

sión infecciosa puede ganar el canal medular determinando una verdadera osteomielitis o, como en nuestro enfermo, dar lugar a colecciones supuradas que huyen a través de las partes blandas.

El problema fundamental que plantean estas lesiones, es el del diagnóstico, sobre todo cuando se trata de una localización única.

La evolución tórpida de la afección, la débil intensidad de los dolores, la aparición de una tumefacción diafisaria, hablan en favor de un sarcoma. Este error diagnóstico es casi constante, y es inútil insistir sobre su gravedad. En el caso citado por Lerich y Bauer, la operación propuesta había sido la desarticulación de la cadera.

Y para satisfacción nuestra, estos autores terminan diciendo que aun en la intervención, la naturaleza exacta de la afección, puede no ser reconocida.

Presentado en la Sesión del 6 de Agosto de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

Invaginación intestinal por pólipo

Por los Dres. V. GRILLE CENDAN y E. MOURIGAN

El 19 de Mayo ingresa al Hospital Pasteur la enferma M. R., con un cuadro agudo de vientre datando de tres días. Este cuadro comenzó por dolores periumbilicales en forma de cólicos intestinales, acompañados de vómitos alimenticios, luego biliosos y de tenesmo rectal.

No ha habido emisión de gases ni materias desde que comenzó su enfermedad. Un lavaje que se hizo dió salida a un líquido negruzco.

La omnibulación de la enferma hace imposible el obtener datos de sus antecedentes.

Examen.—

Facies peritoneal, lengua seca, disnea, pulso de 150. Temperatura axilar 37 y $\frac{1}{2}$. Vientre balonado en el centro, doloroso a la presión y decompresión.

Submatidez en el flanco derecho, donde parece palpase le existencia de una tumoración dolorosa.

Tacto vaginal: movilidad uterina dolorosa.

Radioscopia: Sombra redondeada en el límite de hipogastrio y F. I. D.

Imágen hidro-aérica en la F. I. D.

Intervención.—

Anestesia general al éter. Incisión mediana. (Op. Dr. Grille, Ayuda Dr. Mourigan).

Al abrir la cavidad peritoneal sale líquido sero-sanguinolento, las ansas delgadas dilatadas y hemorrágicas con los vasos mesentéricos trombosados. En el flanco derecho se encuentra un "budín" de invaginación íleo-íleal de color negruzco, de unos 30 cents. de longitud. Al exteriorizar el "budín" el cilindro externo se rompe a causa de su delgadez dejando ver la cabeza de la invaginación.

Se reseca el "budín" y se abocan los dos cabos intestinales a la pared.

Post -operatorio.—

Tonicardíacos, suero fisiológico, suero clorurado al 20 %.

Fallece 12 horas más tarde.

Examen de la pieza.—

Invaginación íleo-íleal a tres cilindros, el cuello de la invaginación en el polo superior del "budín", sumamente cerrado, siendo necesario seccionar los dos cilindros externos para poder reducirla.

Longitud total del ansa reseca 1 met. 15. El cilindro interno muestra a nivel de la extricción un surco bien neto a cuyo nivel todas las capas intestinales se encuentran laminadas; a un centímetro de este surco se encuentra un polipo de la mucosa con un pedículo de 2 centímetros.

Consideraciones.—

Al presentar esta historia a la S. de C. no me lleva otro objeto que el de aumentar la estadística de esa grave afección; por otro lado creo conveniente hacer notar que en los casos descriptos hasta ahora de invaginación por pólipo, éste ocupa siempre la cabeza de la invaginación. En nuestro caso éste estaba lejos de ella y el pólipo parece haber obrado aquí como obstáculo d'arret del proceso de invaginación iniciado más abajo.