giraldo Diego J.- Cl. Pediatría y  
Puericultura.**
- " Acevedo Benigno S.- Química Biológica



- Dr. Andrieu Luciano M.- Clínica Médica
- " Bach Víctor Eduardo.- Clínica Quirúrgica
- " Baglietto Luis A.- Medicina Operatoria
- " Baila Mario Raúl.- Clínica Médica
- " Bellingi José.- Pat. y Cl. de la Tubercule
- " Bigatti Alberto.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Briasco Flavio J.- Cl. Pediatría y Pueric.
- " Calzetta Raúl V.- Semiología y Cl. Proped.
- " Carri Enrique L.- Parasitología
- " Cartelli Natalio.- Cl. Genitourológica
- " Castedo César.- Clínica Neurológica
- " Castillo Odena Isidro.- Ortopedia y Traumatol.
- " Ciafardo Roberto.- Cl. Psiquiátrica
- " Conti Alcides L.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Correa Bustos Horacio.- Cl. Oftalmológica
- " Curcio Francisco I.- Cl. Neurológica
- " Chesotta Néstor A.- Anatomía Descriptiva
- " Dal Lago Héctor.- Ortopedia y Traumatología
- " De Lena Rogelio E.A.- Higiene y M. Social
- " Dragonetti Arturo R.- Higiene y M. Social
- " Dussaut Alejandro.- Medicina Operatoria
- " Echave Dionisio.- Química Biológica
- " Fernández Audicio Julio César.- Cl. Ginecológ.



- Dr. Fuertes Pedrice.- Cl. de M.Infec. y P.F.**
- " **García Olivera Miguel Antel.- Medicina Legal**
  - " **Garibette Román C.- Patología Médica**
  - " **Gaglio Irma C. de.- Cl. Oftalmológica**
  - " **Girette Rodolfo.- Cl. Genitourrológica**
  - " **Gotusso Guillermo O.- Cl. Neurológica**
  - " **Guixa Héctor Lucio.- Cl. Ginecológica**
  - " **Ingratta Ricardo H.- Cl. Obstétrica**
  - " **Lascano Eduardo Florencio.- Anatomía y F. Pa  
tológicas.**
  - " **Legascio Juan.- Patología Médica**
  - " **Loza Federico S.- Clínica Médica**
  - " **Manguel Mauricio.- Clínica Médica**
  - " **Marini Luis C.- Microbiología**
  - " **Martínez Joaquín D.D.- Semiología y Cl.Froped.**
  - " **Matusевич José.- Cl. Otorrinolaringológica**
  - " **Meili; Elías.- Pat. y Cl. de la Tuberculosis**
  - " **Michellini Raúl T.- Cl. Quirúrgica Cát. IIa.**
  - " **Morano Brandi José Francisco.- Cl.Pediatría  
y Puericult.**
  - " **Morera Julie.H.- Radiología y Fisioterapia**
  - " **Nacif Victorio.- Radiología y Fisioterapia**
  - " **Naveire Rodolfo.- Patología Quirúrgica**
  - " **Negrete Daniel Hugo.- Pat. yCl.de la Tubere.**
  - " **Pereira Roberye F.- Cl. Oftalmológica**



**Dr. Prieto Díaz Herberto.- Embriología e H. Normal**

**Dr. Penin Raúl Pedro.- Clínica Quirúrgica**

" **Prini Abel.- Clínica Otorrinolaringológica**

" **Polizza Anleto.- Medicina Operatoria**

" **Ruera Juan.- Patología Médica**

" **Sánchez Néctor J.- Patología Quirúrgica**

" **Taylor Gorostiaga Diego J.J.- Cl. Obstétrica**

" **Trinca Saúl T.- Cl. Quirúrgica Cat. IIa.**

" **Torres Manuel María del C.- Clínica Obstétrica**

" **Trepeano Antonio.- Microbiología**

" **Tolesa Emilio.- Cl. Otorrinolaringológica**

" **Vanni Edmundo O.F.U.- Semiología y Cl. Prop**

" **Vázquez Pedro C.- Patología Médica**

" **Vetta Enrique A.- Patología Quirúrgica**

" **Tau Ramón.- Semiología y Cl. Propedéutica**

" **Zabludovich Salomón.- Clínica Médica**

" **Zatti Herminio L.M.- Cl. de Enf. Infeo. y P.E**

- - - - -



**A mis padres**

**A quienes estoy obligado en sus esperanzas .-**



- A mis hermanos -



A mi maestro Dr. Anibal Señorans

Agradezco a los Dres. Luis Eustos Fernán-  
dez y Raul Penín sus orientaciones.-

- | | | | -



Nunca dejes que se ponga  
el sol sin haber resuelto  
una obstrucción intestinal.

Murphy.

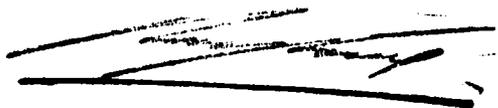
HISTORIA: La invaginación intestinal ha dado origen a una gran cantidad de publicaciones.

Es Leichtenstern, quien en el año 1873, expone la gran riqueza de casos publicados en la literatura médica mundial. En su conocida monografía, cita 593 casos, dando una lista completa de todas las publicaciones aparecidas.

Posteriormente se renueva la bibliografía de las invaginaciones, pero sin lugar a duda, es necesario nombrar la célebre monografía de F. Treves (Intestinal Obstruction) en el año 1884, punto de partida de los posteriores trabajos en las diversas citas.

A través de su trabajo deja ver, el autor, su genio clínico, de observador sagaz, al decir que los pólipos eran la causa más frecuente en el origen de la invaginación.

En lo que se refiere al tratamiento indicaba con clare ejemplo, que la precocidad en la intervención regía el pronóstico.



En 1898 es D'Arcy Power quien aporta con su obra (Some-points in the antomy, pathology, and surgery of intussusception) la diferencia que existe entre la invaginación en el niño y en el adulto.

Decía que en los primeros la invaginación se produ-  
cía la mayoría de las veces espontaneamente sin causa  
que la justifique, en tanto que en los adultos, de  
acuerdo con Treves, invocaba la causa de un proceso  
tumoral.

Le suceden luego numerosas publicaciones pero por  
su extensión y claro estudio merece citarse la obra  
de W.S. Perrin y Lindsay E. C .-

Es el fruto de 17 años de labor en el London Hos-  
pital, llegando a coleccionar el elevado número de  
400 casos, en su mayoría perteneciente a los niños.

Son los precursores en la consideración de la in-  
vaginación como una enfermedad de etiología alérgica.

La invaginación intestinal crónica se consideró  
durante mucho tiempo como una afección rara.

En nuestro medio, en el año 1925, es presentado a  
la Sociedad de Cirujía, por el Dr. Avelino Gutierrez,  
como tema interesante, 2 casos de invaginación en el  
adulto.

En el año 1927, en la Soc. Nat. de Chiruj. de Pa-



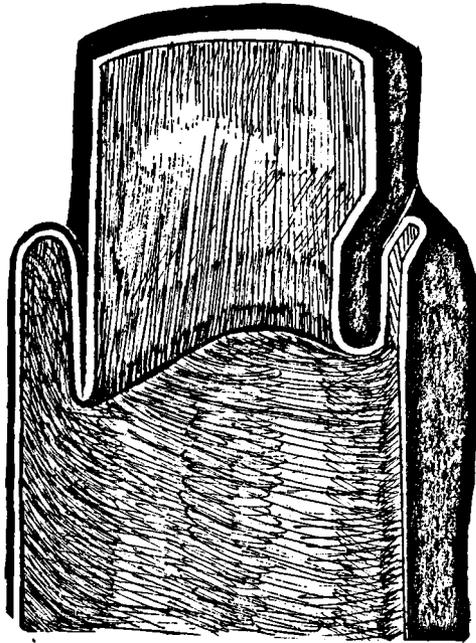
ris, varios autores entre ellos Guibal, Petrides, Michon y Cadenat, etc. ponen a discación los diversos problemas que presenta esta enfermedad, y aportan para su estudio numerosos casos.

Poco tiempo después, el Dr. Allende J.C., en la sesión del 6 de Junio de 1928 de la mencionada Soc. de Cirujía, pide una revisión de los conceptos existentes sobre invaginación en el adulto.

"Recientes comunicaciones de nuevos y relativamente numerosos casos—dice el autor—, tanto en nuestro país como en el extranjero, inducen a considerar sobre tan interesante factor, en el cuadro de las obstrucciones intestinales, cuya observación se debe su-tilizar para tratar de obtener los elementos que permitan establecer el diagnóstico más precoz, lo que ha ce posible instituir mas rapidamente tambien el tratamiento quirúrgico".

En el mismo año el Dr. Sacco en la misma Academia, en ocasión de presentar dos casos por el tratados, to ca el mismo tema, y llama la atención del interés deg pertado en sus colegas franceses.

Este pedido, que fué hecho en la sesión del 9 de Mayo de 1928, en la Soc. Arg.de Cir. dejó definitivamente abierta el problema hacia la opinión médica.



**Fig. 1.-**

**ESQUEMA QUE MUESTRA EN UN CORTE LONGITUDINAL LA  
DISPOSICION DE LAS CARAS SEROSAS Y MUCOSAS DEL IN-  
TESTINO INVAGINADO), 9-**

**Fig. 2. a) Cabeza de la invaginación  
b) Budín de la invaginación  
c) Collar de la invaginación.  
d) Mesenterio arrastrado entre las caras  
serosas de la invaginación.**

**Fig. 3) Invaginación ileocecal.  
" 4) Invaginación ileocolica.  
" 5) Invaginación enterica.  
" 6) Invaginación cole-cólica**



*[Handwritten signature]*

**DEFINICION:** Se define la invaginación o intususcepción como el prolapso de un segmento de intestino, en la porción que le precede o que le sigue. Ya del análisis de la definición se deduce que un segmento de intestino puede telescopar en dirección isoperistáltica o antiperistáltica, siendo, con mucho, más frecuente la primera forma la que se observa a través de la estadística.

Puede invaginarse el delgado en el delgado, este en el grueso, o todo el sector realizarse en este último. En el segundo caso juega un papel importante la válvula ileocecal.

Util es adoptar la clasificación que cita Bockus la que se sujeta a la mayoría de los cuadros observados en clínica, y responden por lo tanto a una finalidad práctica. Es la que sigue:

**ENTERICA:** En la que una porción de intestino delgado se invagina en otra.

**COLICA:** En la cual solo está interesado el colon (a la que Le Bell llama Colocolonico).

**ILEOCECAL:** En la que la válvula ileocecal, se prolapsa al interior del colon y arrastra tras de sí el ileon, formando de este modo, la válvula la cabeza de la invaginación.



ILEOCÓLICA: En la que el ileon se prolapsa a través de la válvula ileocecal en el colon, permaneciendo esta al menos temporalmente en su posición normal.

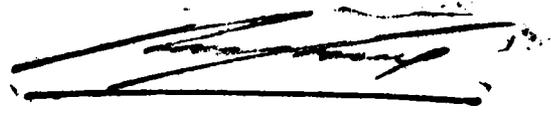
En orden de frecuencia la invaginación de tipo cecal, ocupa el primer lugar; así Perrin y Lindsay comprobaron que el 39 % de sus casos eran ileocecales, 31 % ileocólicas y poco más del 6 % entericas y el resto fueron colónicas.

Leichtenstern, encuentra a la cabeza de su estadística también a la ileocecal con 44 %, 305 entérica; cólica 18 % e ileocólica el 8 % de los casos restantes.

La invaginación intestinal crónica es mucho más frecuente en los adultos presentándose casi exclusivamente en éstos.

Si bien en la forma aguda, pueden ser varios los segmentos telescopados, no sucede esto en la forma crónica.

PATOGENIA: La descripción que hizo Treves en su trabajo (ensayos en la oclusión intestinal) está lograda con tal éxito que poco <sup>se</sup> puede agregar para su explicación.



Si se secciona una invaginación a lo largo de su eje longitudinal, se ve que consta de 6 capas paralelas. La disposición de estas capas es tal que las caras serosas se miran entre sí igual que las caras mucosas. Cruvehilier refiriéndose a la invaginación compara a esta como un proceso similar al invertir un dedo de guante, pudiendo reconstruir el mecanismo de la invaginación, con hilo, que fijo en el ciego fuera traccionado desde el ano.

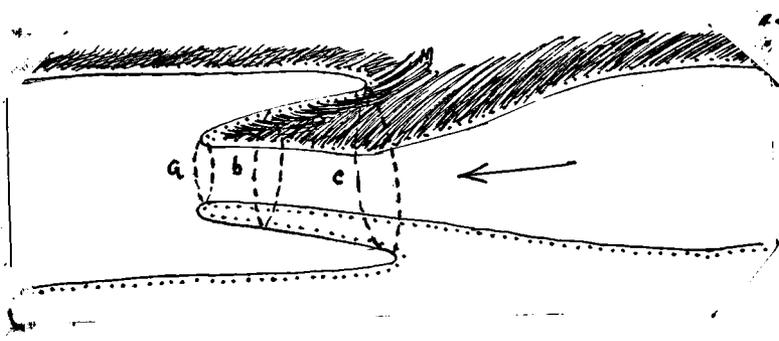


Fig. 2.-

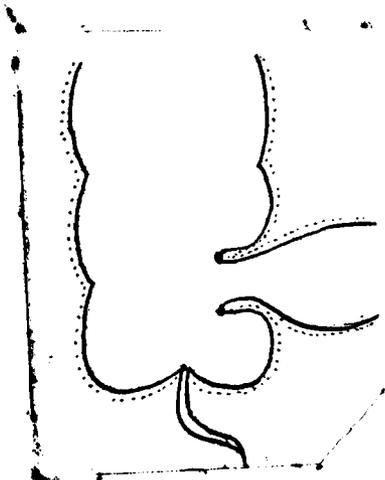


Fig. 3.-

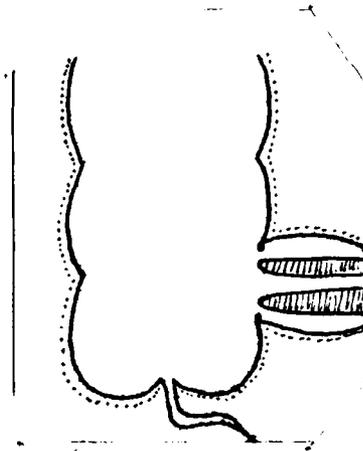


Fig. 4.-

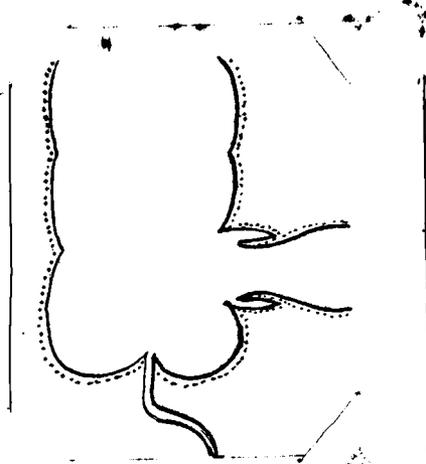


Fig. 5.-

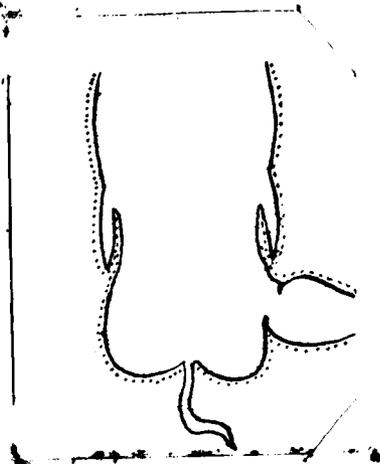
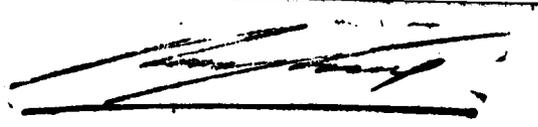


Fig. 6.-

La capa más externa es la receptora, llamada vaina o intususciptens, que constituye el continente verdaderamente dicho de la invaginación; el resto de las capas, la media o refleja y la interna forman el contenido también llamado budín de la invaginación. El punto donde se refleja la mucosa y la serosa se denomina collar de la invaginación.

ETIOLOGIA: Es frecuente encontrar a la cabeza de la invaginación una formación tumoral, de carácter benigno unas veces, maligno otras, un divertículo de Meckel, una ulceración ó concomitante con una enterocolitis, pero no es infrecuente hallar la cabeza de la invaginación libre de cualquier afección. Las mismas causas que dan lugar a una invaginación agu-



da le son para las de caracter crónica.

El prolapso del apéndice en el ciego, es algunas veces el que abre camino a la invaginación, como un caso citado por Copernail, en una mujer, comprobado en el acto operatorio, constatándose la falta de mesoapéndice; siendo este el factor fundamental, para que se produjera la invaginación (An. Bol. Ac. Med. Puerto Rico)

El apéndice puede invaginarse de diferentes modos.

- 1°) Forma apéndice-apéndice: en la que el apéndice se invagina dentro de si mismo.
- 2°) Apéndice-cecal: Forma en la cual el apéndice se invagina en el ciego.

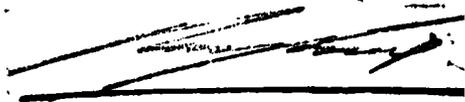
Estas formas de invaginación pueden ser: por inversión total o parcial o por reducción en masa total o parcial.

Es posible que una forma apéndice-cecal progrese y se convierta en una forma apéndice-cólica.

La reducción parcial del apéndice es la de mas frecuente observación.

En la inversión del apéndice el órgano se da vuelta como un dedo de un guante. No existe una predilección del sexo en este tipo de invaginación.

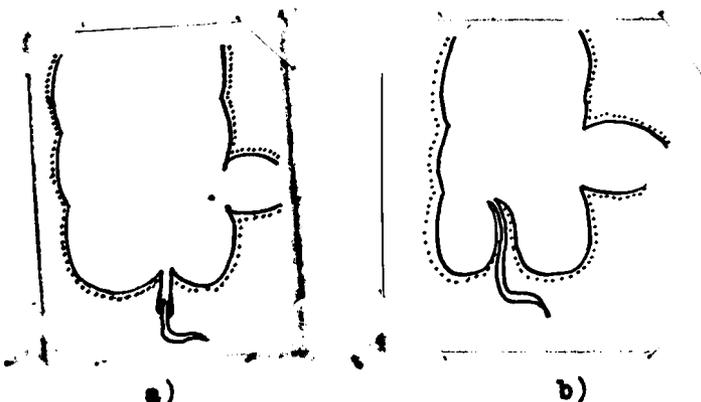
En estos casos la sintomatología es muy variable,

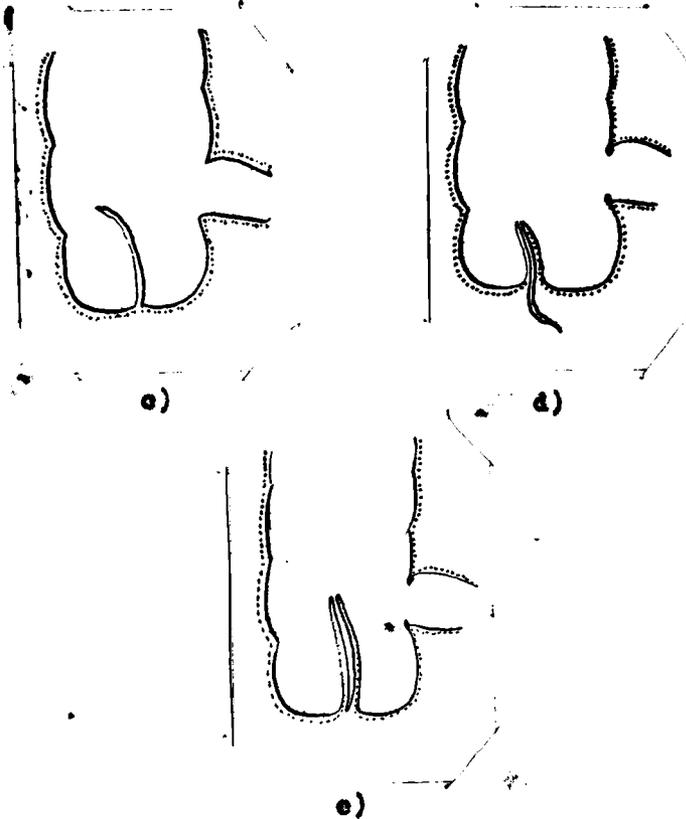
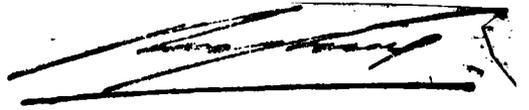


y difícilmente podrá ser diagnósticada como una invaginación. Casi siempre tiene la sintomatología de una apendicitis aguda, pero hay que tener en cuenta que en la invaginación apendicular no existe la temperatura y el dolor siempre es de tipo cólico.

La Dra. Satanowsky señala como factor predisponente el estado fetal del ciego, así como el apéndice y el meso libre, y como desencadenantes al ciego dilatado y el apéndice rígido por estar inflamado.

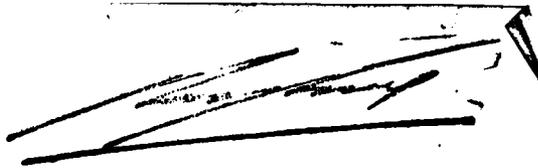
- a) Forma apendiculo-apendicular.
- b) Forma de inversión parcial.
- c) Forma de inversión total.
- d) Forma de reducción parcial.
- e) Forma de reducción total.





Hillermann P. Cherigie y Zarasin, en Marse de 1946  
relatan un interesante caso de invaginación crónica  
del yeyuno en la boca de una gastroenterostomía;  
siendo en este caso el antiperistaltismo y la dis-  
minución del asa yeyunal por espasmo, las causas de  
la invaginación, sumado a ello la falta de tono y de  
presión intragástrica.

E. Ekmarek en su trabajo "Invaginación intestinal  
junto a tumor cecal", relata diez casos de cancer  
de ciego tratados en la clínica de Upsala a partir



de 1912.

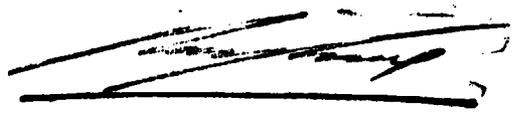
Cuatro casos se acompañaron de una invaginación segura, otro fué un caso probable, teniendo en cuenta que la desinvaginación se puede lograr en forma espontánea.-

Llega a la conclusión que los procesos tumorales de ciego, frecuentemente presentan invaginación, sabiendo que la sintomatología de la misma es muy típica en estos tumores, se puede admitir que la invaginación es un caso habitual en ellos; para su constancia agrega la radiografía que es la que da la certeza diagnóstica, debiendo ser obtenidas en los períodos dolorosos, por que se reducen fácilmente y pueden escapar a su confirmación.

Fuss y Leurz en "A propósito de la invaginación intestinal" relata treinta y cinco casos. Veintiseis pertenecen al sexo masculino, nueve al femenino, en su mayoría por causa enteral inflamatoria. Zavaleta y Rossi de dos casos uno era un pólipo.

Collins F. relata un caso de invaginación por disentería ulcerativa. (Brit. Journal of Surgery 1939 vol. 27).-

Milani E. (contribución al estudio radiológico de la invaginación intestinal - V congreso internacio-



nal de radiología, Chicago—Nov. 47) presenta cinco casos de invaginación ileocólica, sin participación del ciego, un caso de invaginación cecocólica producida por la presencia de un tumor lipomatoso submucoso, en la mitad superior del colon trasverso, y un caso de invaginación ileocecocólica, compuesta de cinco cilindros telescopados.

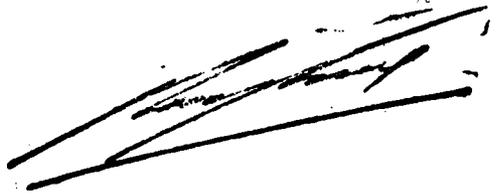
Ivan Goffi Moreno y Carlos E. Boffi, publican en los Archivos de Gastroenterología, un caso de invaginación ileocecal, por un pequeño cistoadenoma, operado y curado.

Si obtenemos un porcentaje de los casos recopilados, vemos que el 75 por ciento está dado por procesos tumorales, de estos la mayoría son tumores benignos (pólipos, cistoadenomas, lipomas, etc.) el resto por tumores malignos.

El 25 por ciento restante está dado por las causas más diversas, desde el divertículo de Meckel hasta un raro caso de endometriosis como cabeza de la invaginación.

CAUSAS DE LA INVAGINACION: existen causas predisponentes y desencadenantes.

La primera estaría constituida por un factor puramente anatómico, como lo es la falta de coalescen-



cia de las hojas serosas del meso. El factor desencadenante estaría dado por un trastorno de orden mecánico, en el sentido de la hiperkinesia, y por el espasmo.

No son extrañas las fallas endócrinas, tan sujetas al mecanismo de la motilidad intestinal, pudiendonos orientar en el sentido de la insuficiencia paratiroidea, con mala regulación del calcio sanguíneo como causa de hiperecitabilidad.

Deben tenerse en cuenta los estados de susceptibilidad nerviosa, o simplemente la irritabilidad provocada por un escibalo en la mucosa.

Agreguense a ello otros factores que inciden directamente sobre la pared intestinal, como los ya citados tumores benignos o malignos, divertículo de Meckel, enteritis, etc.

No debe olvidarse el importante papel que juega la circulación sanguínea enteral.

La invaginación es un proceso frecuente en la agnía, pero esta se hace siempre en forma ascendente, es decir en sentido inverso a las formas comunes.

Los fenómenos asfícticos, por compresión, naturalmente deben incidir sobre los centros nodales y particularmente sobre el centro nervioso autónomo des-



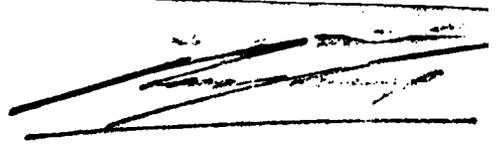
cripto por Leriche sobre la válvula de Bauhin, dando esta última, con su comportamiento, una interpretación a la invaginación de tipo ileocecal e ileocólica.

MECANISMO DE LA INVAGINACION: Dícese que la porción invaginante se comporta con respecto a la invaginada, como parálitica, comparada al peristaltismo exagerada de la primera. Así un tumor (lipoma) se comporta en el intestino, como un cuerpo extraño y como tal tiende a desalojarlo aumentando para ello su fuerza contractil.

Si bien un tumor puede dar lugar a estos procesos, cabe preguntarse cual ha sido el origen en aquellos casos, en que no se halló tumor ni otro agente capaz de provocarlo.

Treves se contentaba con achacar estas invaginaciones primarias a una acción irregular de la musculatura intestinal.

Alguna luz a esta pregunta parece darla Wallon y Cluboe, cuando aceptan que la distribución linfática, que en la porción terminal del ileon es profusa, bajo la influencia de un proceso inflamatorio o como una manifestación alérgica, se edematiza, adquiriendo los caracteres de un verdadero tumor. Según Nothnagel



y Propping, el espasmo intestinal es el que da origen a la invaginación.

Nothnagel cree que la musculatura longitudinal del segmento sano, que limita con la porción contraída, se retrae y por ello se extiende sobre el mismo,

Wills y Treves defienden esta opinión.

Propping por el contrario, dice que la musculatura circular es la que da origen a la invaginación, la que al contraerse, envuelve, por decir así, la porción de intestino que se halla contraída.

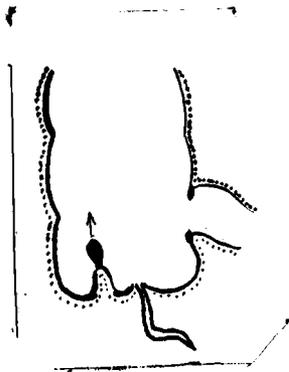


Fig. 7.-

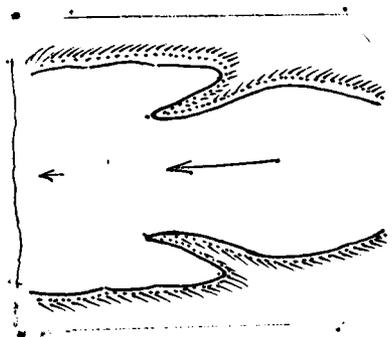


Fig. 8.-

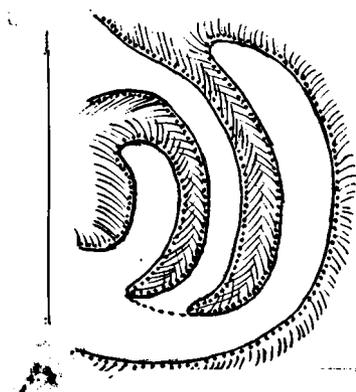


Fig. 9.-



La figura 7 nos muestra como un proceso tumoral que asienta en la cúpula del ciego, tracciona en sentido isoperistáltico comenzando la invaginación.

La figura 8, muestra que por la contracción de la porción del músculo circular del segmento a-b. son comprimidas entre sí las superficies serosas (punteadas) que por la invaginación se encuentran en el interior de la musculatura circular (Según Propping).

La figura 9 muestra el esquema del intestino delgado invaginado en espítal por la tracción del meso. INVAGINACION EXPERIMENTAL: Fué lograda por Nothnagel, utilizando para ello la corriente farádica.

La experiencia fué hecha en perros y conejos, a los que se sometieran a la faradización, observando como se producía el prolapso de un segmento de intestino en otro.

Si bien con esto se obtenía la invaginación, cuando cesaba de pasar la corriente, la desinvaginación se producía en forma espontánea.

PROGRESION DEL BUDIN: Formada la invaginación, a medida que crece con rapidez, y la porción prolapsada a lo largo del intestino, emigra distalmente.

No es raro encontrar el ciego como cabeza invaginada, a nivel del sigmoide, como uno de los casos



presentados en este trabajo, y llegar por último a hacer precidencia a través del orificio anal.

Sugasti J.J. de Rosario en 1943 relató dos casos (Seudo-prolapso por invaginación del sigmoide rectal)

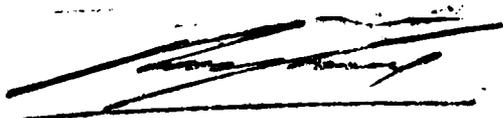
Al avanzar distalmente el intestino prolapsado, se mueve siguiendo un círculo, cuyo centro es la inserción del mesenterio, fijado en la columna vertebral. Luego la distancia entre el intestino afecto y su centro no aumenta en forma considerable a medida que la porción invaginada desciende a lo largo del colon.

En aquellos casos en que el mesenterio es largo y el intestino es móvil la tracción puede ser muy escasa y por lo tanto el trastorno circulatorio muy atenuado.

Problema de capital importancia por que es el aporte del segmento invaginado el que va a regir la sintomatología, toda vez que se conserve la luz del intestino favoreciendo el tránsito intestinal,

Por ello es que se ven invaginaciones crónicas de uno a más meses como lo citan diversos autores, hasta de un año.

Para Goodhall, en 322 casos estudiados, este estado persistió por más de seis meses en 32 pacientes y



de un año en 11.

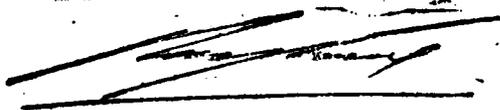
Goldman y Elmann creen que si la invaginación dura más de una semana es incompatible con la vida, y todos aquellos casos que se presentan como invaginación crónica, no son más que episodios de prolapso y reducción, repetida y prolongada.

Esto satisfaría si así sucediera, lo relacionado con el aporte sanguíneo al segmento invaginado, pero evidentemente no siempre es así pues se hallan en el acto operatorio y en las necropsias, las caras serosas adheridas entre sí, lo que haría imposible la desinvaginación.

FRECUENCIA: Goldmann y Elmann, han observado en un período de cuatro años, cinco casos de invaginación crónica, durante el cual también observaron 27 formas agudas.

Entre nosotros he logrado reunir 16 casos de invaginación crónica mientras que los relatos de las formas agudas especialmente en los niños, llenan un extenso capítulo de la patología.

Todos los autores están de acuerdo en que esta afección sobreviene con más frecuencia en los adultos, predominando casi exclusivamente en ellos las formas crónicas, con un divertículo de Meckel, e una



tumoración que hace de cuña de entrada para la invaginación.

SINTOMATOLOGIA: Es frecuente que un cuadro de invaginación crónica se presente con la misma sintomatología que una invaginación aguda.

Todo ello está supeditado a las condiciones en que quedó su meso por los que transcurren los vasos nutricios que abastecen con su aporte a los diversos sectores del intestino.

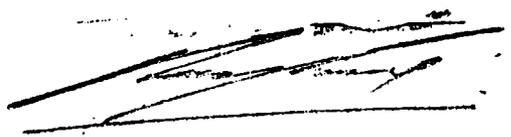
Los signos típicos de la invaginación son: Dolor, tumor y estado diarreico con sangre.

EL DOLOR: es el síntoma más constante y sobresaliente.

De ordinario se inicia de manera muy aguda y tiene tendencia a hacerlo en forma de ataques paroxismales, entre los cuales el paciente se siente bien.

Casi siempre las crisis dolorosas de comienzo súbito, describen una curva típica; el dolor que al comienzo fué lento, va en ascenso hasta hacer que el enfermo tomándose con sus manos el vientre se arquee dolorido, luego va en descenso hasta, calmar total o parcialmente.

La duración de los intervalos libres es muy variable.



El dolor debe ser ponderado en las diferentes características con que se presentan pues puede dar orientaciones clínicas de sumo valor.

Quando es de INTENSIDAD INUSITADA desde un comienzo, nos orienta en el sentido de una invaginación del delgado.

Quando el dolor es muy intenso desde el comienzo, y luego de varias horas de duración, SE ACENTUA, puede ser debido a la fijación de las caras serosas o al no el comienzo de la gangrena.

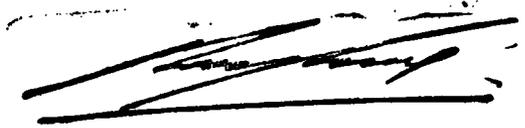
VÓMITOS: Aunque son muy frecuentes, pueden faltar.

Acompañan a menudo a las crisis iniciales del dolor, pero luego puede desaparecer y faltar, durante varios accesos, para después retornar. Conviene saber que los vómitos se presentan más a menudo en unas variedades que en otras.

Así en la variedad enterica e ileocólica se repiten con más frecuencia que en las variedades cólicas.

CARACTER DE LOS VÓMITOS: Es también variable sin ninguna significación. Pueden ser biliosos, alimenticios y no rara vez fecaloideos.

DIARREA: Es síntoma más y su presencia e intensidad depende de la conservación de la luz intestinal, que puede llegar a ser filiforme o completamente ocluida.



Es por ello que estando la invaginación intestinal incluida entre los procesos de oclusión no presenta algunas veces la característica constipación habitual. Si el cuadro de invaginación es obstructivo "D'AMBLE", es muy posible que comience con diarrea y luego sobrevenga estreñimiento.

DIARREA CON SANGRE: La cantidad es muy variable, desde algunas estrias sanguinolentas hasta la verdadera enterorragia, depende siempre del grado de invaginación y del trastorno histico.

Otras veces no se observa sangre la que solo nos sorprende al hacer el tacto en el que encontramos el dedil manchado de rojo.

Esta comprobación tiene mucho valor en el sentido de orientarnos hacia esta enfermedad. La diarrea en un principio puede ser tipo disenteriforme, con sangre y moco, este último puede faltar. Si la deposición con sangre puede ser orientadora no debe esperársela siempre, pues puede existir una invaginación sin sangre ni moco. Ombredanne hace una ecuación aplicable a los niños de la siguiente forma:

**SIGNOS DE OCLUSION MAS SANGRE POR ANO-INVAGINACION  
INTESTINAL.**

Entre los pacientes estudiados por Claubbe se ob-



servaron deposiciones sanguinolentas en el 97 % de los casos; en el 88 % de los estudiados por Ladd y Gross y en 89 % de los estudiados por Perrin y Lindsay.

Es evidente la frecuencia con que se encuentra la sangre, pero como dije más arriba, puede faltar.

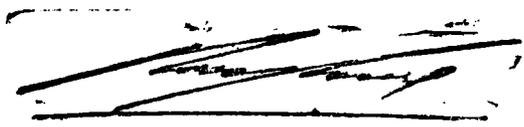
Su aparición no siempre es inmediata, se le hace al cabo de 2 horas de iniciado el dolor y puede acompañarse de heces, cuando la luz intestinal está conservada. La diarrea puede ser acompañada por moco y sangre, remediando en cierta forma un cuadro disenteriforme.

TENESMO: No siempre se halla presente. Cuando lo hace indica la presencia del tumor invaginante cerca del recto.

INSPECCION DEL ABDOMEN: El abdomen puede permanecer nudo a la inspección por lo siguiente: La porción de asa que sufre, es la contenida, mientras que la continente, que es la que está en contacto con la serosa peritoneal, permanece inmodificada. El abdomen abovedado en forma de obús, se observa frecuentemente.

Quando el meteorismo está localizado en el centro, nos indica una probable dilatación de las asas delgadas.

Otras veces, se observa lo que Nothnagel llama tim



panismo de flanco, que es el meteorismo, que traduce la dilatación del colon ascendente o descendente.

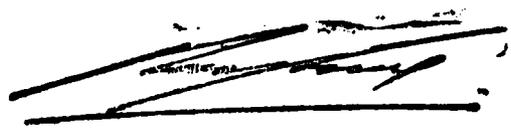
Cuando el vientre es flácido, con paredes delgadas en el momento de sus paroxismos, suelen observarse los relieves de una tumoración en el marco cólico.

ONDAS PERISTÁLTICAS, SUS CARACTERÍSTICAS: Son de observación frecuente.

Los movimientos de reptación observados a través de la pared intestinal, pueden estar orientados en diversos sentidos, según los cuales, tendremos una idea del lugar de la invaginación.

Las ondas que en el vientre convergen hacia el centro del ombligo, y que son de pequeña longitud, nos indican que la obstrucción se encuentra a nivel del intestino delgado. Cuando son de mayor longitud y trascurren a lo largo del marco colónico, podemos afirmar que el proceso obstructivo, está a nivel del intestino grueso. Estas ondas se dirigen siempre de derecha a izquierda, para diferenciarlas de las gástricas que van de izquierda a derecha y de arriba abajo.

La onda peristáltica no es más que la manifestación externa del esfuerzo del intestino, que tiende a vencer una obstrucción, e también a desalojar un



cuerope extrañe que se encuentra en la pared.

PALPACION: esta puede confirmar la existencia de una tumoración.

Se puede palpar una tumoración del tamaño de una morcilla, que rueda bajo nuestras manos, se moviliza en sentido transversal.

Esta maniobra se ve facilitada haciendo la anestesia que relaja las paredes abdominales.

El tamaño de esta tumoración depende del sector invaginado y del camino recorrido por la invaginación.

Una detenida observación en la marcha de la invaginación, nos mostrará, que el tumor permanece fijo, o bien se traslada lentamente, o por el contrario lo hace con rapidez, pudiendo en pocas horas, recorrer todo el colon y hacer inclusive pracidencia por el ano.

Traves afirma que para que la cabeza de la invaginación recorra todo el intestine grueso en la variedad ileocolica, es necesario el tiempo de una semana.

Pero existen numerosas observaciones en que el tumor a marcha acelerada, puede hacer ese camino en pocas horas. (Perrin y Lindsay).

Cuando la cabeza invaginada ha franqueado la porción sigmoides, es posible por medio del tacto rectal denunciar una tumoración que remeda en mucho al hiesi-



ce de tenca.

El dolor tipo cólico, los ruidos hidroaereos y la expulsión de gases que calman al paciente, constituyen la triada de Koenig.

El signo de Ruiz Moreno: Puesto de manifiesto por la entreapertura permanente del ano.

Hay que agregar en la palpación el signo de Daucez que no es más que comprobar el vacío de P.I.D.

Aunque el proceso asiente en el descendente e sigma, el dolor, es frecuente referirlo a la fosa ilíaca derecha.

FRECUENCIA CON QUE SE OBSERVA EL TUMOR: Perrin y Lindsay, le han observado en el 63 % de los casos por el estudiados.

Sadd y Gorss, obtienen un porcentaje mayor, pues llegan al 85 %. Clubbe a observado más de 250 casos con tumor palpable que fueron confirmados en el acto quirúrgico.

PIEBRE: Puede existir en estos enfermos y cuando no hay agregado ningún padecimiento infeccioso, nos indica que el asa invaginada sufre, trayendo como consecuencia la absorción de productos tóxicos.

No siempre la afección crónica se nos presenta con dolor tumor y diarrea sanguinolenta. Puede manifestar-



se en un comienzo por diarreas sin sangre, pérdida de peso, astenia, dolor abdominal sin las características de la curva álgida propia de la enfermedad.

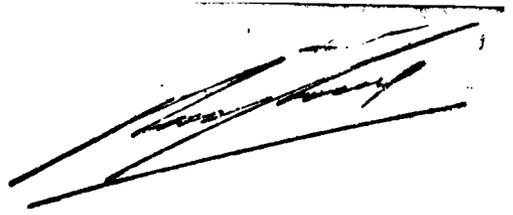
Astenia, apatía y anorexia, son de observación frecuente en la invaginación crónica.

Finalmente podemos encontrar adelgazamiento.

DIAGNOSTICO: Cuando en sus comienzos se presenta como una forma aguda, puede hacerse el diagnóstico de probabilidad en presencia de los signos típicos: DOLOR TUMOR Y DIARREA SANGUINOLENTA.

Más no sucede siempre así en una invaginación de carácter crónico, donde la sintomatología que a veces remeda la de una forma aguda, <sup>SM</sup> otras ~~Es~~ tan proteíforme que para llegar al diagnóstico se haría por exclusión con un determinado número de afecciones que tienen por denominación común a la obstrucción crónica.

Todos estos elementos son insuficientes para llegar al diagnóstico sin requerir los auxilios de la radiología.



**"Radiografía":**

Sussman, Kirauer y Miller han contribuido al estudio radiológico en forma notable.

Tiene un valor de primer orden por que nos enseña donde se halla la invaginación y que extensión ocupa, corroborando en parte nuestra impresión diagnóstica a través del examen puramente semiológico.

Es necesario la colaboración íntima del radiólogo con el clínico; ello nos permitirá establecer los signos radiológicos obstructivos y contribuir a eliminar causas similares de obstrucción.

Dos son las técnicas usadas para el estudio de la invaginación. Una, la directa, que debe tomarse con el enfermo de pie.

Es muy útil por que puede ser tomada inmediatamente al ingreso del enfermo al hospital.

Nos da imágenes gaseosas que segun la cantidad y disposición nos puede indicar el lugar de la obstrucción.

La otra es la que se obtiene por medio de la sustancia de contraste. Ambas técnicas se complementan, por lo tanto, no se excluyen entre sí.

**EXAMEN RADIOLOGICO SIMPLE:** El examen radiológico simple puede en muchos casos verificar una sospecha.



Los gases que se encuentran en el intestino delgado, no adquieren normalmente el volumen de los que ocupan el intestino grueso, por lo tanto, si en una imagen radiológica simple se encuentra una bola gaseosa de tamaño mayor que lo normal, ello nos indicara que a ese nivel se halla un obstáculo que impide su progresión.

Según el volumen del asa podemos medir el grado de dilatación supraestenótica.

De acuerdo a las experiencias de Brocq y Gueullette, en toda invaginación intestinal ha de ponerse de manifiesto los elementos anatómicos que constituyen el proceso.

Dichos elementos anatómicos son: un tubo interno o segmento invaginado constituido por una porción intestinal estrechada y un tubo externo o vaina. Agregándose las alteraciones topográficas que sufre el intestino al invaginarse.

La imagen radiológica variará de acuerdo a algunos factores, como ser la extensión del segmento invaginado, la porción de intestino donde se produce, la causa que la determina y por último del lleno de la vaina y del cilindro invaginado.

La radiografía simple nos permite obtener imágenes



hidroaerreas e solamente de gas, según en la posición que se tome.

Quando el enfermo está de pié, se observan niveles de líquidos y de gas.

Si el enfermo se encuentra acostado se verán las imágenes gaseosas solamente. Es conveniente efectuarla en ocasiones en posición de decúbito lateral.

Las imágenes son distintas según se trate de una oclusión de intestino delgado e del grueso.

En el intestino delgado del adulto, la cantidad de gas que lo ocupa, es muy poca e nula, por ello su presencia indica una anomalía del intestino a ese nivel. En los casos de obstrucción, ya a las tres horas, se encuentra por encima de su nivel, regular cantidad de gas.

DISPOSICION: Quando pertenece al intestino delgado, la disposición es siempre transversal, con aspecto de escalera, múltiples niveles líquidos, tomando siempre la radiografía en posición de pié.

El gas contenido en el colon cuando es de pequeña cantidad se considera normal. En las obstrucciones agudas del colon, la cantidad de gas es extraordinario, visualizándose en relieve perfectamente el marco cónico.



La radiografía nos muestra la situación del asa e de las asas distendidas dentro del abdomen y sus ca racteres. De todo esto es posible deducir donde se localiza la obstrucción.

SITUACION DE LAS ASAS DISTENDIDAS: Cuando pertenece al intestino delgado, la distensión, es centro abd ominal.

Cuando compromete a las primeras asas yeyunales, la distensión se localiza en el cuadrante súper iz quierdo y por encima del ombligo.

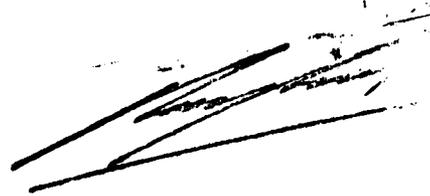
Cuando la obstrucción pertenece al íleon terminal la distensión está localizada, en la región infraun bilical.

Cuando es el colon el comprometido, son los flan cos los que se visualizan perfectamente.

Cuando el ciego está distendido forma una gran ga pella que es inconfundible. Estos detalles son muy importantes, pues en los ileos mecánicos, indica la posibilidad de una válvula ileocecal impermeable, o mejor dicho, continente. También puede mostrar el caso inver so.

La continencia o no del la válvula de Bauhin, es importante para la conducta terapéutica a seguir.

Cuando es incontinente, es posible el refluje de



contenido grueso hacia el intestino delgado que le sirve de derivación.

Cuando existe una obstrucción por encima, ya sea una neoplasia cuerpo extraño, etc. y la válvula es continente, existe una obstrucción en asa cerrada, en la que no será de ninguna utilidad la sonda de Miller y Abbott.

Cuando la distensión del intestino delgado es muy grande no ocupa ya el centro del abdomen, sino que lo ocupa todo.

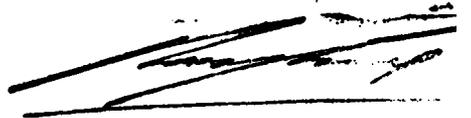
CARACTERES DE LAS ASAS: El tamaño tiene mucho valor. El intestino grueso distendido adquiere un volumen mayor que el del yeyuno-ileon. Sin embargo el volumen mayor lo alcanza el asa sigmoidea cuando se ha volvulado, se parece en esta circunstancia a una cámara de auto distendida.

En el yeyuno ileon se dilatan más las asas ileales que las yeyunales.

Debido a que estas últimas vacían mas facil su contenido por el vómito.

ORIENTACION: En el colon ascendente y descendente son verticales, pues están fijas por razones anatómicas.

Las asas delgadas muy distendidas suelen adoptar



una disposición transversal., y al encontrarse dos o tres superpuestas, sus paredes forman como los peldaños de una escalera.

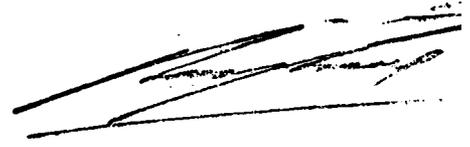
FORMAS DE LOS BORDES: Las primeras asas delgadas (yeyuno) Particularmente en los ileos mecánicos dan la imagen en pilas de monedas, por la presencia de las finas estrias de los pliegues de Kerkring.

Las asas delgadas, carentes de esos pliegues, son de contornos más lisos. En el colon distendido no se observan fácilmente las austras.

Es necesario tener en cuenta que si bien la colección de gas a nivel del intestino delgado es angr mal no sucede así cuando se le ha inyectado una dosis de morfina o coexiste un proceso inflamatorio.

EXAMEN DE INGESTION: Introducida la sustancia opaca por esta vía transcurrirá por el intestino permeable, para detenerse a nivel de la obstrucción.

Llegado a este punto, pueden presentarse varias circunstancias. Que el bario llegue a la dilatación supraestenótica y luego se vaya afinando hasta adq tar una imagen similar a la de un embudo. (fig. 10) La penetración se hará en mayor o menor extensión de acuerdo a la permeabilidad, dándonos una imagen que se conoce con el nombre de "Pico de pájaro"(fig



11.)

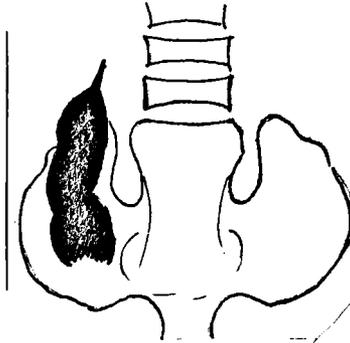


Fig. 10

En otra imagen se verá el asa proximal dilatada que se prolonga en estria opaca más o menos alargada

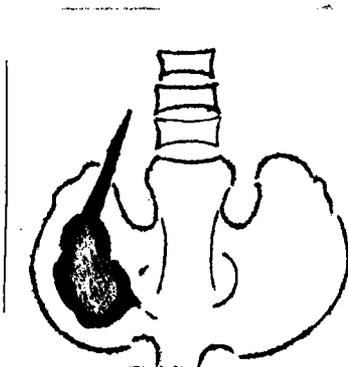


Fig. 11.-

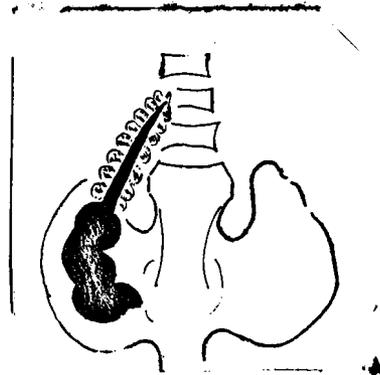


Fig. 12.

Cuando el canal es suficiente se produce la formación de la vaina, por el pasaje retrogrado del bario hasta llenarla total o parcialmente (Fig. 12.).



EXAMEN POR FIBRA: Como es lógico en este examen, la sustancia opaca llega por el extremo distal hasta la cabeza de la invaginación, hallándose frente a diversas imágenes que variarán según la causa del proceso.

1º) Cuando no se llena la vaina ni el canal central la columna termina con un corte más o menos neto, sin características patognomónicas de invaginación, pues es similar a una amputación de intestino en un tumor del mismo (fig. 13.)



Fig. 13.-

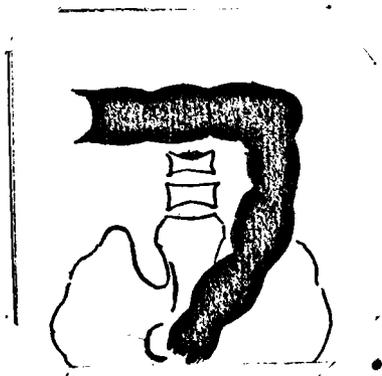


Fig. 14.-

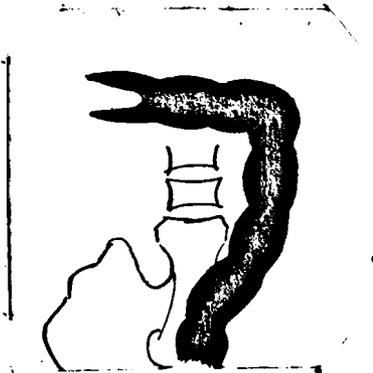


Fig. 15.-



2°) Por grados sucesivos de relleno de la vaina, se pasará desde el máñon cóncavo (fig. 14) hasta la imagen de tenaza (fig. 15) representando las ramas de la tenaza las partes marginales de la vaina, pués las no marginales, no alcanzan a dar sombra por su escaso espesor.

3°) si el relleno de la vaina, es más abundante, se alcanza a ver su sombra en las partes no marginales, pero sin llegar a igualar la opacidad de estas con las de las marginales (fig. 16.)

4°) La permeabilidad de la vaina es aún mayor, ésta se puede llenar tan abundantemente que se igualan las opacidades y ocultan completamente la porción invaginada, de modo que ella sola se hace visible a la compresión e después de la evacuación de la enema, con variaciones de su aspecto según se halla o no el canal central (fig. 17).

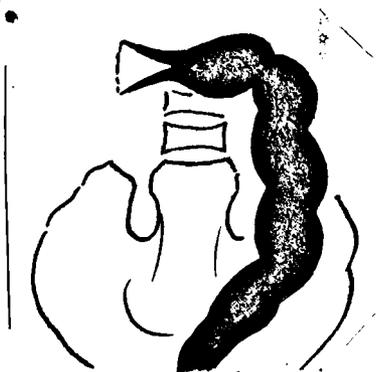


Fig. 16

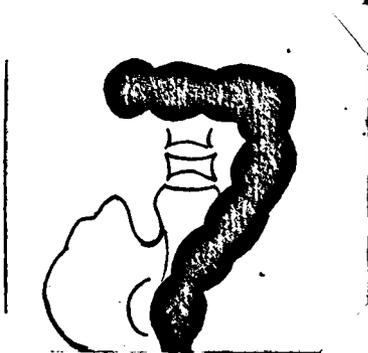


Fig. 17.

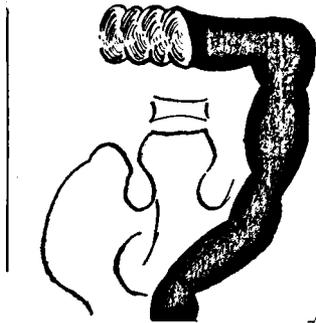


Fig. 18.-

La radiografía presente muestra un caso típico de in vaginación cecal. La imagen de la invaginación está tomada de frente. (Gentileza del Dr. Jaime Roca.)





El mismo enfermo, despues de la reducci3n, se observa una tumoraci3n redondeada cerca del 3ngulo hep3tico, que result3 en el estudio anatomopatol3gico un linfosarcoma.-

(Gentileza del Dr. Jaime Roca.)





Imagen que revela una invaginación en forma indirecta.

Se observa que el ciego recibe al íleon por su porción caudal siendo éste un signo indirecto de invaginación.-

(La necropsia demostró ser un sarcoma de ciego invaginado)

(Gentileza del Dr. Jaima Roca).



5°) También debido a la permeabilidad de la vaina se forma la imagen llamada espiroide (fig. 15) que con



*[Handwritten signature]*

siste en una serie de imágenes semicirculares o circulares dispuestas perpendicularmente a la luz intestinal, debidas al depósito del bario que queda en las aústras de la vaina, la cual está plegada como un acordeón. (fig. 18) La proyección de frente de esta imagen está representada en la figura 19.-

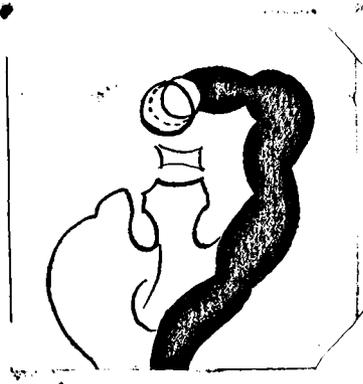


Fig. 19



Fig. 20

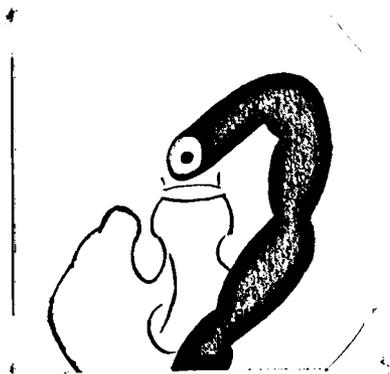


Fig. 21.-

A veces junto a la permeabilidad de la vaina se llena el canal central y da lugar a la imagen llama



da en tridente. (fig. 20). que vista en proyección frontal se asemeja a una escarapela. (fig. 21). Es a nivel del ángulo hepático del colon donde con más frecuencia se ven estas imágenes.

7°) Si se continua el relleno, puede prolongarse la sustancia opaca hacia el intestino proximal, hasta ocuparlo y dar lugar a una imagen como la que se ve en la figura 22.-

8°) Cuando la vaina no es permeable, y se llena el canal solamente nos da la imagen que se ve en la figura 23, que son muy difíciles de individualizar con las invaginaciones, tratándose en estos casos de efectuar el diagnóstico diferencial entre proceso tumoral maligno e simplemente un espasmo localizado en el intestino a causa de un proceso inflamatorio.

Efectuado el examen radiológico simple y contrastado pasamos al:

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Siendo la invaginación intestinal un cuadro obstructivo, es necesario diferenciarlo de todas aquellas afecciones que tienen como denominador común la obstrucción.

ESTRECHES E IMPERFORACION: Se presenta en los recién nacidos y la sobrevida es muy corta.

CAUSAS DE OBSTRUCCION

Pueden ser de causa intestinal o extraintestinal.

DE CAUSA INTRAIESTINAL:

- |                |                  |   |
|----------------|------------------|---|
|                |                  | Por estrechez   |
| a) Congénitas: |                  | por imperforación.  |
|                | Benignos         | (Lipoma<br>(Mixoma<br>(Fibroma.                                 |
| b) Adquiridas. | Malignos         | (Carcinoma<br>(Adenocarcinoma. etc.                             |
|                | Otros tumores    | (Sifilema<br>(Tuberculosis<br>(Actinomicosis<br>(Amoeboma. etc. |
|                |                  | Cálculo biliar.   |
|                | Parásitos        | (Ascaris<br>(Oxiurus<br>(Tenias. etc.                           |
|                | Cuerpos extraños | (Hueso<br>(Botón de Murphy<br>(Coprolito. etc.                  |

INVAGINACION

DE CAUSA EXTRAESTRINAL:

- |        |                |
|--------|----------------|
|        | (Congénitas    |
|        | (Inflamatorias |
| Eridas | (Neoplasias    |
|        | (Traumáticas.  |



Hernias ( Interna  
( Externa

Vólvulo

Ileo (Espasmódico.  
(  
(Paralítico

TUMORES BENIGNOS: LIPOMA: Permanecen ignorados y mudos durante mucho tiempo, hasta que una causa circunstancial como la degeneración maligna o el desprendimiento con la hemorragia consecutiva lo pone de manifiesto.

Es causa de invaginación el 60 % de los casos.

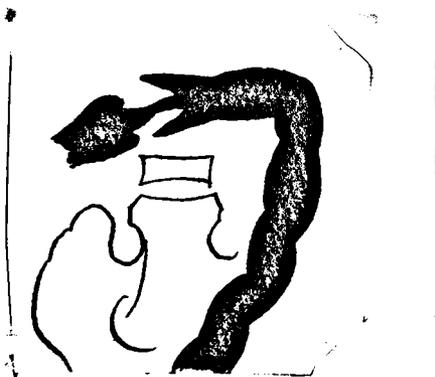


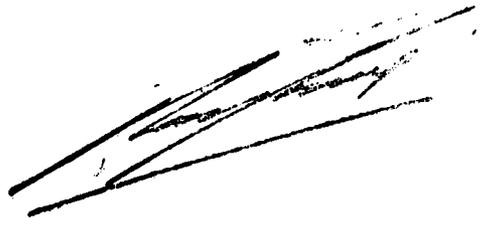
Fig. 22.-



Fig. 23.

DIARREA.- Rara vez es intensa, no se presenta con frecuencia.

DOLOR.- Siempre como molestia intestinal vaga, defecación dolorosa y difícil, algunas veces puede producirse la expulsión espontánea por el ano.



### TUMORES MALIGNOS DE INTESTINO:

**Edad:** en el 90 por ciento en personas de más de 40 años.

**Diagnostico precoz:** Cualquier síntoma que fije la atención en el intestino, puede ser un síntoma de cancer.

Es raro encontrar un enfermo de cancer intestinal, que se presente libre de trastornos funcionales, cólicos, dolor, o deposiciones anómalas.

Por ello hay que prestar atención a los siguientes síntomas en personas de más de 40 años de edad:

**RETARDO DEL PERIODO DIGESTIVO:** Con disminución de apetito a intervalos y particularmente por la tendencia a la constipación.

**SANGRE:** Es un dato frecuente en neoplasias de intestino, acompañado a veces de mucus en las afecciones de sigma. La demostración de sangre oculta es un síntoma presioso para la búsqueda del tumor. La pérdida se hace con cierta discontinuidad e intermitencia. Hay que tenerlo en cuenta a los efectos de repetir el examen.

**CONSTIPACION:** En un enfermo que regulaba sus intestinos a horario, y de pronto sobreviene la constipación, es uno de los síntomas más prececes y fre-



cuentas, algunas veces acompañado de diarrea, que puede hacer pensar en una parasitosis a pesar de los repetidos análisis negativos.-

DOLOR: No es intenso y cuando así aparece es por breve espacio. Cuando asienta en el ángulo hepático o colon transverso, adquiere las características del tipo cólico. El cuadro hemático, nos muestra, leucocitos con polinucleosis.

FENÓMENOS DISPÉPTICOS: Anorexia, flatulencia, sensación de lleno epigástrico, náuseas y vómitos son casi la regla.

DIARREA: Se presenta con menos frecuencia que la constipación.

Como se ve hay varios puntos de contacto con la sintomatología de un invaginado crónico. La radiografía puede ser decisiva en alguna ocasión.

#### SIFILOMA Y TUBERCULOMA

La obstrucción es progresiva y remota en mucho la forma de un tumor maligno. Los análisis de laboratorio son de mucho valor.

#### ILIUS BILIAR

Existen antecedentes de cólicos hepáticos. En este caso la radiografía es terminante. En general el



cuadro es de obstrucción alta; salvo fistula colecisto-colónica.

#### PARASITOSIS

En nuestro medio fundamentalmente, obstrucción por ascaris, oxiuris y tenias. Los antecedentes de expulsión espontanea de uno de estos parásitos o los exámenes de laboratorio, pueden inclinarnos al diagnóstico.

#### CUERPOS EXTRAÑOS

Casi siempre existe el antecedente del ingesta o de la operación en el caso de un botón de Murphy. Esto se ve con frecuencia en los alienados, en los cuales es muy difícil obtener la referencia precisa, por lo que se debe recurrir a la radiografía que a la vez que nos confirma el diagnóstico nos revela la localización, orejones crudos, cítricos etc.-

#### BRIDAS

La radiografía solo puede indicarnos en estos casos que existe una obstrucción. Es útil valorar intervenciones anteriores y la diátesis específica del enfermo.

#### HERNIAS

Cuando son externas, no existe dificultad en efectuar el diagnóstico diferencial con la invagina



ción, pero cuando son internas, se presenta como un cuadro oclusivo agudo, que solo la laparotomía puede aclarar.

### VOLVULO

De iniciación brusca y dramática, dependiendo del grado de rotación del intestino.

DOLOR: Síntoma precoz y sobresaliente.

ESTREÑIMIENTO: Completo es la regla.

VOMITOS: No son muy frecuentes, no así los eructos

En los casos graves se acompaña de Shock y colapso  
Distensión extrema del abdomen.

APENDICITIS: Presenta la cronología de Murphy, dolor inicial epigástrico peri-umbilical, o difuso seguido de náuseas y vómitos iniciales a las 4 ó 6 horas del comienzo. Localización del dolor en la fosa iliaca derecha, luego de transcurrido también el plazo de 6 horas. Bien puede ser monosintomática, y cuando esta cronología esta invertida también puede dudarse del diagnóstico.

Palpación doloroso en el punto de Mc,Burney.

En la invaginación la palpación del budín hara el diagnóstico. Si han pasado algunas horas, el cuadro oclusivo y la melena seran suficientes para



descartar la apendicitis aguda.

DIVERTICULITIS DE MECKEL AGUDA: Se aconseja buscar esta afección cuando no se encuentra la apendicitis. Ello da una idea de la dificultad diagnóstica. En la frecuencia se encuentra el 2 % de los casos.

TORSION DEL CECUM MAYOR: Puede dar un cuadro similar, pero casi siempre coexiste con una hernia, o como lo revela la estadística con un porcentaje del 60 %. Se presta a la confusión por la palpación de la tumoración que puede confundirse con la morcilla de la invaginación.

INFARTO MESENERGICO: Debemos considerar dos formas: 1º) Aquellos en que toda intervención esta abocada al fracaso porque corresponden a infartos originados por una obliteración vascular alta y cuya causa es siempre una trombosis venosa de las ramas de la vena porta en un individuo atero-esclerótico. 2º)

Las formas limitadas de los adultos en las que solo esta tomado un segmento del intestino y la intervención quirúrgica precoz puede llevarlo a la sanación.

SINTOMATOLOGIA: Dolor: de intensidad violenta.

Ausencia de contractura y del meteorismo genera-



lizado con ondas peristálticas que se encuentra en la invaginación. No existe una detención absoluta de los gases y de las heces y, por último, el colapso cardio-vascular de rápida aparición.

Es posible en algunos casos palpar una tumefacción blanduzca, pastosa en la fosa iliaca derecha. Resumiendo: dos son los datos a tener en cuenta: la atreoidad del holer y el colapso precoz.

PURPURA DE HENOCCH: aunque no es una enfermedad frecuente cuando existe suele presentarse bajo una forma abdominal. En estos casos los análisis de laboratorio fundamentalmente el análisis de sangre, servirán para arribar al diagnóstico.

#### PANCREATITIS HEMORRAGICA

Se diagnostica por el dolor agudo que se irradia a l ángulo costovertebral, palidez de la cara y cianosis de los labios, colapso, distensión epigástrica asociada frecuentemente a la depresibilidad y veteado de la pared abdominal.

EL DOLOR : se caracteriza por su tenacidad, y por su resistencia a los hipnóticos especialmente a la morfina. Puede desarrollar su violencia en dos tiempos como dice Mender y el intervalo que transcurre entre el primer dolor y la crisis dramática, puede



ser muy largo. Ha llegado a ser hasta de 3 días.

La tenacidad del dolor: es un caracter diferencial de mucha importancia, como dice Mondor, a tal punto que su igualdad sería suficiente para diferenciarla de la obstrucción intestinal.

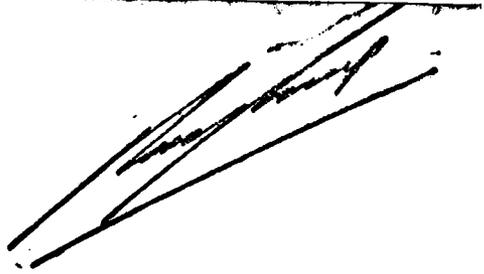
EL VOMITO: es tan constante como el dolor, notándose su falta en las pancreatitis edematosas.

La detención de materias fecales es de orden reflejo. En la pancreatitis la oclusión rara vez llega a ser absoluta, venciéndola con un enema o purgante.

SINTOMAS GENERALES: Gran ansiedad, alteración de las facies, cianosis, disociación entre el pulso y la temperatura.

PRUEBAS DE LABORATORIO: Prueba de Loew: que consiste en obtener midriasis con la instilación de adrenalina. En sangre se observa alteración de los nucleos y protoplasma en los neutrófilos. Hay que hacer la investigación de los fermentos pancreáticos en el suero sanguíneo.

REACCION DE WOLFFENBT: Es decir el dosaje del poder diastásico de la orina a 38 grados durante 30 minutos, que en los normales sería de 64.



En la pancreatitis llegaría entre 120 y 2000 unidades

-----

### FISIOPATOLOGIA DE LA INVAGINACION

En la invaginación intestinal como en todo obstruido hay que considerar desde el punto de vista fisiopatológico, tres factores:

- 1º) LA DISTENSION DEL INTESTINO.
- 2º) PERDIDA DE AGUA Y ELECTROLITOS.
- 3º) ALTERACIONES DE LA PARED INTESTINAL SOBRE TODO DEL ASA AFECTADA.

Cual de los tres factores es más importante lo dirá la altura de la obstrucción, y si hay estrangulación o no.

**DISTENSION DEL INTESTINO:** Juega un rol fundamental en la fisiopatología, cuando está ubicado en la parte baja del delgado, pues cuando se halla en la parte alta los vómitos impiden la acumulación de líquidos y de gases.

Es necesario conocer la cantidad de líquido que transcurre normalmente por el tractus intestinal, para darse una idea de lo que puede acumularse por encima de la obstrucción.

Durante 24 horas segrega el aparato digestivo de



7 a 8 litros de líquido que se repartán de la siguiente manera:

SECRECION SALIVAR .....	1.500 c.c.
JUGO GASTRICO .....	2.500 c.c.
JUGO PANCREATICO.....	500 c.c.
BILIS .....	1.000 c.c.
SECRECION DE JUGO INTESTINAL.	3,000 c.c.
TOTAL ....	8.500 c.c.

Esta enorme cantidad de líquido es absorbida a nivel del intestino, en el trayecto del delgado, de manera que solo pasa al intestino grueso de 350 a 400 c/c. que posteriormente se reabsorben en el ciego.

En el obstruido hay que agregar a estas cifras, aquellas que sobrevienen de la pared intestinal por efectos de excitabilidad de la mucosa.

En la distensión de las asas interviene el gas, este llega al intestino por ingestión y el 30 % restante proviene de la descomposición del contenido intestinal, estando constituido en la mayor parte por el gas nitrógeno. La distensión produce a nivel del asa distendida un trastorno en la circulación venosa sin que sea necesario la presencia de estrangulación.





d) En la semiología urinaria: Oliguria, densidad alta, hiperascurea, cloruria muy baja, e aún nula, y albúmina ausente o vestigios.

Sabemos que la presión que exige el filtrado tubular (presión de filtración) es igual a la mitad de la presión sistólica normal del adulto.

Cuando esta disminuye (hipotensión) también lo hace la presión de filtración, que sumado al aumento de la presión oncótica (por la hemoconcentración) SON factores suficientes para que el filtrado glomerular disminuya, con la consiguiente retención de catabolitos, o llegue a anularse completamente, llevando al enfermo a la anuria.

Finalmente la pérdida de los electrolitos, llevará al enfermo a la alcalosis o acidosis, según predomine el anión cloro o el catión sodio.

No hay que olvidar que los jugos pancreáticos son alcalinos por su riqueza en bicarbonato de sodio.

ALTERACIONES DE LA PARED INTESTINAL: La alteración de la pared intestinal variará según se trate de una invaginación simple o estrangulante.

EN LA INVAGINACION SIMPLE: Como dije anteriormente se produce un trastorno en la circulación venosa en



el sentido de la estasis. Esto trae como consecuencia la congestión y el edema infiltrativo de la pared, con el consiguiente sufrimiento de los capilares, que alteran su permeabilidad.

El trastorno capilar trae como consecuencia el pasaje de plasma a la luz del intestino, agravando la hipovolemia y el estado de shock.

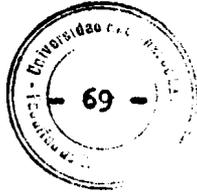
Cuando se agregan las perturbaciones circulatorias propias de la estrangulación, las alteraciones de la pared son más pronunciadas y a la congestión y el edema se agrega la necrosis, la gangrena, y la perforación del intestino con la consiguiente peritonitis.

Antes de producirse la perforación hay una trasudación de líquido hemático seroso, por alteración de permeabilidad propia de la pared.

La mucosa intestinal se comporta además de su función secretora y absorbente como protectora de la mucosa, frente a la flora habitual que la ocupa.

Cuando se ve comprometida la integridad de la misma, a causa de los trastornos circulatorios, los germenos emigran hacia la cavidad libre, agravando el pronóstico.

Entre todos los factores citados hay que prestar



especial atención, al shock por pérdida de agua electrolitos y plasma.

Se ha demostrado que los que fallecen de obstrucción intestinal, presentan las mismas lesiones, que los que mueren de shock: distensión e ingurgitación de los vasos sanguíneos viscerales, edema y equimosis del pulmón y de la mucosa gastrointestinal.

Cuando la porción invaginada penetra en la invaginante, arrastra tras de sí el meso con sus vasos colocando a éste entre las caras serosas de la invaginación.

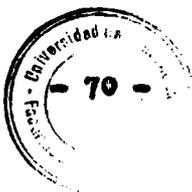
La elongación del meso y su aplastamiento entre las caras serosas dificultan la circulación.

Si este estado persiste durante un tiempo prolongado sucede lo siguiente: El primer trastorno circulatorio se produce a nivel del sector venoso, pero el sector arterial se conserva, y la sangre impulsada hacia la vertiente venosa, aumenta la congestión y el edema.

Si se prolonga más aún el proceso, aparece la necrosis y gangrena del asa lesionada.

#### CAUSAS DE MUERTE EN LA OBSTRUCCION SIN ESPRANGULACION:

El mecanismo de muerte en la obstrucción intestinal todavía no se conoce bien. Antes, la



muerte de todos los tipos de obstrucción era imputada a la toxemia. Al conocer mejor el estado humoral, la deshidratación y la chorepemia, por vómitos, se adelantó un gran paso en el pronóstico de la afección.

La conquista de la intubación, debida a Wangenstein, es un galardón de gloria para la medicina moderna.

Con ella se consiguen evitar la distensión del intestino, y la acumulación de sustancias tóxicas que ennegrecían el pronóstico.

Pero a pesar de los adelantos obtenidos en el tratamiento, todavía existe una cifra de un muerto cada 5 ó 6 obstruidos.

Anteriormente se sabía que a los animales que se le obstruía una asa de intestino, tenían una sobrevivencia de una semana, y la causa de la muerte se atribuía a una toxina que se producía en el asa cerrada. Fueron muchos los investigadores que se preocupaban de comprobar o rechazar la elaboración de productos tóxicos, causantes de la toxemia y de la muerte. El análisis del contenido de las asas cerradas, fué realizado por varios investigadores. (Cooper en 1928, Morton en 1929, y en el año 1940 Bee-



ser).-

Algunos investigadores, sobre todo Murphy, Stone y Davies, y Dragstedt, pensaban que las toxinas letales que se producían en el asa cerrada, eran de origen bacteriano. Esta opinión se basaba por exclusión, pues no había otro camino que las bacterias como origen de las toxinas.

Dragstedt, lavaba las asas aisladas con eter, y los perros cuyas asas eran así lavada, sobrevivían más que los perros controles. Pero nunca se descartó que el eter sería capaz de alterar la mucosa e impedir que sea absorbida cualquier clase de toxina.

Firor demostró con asas cerradas en U, cuyos extremos afloraban a la superficie abdominal del perro, a los efectos de poder ser lavadas periódicamente con solución salina fisiológica, que la sobrevida era de tiempo prolongado, cuando las asas cerradas se reintroducían nuevamente.

Esto acrecentaba la hipótesis, de que las toxinas que se elaboraban en el asa cerrada, eran de origen bacteriano.

Fué el mismo Firor, quien concibió introducir en las asas cerradas de los perros una sulfamida del tipo de la sulfasuxidina, y comprobó que los



animales tratados por este medio, tenían una sobrevida que se prolongaba mucho más que en los perros controles.

Se le hizo una objección a estos experimentos. Se dijo que la pasta de sulfamida tapizaría la mucosa intestinal, evitando la absorción de la sustancia tóxica elaborada.

Pero luego, pronto aparecen las investigaciones de Sarnoff y de Fine, que corroboran en todo los estudios de Firor.

Llegan a la conclusión que la sulfasuxidina, tiene acción protectora de la mucosa de los perros.

A los perros en los cuales ellos trabajaban, provocaron la obstrucción de los vasos mesentéricos, por pinzamiento, obteniendo trastornos ileales, con conservación de la luz intestinal, y tapizada toda ésta, por sulfamida.

Es necesario para que se produzca esto, que la mucosa intestinal se halla tapizada por la sulfamida durante un tiempo prolongado, hasta que se produzca el agotamiento bacteriano.

Luego se utilizó la penicilina, ya sea parenteralmente o local, y llegan a la misma conclusión.



*[Handwritten signature]*

La vida de los perros con las asas yeyunales obstruidas, se prolongaba significativamente, cuando era utilizada la penicilina por vía enteral o parenteral. Así 100 % de 15 perros controles murieron a los 6 días y medio; el 82 % a los 3 días y medio o menos.

En los animales con asas yeyunales aisladas y protegidas con penicilina local. La protección alcanzaba en el 93 % a 13 días de sobrevivida; en el 60% pasaba el mes.

TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO ACIDO BASICO EN LA INVAZION INTESTINAL:

4 factores entran en juego para regular el equilibrio ácido básico a lo largo del tubo intestinal.

1°) El aporte de los iones del tubo digestivo, llevados por los alimentos.

2°) La mucosa digestiva y las glándulas anexas, toman del plasma sanguíneo la cantidad de aniones y cationes, necesarias para satisfacer su función.

3°) La mucosa intestinal y el hígado sirven como aparatos excretores de ciertos iones fundamentalmente Ca. y P<sub>04</sub>h:

4°) El hígado interviene, en sus funciones del metabolismo como regulador del equilibrio ácido-básico.-



Analizemos cada uno de estos factores.

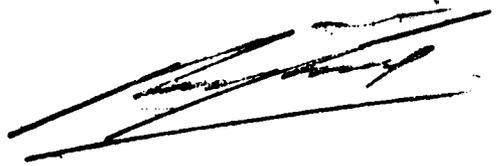
Los alimentos se pueden dividir en alcalinizantes y acidificantes, según que predominen los aniones o cationes.

Entre los alimentos acidificantes tenemos los huevos, carnes, y legumbres y sus derivados. (harinas pan, etc.) (si llevamos al crisol cada uno de estos alimentos se transformarán en  $H_2O$  y  $CO_2$ , quedando como residuo las cenizas, que es el compuesto mineral. Si los disolvemos en agua se orientarán hacia el polo positivo o negativo, según que predominen los aniones o cationes.) Este procedimiento sirve para determinar la riqueza en uno y otro sentido.

Los huevos y carnes son fundamentalmente acidificantes, por su gran riqueza en proteínas, las que contienen una gran cantidad de S. y de P.

Se dice que 500 gr. de carne, contienen una cantidad de azufre tal, que puede generar más de 3 grs. de  $SO_2H_2$ .-

La leche, la fruta y las legumbres verdes, son alimentos alcalinizantes. Pareciera paradójica que las frutas, con su gran contenido en ácidos (cítrico, málico, succínico, etc.) pudieran ser alcalinizantes.-



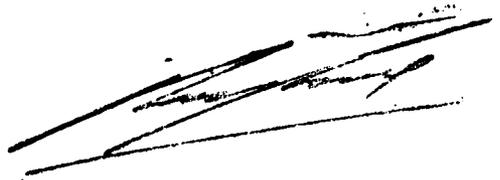
Se comportan de esta manera por la siguiente razón: Hay que considerar al alimento en relación a los efectos humorales que pueda provocar. Por eso si bien en el intestino, se comportan como ácidos, por su condición de ácidos débiles, en presencia del Na. K. Mg. se neutralizan e ingresan al torrente circulatorio, como alimentos alcalinizantes.

2°) La cantidad de jugos que secretan las glándulas en las 24 hs. alcanzan como hemos visto a los 8 litros.

Estos son absorbidos a nivel del intestino delgado hasta el ciego en su casi totalidad, creándose de esta forma un verdadero ciclo entero-plasmático, que se renueva por lo menos dos veces en las 24 horas.

Cuando una obstrucción es alta, lo que se pierde bajo la forma de vómitos, ya que no pueden ser reabsorbidos, ~~se~~ predomina el cloro. Entonces su cede le siguiente:

Seguiente a Mainesco, sabemos que durante la fase digestiva, el cloro contenido en las células exinticias de la mucosa gástrica, que tienen una membrana semipermeable pasan al contenido intraluminal.



por el siguiente proceso:

El Cl, como molécula pequeña, pasaría fácilmente a través de la membrana, si no estuviera fijada a un radical R', que hace la molécula de mayor volumen e impide su pasaje. Cuando el contenido gástrico va en aumento la cantidad de iones H' y OH' también va en aumento, creando en esa forma una diferencia de tensión entre el contenido extracelular y el de las células oxinticas separada por la membrana semipermeable. Esta diferencia de tensión <sup>VA</sup> a equilibrarse de la siguiente forma.



Los iones OH' franquean la membrana y liberan al ion cloro, que a su vez ingresa a luz gástrica. Si la fase digestiva sigue en aumento, será mayor el pasaje de Cl. al intestino y de OH' al plasma.

En estos momentos el cuadro humoral es el siguiente. a) Aumento del CO<sub>2</sub> en el aire alveolar.

b) Aumento del número de respiraciones.

c) Orinas poco o nada ácidas

Si el Cl que pasó al estómago, se pierde con los vómitos, el enfermo va fatalmente a la alcalosis por 2 vías: 1°) por la pérdida de Cl. 2°) Por hi-



perventilación (alcalosis gaseosa).

Cuando la obstrucción es baja, la absorción de los jugos intestinales que se efectúa a nivel del intestino delgado indemne, son fundamentalmente de un Ph. superior (el jugo pancreático es el más alcalino) Existe un predominio de Na que lo lleva a la alcalosis.

Así se comporta al intestino cuando la obstrucción está compensada.

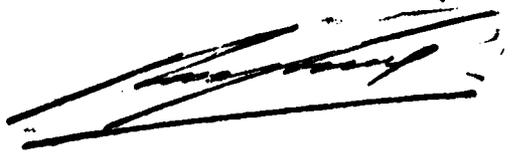
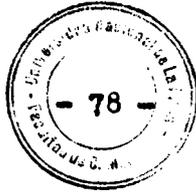
La acumulación hidrogaseosa de la obstrucción, aumenta la presión intraluminal del intestino, produciendo efectos locales sobre la pared y efectos generales sobre los sistemas y estructuras vecinas.

EFFECTOS LOCALES: El intestino obstruido trata de compensar la acumulación líquida y gaseosa distendiéndose. Este mecanismo lleva al intestino a un acortamiento de su longitud fisiológica. "Garat J.A"

Todo el trastorno local esta supeditado a la mayor o menor presión intraluminal que se opone a la presión intramural.

Esta última varía según se trate del sector arterial o del venoso.

La presión arterial intramural es muy difícil de



ser sobrepasada por la intraintestinal que oscila entre los 25 cm. de agua que equivalen a 19 ó 20 mm de Hg.

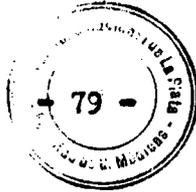
No sucede lo mismo con la presión venosa, que puede ser superada, anulando esta vertiente de reflujo y quedando la irrigación de la pared a cargo de la presión arterial, aumentando por esa causa la congestión y el edema e incluso ser motivo de hemorragias.

El intestino en sus diferentes fases de distensión pasa por 2 estadios. El primero, llamado anémico, por que se encuentra tense y pálido, el segundo, período azul. El intestino se encuentra flácido.

La primera etapa ocurre cuando la presión diastólica es igual a la presión/distensión; es entonces cuando el intestino logra compensar la distensión como la elongación.

Esta circunstancia favorece la reanudación de la corriente sanguínea a través de los vasos elongados, los que al sufrir los efectos de la isquemia de primer momento, presentarán extravasaciones múltiples.

EFFECTOS GENERALES: Se hacen sentir a distancia los



efectos de la distensión abdominal.-

En efecto, la detensión de la presión venosa a nivel del intestino actúa como si se tratara de una verdadera ligadura, por lo tanto la sangre que se encuentra por encima de la ligadura sufre los trastornos de la remora, aumentando en consecuencia la presión de los miembros.

El aumento de la presión venosa hace que se retenga los líquidos intestinales por falta de reabsorción.

En esta forma todo lo que podíamos llamar el la-ge venoso está fuera de la circulación, trayendo co-mo consecuencia que el corazón trabaje en forma de-ficiente,

y se reduce considerablemente el volumen minuto.

Por otra parte, la pérdida de plasma que se hace a merced de la extravasación de líquido plasmático y de sangre total por los vasos lesionados, reduce el volumen sanguíneo circulante, llegando a perder en el plazo de 2 a 6 horas el 36 % del líquido te-tal.

La anoxia de los tejidos trae como consecuencia la liberación de productos del tipo de la histami-na, los que actuando sobre los capilares sanguíneos



aumenta la extravasación.

Son estos los enfermos que van a la mesa de operaciones en las peores condiciones, si no se les trata convenientemente, por las alteraciones de su cuadro humoral, y si además tenemos en cuenta que los capilares hepáticos y intestinales son los más sensibles a los efectos de la anoxia, debido a la pérdida de plasma se hará en gran cantidad también la de proteínas. Una causa más: la hipoproteïnemia, que contribuye al aumento del edema de la pared.

La distensión entorpece la dinámica respiratoria a través del levantamiento del diafragma que se encuentra imposibilitado en su excursión respiratoria.

La anoxia modifica la motilidad intestinal. Está comprobado que el músculo saca su energía del ácido adenil pirofosfórico y de la fosfocreatina.

La combustión de estos requieren la presencia de  $O_2$  para su consumo en la oxidativa, con la eliminación final de  $H_2O$  y de  $CO_2$ .

Experimentalmente se ha comprobado que un músculo reacciona en su función quínésica con más facilidad en un ambiente de  $O_2$  que en uno de  $N$ .

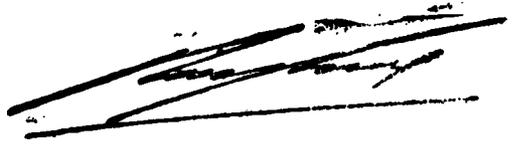
Se halla en estos casos el asa intestinal con



contenido sanguíneo, de variable cantidad, que tra-  
ducen el daño en el sector arterial y venoso.

La pared del intestino sometida a las injurias  
de la presión excesiva, y a la acción de la cabeza  
de la invaginación, que actúa por decúbito sobre el  
continente, puede producir, espontáneamente, en mu-  
chas circunstancias, la perforación del intestino.

Esto es necesario tenerlo en cuenta por que, al  
solicitar que se le efectúe una radiografía por ens-  
na, puede ser ésta la causa de la ruptura, cuando  
la presión es excesiva.-



### TRATAMIENTO

Con el advenimiento de la sonda única de Wangensteen y luego la modificación implantada por Abbott y Johnston, con la sonda bitubular, se ha dado un gran paso en el tratamiento de todas las afecciones de obstrucción intestinal.

La intubación nació con las experiencias de Wangensteen y Rea en 1939, quienes en un perro, al que habían seccionado el esófago, e invertido su extremidad distal, para que no pudiera deglutir ni aspirar aire, vieron que provocada la obstrucción del ileon era muy bien tolerada durante un tiempo prolongado. Con ello se obtenía una sobrevivencia de más de 40 días agregándole sueros salinos y glucosados.

La intubación intestinal tiene sus indicaciones y contraindicaciones.

CONTRAINDICACIONES: En las oclusiones de intestino delgado por estrangulación, en que la operación debe ser precoz, lo mismo que para el intestino grueso.

En el post-operatorio se debe asociar la intubación.

No se debe insistir en el sondaje, cuando haya du



da sobre la posibilidad de un error diagnóstico, e  
bien cuando el sondeo no sea efectivo al cabo de unas  
horas de funcionamiento. En ambas circunstancias, de  
berá procederse a la operación.

TECNICA DE LA INTUBACION : Para efectuar una intuba-  
ción de intestino/<sup>es necesario proceder con</sup> dedicación y técnica.

Previa anestesia de la fosa nasal que se va a uti  
lizar, se pasa la sonda bien lubricada en su extremo  
hasta la rinofaringe. Luego se le pide al enfermo  
que trague unos sorbos de agua, para que pase al esó  
fago y luego al estómago.

Recorrido gástrico de la sonda: Aspirar intermiten-  
temente con una jeringa para evacuar el estómago. Co  
locar al paciente en decúbito lateral derecho exci-  
tar el peristaltismo con el bicarbonato de soda, in-  
troducida en el estómago por la misma sonda.

PASAJE DEL PÍLORO Y su determinación en el duodeno:  
Se introduce lentamente la sonda a razón de 2 a 3 cm  
cada 5' o 10'. Una vez en el duodeno que se reco-  
ce por la aspiración del contenido duodenal, se le  
efectúa un pantallase radiográfico, para ver si real  
mente se encuentra en duodeno.

Ya en duodeno puede comenzarse la aspiración



continua.

Estancie la sonda en el duodeno, puede insuflarse el balón, ó bien esperar su pasaje por el ángulo de Treitz, se le efectúa un nuevo control radiográfico y se insufla luego.

PROGRESION DE LA SONDA: Debe introducirse lentamente 2 ó 3 cms.cada 5'. Una vez llegado a nivel de la obstrucción, se fija la sonda a la cara con tela adhesiva.

Si en el transcurso de la intubación se obstruyera, se puede destapar inyectando por la sonda, suero fisiológico o solución bicarbonatada.

TIEMPO DE PERMANENCIA DE LA SONDA: Se la deja mientras cumpla su función. Cuando ha desaparecido la distensión, y vehiculizado las materias focales puede retirarsela, siguiendo el consejo dado por el Dr. Enrique Finoquetto en el sentido de "DEJAR LA SONDA UN DIA MAS DE LO QUE PAREZCA NECESARIO" Cuando la sonda está bien adelantada en el intestino se le puede nutrir al enfermo con alimentos de poco residuo y ricos en calorías.

Quando se coloca la sonda de Miller y Abbott y comienza a funcionar, se aspiran más o menos 7



litros al cabo de 24 horas.

Por cada litro que se aspira, se quita al enfermo 5 grs. de sal, de modo que en las 24 horas, la expoliación de sal es de 35 grs. por ello rápidamente el enfermo entra en un desequilibrio humoral extraordinario.

Hay que tener en cuenta la cantidad de líquido que se retira al cabo de 24 horas para ser reintegradas al organismo evitando de esa forma el desequilibrio humoral, pues en caso contrario el enfermo entra en un estado de gravedad que se traduce por el coma: El paciente presenta adinamia, tiene el vientre aplanado y no tiene vómitos, no transpira y hay sequedad en los labios y mucosas, la lengua está muy roja y las pupilas se encuentran mióticas.

Lo que sucede es que el enfermo ha perdido cloruro de sodio, lo que hace que la urea vaya a reemplazarlo.

El enfermo entra en un verdadero estado de uremia cloropénica, que se compueba haciendo el dosaje de cloro en sangre, que constatará la cloropenia. Se inyecta entonces cloruro de sodio endovenose hipertónica....



a razón de 20 c.c. cada tres horas, hasta normalizar la cloremia. Un buen control es la medida del cloro globular y del cloro plasmático.

CIFRAS NORMALES: Cloro globular; 1,80 por c/cc. Cloro plasmático 3,60 por c/cc. Cloruros del plasma 560 mg. %.

Cuando se pierde cloro por vómito o aspiración de contenido ácido, la cloremia disminuye. Esta cifra guía la administración de sal.

Cuando la cantidad inyectada es mayor que la necesaria, el riñón trata de eliminar el exceso, los glónerulos se congestionan, y el enfermo puede entrar en anuria. Por ello es que hay que saber manejar la administración de cloruro de sodio.

Haciendo el control de lo extraído con una enfermera ex-profeso se reemplazarán por cada cuatro litros, 5 grs. de cloruro de sodio.

Si el enfermo sigue tratándose con la intubación es imposible hacer un buen tratamiento alimenticio, pues gran parte del mismo será devuelto por la sonda y pronto se verá como se hinchan los miembros inferiores hasta poder llegar a la anasarca.-



Este está dado por la disminución de la tasa proteica en sangre.

CANTIDAD NORMAL DE PROTEINAS: 75 a 85 grs. o/oo. En el ileo las cifras de proteínas descienden, esta determinación y el hematocrito, guían la restitución del plasma perdido.

Se prevoca por la tanto un edema universal, en el que interviene como es lógico, el intestino, el cual edematizado empeora la situación, y aumenta el estasis de la sangre venosa.

Si las proteínas se dan por vía bucal no son aprovechadas, por ello es imprescindible dar plasma endovenoso.

La cantidad a inyectar debe ser regulada por el contenido sanguíneo, no habiendo ningún peligro en dar 700 ó 500 c.c. en enfermos que se encuentren en inanición.

En estos aspectos el ecluido se comporta como un quemado.

Para restituir las proteínas perdidas es necesario como ya he dicho, dar al enfermo plasma e efectuarle transfusiones sanguíneas.

Existen varias reglas para administrar la cantidad



de plasma. Entre ellas la de Harkins, es la más sencilla. Por cada unidad que el hematocrito sobrepasa la cifra normal de 45, debe inyectarse 100 c.c. de plasma.

Ejemplo: Hematocrito=58---ahora  $58-45=3 \times 100=300$  c.c. de plasma.

La terapéutica en estas circunstancias exige la inhalación de oxígeno.

En estas condiciones se evita la anoxemia, por medio del oxígeno en la carpa, que es lo ideal.

FUNDAMENTOS FISIOPATOLOGICOS: La distensión abdominal esta constituida fundamentalmente por gas nitrógeno.

De esa forma el oxígeno inhalado disminuye la concentración del nitrógeno sanguíneo. Se facilita así la difusión del nitrógeno intestinal al sistema circulatorio. Se emplea el oxígeno a altas concentraciones, si es posible del 90 al 95 %.-

Es necesario completar la terapéutica con una serie de medicamentos como: Vitamina A, B y K.

Las dos primeras sirven como protectoras de la mucosa digestiva, la tercera es necesaria para que se efectue normalmente la coagulación sanguínea.



A large, dark, handwritten scribble or signature that spans across the top right portion of the page, partially overlapping the stamp.

La hormona corticosuprarrenal; actúa sobre la permeabilidad capilar y con ello evita la pérdida de plasma.

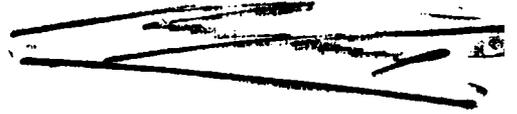
Cuando el estado humoral se encuentra equilibrado, (dieta para satisfacer, en resumen, el equilibrio hidrosalino, el equilibrio ácido-básico y las necesidades calóricas (hid. de c. proteínas y grasas) y plásticos (proteícos), como así también el estado general del enfermo, debe ser este llevado a la mesa de operaciones.

En lo que respecta al tratamiento quirúrgico, es bueno recordar las palabras de Treves a fines del año 1800 "AQUELLOS ENAMORADOS DE LAS ESTADÍSTICAS PUEDEN ADMITIR, NO TENGO CASI DUDA, QUE ES MENOS PELIGROSO ARROJARSE DEL PUENTE COLGANTE DE CLIFTON, QUE SUFRIR DE UNA INVAGINACION INTESTINAL Y REUSAR LA OPERACION".

Hoy éste puede considerarse como un axioma, pues permanece inmodificado.

La estadística que da el Charity Hospital, es según Miller C. del 40 al 60 % de mortalidad.

Esta mortalidad del 50 % es general y se atribuía a la presunta absorción de toxinas a nivel del



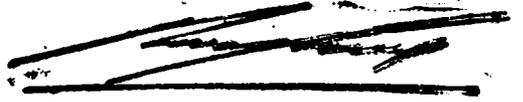
intestino delgado.

Para la operación, no se puede indicar ninguna técnica precisa, pues el cirujano debe sujetarse a las condiciones de la afección.

Cuando no es posible la reducción por tracción es necesario efectuar la resección de la morcilla de la invaginación, finalizando con una entero-entero terminal. Este método tiene muchos adeptos con buenos resultados.

Que la intervención precoz es el camino de elección, lo demuestran las cifras de Ladd y Cutler, quienes tienen una mortalidad de 10%, en pacientes tratados antes de haber transcurrido 12 horas desde el comienzo de los primeros síntomas.

En cambio la mortalidad subía al 60 por ciento en aquellos casos que fueron intervenidos, después de transcurridas 70 horas o más.



CASUÍSTICA PERIÓDICA

Enferma: A.L. de B.

Historia N°. 96.558

Edad: 49 años.

Ingreso: II-XII-49.-

Estado: Casada.

Argentina.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Padre fallecido, ignora causa. Madre viva y sana. 8 hermanos y cinco hijos todos sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES: Infancia sin particularidad menarca a los 13 años. ciclo 4-30. eumenorreica. Casada con hombre sano. Cesarea hace 10 años. Al decir de la enferma por placenta previa con de feto de meses.

Hace un año presenta un episodio de ictericia, coluria y acolia. Nunca se volvió a repetir.

ENFERMEDAD ACTUAL: Comenzó hace tres meses con dolor bajo, en hipocostria y en ambas fosas ilíacas; dolor de carácter cólico, que es seguido de diarreas de dos o tres deposiciones sin sangre, aunque se observaba moco, teniendo una duración de 24 a 48 horas, luego calma el dolor, más no completamente.

No notó tumorción ni abdomen hinchado.

Transcurre desde entonces un mes sin ninguna sín



toma de significación que pudiera llamar la atención de la enferma, a no ser la irregularidad de las deposiciones, sabiéndose más constipada y con sensación de evacuación incompleta. Desde entonces en forma brusca, siente escalofríos, astenia, palidez, vómitos biliosos y luego diarrea profusa con moco, pus y sangre, pujos y tenesmo.

Apetito conservado, a pesar de lo cual rebaja en un mes 15 kilos.

Continúa con dolores en flanco, izquierdo epigastrio del mismo lado, acompañado ahora de distensión del hemiabdomen derecho que se siguen de ruidos hidroaéreos, con deposiciones diarreicas y sanguinolentas, moco y pus.

Logra expulsar gases a los que siguen un alivio considerable de sus molestias transitoriamente.

ESTADO ACTUAL: Ingresa a este hospital en carácter de enferma quirúrgica de urgencia.

La guardia de este servicio (Instituto de Cirujía "Prof. Luis Güemes") constata un enferma febril, con 38° de temperatura axilar y la misma temperatura rectal, con sub-ictericia.

Su abdomen, globuloso, tenso, con empastamiento



*[Handwritten signature]*

y contractura de la región infraumbilical, dolores intensos en la fosa ilíaca derecha que se irradiaban al pubis.

Se palpa una tumoración mal limitada, que toma flanco izquierdo hasta el ombligo.

APARATO RESPIRATORIO: Sin ninguna particularidad.

APARATO CIRCULATORIO: PULSO TAQUICARDICO, 120 pulsaciones por minuto, igual, regular y de poca amplitud tonos cardíacos conservados. Presión Mx, 13 Mm. Hg (tomada con el baumanometro).

TACTO VAGINAL: Fondo de saco izquierdo, doloroso, algo empastado.

TACTO RECTAL: Fondo de saco de Douglas doloroso.

Conjuntivas pálidas, piel y mucosas secas.

TRATAMIENTO: Se deja la enferma en reposo, hielo local, transfusión sanguínea, sulfasuxidina, penicilina, emétida endovenosa, transfusión sanguínea repetida, y regimen alimenticio blando e hipoproteico.

Con el tratamiento indicado el estado general de la enferma se repone por lo que el día 17 se decide efectuarle una radiografía.

Se le efectúa por la mañana una <sup>/radiografía de</sup> colon por enema.



Después de haber tolerado la mitad de la sustancia opaca, se detiene el curso de la misma, por lo que se insiste en la introducción de mayor cantidad.

Como esto no se logra, se imprime la película en estas condiciones.

Se observa, una dilatación considerable del asa sigmoidea, que efectúa un rulo en proximidad del colon descendente, deteniéndose a ese nivel a pasar de la presión ejercida para que progrese la sustancia opaca. La imagen radiográfica es la que se observa en la figura N° 1.-

Por la noche el estado de la enferma se agrava, por lo que se solicita el auxilio de la guardia.

La misma constata una enferma con un cuadro abdominal agudo, por lo que se decide la intervención.

PROTOCOLO DE LA OPERACION: Incisión de Jalaguier izquierda. Peritoneo infiltrado, que al abrirse se constata: exudado peritoneal en gran cantidad, grandes placas de fibrina, líquido peritoneal de olor fecaloideo y purulento.

Sigmoide tumefacto, de color rejizo cubierto de grandes placas de fibrina.

El colon descendente que limita con el sigma, se



hallaba perforado a la manera de las hojas de un libro abierto, por el que asomaba la cabeza de la invaginación.

Era tan perfecto el afrontamiento, que la porción invaginada, simulaba la continuidad del colon descendente.

Se intenta efectuar la sutura de la viscera, pero es imposible por tratarse de un tejido de esfacelo, muy fino, que se dislaceraba al menor contacto.

Se taponan con gasas y se deja un drenaje.

Durante la operación el pulso se hace inconstante y cae la tensión, por lo que se le trata con veritol y coramina.

POST-OPERATORIO: La enferma se presenta al día siguiente lúcida, con las mucosas secas a pesar de ser hidratada constantemente, con facies subictéricas, abdomen globuloso, distendido, doloroso, pulso taquícardico, regular, temperatura que oscilaba en los 40°, y se mantiene en esas condiciones por el extraordinario tiempo del 12 días en el que fallece.

EXAMEN DE AUTOPSIA: Muestra una peritonitis intensa, con la fosa ilíaca derecha vacía, y una invaginación que ocupando todo el marco colónico, procedía su cabeza a nivel de la perforación que se había



hallado durante la operación en la zona descendente  
sigua.

EXAMEN ANATOMOPATOLOGICO: La pieza anatómica muestra  
que la morcilla de la invaginación está dada por el  
ciego, en el que procedía a través de la válvula de  
Bayhin 5 cm. de intestino delgado, que sumados a otros  
10 del colon descendente, constituían el budín de la  
invaginación.

Toda la morcilla de la invaginación esta formada  
por tejido de esfacelo, sin poder identificar res-  
tos de mucosa sana, cubierta en parte por resto de  
fibrina.

Con el intestino abierto, se constató en el fondo  
del ciego un tumor lipomatoso que hacía cuña a la ca-  
beza de la invaginación.

ANALISIS EFECTUADOS: 13/XII/48.-

Orina: Aspecto turbio

Color: ambar

Sedimento: Escaso

Densidad 1,021.

Reacción: Acida

Proteinas: Gr. por mil: no contiene

Mucina: Tampoco.

Sangre: No contiene

Glucosa: No contiene

Acetona: Contiene



**Microscopia: Píocitos: en regular cantidad, hematies en abundancia, cilindros, granuloses de regular cantidad.**

**Sangre: día 13/XII/48.**

**Glucosa: 1,02**

**Urea: 0,50**

**Kahn: Standard: negativa. Preguntiva: negativa.**

**Globulos rojos por mm<sup>3</sup>: 4.300.000**

**HB: Gr. por ciento: 13,22**

**Valor globular: 0,35**

**Hematecrite %: 38**

**Velocidad de sedimentación: 40**

**Blancos por mm<sup>3</sup> : 10.300**

**Neutrófilos:**

**Nucleo encañado: 11**

**Nucleo segmentado: 75**

**Eosinofilos: 0**

**Basófilos : 0**

**Linfocitós: 12**

**Monocitos: 2**

**Indice de Schilling: 1/7**

**Examen parasitológico: Negative**

**Sangre: del día 20/XII/48**

**Globulos rojos por mm.<sup>3</sup>: 4.930.000**

**HB: Gr. %: 15,58**

**Valor globular: 0,95**

**Hematecrite %: 44**

**Velocidad de sedimentación: 40**

**Blanco por mm.<sup>3</sup>: 10.400**

**Neutrofilos:**

**Nucleo en cayado: 37**



**Nucleos segmentados: 54**

**Eosinofilos: 0**

**Basofilos: 0**

**Linfocitos: 9**

**Monocitos: 0**

**Orina del día 20/XII/48**

**Sin modif. en rel. con la anter.**

**Sangre del día 17/XII/48**

**Glóbulos rojos por mm.3: 4.700.000**

**HB: Gr. %: 13,92**

**Valor globular: 0,92.**

**Hematocrite %: 43**

**Veloc. de sedimentación: 26**

**Blancos per mm.3: 12.900**

**Neutrofilos:**

**Nucleos en cayado: 9**

**Nucleos segmentados: 75**

**Eosinofilos: 0**

**Basofilos: 0**

**Linfocitos: 15**

**Monocitos: 1**

**Indice de Schilling: 1/8**

La radiografía que presento muestra el ansa sigmoidea dilatada, donde se puede observar que después de hacer un rulo se detiene bruscamente a nivel de la cabeza invaginante.



La pieza anatómica deja ver el grado de alteración de sus paredes, que constituían el budín de la invaginación.

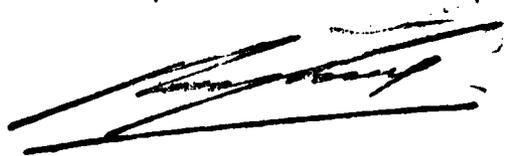
La mucosa correspondiente ha perdido todas sus características anatómicas y está en vías de esfacelarse. En cambio es evidente el contraste con la parte de mucosa sana, en la que se evidencia una ligera hipertrofia



de sus pliegues.

En el fondo del ciego se observa una tumoración lipomatosa que hacía de cuña a la invaginación.





### SUGERENCIAS DEL ORDEN CLINICO

Entre los antecedentes hereditarios no existe nada de valor.

Los personales nos muestran un episodio reciente de un posible síndrome coledociano, que si bien no tiene ninguna relación causal con la invaginación, es importante relacionarla a los efectos de las contingencias del acto operatorio que agravan el pronóstico, pues es bien sabido que toda meio-  
pragia hepática es una contraindicación operatoria.

La enfermedad actual dice haber comenzado hace tres meses, que si bien hay una sintomatología que puede ser incluida en un proceso de invaginación no es típica ni tiene todos los signos semiológicos que pueden llevarnos al diagnóstico.

Luego un período de un mes, en el que sobreviene una acalmia absoluta. Que la invaginación y desinvaginación es un hecho frecuente esta perfectamente demostrado, como se verá en el otro caso aquí relatado.

En esta enferma tuvo lugar un proceso semejante. Cuando se produce la invaginación, ya sea en el primer período, el de oclusión simple o en el de es-



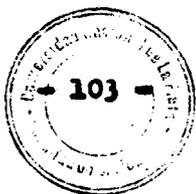
trangulación, a partir del collar de la invaginación el intestino se infiltra, se edematiza y perturba su función peristáltica, considerándola en ese sentido anatómicamente muerta; pudiendo suceder que a partir de entonces, la desinvaginación venga apogejada por la reabsorción y se restituya a su función kinésica y con ella la sanación.

La manifestación clínica de la primera contingencia esta dada por una perturbación en las deposiciones, variando su ritmo y su horario y haciéndose dolorosas. El intestino muerto en su función peristáltica se comporta como un obstáculo en el progreso de las materias fecales, acumulándose a ese nivel.

Luego sobrevienen a causa de la descomposición y fermentación, estados diarreicos.

Mientras tanto las caras serosas no permanecen inmodificadas; exudan formando un empastamiento que es una causa mas que altera el estado histico y circulatorio que son al final los que rigen el pronóstico.

Luego viene el segundo período, el de esfacelo y gangrena que tiene lugar cuando el compromiso



circulatorio esta anulado. Todo esto puede efectuarse en forma lenta e quemando etapas, todo depende del aporte hemático.

En nuestra enferma la obstrucción no se hizo en forma brusca, sino lentamente y lesionando al intestino en su integridad anatómica, como le ha demostrado luego el acto operatorio y la necropsia.

Mas tarde se cumple en ella todo la fisiopatología de la afección.

La falta de solución de continuidad intestinal trajo por lógica consecuencia la peritonitis.

Lo brutal del proceso, las condiciones orgánicas de la enferma y la prolongada evolución fueron motivos desfavorables para su pronóstico.

Llamará la atención en el tratamiento la inclusión de Demetina. Se procedió de esa forma por creerse estar frente a un tumor amebiano, abonaba este criterio el informe de guardia que nos presentaba una enferma con un cuadro sub-oclusional y constipación que alternaba con diarreas sanguinolentas.

Evidentemente la tumoración disminuye de volumen y mejoró en forma pasajera el estado general de la enferma, acrecentando el primer criterio clí



nico. Hoy a una mirada retrospectiva, es posible pensar que el tumor que se palpaba era el cherizo de la invaginación, y su reducción en tamaño estaba dado en parte por el tratamiento con sulfasuxidina y con penicilina que actuaban sobre el proceso inflamatorio agregado.

Luego la radiografía nos abrió un cielo claro al diagnóstico y lleno de incertidumbre en el cúmulo de posibilidades pronósticas.

Para terminar, el agente causal de la invaginación era un tumor lipomatoso que acentaba en el ciego.

- - - -

#### SEGUNDO CASO:

Invaginación crónica-intestinal en una mujer por probable tumor de intestino grueso.

Enferma: M.D.V.

Historia N° 92.583

Edad: 56 años

Ingreso: 10/XI/1948.-

Casada - Argentina.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Infancia normal, menarca a los 13 años, ciclo 28-4. Dismenorreica. CONSTIPADA CRONICA. Hace un año un proceso obstructivo por belle fecal del que fué tratada y curada.



Padece de un proceso hemorroidal crónico.

Enfermedad actual: Comienza hace 8 meses, con ocasión de ser tratada con constipantes a los efectos de ser sometida a una intervención de la vista.

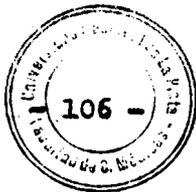
Desde entonces se presenta con diarreas dolorosas de tipo paroxismal, cólicos que se trató con antiespasmódicos y antidiarreicos logrando con este calmar aparentemente.

Pocos días después la diarrea se repite, acompañada de moco y sangre roja a la que no dieron mayor importancia porque era un estado familiar debido a sus hemorroides.

Por entonces conservaba su peso, como así también el apetito. Nunca tuvo vómitos ni fiebre.

Una vez más se repite el episodio diarreico con enterorragia que fue interpretado como proveniente de un paquete hemorroidal, ya que eran frecuentes estas alternativas con las características de sangre roja que bañaba el cilindro; pero esta vez fue acompañada de dolor tipo cólico que logró calmar cuando consiguió evacuar su intestino. Sigue con el mismo tratamiento.

Notaba la enferma la presencia de una tumoración



que se hacia evidente durante los accesos dolorosos

Comienza a descender de peso, se nota mas pálida, pierde el apetite. Transcurrió así 5 meses, al cabo de los cuales en forma brusca sobreviene un nuevo episodio de dolores abdominales tipo cólico con diarreas mucosas y sanguinolentas, meteorismo del abdomen. No tuvo vómitos y solamente una ligera febrícula.

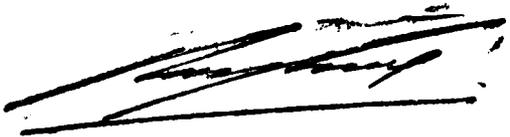
En estas condiciones es internada en el Instituto de Cirujía Prof. Dr. Luis Güemes", con el siguiente :

ESTADO ACTUAL: Enferma de facies pálida, que padece de un estado diarreico incoercible, con mucus y sangre, dolor abdominal tipo cólico, discreto meteorismo de su abdomen, palpandose una tumoración en el flanco izquierdo que se desplaza ligeramente en sentido lateral, recordando la forma de la cuerda colica, pero de mayor tamaño que por momentos disminuía de volumen.

Se nota la presencia de ondas intestinales que recorren el marco colónico.

APARATO CIRCULATORIO: Tonos cardiacos conservados, pulso regular, tenso, taquicardico, 85 pulsaciones.





Orina: 13/XI/48.

No presenta ninguna anormalidad.

Sangre: glucosa 0,90 - Urea 0,42.

Kahn: presuntiva: negativa, lo mismo  
que la Standard.

Rojos por mm.3: 3.500.000

Hemoglobina: Gr. %: 13

Hematocrito %: 28

Veloc. de sedimentación: 50

Blancos por mm.3: 9.800

Protidemia 4,50  
o/co.-

CONSIDERACIONES CLINICAS:

En esta enferma se ha observado de interesante, la reducción por el enema baritado a presión, por medio de la radiografía al acecho.

En exámenes repetidos se confirmó la reinvaginación, resultando una vez mas que estos procesos de invaginación y desinvaginación se repiten con suma frecuencia.

El estudio anatomopatológico no fué efectuado.

La radiografía N° 2 muestra también la imagen típica de la invaginación en la misma enferma. Presenta la imagen de acordeón típica, con la distensión de la sustancia opaca a nivel del colon ascendente.-



*[Handwritten signature]*



Radiografía N° 2.-



En la radiografía N° 3.- fué reducida la invaginación por el enema a presión hasta el ciego, donde puede observarse a nivel del mismo, una imagen clara que puede ser interpretada como una tumoración del tipo del pólipo, pero que también puede ser dada por la introducción de una ansa del intestino delgado.-

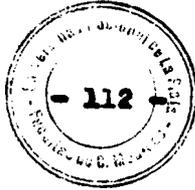




A handwritten signature or scribble in black ink, slanted upwards to the right.

La radiografía N° 4. muestra la imagen de la invaginación cuando se ha desocupado la sustancia opaca en parte. Se alcanza a ver en el intestino delgado la imagen llamada "en pilas de monedas".





CASUÍSTICA NACIONAL

Case N° 1

Prof. el Dr. Alberto Guitierrez.

HISTORIA CLINICA

Antecedentes hereditarios: Sin valor.

Antecedentes personales sin importancia

Enfermedad actual: Tres meses antes de ingresar al servicio, despues de un almuerzo sintió fuertes dolores de tipo cólico en el vientre, acompañados de vómitos biliosos y de distensión abdominal.

Los dolores duraron 8 días con las mismas características, siendo especialmente intensos los 9 primeros. Los vómitos biliosos solo los presento el primer día. Durante este primer ataque, la enferma movió algo el vientre bajo, la forma de diarrea aunque escasa. Sentía frecuentes deseos de evacuar sin conseguirle siempre.

Cuando se presentó el primer ataque, se encontraba en el segundo día de la menstruación. Para calmar los dolores solo hizo uso de hiele en el vientre. Continuo una vez pasado el ataque, con algunas molestias acompañade de decaimiento general y de dolores en la región lumbar, derecha, hasta el día 13



de febrero, en que tuvo un segundo ataque de dolores de tipo cólico, con vómitos y diarrea, el vientre se le distendió y sintió ruidos intestinales. En ese estado estuvo 13 días.

Los médicos que la revisaron, comprobaron la existencia de una tumoración, en la región de la fosa ilíaca derecha, tumoración que fué tomada por un riñón flotante, como un quista de ovario, etc.

Posteriormente continuó con los mismos ataques, si bien más espaciados. Los dolores y la distensión abdominal se hacen menos manifiestos cuando expulsa gases.

Tanto en el primer ataque como en el segundo, la enferma manifiesta que en las deposiciones eran de color de borra de café. Sangre no ha visto nunca. En ningún momento tuvo fiebre y ha orinado siempre con dificultad.

En el momento de ingresar al servicio, siente dolores tan intensos que la obligan a hacerle una inyección de morfina.

ESTADO ACTUAL. El abdomen se presenta distendido en su parte inferior, especialmente en el lado derecho.



A la palpación de la enferma acuda dolor, en las regiones de ambas fosas ilíacas hipogastrio y umbilical.

En la región del flanco derecho se palpa una tumoración redondeada algo desplazable aunque no mucho, dolorosa a la presión, con su superficie lisa y ofreciendo una consistencia blancuzca como fluctuante.

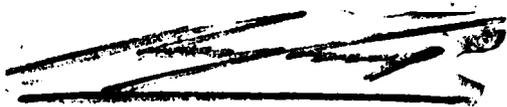
Hacia arriba, llega más o menos a dos traveses de dedos por debajo del reborde costal, hacia afuera queda a dos traveses de dedos, por dentro de la espina ilíaca anterior y superior, hacia abajo alcanza a dos traveses de dedos por encima de la arca de Falopio, y por fin hacia dentro llega a la línea media.

Por momentos la tumoración se hace más manifiesta. Al ejercer presión sobre ella se percibe algo como ruido de gorgoteo.

La percusión sobre el abultamiento dá unas veces sonido mate y otras submate.

Examen de los órganos genitales: El cuello uterino dirigido hacia la pared anterior de la vagina, es de regular consistencia.

Se puede introducir a través de su orificio



la pulpa del dedo indice derecho.

Los fondos de saco no están sensibles. Mediante la palpación combinada, abdomino-genital, se puede notar que el abultamiento abdominal queda bastante alejado de los fondos de saco. El fondo de saco anterior aparece libre, y es depresible a la vez que indoloro. En la parte inferior del fondo de saco de Douglas, se palpa un abultamiento algo doloroso, duro y movable que parece ser un anexo.

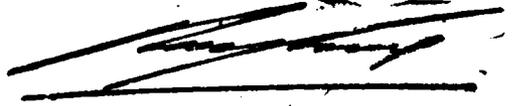
Insuflado el recto, no se produce modificación alguna.

Dada la situación que ocupaba el abultamiento y su movilidad transversal especialmente pensé se tratase de tumor de meso colon ascendente.

OPERACION: Bajo anestesia cloroformica, practiqué una laparotomia mediana supra e infraumbilical. Parece una tumoración intestinal del tipo entero cólico.

En su primer tiempo intento hacer una desinvaginación, lo que no consigo, por cuyo motivo decido practicar la extirpación de la tumoración.

Entre clamps secciono el ileon, a unos doce centímetros del lugar que se invagina y cierro el cabo proxi-



mal con tres planos de sutura: la primera de ellas invaginante a lo Cushing. Proteje bien el cabo distal y paso a aislar el tumor en su lado cólico sobre la parte izquierda del colon transverso. Entre clamps secciono el colon y su cabo distal lo ocluyo con tres planos de suturas, haciendo el profundo a lo Cushing. Hago protección del cabo proximal y a continuación secciono el meso, comenzando sobre el colon transverso y terminando en el mesenterio, al ras de la tumoración, con el objeto de no comprometer los vasos importantes. Practico acto seguido, una unión lateral entre el colon transverso y el ileon.

La unión la ejecuté sobre el segmento terminal del colon transverso con tres planos de suturas, una profunda de todas las capas y dos seromusculares. Ocluyo la brecha mesentérica.

Por una pequeña contra-abertura lateral izquierda coloco un tubo de drenaje que va hasta el sitio de la anastomosis.

Cierre de la herida operatoria.

La misma noche de la intervención, la enferma movió su vientre dos veces con algo de sangre.



POST-OPERATORIO: No ofreció nada de particular.

Algún tiempo después de operada le fué sacada una radiografía por el Dr. Begarie, en la que se véia perfectamente bien la anastomosis.

La pieza extirpada mediá 28 cm. de largo. Seccionada verticalmente en la parte media de su cara anterior, aparece el segundo cilindro, de 20 cm. de longitud, revestido por mucosa, que hacia abajo está en continuidad directa con la del primer cilindro. Sobre la parte posterior y superior del segundo cilindro hay dos aberturas una mucho más amplia que la otra. La mucosa en esta zona se presenta gangrenosa verdosa en algunas partes, negruzca en otras. Por debajo hay fajas conjestivas amplias.

Seccionado también verticalmente el segundo cilindro, sobre su superficie anterior aparece en su interior un órgano alargado, con forma de clava, presentando su extremo inferior libre, bastante abultado y edematoso al que sigue hacia arriba una estrechez y luego una dilatación ampulosa que se pierde sobre el extremo del cilindro.

Seccionado posteriormente, el anillo a través del cual penetra el ileon, se expone ampliamente el interior del segundo cilindro. En el se encuen-



tra la pelvis y el íleon ambos con sus superficies serosas a la vista. El segmento de íleon invaginado mide 14 cm. y el externo 10. El apéndice mide 14 cms. de largo. La pieza extirpada, una vez extendida tiene 48 cm. de largo de un extremo al otro.

SEGUNDO CASO:

Se refiere a una invaginación entero-enterica, observada en una joven de 23 años de edad.

Su enfermedad evolucionó como se describe a continuación: El día 10 de Set. del año 1923, fué sorprendida por un ataque violento de dolores abdominales intensos, cuyo punto más agudo lo acusaba en el epigastrio. Los dolores iban acompañado de estado nauseoso. Mediante una inyección de morfina suministrada por el médico todo entró en calma. A los 17 días del anterior episodio sin causa aparente sintió nuevamente dolores en el epigastrio, muy semejantes a los que había tenido en la crisis anterior. A pesar de hacerséle una dosis de morfina doble que de la vez anterior, los dolores no le calmaron. Tuvo vómitos biliosos. Tanto el pulso como la temperatura no se modificaron. Con una enema de cloral (4 grs.) consiguió quedar aliviada por



algunas horas. Al atardecer volvieron a presentarse fuertes dolores. No encontrándose su médico, llamaron a otro quien sentó el diagnóstico de apendicitis.

Examinada después por su facultativo solicita una consulta. Un distinguido clínico llamado con ese objeto, piensa que todo eso es debido a un espasmo pilórico.

Como los dolores fueron aumentando en intensidad sin ceder al cloral y a la morfina y en vista de palpar cierta resistencia, y a ratos como un abultamiento en el epigastrio, el médico solicita consulta con un cirujano.

En estas condiciones veo a la enferma con buen pulso (80) , temperatura normal (37) Lengua seca. Aqueja dolores intensos en las regiones de epigastrio y umbilical y tiene vómitos biliosos. A la palpación abdominal toco vagamente, debido a la tensión de la pared, en las regiones del epigastrio y umbilical, un abultamiento al parecer redondeado de superficie lisa y dolorosa. En la fosa ilíaca derecha no hay dolor ni contractura lo, que permite efectuar un buen examen. Se excluye la posibilidad de asentada por uno de los facultativos de una



perforación de apéndice. El tacto rectal es negativo. No se observan movimientos peristálticos. Dada la intensidad de los dolores y la ubicación del abultamiento en la región del epigastrio, acompañada por el aumento del tumor, se pensó en algo histico del páncreas. Se indicó la necesidad de una intervención inmediata. Una hora después la enferma era trasladada a nuestra clínica y sometida a la intervención quirúrgica.

OPERACION.- 30 de Sept. de 1923.

(Cloroformización de 35 grs.).-

Habierte la cavidad abdominal se palpa una tumoración redondeada y blanqueca. Con cuidado y previa prolongación de la incisión hacia abajo se la exterioriza. Se trata de una invaginación intestinal en delgado. El intestino aparece negrozco. Se intenta la desinvaginación mediante maniobra suave, y no se lo consigue. Se decide acto seguido practicar la extirpación del segmento invaginado. Sección entre clamps del intestino venino a la parte invaginada. Cierre lineal de los cabos mediante la sutura de Cushing. Se ejecuta una anastomosis lateró-lateral.

Apendice filiforme, alargado, como fibroso, normal.



La vesícula biliar distendida libre de adherencias. El esfínter pilórico algo espesado. Cierre de la cavidad abdominal. A pesar de la rapidez con que se ejecutó la operación la enferma fallece al tercer día, debido a su marcada toxemia.

Examinada la pieza reseada se encontró una vez abierta, que contenía 80 cent. de intestino delgado. En su totalidad el segmento de 1 intestino delgado medía un metro. La causa de la invaginación, fué un pólipo de tres cent. de largo por 2 y medio de ancho. Su base de implantación en la mucosa intestinal era amplia.

Sesión del 15 de Abril, 1925. Soc.Arg.Cir.

TERCER CASO:

INVAGINACION INTESTINAL RECIDIVANTE CON TRES INTERVENCIONES.-

Una niña de dos años y medio, hace una invaginación ileocecal el 1º de Dic. de 1930. La segunda de igual forma, a raíz de un traumatismo a los 21 días y el primero de Feb. de 1932 es decir a los trece meses, la tercera invaginación, también de tipo ceocal. No observándose ninguna lesión macroscópica de vecindad a que pudiera atribuirse esta excepción.



nal recidiva múltiple. En las tres intervenciones, el post-operatorio fué absolutamente normal. Los comunicantes citan la poca frecuencia de publicaciones análogas de recidiva múltiples, que han logrado encontrar y las más comunes de una sola recidiva. Insisten en otros cuadros semejantes que podrían prestarse a confusión, citando los casos como las invaginaciones intermitente que generalmente se diagnostican equivocadamente, como peritonitis u otros procesos; invaginaciones sub-agudas o crónicas con la misma dificultad de diagnóstico; desinvaginación espontáneas de la que refiere un caso personal ya publicado; los espasmos segmentarios de intestino, de diagnóstico diferencial casi imposible en los primeros momentos; cuadros todos que el pediatra debe conocer previamente para poderlos diagnosticar llegado el caso, y armar a tiempo la mano salvador del cirujano.

No pretenden los comunicantes sino plantear el problema clínico, dejando de lado por lo hipotético el de la patología.

En cuanto a los nuevos procedimientos utilizados se mantienen decididos partidarios de la interven-



ción quirúrgica. Aceptando el concepto de Mondor.

Si la radioscopia debe hacerse perder tiempo, sería loco recomendarla; si puede hacerlo ganar sería sensible evitarla. "Relato del Dr. Cibils Aguirre" Día Médico del año 1931.

CUARTO CASO:

INVAGINACION ILEOCOLICA POR FIBROMIOMA DEL DELGA.

DG.-

Juana R. de C. 48 años. Ingreso: 19/II/1930.-

ANTECEDENTES FAMILIARES: Sin importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES: No recuerda enfermedad de la infancia. Menarquia a los 14 años reglas normales. Desde tres meses tiene trastornos menstruales propio de la menopausia. Sufre de trastornos gástricos postprandiales hace varios años. Siempre ha sido constipada. Hace un año tuvo neumonía.

ENFERMEDAD ACTUAL: Comienza hace 6 días con dolores difusos en el abdomen, poco intensos y sin localización precisa, poco a poco los dolores se hacen más intensos alrededor del ombligo y obligan a la enferma a guardar cama. Consulta un médico quien le prescribe un tratamiento sintomático, pero los dolores continúan aumentando en intensidad y algo



mas circunscriptos al flanco derecho y región periumbilical. Desde hace 8 días no tiene ninguna deposición. Hace 3 días comienza a tener vómitos, que al principio eran biliosos y luego se han hecho mas oscuros, hasta que actualmente tienen color café. Tiene señ intensa y algunos escalofríos. Hay una ligera excitación mental, pues la enferma habla desordenadamente.

ESTADO ACTUAL: Buen estado de nutrición. Piel y mucosas bien coloreadas. Reflejos pupilares conservados; midriasis. No hay dignea. Temperatura axilar 38°1. Rectal, 38°4. Lengua seca. La enferma tiene arcadas y mientras es examinada tiene un vómito de color café. ABDOMEN: Discretamente meteorizado, especialmente por encima del ombligo. La pared abdominal acompaña los movimientos respiratorios. No hay defensa muscular, y la palpación despierta un dolor uniformemente repartido en todo el vientre; no hay dolor exquisito en ninguno de los puntos o zonas clásicas. No se palpa tumoración alguna. A la percusión se nota ligero timpanismo general; matiz hepática disminuida.

CORAZON: Taquicardia, tonos débiles. Pulmones ner-



males. Examen ginecológico normal. Con el diagnóstico de oclusión intestinal se decide intervenir la enferma, haciéndole previamente una inyección de 20 c.c.) de solución de cloruro de sodio al 20 %.

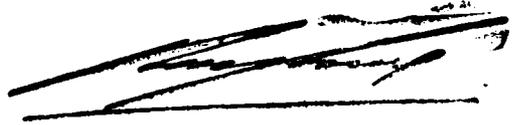
OPERACION: Anestesia general con eter. La paratomía mediana infra-umbilical. Al abrir el peritoneo se encuentra escasa cantidad de líquido sanguinolento libre en la cavidad, las ansas intestinales se hallan muy dilatadas y congestionadas, de un calibre triple del normal; se explora el intestino y se encuentra una tumoración en el ileon por debajo de la cual las ansas recobran el calibre y aspectos normales. Se halla situada aproximadamente en la parte media del yeyunoileon. Se exterioriza el tumor de la cavidad y se comprueba una invaginación intestinal, se trata de reducirla sin resultado, decidiéndose entonces hacer una resección. La continuidad del intestino se restablece por una anastomosis laterolateral. Finalmente, a unos 25 cm. por arriba de la anastomosis se hace una enterostomía a lo Witzel. Cierre de la pared dejando un drenaje de gasa.

POST-OPERATORIO: Por la noche el pulso casi inexistente, extremidades frías, lengua húmeda, escasos



vómitos. Ha orinado, se le han hecho tres inyecciones de solución de Cl Na al 20 por ciento, 20 c.c. Suero fisiológico y glucosado. Al día siguiente continúa en el mismo estado, el pulso no se percibe; abdomen blando; por el tubo de la enterostomía ha salido un líquido de olor marrón oscuro en regular cantidad. Ha orinado 300 gr. Por la tarde, en vista de que el estado de la enferma no varía, la familia decide retirarla del hospital.

ANATOMIA PATOLÓGICA: El intestino resecaado mide 25 cm. de largo; en su cara anterior casi en el borde libre se observa una invaginación de la pared que determina la formación de numerosos pliegues a su alrededor. Al abrir el ansa por la cara opuesta se encuentra un tumor de aspecto polipoideo de forma ovalar con una prolongación cilíndrica más delgada en su extremidad libre, dirigida hacia abajo; con respecto a su implantación diremos que es sesil. Tiene un color oscuro y una consistencia regular, siendo más friable la extremidad libre. Al corte presenta también un color rojo vinoso, la superficie es lisa y no es friable. La invaginación se ha producido a expensas de la pared donde se halla implantado el polipo; una vez abierta el ansa se de-



sin vagina fácilmente. La pared intestinal se halla engrosada y los pliegues de la mucosa están muy marcados, por encima de la implantación de l tumor, en cambio a nivel del mismo se encuentra sumamente adelgazado formando una especie de funda al polipo; por debajo recobra su aspecto normal.

**ESTUDIO HISTOLÓGICO (DR. COLILLAS):** El examen histopatológico muestra que el polipo está constituido sobre todo por una cantidad enorme de vasos de pared sumamente delgado de luz amplia y a menudo deformada, implantados en un estroma escaso cuya estructura es difícilmente perceptible a causa de los fenómenos de necrobiosis bastante acentuados de que es asiento este tejido. La pared de los vasos aparece formada por bandeletas muy delgadas, teñidas difusamente por los colorantes ácidos y en la cual es imposible percibir diferenciación estructural a causa de que como en el estroma el proceso de necrobiosis tiende a homogeneizar los tejidos. El endotelio vascular, por la misma causa ha desaparecido. Estos vasos son indudablemente del tipo capilar en los cuales las alteraciones de circulación han provocado deformaciones, dilataciones y ruptura de la pared. En otros puntos el estroma es abundante, sus



que siempre englobando algunos vasos con los mismos caracteres de los anteriores, y muy invadido por elementos hemáticos, el conjunto tiene indudablemente el aspecto del infarto hemorrágico. Superficialmente y de vez en cuando encontramos algunos restos de mucosa intestinal en vías de empujarse.

Relato del Dr. Guillermo Di Paola-Sesión del  
25/VI/1930.- Soc.Arg.Cir.

CASO QUINTO:

Historia número 141. S.A. Argentino, 19 años.  
Ingresa a la guardia del Hosp. Rawson el 24 de Octubre de 1928. Refiere el comienzo de su enfermedad hace una semana, con dolores abdominales en forma de cólicos, con irradiación a ambas regiones dorso-lumbares; estas molestias no le impidieron dedicarse a sus tareas habituales. Ayer los dolores se hicieron mas intensos acompañados de vómitos que fueron primeramente alimenticios y luego biliosos.

Tres deposiciones diarreicas en el día, no precisa los caracteres.

ESTADO ACTUAL: Enfermo bien constituido, pálido, ojos hundidos; vómitos color oscuro de tinte rojizo. Temp. 37°,5 axilar y 38°2 rectal. Pulso 112 por minuto.



Pulmones y corazón, nada anormal.

Abdomen, liberamente timpanizado, matidez hepática disminuida, contractura muscular por defensa más marcada en epigastrio y lado izquierdo.

Al rate la contractura se hace más marcada, después pareciendo después y la respiración se hace toraco-abdominal-normal. Se palpa cuerda cólica. Dolor a la palpación que se irradia hacia los lados. Ha tenido una deposición en el día.

DIAGNOSTICO: Es un abdomen agudo. Imposible precisar la causa. La paratonia exploradora.

Operación : Anestesia general con eter. Laparatomía mediana supra-umbilical, asas intestinales dilatadas y rejisas.

Líquido citrino en gran cantidad. Estómago y duodeno sanos. En el lado derecho y por debajo de la cara inferior del hígado se encuentra un tumor que se exterioriza con relativa facilidad; trátase de un quiste de invaginación del ileon y ciego en el colon ascendente; el apéndice libre ha acompañado al ciego en su desplazamiento. La invaginación se deshace fácilmente por tracción, encontrándose a unos 50 cm. de la válvula ileo-cecal, sobre el ileon un pequeño tumor que ocupa la luz del intestino y que



es sin duda la causa de la invaginación. Resección del intestino comprendiendo el tumor; anastomosis-termino-terminal.

POST-OPERATORIO: el enfermo fallece después de 20 ha. de la operación.

Autopsia: discretísima hemorragia en el peritoneo. Tumefacción turbia y degeneración grasa del hígado. Suturas de resección de intestino en perfectas condiciones con fibrina adherida. Asas intestinales delgadas, distendidas, dejan ver por transparencia los vasos dilatados.

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO: En un trozo de intestino delgado, resecado, se advierte una tumoración sesil adherente a la cara interna de la pared intestinal revestida en toda su continuidad por la mucosa, de coloración rosa pálido. El tumor obstruye casi la totalidad de la luz intestinal prolapsando la pared hacia abajo.

OBSERVACION CLINICA DEL DR. ANTONIO T. SCHENA: Sesión del 25/VI/1930.- Soc.Arg. Ciruj

BREVE CASO:

INVAGINACION ILEAL DENTRO DEL CECOCOLON

T. Z. 23 años.- En los antecedentes notamos desarre



glos intestinales, sin constipación. Casado dos veces, de la primera esposa, un hijo sano y otro mueto; de la segunda tres hijos sanos.

ENFERMEDAD ACEUAL: Hace 11 días que trabajando de albañil, comenzó a sentir dolores en el bajo vientre que se irradiaban hasta la base del torax; los dolores eran intensos produciendo náuseas y vómitos de líquido bilioso, y además una inquietud tal, que lo obligaban a moverse incesantemente en la cama. Ha sido purgado varias veces con buen resultado, calmando algo el dolor.

Como esta situación dura más de 7 días, sin tendencia a calmarse, resuelve internarse con el siguiente

ESTADO ACEUAL: Cabeza, cuello, corazón y torax: normales.

ABDOMEN: Móvil con la respiración, que es esencialmente torácica, contractura hemi abdomen derecho, borrando el reborde costal y la eminencia de la espina ilíaca anterior y superior, ombligo y línea hipogástrica no desviada, piel amarillenta, el testículo del mismo lado levantado contra el anillo inguinal.

Lengua seca, estado tranquilo del enfermo, tacto



rectal negativo. En tal estado se piensa en una apendicitis que, dado los síntomas alarmantes y la evolución, se decide colocar una bolsa de hielo y esperar al día siguiente.

17 de Mayo de 1928: enfermo empeorado, ya se dibuja una tumoración en chorizo que ocupa todo el hemiabdomen derecho, perfilándose bajo el reborde costal, dolor subjetivo en forma de cólicos, reptaciones en el vientre a izquierda y una deposición sanguinolenta rojiza es el dato mas seguro para cambiar de diagnóstico, e inmediatamente es llevado a la mesa quirúrgica con el rótulo de imaginación intestinal.

OPERACION: Anestesia raquídea con tutocaina 0,04  
operador Dr. Sacco ayudante: Dr. Villafañe. Laparotomía para rectal.

Abierto el vientre apareció el líquido citrino y un ansa del intestino delgado, distendida y rojiza, de pared edematosa igual que su meso, y reconocida resulta ser el ileo en su última porción. Como este ileo pareciera encajado detrás del ciego se pensó en una asa atascada en una foceta cecal, es decir una hernia retrocecal, se procede a levantar



tar el ciego por desprendimiento oeco parietal a objeto de atacar la hernia por detras, pero al librar el ciego, se nota que el ansa es posterior sino a izquierda del ángulo cólico derecho, donde termina. No se consigue la desinvaginación por tracción y se produce una anastomosis ileo cecal, latero lateral.

El día 21 de Marzo muere en gran agitación con carfología.

SOCIEDAD DE CIRUGIA - SESION DEL 9 DE MAYO DE  
1928.- Relato del Dr. Sacco.

SEPTIMO CASO:

INVAGINACION INTESTINAL POR INVAGINACION DEL  
CECUM.

Relato:

G.G. niña de 6 años de edad. Como antecedentes personales se registran vómitos frecuentes y regurgitaciones, hasta los 8 meses de edad. A los 4 años un acceso de asma intenso, que se repite al año siguiente, durando 24 horas. Coriza frecuente y tos nocturna que mejora al ser operada de amígdalas y vegetaciones.

Siempre extraordinaria inapetencia, a pesar de



todos los tratamientos para combatirla. Estreñimiento; deposiciones con escibalos. Desde hace un mes y medio dolores epigástricos de corta duración, que se generalizan al abdomen desde hace un mes. El 31 de octubre comienza a quejarse en forma continua y el padre, médico, piensa en un proceso apendicular y la hace revisar por un colega, quien descarta la apendicitis. Recomienda la aplicación de hielo, vitamina B, espasmocibalen, vaselina líquida y vigilar la temperatura.

Los días 2,3,4,y 5 continúa con igual sintomatología, los dolores se hacen más intensos. No quiere alimentarse y cuando lo hace, tiene dolores y nauseas. Ese día es vista por un distinguido médico cirujano quien descarta las posibilidades quirúrgicas. El 6 de noviembre le hacen un estudio radiológico previa ingestión de Sulba y obtienen una radiografía, ante la cual, hacen el diagnóstico de invaginación intestinal. Ate seguido el mismo radiólogo, mediante la enema baritada efectúa la desinvaginación. Una nueva radiografía sirve como test para corroborar la desinvaginación.

La niña desde este momento, permanece tranquila



~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~

y sin dolores durante los días.

El 8 de noviembre nuevamente se queja de cólicos que calman con los antiespasmódicos. El día 9 de noviembre por la mañana, es llevada al radiólogo, quien sospecha nuevamente una invaginación y repite la enema baritada, comprobando la imagen típica y una gran resistencia al pasaje del bario, sobre todo en el ángulo cólico derecho; consigue el lleno del ciego y el pasaje de la sustancia al delgado. La niña se encuentra bien todo ese día y el siguiente hasta la noche, en que tiene dolores intensos. Continúa así hasta el 12 de nov. siendo medicada con antiespasmódicos. Tiene vómitos fáciles y materia fecal bien formada y de color normal, ese día por la tarde la veo por primera vez.

Examina una niña que presenta buen estado general, delgada, con facies pálida.

A la inspección: Su abdomen excavado. La palpación encuentra signo de Dance positivo y en la región umbilical, un tumor con todas las características de la invaginación, alargado en sentido transversal y móvil en sentido vertical.

Doloroso a la presión, tacte rectal negativo.



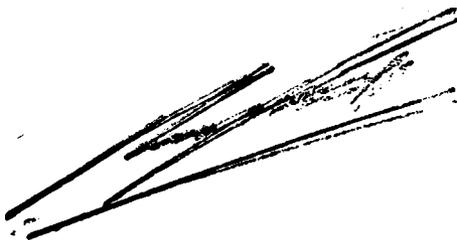
Se indica la intervención quirúrgica.

En la operación se comprueba una invaginación de apéndice, formada por la base de órgano en el ciego, quedando su mitad distal libre, erectil, de color rosa pálido. El meso apendicular se introduce, y se encuentra comprimido en el collar de la invaginación apéndicececal. El ciego en las zonas vecinas, presenta las paredes espezadas y edematosas.

El ileon en su porción terminal con el mismo aspecto. Hay numerosos ganglios en su meso. A pesar de la aplicación de compresas húmedas calientes, es decir reducir la invaginación,. Se hace entonces una resección del fondo del ciego en dicho sitio ex tirpando así el apéndice, y se sutura la pared intestinal en tres planos, se reintegran las asas a la cavidad y se procede al cierre de la pared abdominal.

Post-operatorio: excelente. Alta a los 5 días de la operación.

En nuestra observación, por ser una invaginación crónica y recidivante a la reducción por el clister baritado, la sospecha de una causa anatómopatológica determinante hizo que directamente esta niña fuera



sonetida a la intervención quirúrgica. A dichos motivos se agregaba la falta de lleno del ciego.

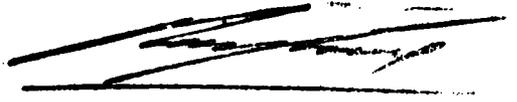
Es pues menester requerir como test de desinvaginación el lleno perfecto del ciego, tanto en su borde interno como en el externo y en el fondo.

Muchas veces el edema que determina la invaginación deja alteraciones en el contorno cecal, En esos casos conviene repetir una enema baritada bajo el control radioscópico horas más tarde. Si la imagen se ha regularizado implica que la mesca era debida al edema; de lo contrario, estaremos en presencia de una causa anatomopatológica determinante de la intervención será la conducta a seguir.

Sesión del 8 de sept. de 1948. Bol. y trab. Soc. Arg. Cir.  
RELATADO POR EL Dr. JOSE ENRIQUE RIVAROLA.

#### CASO N° 8

Un individuo de 20 años de edad, sin pasado patológico de importancia, sufre, por primera vez, de su vientre, el 18 de Mayor próximo pasado, después de una ligera comida, le asalta un intenso dolor en la fosa iliaca derecha que calma al poco rato. Duerme esa noche, a la mañana siguiente, ligeramente dolorido. A las 12 del día se hace, otra vez, muy in



tenso. En tal condición llega al hospital a las 10 de la noche, Solo ha tenido ligeras nauseas. El Dr. Maximino comprueba, entonces que el dolor, exquisito en la fosa iliaca y flanco derecho, corresponde a un tumor netamente palpable, con gran movilidad en todo sentido, del tamaño de una mandarina grande, de resistencia elástica.

Tal comprobación le induce a deshechar el diagnóstico de apendicitis con que había sido enviado al hospital, pero, muy acertadamente, decide operarlo, inducido a ello por el intenso dolor y su repercusión sobre el estado general. La laparotomía le permite establecer que no hay derrame peritoneal y que la última porción del ileon y el ciego no se encuentra en la fosa iliaca derecha, que se presenta vacía. En cambio, la altura del flanco encuentra el tumor antes palpable, constituido por el colon ascendente, envuelto por velos membranosos congestionados. Observando que el tumor se comprueba que en el colon ascendente se introduce directamente el ileon. Mediante cuidadosas maniobras se ve también surgir de él la punta del apéndice y siguiendo a este, que tracciona, el ciego.



Entonces se aprecia la existencia de un amplio meso para el ciego y la laxitud del mesocolon ascendente que explica la gran movilidad en que gozaba al tumor y la inclusión del ciego dentro del colon. Se extirpa el apéndice, solamente congestionado, de aspecto sano. No se palpa tumor dentro del ciego e ileon. Se sutura el abdomen sin drenaje. Excelente post-operatorio. Evacuaciones intestinales sin sangre, espontáneas desde el tercer día. Cicatrización en primera intención. Alta a los 9 días. Como se ve, se trataba de una invaginación cecocolica, en que participaba, secundariamente el apéndice y el ileon.

C.I. Allende Bs.As. 1915-Sesión del 6 de Junio de 1928.- Socied. Cir.

CASO N° 9.-

El día 1° de Agosto de 1927, siendo a las doce y en momentos que nos retirábamos de nuestra sala del H.T. de Alvear, llegó un sujeto, Carlos M. de 35 años de edad que padecía intensamente, según lo revelaba su estado general, nos refirió que 4 días antes, es decir, el jueves 28, sin haber tenido antes ningún antecedente digno de mención, y hallándose a las 11 en el trabajo, sintió un intenso dolor



en la parte baja del vientre, en forma de retortijones, que se inicia bruscamente y se atenúa lentamente para desaparecer al cabo de 2 ó 3 minutos. Tuvo que comprimirse el vientre con ambas manos, para tratar de calmarse. A los 15 ó 20 minutos se repuso nuevamente en la misma forma, pero más intenso y dura también 2 ó 4 minutos. En esas ocasiones no presenta ningún otro síntoma ni alteración gástrica. A las 12 comió (fideos, verduras y trozo de carne de vaca) y cuando a las 12 y media iba a reanudar su trabajo se le presentó un nuevo ataque, esta vez más intenso y de 10' de duración. A las 13 se inicia otro ataque esta vez fué acompañado de vómitos, devolviendo, todo lo que había comido. Abandonó el trabajo y tomó el tren en dirección a su casa, y en ese trayecto tuvo dos nuevos ataques, uno de ellos con abundante transpiración y arcadas. Llegado a su casa los ataques continuaron repitiéndose, vomitando todos los alimentos que ingería. El médico que lo vió a las 19, le recetó inyecciones de morfina, hielo, y una gotas. Los dolores, en forma de cortos ataques, que duraban a lo sumo 2' ó 3' eran separados por una calma de media hora,



y así pasó los días viernes, sábado , domingo y lunes hasta las doce del día, hora en que lo vimos.

Dice que desde el jueves, que se inició el primer ataque, no ha eliminado gases ni movido el vientre, y las enemas que se hizo resultaron infructuosas desde que devolvía el agua clara. Hace notar que cuando se tocaba el vientre sentía algo como una pelota que recorría el vientre, de un lado para el otro, y que primero apareció del lado izquierdo y que luego se corrió hacia la derecha, en la parte baja.

Aquí lo encontró también el médico que lo examinó el día jueves, y lo siguió tocando todos los días. Diciéndole que con los medicamentos se disolvería y que después sería operado para curarse del bolo fecal.

Esta historia de su padecimiento agregado al examen físico, que nos reveló un vientre globuloso, contracturado y doloroso nos hizo inclinarnos al diagnóstico hacia una oclusión intestinal, por volvulos o invaginación (Pero se destaca, por la edad y la ausencia de expulsión de gases, desde el comienzo), resolviendo de inmediato efectuar



la intervención.

OPERACION: Durante el acto operatorio se comprobaba la presencia de un tumor invaginante del tipo ileocecal.

Agosto 14: Fallece.

La autopsia demuestra la existencia de una peritonitis purulenta, generalizada sobreaguda que es originada por la perforación de una de las asas abecadas a la herida y que probablemente obedeció a una escara por decubite o presión del clamp al realizar la sesión del espilon.

CASO N° 10.-

INVAGINACION CECOCOLICA

Era un enfermo remitido, por la guardia con un cuadro de peritonitis aguda. Visto en la mañana, los diagnósticos variaron entre perisigmoiditis y volvulus de la ese íliaca, como las condiciones del enfermo eran buenas se optó por esperar, y como siguió bien en los otros subsiguientes, se continuó con el tratamiento médico, con buen resultado. A los 7 días de permanecer en el servicio muere repentinamente, en la autopsia se observa que el proceso abdominal estaba constituido por un tumor de conglomero de asas delgadas



al nivel del yeyuno, teniendo la pieza en examen se hizo el diagnóstico de oclusión intestinal por tumor de conglomerado, solo una vez abierto el intestino se halló una invaginación yeyuno yeyunal con el cilindro invaginado necrosado y por lo tanto el diagnóstico no hubiera podido hacerse en el momento operatorio.

La operación para este caso, habría consistido en un ano, contra natura y el verdadero diagnóstico hubiese quedado ignorado.

Recalco esto, para demostrar que el verdadero diagnóstico es a veces difícil hacerlo aún con la pieza en la mano.

Dr. SACCO- SESION DEL 6 DE JUNIO DE 1928.  
Bol. y Trab. Sociedad Arg. Cir.Bs.Ae.

OBSERVACION Nº 11 .-

INVAGINACION INTESTINAL EN EL ADULTO POR POLI-  
LITO MICOLITOMATOSO DEL ILEON.-

R.N. de 38 años, casado, español, agricultor, pro-  
cedente de Stephenson.

Ingresó a nuestro servicio del hospital Espa-  
ñol el 28 de Julio de 1923.

ANTECEDENTES; HEREDITARIOS: No sabe si el padre  
ha fallecido; la madre vive; tiene 8 hermanos en  
Bos.



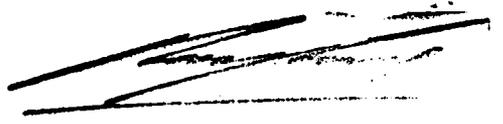
**ANTECEDENTES PERSONALES:** No recuerda ninguna enfermedad, niega venereas; casado hace 17 años ha tenido 6 hijos, de los cuales viven 3.

Siempre ha hecho alimentación general. Aparato digestivo muy correcto. Movía el vientre todas las mañanas regularmente.

En Mayo del año pasado, acusa ligeras molestias gástricas, caracterizadas por dolores que se exagera, después de las comidas y solían irradiarse hacia la parte inferior del abdomen. Parece ser que alguna vez tuvo deposiciones muy oscuras. Nunca dió importancia a ese vago malestar que ocurría de cuando en cuando y tampoco consultó a un médico.

El 23 de este mes, después de haber pasado una semana molesto, sobre todo de no poder evacuar bien su vientre, toma un laxante que no sufre efecto y luego una fuerte purga.

A la hora consiguió evacuar el vientre por dos veces, pero un poco más tarde siente intensos dolores en todo el abdomen que se acompañan con vómitos al principio alimenticios y luego biliosos y un profundo malestar. Llama un médico, que



le hace guardar cama y como a los tres días lo encontrase peor resuelve indicarle su ingreso al hospital.

EXAMEN: El enfermo está en decúbito dorsal y presenta facies ansiosas. La nariz está afilada, la lengua es muy saburral. El aliento fecaloideo. Vomita en nuestra presencia una cantidad de líquido de color amarillo y de olor muy fétido.

Los vómitos se repiten con gran insistencia. Ligera disnea intermitente pulso de poca tensión que late 95 veces por minutos.

ABDOMEN: Distendido, meteorizado, especialmente en su porción superior, hacia el hipogastrio la distensión es mucho menor.

Las paredes se dejan deprimir bien, hay un ligero dolor en la fosa ilíaca derecha y otro punto algo más doloroso en el ombligo. Se ve que hay asas mas dilatadas que se contraen. Al palparlas chapotean demostrando la presencia de líquidos. Fijándose bien se comprueba que de vez en cuando se inicia una onda peristáltica violenta que se detiene cerca de la cicatriz umbilical.

Tacto rectal: negativo. Una enema no tiene ningún efecto.



En presencia del cuadro de oclusión se decide internar de inmediato.

Raquiánestesia con 12 c.c. de novocaína. Incisión mediana infraumbilical y sección de embligo, prolongándose la incisión 6 cm. mas arriba.

Abierta el peritoneo escapa una cantidad moderada de líquido. Se apresia de inmediato que el epiploon en actitud de defensa está recogido hacia abajo y hacia la línea media. Hay varias asas delgadas muy dilatadas. El ciego esta vacío.

Se encuentra en un asa delgada una invaginación que forma un budín 25 cm. Marcadísima congestión mesentérica. Teniendo en cuenta la evolución y el estado del intestino no se intenta desinvaginar.

Anotése que el asa deferente estaba practicamente vacía. Se punza, previa jareta el asa aferente y luego se abre con bisturí, escapándose con gran tensión líquido de fuerte olor y muchísimos gases. Se exprimen todas las asas dilatadas y una vez satisfechos se cierra la jareta y todavía por encima, se colocan 3 puntos sueltos de protección. Previa hemostasia mesentérica se reseca el intestino, restableciéndosela continua



dad del tubo digestivo mediante una anastomosis terminoterminal, cierre de la brecha mesentérica y de la pared en tres planos con puntos de refuerzo de seda que toman la aponeurosis y el peritoneo.

Duración una hora. Al final se practica un lavado gástrico, que dá salida a una enorme cantidad de líquido fecaloide, de fuerte olor y de color amarillo, igual al que se obtuvo por la punción del intestino.

POST-OPERATORIO: El enfermo sale de la mesa en condiciones excelentes.

Habiendo tenido algunos vómitos por la noche, se hace otro lavado gástrico a la mañana siguiente que le deja muy tranquilo. Luego marcada sensación de bienestar. No hay dolor. Se comienza por dar parafina líquida a razón de 3 cucharadas diarias. Al segundo día por la tarde una enema hace mover el vientre muy bien.

7 de Julio: Hay 38 grados de temperatura, en la porción inferior de la herida hay un absceso que se abre. Su contenido es fétido. Al día siguiente le es menos, ya no hay temperatura y poco tiempo después ha curado. Alta en muy buenas condicio-



nes.

OCTUBRE 1921: ha seguido muy bien. No hay ningún transterne ni molestias.

Relato del Dr. ARTEMIO ZENO- Sesión  
del " 2 de Abril de 1924" Soc.Cir.

CASO N° 12:

Niña de 12 años con sintomatología de pseudo-  
oclusión que databa de 8 días de su ingreso al  
hospital. Los facultativos que atendían la pa-  
ciente, sospechaban una obstrucción por peritoní-  
tis tuberculosa.

Después del examen de la enfermita, llegé al  
diagnóstico de invaginación intestinal dada la  
sintomatología que presentaba.

Anestesia general por cloroforme.

Laparetomía mediana. Se constata una invagina-  
ción alta del ileón, que fué facil desconvaginar.  
La exploración en ese momento no nos reveló la  
causa.

Mejorada la enferma, y en condiciones de ser  
dada de alta, los fenómenos de oclusión se repi-  
tieron, a tal punto que nos vimos obligados a  
reintervenir la paciente. Acompañado por nues-



tre amigo el Dr. Taubensalch, practicamos la resección del asa, previa su desinvaginación. Anastomosis término terminal a sutura. Curación sin incidencia. La causa de la invaginación era un pólipo pediculado fibromatosos del ileón a un centímetro antes de la válvula ileocecal.

Refiere este caso, por tratarse de un adolescente, y que su invaginación no es espontánea, sino obedecía a un cuerpo extraño, como era el pólipo en cuestión.

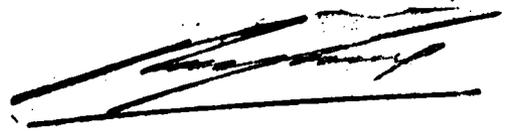
Relato del Dr. GALLO "SESION DEL 2 DE

ABRIL DE 1924 -Soc.Arg. de Ciruj.

CASO N° 11.-

Invaginación intestinal en un niño por tumor (linfosarcoma de ileon).

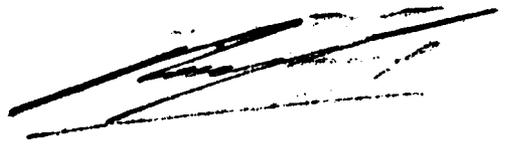
Hace hoy 14 días. Fué llevado a la 1 y 30 de la madrugada del 14 de Octubre pasado y de sus antecedentes sacamos que desde hacía más o menos 20 días, aquejaba dolores difusos periumbilicales y vómitos alimenticios y biliosos, así como decaimiento, inapetencia, habiendo perdido tres kilos en 8 días. Como el cuadro continuara el 1° de Octubre lo vió un facultativo, quien con el fin de individualizar la enfermedad,



le hace sacar una radiografía por enema opaco, que revela que todo el colon se ha llenado, que la valvula de Bauhin es permeable y que se ha rellonado la porción terminal del ileon, visualizándose bien. Después de este enema calmaron los dolores por el espacio de 10 días. El día de su ingreso reagudizaron los dolores en la región periumbilical y en la fosa ilíaca derecha, por lo que el médico que la atendía, le envía de urgencia al hospital donde ingresa con 36,9 axilar, 37,5 rectal, buen estado general, pulso 80 por minute, el abdomen por palpación permitía reconocer una tumoración situada en la parte alta de la F.I.D. De forma ovidea como un chori-se consistente, bien delimitada y que se conseguía desplazar moderadamente; era dolorosa al igual que la zona apendicular.

No había signos de reacción peritoneal. En rigor de verdad el médico interno Dr. Livschitz, hizo el diagnóstico de invaginación intestinal requiriendo nuestra presencia.

Fue operado bajo anestesia con gases e incisión de Mc. Burney. Se abre el peritoneo saliendo escasa cantidad de líquido seroso; apéndice



sano que se extirpa, e introduce la mano hacia la región mesoceliaca y se encuentra una masa tumoral que se exterioriza comprobándose que estaba invaginada. La invaginación era ileo-ileal de unos 15 cm. de longitud. Al desinvaginarla por simple tracción se vió que la cabeza de la invaginación presentaba una tumoración que me impresionó por su forma y aspecto que se tratara de un crejón hidratado. Con la idea de que se tratara de una fruta que obstruyera el camino traté de movilizarla, queriendo llevarla al ciego y que así se eliminara por las vías naturales. Como esta maniobra resultara negativa, incidí entre dos clamps, la pared del intestino siguiendo su eje, sobre la parte ocupada, comprobando con gran sorpresa que el tal crejón no existía y que en su lugar había un tumor que infiltraba toda la pared del intestino del tamaño de una ciruela grande, que hacia prociencia en la luz, provocando una oclusión incompleta del ileon. Esta tumoración era de color rojo azulado, dura y bien delimitada, procedí a la resección del asa en una longitud de 8 cm. seguida de entere enterocanasto-



mosis latere-lateral; sulfamida recristalizada  
5 gra. intraperitoneal y penicilina en los días  
siguientes, hasta un total de 400.000 unidades.  
La evolución fué perfecta como si se hubiera tra-  
tado de una simple apendicectomía en fría. Al  
5° día el chico abandonó la cama y al 6° día, el  
lunes pasado fué dado de alta. El examen histopa-  
tológico del tumor lo realizó el Dr. Colillas,  
informando tratarse de un linfocarcoma.

La presentación de este enfermito se justifica  
por la poca frecuencia de la invaginación intesti-  
nal en la segunda infancia, y por ser raro que  
aquella sea producida por un linfocarcoma. Este  
case vendría a corroborar que esta enfermedad en  
la segunda infancia generalmente evoluciona en  
forma aguda en unas dos tres semanas mientras en  
el lactante se desarrolla en forma aguda en 2 o  
3 días. También quería destacar que en nuestro  
niño no había sangre por el ano ni deposiciones  
en jalea de grosellas, lo que está de acuerdo  
que la epistaxis intestinal no es constante.

Por otra parte se sabe que ella hace su apari-  
ción a la 7° u 8° hora en el lactante y recién  
al cuarto día en el niño. Ello nos obliga a no



esperar que esté presente todo el cuadro sintomático en la invaginación esquematizado por Ombredanne en su clásica ecuación.

En nuestro caso la invaginación, complicó felizmente para el niño con O.I. y permitió operar le así precozmente, antes de que el ansa se lesionara y aparecieran los síntomas de toxi-infección. Además el post-operatorio tan benigne se ha debido a la precocidad de la intervención y al uso de los antibióticos: sulfamida y penicilina que han significado recursos fundamentales en la prevención de la peritonitis, que sabemos es la complicación que ensombrece cirugía.

RELATO DEL DR. ADOLFO DUJOVICH- SOC. ARGENTINA

TINA DE CIRUJANOS. 28/X/46.



Case N° 14

Hombre de 50 años, español, panadero; ingresa al servicio de cirugía a mi cargo, sala 11 del hospital Fernández, el 12 de mayo del año ppdo. Padece bronconeumonía, a los ocho años y hemorragia a los diez y ocho; cuatro años atrás forunculosis, durante unos ocho meses, apareciendo hasta doce "granos" a la vez, al decir del enfermo.

Hace nueve meses, cae en cuenta que ha adelgazado excesivamente, ocho kilogramos en pocos meses y que sigue rebajando, a pesar de ponerse en manos de médicos. Se encuentra muy asténico y sin apetite que en parte, recobra con el tratamiento, al atenuarse una invencible repugnancia para todo alimento; en amplias zonas de su piel, reseca, se pareció intensa descamación. Hace un mes, en cuyo lapso rebaja otros tres kg., experimentó náuseas y fotofobia, durante tres días, comenzando a notar retardo en las evacuaciones, con heces de consistencia normal, pero decoloradas como masilla, eliminándolas a expensas de laxantes, únicamente; no tuvo diarreas. Desde esta última época, comienza a verter sangre roja, rutilante, más oscura, acaso, los últimos días, es-



curriendo en gotas, al comienzo, durante y al fin de la defecación; durante los cinco primeros días de su internación tiene, además, melenas repetidas. Entre tanto, ha continuado perdiendo peso, habiendo descendido, en los tres últimos meses, a cuarenta y ocho kg. desde sesenta y cinco, su peso habitual. Se mantiene apirético e transitoriamente, subfebril. Desde hace ocho a diez años, venía percibiendo aumento de ruidos de gases que expulsaba con facilidad; se han exagerado, últimamente, predominando en hemiabdomen izquierdo, a lo largo del cual, ascienden y descienden, estrepitosamente, eliminándose con suma dificultad.

Sole hace una semana que le sobrevienen dolores, en fosa ilíaca izquierda, en ocasión de una enema opaca; desde entonces, algunas noches le ha experimentado, pero menos intensos, baje hipocondrio izquierdo, coincidiendo con borborismos.

Compruébase organismo muy emaciado; intensa astenia y palidez, impresionando como de precatemia neoplásica. Amígdalas cripticas, faringe roja y edematosa, casi flegmonosa; ingurgitación venosa del cuello; discreta adenopatía supracla-



vicular, derecha.

Tonos cardíacos alejados; tensión arterial:

Mx. 115, Mn. 60.

Abdomen algo prominente, en flanco y fosa ilíaca, izquierdos; blando, depresible, a ratos se distiende por acentuado meteorismo, para deprimirse luego de expulsión de abundantes gases. Pequeña hernia epigástrica de la línea blanca, reducible con crepitación; diastasis de los rectos, desde el xifoides hasta por debajo del ombligo. No se palpa borde hepático, ni bazo ni riñones. En fosa ilíaca izquierda, cuerda cólica perceptible, espástica, desplazable, indolera. Un poco por arriba, en raras ocasiones y fugazmente, se palpa un tumoración del tamaño de un huevo de gallina o algo mayor, irregular, dura, indolera y que desplazándose sola, desaparece; otras veces luego de leve dolor y borborismos.

Examen parasitológico de las heces, negativo.

Exámenes de sangre (Dr. Di Fiore): Reacciones de Wassermann y Kahn, negativas. Urea, 0,114 gs. o/ce. Glucosa, 0,71 gs. o/ce. Recuento globular; rojos. 3.180.000; blancos, 6.600; hemoglobina, 64 %; valor globular, 1,03.



Fórmula leucocitaria: granulocitos neutrófilos  
núcleos no segmentados, 3 % id, id, segmentado, 69  
%; id., id. eosinófilos, 1 % linfocitos 27 %.

Eritrosedimentación: 1ª hora, 50 cc.; 2ª ho-  
ra, 80 mm.; Ind. Katz, 45.

Tiempo de coagulación: 5'; de sangría 2'.

Análisis de orina, nada de particular.

Análisis de contenido gástrico: en ayunas, se  
extraen 25 cm<sup>3</sup>; no hay restos alimenticios, ni mi-  
croscópicos; no contiene ácido clorhídrico libre;  
ácidos total, 0,65 e/cc; ni ácidos de fermenta-  
ción, ni sangre, ni bilis; la prueba de neutrali-  
zación de Boldyreff, acusa lesión ulceroosa, piló-  
rica, vertiente duodenal (Dr. Barrios).

Exámenes radiológicos (Dr. Bambetta): desfila-  
dere de bario en antro gástrico hace presumir le-  
sión infiltrante del mismo. La enema opaca pone  
en evidencia un cólicocolon, particularmente, de  
sigmoides; ningún indicio radiológico de tumor  
colónico.

Sometido a activo tratamiento, incluyendo rei-  
teradas transfusiones, el estado general del pa-  
ciente mejora discretamente, hasta el momento en  
que decidamos operarlo.



Operación (21-VI-1945) Dr. C. I. Allende; ayudan Dres. A. G. Galle y A.A. Delfino. Anestesia raquídea, 2 cm<sup>3</sup> sol, pantocaína 1/200. Laparotomía mediana, supraumbilical; discreta ascitis citrigna. Estómago y duodeno sin lesión aparente, rodeados de grandes y medianos ganglios, en especial, una masa de ellos, muy voluminosa, bajo el píloro. Vesícula biliar acentuadamente distendida; a la presión, se evacua con dificultad; ganglios infartados rodean cístico y hépatocolédoce.

En primeras asas de intestino delgado se encuentra gran tumor que se exterioriza, localizado en yeyuno y porción correspondiente de su meso, en extensión de treinta y cinco a cuarenta centímetros, a partir de unos setenta a ochenta centímetros del ángulo duodenoeyunal, acodando numerosas asas delgadas, por estrechas adherencias entre sí y con mesenterio. La extensa zona tumoral del yeyuno se prolonga en nódulos discontinuos, vecinos unos y otros alejados, sobre otras asas y en el mesenterio, hasta cuya raíz invaden, prolongándose como masas ganglionares retroperitoneales, cuya diseminación hace trepidar respecto a factibilidad de la resección. No obs-



tante, se la lleva a cabo, en extensión de unos 80 a 100 cm que comprenden, excediéndola ampliamente, la zona propiamente tumoral del yeyuno y meso correspondiente, aunque en el espesor del mismo y pese a todos los comprendidos en la extirpación, quedan ganglios tumefactos. Enterocangrecomosis término terminal, sin resultante estrechamente, y proclija sutura de la amplia brecha mesentérica. El latido, netamente perceptible, hasta de los más pequeños vasos, en los propios cabos intestinales anastomosados, confiere certidumbre respecto a su buena irrigación. Sutura de la pared abdominal por planos, sin drenaje. Sonda duodenal, por nariz, con aspiración permanente. Transfusión de sangre y sueros isotónicos, durante el acto operatorio, del que el enfermo sale en excelentes condiciones.

Postoperatorio muy normal, apirético. Al sexto día se suprime la sonda duodenal; espontáneamente evacua gases por el ano y deposiciones, poco después en abundancia y sin sangre. Cicatrización por primera. Su estado general va mejorando, aumenta tres Kg. de peso y luego de des-



cender hasta 2.700.000 sus glóbulos rojos en los primeros días, comienzan a ascender. Se han repetido las transfusiones de sangre. Abandona el hospital a los veinticinco días de operado, en vías de acentuado resurgimiento.

Tres meses y medio después, en octubre, concurre al servicio notablemente mejorado; ha aumentado quince kg. de peso y la anemia parece casi disipada, pero, en su abdomen se perciben tumefacciones difusas, profundas.

Al mes siguiente (12-XI-1945) ingresa al Servicio de Clínica Médica, sala 2° del mismo hospital, donde manifiesta que desde quince días atrás comenzaron a hincharse las piernas, primero hasta los tobillos y luego, hasta las rodillas; últimamente, también los miembros superiores, hasta los codos, desde las muñecas. Nuevamente ha perdido el apetito y experimenta viva repugnancia por toda clase de alimentos. Reaparecen intensos ruidos hidroaéres que se propagan de un lado a otro de su abdomen y que preceden, ahora, a profusas diarreas, en días a cinco deposiciones diarias. Tiene fuertes mareos, de varios minutos de duración, con embotamiento. Pesa 57 kg. Al exa

men somático, no se encuentran ganglios superficiales particularmente infartados, pero, en cuello, se muestra acentuada ingurgitación venosa que induce a presumir la existencia de aquellos en mediastino. Tensión arterial : Mx. 145. y Mn. 75.-

Recuento globular: 3.873.000 rojos y 9.000 blancos, con 68 % de neutrófilos, 3 % de eosinófilos, 25 % de monocitos.

Indice de Katz: 60 mm.

Anemia: 0,288 o/cc.

Glucemia: 1,00 o/cc.

En esta situación, sobreviene un episodio febril, con elevaciones hasta 39°,5 y el peso va en franca disminución, así como acentuándose la anemia. Al examen radiológico, ambos campos pulmonares se presentan uniformemente sembrados de nódulos, de tamaño de garbanzos, y de infiltrados de parénquima, relativamente extensos, pero, poco densos. Encontrándose en período subfebril, aún, en enfermo abandona el servicio de clínica médica, en malas condiciones, el 4 de diciembre de 1945 y ulteriormente se nos informa que pocos días después había fallecido, en su domicilio.



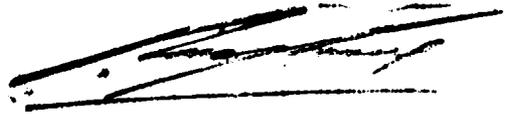
lio, casi a los seis meses de la operación.

Examen anatómopatológico del intestino tumoral y de los ganglios extirpados en la operación (Prof. Andrés E. Bianchi): Trab. 1410/11 .

Examen macroscópico: A ocho centímetros de la extremidad proximal de la sección quirúrgica del intestino, se aprecia una masa fusiforme de 12 x 6 cm. y separada de ella, por una estenosis de un centímetro de extensión, otra masa, de 8 x 6 cm. Ambas, son irregularmente abollonadas, encontrándose a nivel de la primera, fuerte adherencia al gran epiplón. A 6 cm. de la extremidad distal de la segunda masa señalada, se encontró íntimas adherencias entre la masa mencionada en primer término y el intestino aferente; se extiende en unos 7 cms, sin llegar a interesar más que el plano seroso. El mesenterio ofrece otras gruesas masas

Examen microscópico: los preparados histológicos de diferentes puntos del intestino, demostraron: mucosa desaparecida totalmente, estando reemplazada por una masa polimorfa que está constituida por los siguientes elementos, de la superficie a la profundidad:

a) una capa de tejidos gangrenados, con feces



**supurativos.**

b) Otra capa es de tejido de granulación con abundantes vasos de neoformación.

c) La capa muscular que en muchos puntos muestra proliferaciones granulomatosas, intersticiales, disociantes y que en otros, llega a estar totalmente destruida.

d) Por el tejido subperitoneal que es asiento de variados procesos inflamatorios, granulomatosos.

El mencionado tejido de granulación está constituido por una intensa reacción proliferativa de las células conjuntivo-reticulares y de los capilares, sanguíneos y linfáticos, del órgano, a las que se mezclan abundantes plasmazellen, leucocitos granulosos neutrófilos y profusión de células endoteliales, caracterizadas por su gran tamaño y núcleos únicos oscuros.

Además de tales células se presentan características elementos gigantes, de núcleos lobulados y oscuros, con los atributos de las células de Sternberg, tipo 1, como la apreciable en la microfotografía.

Los ganglios linfáticos, mesentéricos, forman



paquetes, a expensas de múltiples elementos que se muestran separados, unos de otros, por tejido adiposo; poseen una cápsula adiposa, intacta, dentro de la cual se observa un tejido granulomatoso, difuso sustituyendo a la estructura normal folicular, cordonal y sinusal, del órgano, totalmente; este tejido está constituido por una neoformación celular fuertemente polimorfa, integrada por los mismos elementos ya descritos en el intestino, como se ve en la microfotografía destacándose como único carácter de interés, la existencia, en estos ganglios, de un cierto número de elementos conjuntivos de tipo fibroso.

**Diagnóstico: Linfogramulomatosis de Sternberg, en segunda faz.**



### CONCLUSION

1°.- La denominación, de invaginación crónica:  
Está supeditada al tiempo transcurrido. Así cuando  
de la enfermedad evoluciona en semanas o meses  
debe considerarse como una enfermedad crónica.

### CONDICIONES NECESARIAS PARA QUE PERSISTA ESTE ES

#### TADO:

- a) La frecuencia con que se produce la invaginación y desinvaginación espontánea.
- b) La conservación de la luz intestinal, que favorece la vehiculización de su contenido.-
- c) Mese largo. Que impide el trastorno circulatorio.
- d) La falta de coalescencia del meso.
- e) La posibilidad de que, aún invaginado el intestino, se conserve su nutrición. Luego existe una oclusión incompleta, que acumula en el asa aferente al contenido intestinal. Esto aumenta la estasis venosa, que favorece a su vez el almacenamiento de productos tóxicos, que no se reabsorben debido a la parálisis intestinal. Las toxinas absorbidas llevan al enfermo a la astenia y caquexia. En estas condiciones la in-



vaginación puede resolverse espontáneamente, con la consiguiente invasión brusca de las toxinas.

No siempre sucede así. Las caras serosas reaccionan entre sí, por un proceso inflamatorio irritativo, y llegan a adherirse, hasta formar un cuerpo único imposibilitando la desinvaginación; es entonces que sobreviene la agudización del estado crónico, con más consecuencias anatómicas y sintomatológicas. La primera por el esfaseo de la pared intestinal.

La segunda está dada por la oclusión intestinal.

He hallado en algunas lecturas, la denominación en el adulto como si fuera sinónimo de invaginación crónica. Es un error considerarla de esta forma, pues existen formas agudas en los adultos y formas crónicas en los niños.

2°) DIAGNOSTICO: El diagnóstico precoz en la invaginación intestinal debe efectuarse lo más rápido posible por que la precocidad rige en pronóstico.

Es necesario valorar por lo tanto todos los síntomas.

Es significativo que los casos relatados, en



A large, dark, handwritten scribble or signature, possibly a name, located in the upper right corner of the page.

sólo dos de ellos fué hecho el diagnóstico prelaparatómico.

Estos dos casos iban acompañados por todo el cortejo sintomatológico.

Dolor tipo cólico, tumor, vómitos y oclusión incompleta. En uno de ellos faltaba la diarrea sangüinolenta.

El dolor fué síntoma constante en todos los casos observados, siempre con sus características de tipo cólico.

Para algunos autores la aparición de : dolor, tumor y diarrea sangüinolenta, son patognómicos de la invaginación intestinal.

Esto puede aceptarse en las formas agudas, no así en las crónicas. Mayor dificultad diagnóstica existe en los casos crónicos descompensados, por la confusión semiológica y radiológica, que determina la larga evolución, ya que se comporta desde el punto de vista anatómico, como un tumor obstructivo-caquetizante, provocado por la organización inflamatoria perilesional de la cabeza invaginante.

Desde el punto de vista clínico, evoluciona hacia la caquexia, producida por la toxemia que surge



de acoplarse a los procesos obstructivos del intestino delgado. Doler, tumor, y diarrea que puede ser sanguinolenta, lo presenta también una tumorcación maligna del intestino, que se presta a la confusión, especialmente en los casos descompensados.

Por ello que es necesario pesar cada uno de los síntomas.

DOLOR: En la invaginación casi siempre conserva sus características de ser de tipo cólico. Es de gran intensidad y frecuentemente localizado.

En las neoplasias, siempre ha comenzado de una forma imprecisa, bajo la forma de una dispepsia banal. Solo es de gran intensidad cuando se agrega el proceso oclusivo.

TUMOR: En la invaginación es de aparición brusca en las neoplasias es progresivo.

DIARREA SANGUINOLENTA: En la invaginación coexiste con el cuadro agudo. En las neoplasias se encuentra bajo la forma de sangre oculta.

VOMITOS: Sin significación patognomónica en ninguna de las dos afecciones.

3º) El examen radiológico es imprescindible



para el diagnóstico.

Es necesario tener en cuenta la fragilidad del intestino, muchas veces en vías de esfacelo, para ser muy cautos en su examen.

En estos casos cuando se efectúa <sup>la radiog. y</sup> el celen por enema, puede precipitarse la rotura de la pared intestinal.

4°) TRATAMIENTO: Debe intentarse la desinvaginación por medio del enema a presión. Debemos tener en cuenta que si éste se logra, persiste la causa que lo ha provocado.

El tratamiento de fondo debe ser el tratamiento quirúrgico.

El cirujano debe decidirse en los casos en que el budín de la invaginación se halle friable, en vías de esfacelo, pero con buen estado de las partes aferentes y eferente, por la resección del budín. El enfermo debe encontrarse en las mejores condiciones, para soportar una operación que implica un mayor shock.

Cuando el estado avanzado de la toxemia impida la resección, debe hacerse una derivación, exteriorización y en último caso un ano contranatural. La operación de Mickulios, o sea la extirpa-



ción del echorise previa oocostomia e trasverse-  
tomía, aunque puede ser muy peligrosa, por la  
probable contaminación del campo operatorio por  
los gérmenes, es un recurso que debe tenerse en  
cuenta.

La resección cuando la invaginación es muy an-  
plia tiene un contrasentido quirúrgico. Por que  
al resecar es necesario calcular tres longitudes  
y no debe ser la extirpación superior a la sexta  
parte de la longitud total del intestino. A ve-  
ces no puede tenerse en cuenta esta regla que fué  
dada por Parlavecchie, y llegan a obtenerse bue-  
nos resultados, pero son los menos.

5°) El Post-operatorio debe ser muy vigilado, por  
tratarse de una afección muy ohecante, y grave.

6°) Cuanto más precoz es el tratamiento mejores  
son los resultados.

- - - - -

DIAG.CLIN. DIAG.PRES. DOLOR COLICO DIABREA SANGRE TUMOR VOMITOS OCLUS. TEMP.

										COMPL.		Incomp.	No
										No	Si		
Inv. Enter.col.	Tumor	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No
Entero-enter.	Pancreatitis	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No
Ileocolica	Oclus.Intes.	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No
Ileocolica	Abdom. agud.	Si	Si	?	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No
Ileocolica	Invag.intes.	Si	No	Si	No	No							
Ileocecolic.	Inv. Intes.	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No
Ileocece colic.	Tumor	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No
Cececologica	?	Si	Si	Si	?	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	No
Inv.Por Ameqio.	Tumor	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No
Entero Ent.	Oclusión Int.	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No
Cece Cólica	Vólvulos	Si	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	No
E.Miomixomet.	Oclus. Intest.	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No
Ilee ileal	Perit. T.B.C.	Si	Si	No	No								
Ilee ileal	Invag. Intes.	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No

*Handwritten signature and initials*



*Handwritten scribbles and lines*



## B I B L I O G R A F I A

- ALLENDE, Carlos I.- Schwannoma del ileon. Invaginación intestinal crónica. Acad.Arg.Cir. 30:109-117, Mayo 8 . 46.-
- BAYLIN G.J.- GRIMSON K.S. LINBERG J.E. RUNDLES R. W. TAYLOR H.M.- Vagotomy: Experience clinical during four years. The Jour. Am. Med. Assoc. 139:508-513, Febrero 19/49.
- BERGLIAN-STAEHELIN-SALLE.- "Tratado de Medicina Interna" Enf.Ap.Dig. T:3-Parte 2ª Editorial Labor 1943.-
- BLAIN ALEXANDER:- La penicilina en la obstrucción intestinal experimental. Día Méd.19:859-862,2 Junio/47.
- BOCKUS HENRY L.- "Gastroenterología" (Salvat Editores S.A. Bs.As.) 1948.
- BROWN K.P.- Obstrucción Intestinal aguda, desde el punto de vista clínico (resumen) Día Méd. 15:3-5.4 Enero/43.
- DEVOBE -ACHARD-CASTAIGNE.- Matadies Dutube Digestif. T: 2 + Masson et Editeurs - Paris 1908.-
- DI PAOLA G.- Invaginación ileal por pólipo mucoso del delgado. Bol.Trab.Soc.Cir. Bs.As. 14:345-349, 25 Junio/30.-
- DUPLAY - RICAHARD-DEMOULIN- SPERN.- Diagnóstico quirúrgico. 9 edic. (Salvat Editores 1937).



- FINOCHLETO R.-** Invaginación intestinal aguda en un adulto por tumor micromixofibromatoso del ileon. Bol. Trab.Boc.Cir. Bs.As. 8: 5-7-10-11, 2 de Abril/24.
- FIOR Y POEN.-** Citado por BLAIN Alexander.
- FORGUE E.-** "Patología Externa" T. 2 Espasa Calpe. 1941.-
- FRASSON A.M.-** Invaginación intestinal en el adulto, coincidiendo con apendicitis aguda. Arch.Inst. Cir.Bs.As. "Luis Gñemes" 1:610-618,/46.
- GARAT Juan A.-** "Shock Quirúrgico"
- GOODALL.-** Citado por BOCKUS.
- GUTIERREZ Alberto.-** Invaginación intestinal enterocólica por pélope. Bol.Trab.Soc. Cir.Bs.As. 9+35-41 15 de Abril 25.-
- IGARZABAI. José.-** Patología Quirúrgica
- IPARRAGUIRRE Leoni Oscar A.-** Orientación diagnóstica clínico-radiológica en el ileon. Día Méd. 17: T.2, N° 13 (Un tema al día).-
- IRIART Martín y COLOMBO Eduardo.-** Invaginación intestinal en el adulto por umbiloma de ciego. An.Inst.Mod.Clin.Méd. 2/10/44.-
- KIRSCHNER Y NORDMANN.-** "Cirujía" TN6-Edit.Laber 1946.-
- MALENCHINI Manuel y Roca Jaime.-** INVAGINACION Intestinal. Día Méd. 18:36-43, Enero/46.



- MAZZEI EGIDIO.**- Hepatitis infecciosa aguda con  
uremia extrarrenal. Día Méd. 19  
1677-1683, 4 de Set. /47.-
- MORCHIO FRANCISCO y LUNA Carlos A. F.**- Invaginación  
intestinal con precidencia. Día  
Méd. 18: 1030-1032, 29 Junio /46.
- LANDIVAR Adolfo T.**- Relato. Bol. Trab. Soc. Arg. Cir.  
14:352-353, 25 Junio/30.-
- OMBREDANNE E.**- "Precis clinique et operatoire de o  
chirurgie infantile. Masson & Cie.  
Editeurs Paris 1925.-
- PANGARO José A.**- Obstrucción intestinal. Día Méd.  
19:93-96, 27 de Enero/47.-
- PAVLOSKY ALEJANDRO J.**- Diagnóstico y tratamiento  
de la obstrucción intestinal.  
Día Méd. 18:1393-1402, 23 Sep-  
1946.-
- PERRIN W. S. y LINDSAY E.C.**- Citado por Bookus.
- RUSSO A.G.**- Invaginación intestinal en adulto  
coincidiendo con apendicitis aguda  
Arch. Inst. Cir. Bs. As. "Luis Güemes"  
610-618, /46.
- SAHNOFF Y POTH.**- Citado por Blain Alexander.
- SCHEHA Antonia T.**- Invaginación ileocólica por  
fibromioma del doygado. Bol. Trab.  
Soc. Cir. Bs. As. 14:349-353, 25 de  
Junio /30.-
- UDAONDO BONORINO Y CASTEX M.**- Tratado de Patole-  
gía digestiva. Editor Lopez & Et-  
chegeyen Tomo I. año 1945.-



~~Handwritten scribbles and lines~~

URIBURU Julio V.- Oclusión intestinal. Día Méd.

17: 112<sup>a</sup> N° 13. (un tema al día)

VARELA FUENTES.- Alcalosis y Acidosis.-

WANGHISEN.- Aspectos Clínicos del problema de la  
obstrucción intestinal Día Méd. 19:

326-332, 17 de Marzo 1947.-

ZENO Artemio.- Invaginación Intestinal aguda en un  
adulto por pólipo mixo-fibromatoso  
del ileon. Bál.Trab.Sec.Cir. Bs.As.  
8: 7-10, 2 de Abril/ 24.-



RAFAEL G. ROSA  
PROSECRETARIO

PRO-SECRETARIO

Handwritten notes and scribbles

*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



PRO-SECRETARIO

RAFAEL G. ROSA  
PROSECRETARIO

*[Handwritten signature]*

(3)  
*[Handwritten initials]*  
23-4-49