

S U M A R I O

Invaginación intestinal aguda, con perforación, en un lactante. Intervención, cloruro de sodio hipertónico rectal, por el Dr. A. Agustoni (de Rosario). Dr. Domingo Prat, relator.

Fractura simultánea bilateral de la rótula, por el Dr. P. Larghero Ibarz.

Presentado en la sesión de 8 de Julio de 1931

Preside el Dr. Carlos Stajano

*Invaginación intestinal aguda, con perforación, en un lactante.
Intervención, cloruro de sodio hipertónico rectal.*

Por el Dr. A. AGUSTONI (de Rosario)

Dr. D. PRAT, relator.

El doctor Agustoni, del Rosario, nos envía una interesante observación de invaginación intestinal en el lactante, he aquí, esa historia clínica, tal como la ha redactado nuestro colega.

H. M. J., domiciliado en Arroyo Melo, Circunscripción de J. Suárez (Dpto. de Colonia). Alimentado a pecho hasta los 7 meses, luego alimentación mixta, y desde hace 15 días, alimentación artificial.

A los pocos días de suspendido totalmente el pecho, el niño es atacado de diarrea, que mejora en 4 o 5 días hasta desaparecer.

El miércoles, a medio día, siendo hasta entonces un niño alegre y poco llorón, entra a llorar brusca y desesperadamente acompañándose el llanto de algunos vómitos alimenticios. Es llamado el doctor Barrabino, quien con los antecedentes y un examen negativo, cree estar frente a un desorden de origen alimenticio.

Como es corriente en campaña, dada la dificultad de acortar distancias, el enfermo no es más visto por el doctor Barrabino, pero tiene noticias en la noche; los vómitos se han hecho frecuentes y han aparecido deposiciones oscuras.

Al día siguiente, de tarde, el padre trae noticias alarmantes; el niño tiene vómitos frequentísimos, está muy deprimido y tiene deposiciones sanguinolentas (trae la praebea en un pañal). El doctor Barrabino, con la historia que hace el padre y el diagnóstico que le sugiere el pañal, plantea la conducta a seguir, pero la noche que avanza y las varias decenas de kilómetros que los separa de Rosario, donde debe practicarse la intervención, deciden al padre a hacer un compás de espera — casi

forzoso — durante el cual se le hacen varios enemas. Al día siguiente, es llevado al consultorio, donde se confirma el diagnóstico sospechado y me lo envía para que decida.

Llegan al Sanatorio "Borrás", que dirijo, el viernes 20 de Febrero de 1931, a las 14 y 30.

Examen.—Estado general malo. Facies clásica de los intoxicados. Pulso pequeño y rápido. Vómitos negros cada 5 o 10 minutos. No expulsa gases ni los ha expulsado con los enemas suministrados.

Persisten las deposiciones sanguinolentas. La palpación del vientre no permite palpar "boudín" y sólo percibe que la pared se defiende y al menor contacto, manobra que arranca gritos desesperados en el pequeño enfermo.

Con el tacto constato solamente la presencia de sangre. Aconsejo la intervención inmediata, previa consulta con el colega, el doctor Bounous, a las 16 horas, es decir, 52 horas después de haberse iniciado el cuadro.

Intervención.—Opera el doctor Agustoni, ayuda el doctor Barrabino y Bounous; anestesia general, al éter. Incisión mediana infra y supraumbilical.

Sale líquido citrino en pequeña cantidad al abrir el peritoneo. Se exterioriza parte de la masa intestinal. Se encuentra fácilmente un tumor de invaginación "íleocecal" en el flanco derecho. Desinvaginación bastante fácil con suave expresión. El asa invaginada tiene su cuello acartonado.

Presenta una ligera desperitonización en la vecindad del mismo, originada por las maniobras de desinvaginación.

Toda el asa está violácea; las compresas de suero caliente le hacen recobrar el color normal en la casi totalidad de su superficie, aunque persisten algunas manchas equimóticas. A unos 4 centímetros del ángulo íleocecal, hay dos manchas muy pequeñas, color marrón, del centro de las cuales, al comprimir la masa intestinal para la reducción, vemos con sorpresa salir burbujas gaseosas, que nos delata una doble perforación puntiforme a su nivel. Cerramos con un surget total y hacemos un enfouissement en bolsa con la serosa.

Tubo de pequeño calibre en el Douglas y cierre en un solo plano con seda gruesa. Aceite alcanforado y 100 c.c. de suero fisiológico antes, y 100 después de la intervención.

Post operatorio.—A las 3 horas el pulso y el estado general han mejorado un poco. Ha tenido una deposición sanguinolenta y expulsa gran cantidad de gases; presenta una sed impresionante. A las 6 horas se le da agua por cucharaditas, que tolera bien.

Sábado 21.—De mañana ha reaccionado espléndidamente. Se retira el tubo de drenaje de Douglas. Se le da un poco de pecho, que tolera bien. De tarde, a las 24 horas de operado, se agrava con extraordinaria rapidez: vómitos porráceos, facies agónico. Decidimos darle suero salado hipertónico al 20 % por vía rectal, a la Clarke, ya que no es posible hacerlo por vía endovenosa.

Al poco rato la transformación del estado general, en sentido favorable es im-

presionante. Deposición sanguinolenta y expulsión de gases, los vómitos desaparecen. A la hora 20, suero fisiológico subcutáneo y nuevo enema de suero hipertónico. En los días subsiguientes el estado general mejora progresivamente, siendo posible una buena alimentación. Se sigue inyectando suero fisiológico.

La mejoría es gradual, y a los nueve días de la intervención, es dado de alta curado, operatoriamente.

Junio 1.º.—Se ha desarrollado normalmente, actualmente camina, encontrándose perfectamente sano.

Ante todo tengo que solicitar disculpas a la Sociedad de Cirugía por tener que hacer este relatorio, que corresponde a la cirugía especializada del lactante, y es sabido, que nosotros los cirujanos generales no tenemos ni la preparación ni la experiencia de los cirujanos de niños; sin embargo, cumpliré esta honrosa misión de relator, ya que así lo ha resuelto la Sociedad de Cirugía.

Como han podido comprobar ustedes, por la lectura de la observación, el doctor Agustoni ha operado una invaginación intestinal del lactante, con 52 horas de evolución, con perforación intestinal, y ha logrado salvar a un enfermito, y sabemos que es cosa poco frecuente, obtener un éxito semejante cuando ha transcurrido un número de horas tan grande, desde la iniciación de la invaginación.

En este informe sólo me ocuparé de tres cuestiones importantes: 1.º el diagnóstico precoz de la invaginación intestinal del lactante; 2.º la incisión operatoria; y 3.º, el uso en el post operatorio de la solución de cloruro de sodio hipertónico.

1.º Diagnóstico precoz de la invaginación del lactante.—Es cosa consagrada hoy día en la cirugía infantil, que para tener éxito en esta terapéutica, debe regir el mismo principio quirúrgico que en la hernia estrangulada, es decir, diagnóstico precoz y operación inmediata. El diagnóstico debe ser hecho en las primeras horas del estallido de este episodio de oclusión de las 10 a 15 horas y la operación, debe ser practicada antes de las 20 o 24 horas. Es claro, que al expresarnos así, nos referimos a casos típicos de invaginación, donde estén presentes los síntomas cardinales de este tipo de íleo, tales como los vómitos, el dolor, las deposiciones sanguinolentas y hasta la tumoración abdominal en budín.

Actuando en estas condiciones, los cirujanos tendrán la enorme probabilidad de salvar a todos o casi todos los pequeños pacientes atacados de invaginación. No escapa a nuestro contralor crítico las dificultades diagnósticas, a veces invencibles, que suelen presentar algunos casos de invaginación en el lactante, pero conste, que admitiéndolos, nosotros no nos referimos a esos casos difíciles y existentes, sino a los

comunes que suelen presentar una rica sintomatología precoz, que tiene la virtud de llamar directa y fundamentalmente la atención del médico, hacia la invaginación.

El lactante tiene la característica de realizar casi simultáneamente la invaginación intestinal con el estrangulamiento de esta víscera, de aquí que los síntomas sean precoces y evidentes desde el comienzo de la afección. El dolor acusado por el llanto del bebé, luego los vómitos, ponen sobre aviso a la madre de que algo grave le ocurre a su hijito. La deposición sanguinolenta, que suele aparecer alrededor de la 8.^a hora de instalada la invaginación, provoca la angustia y la desolación en los padres, que acuden urgentemente al médico. Este, tiene en este signo de la deposición sanguinolenta, el síntoma más precioso para pensar inmediatamente en la invaginación intestinal, cosa que confirmará con el resto del cuadro clínico y la presencia del **budín** abdominal, que bien investigado, se encuentra en la generalidad de los casos, al decir de los pediatras que tienen gran experiencia.

La deposición sanguinolenta en la invaginación del lactante, suele ser un síntoma muy frecuente; como lo comprueba la comunicación del doctor Raúl del Campo, que la encuentra presente 15 veces de sus 16 observaciones, siendo dudoso de invaginación el caso que no presentó este signo. El doctor Ruiz Moreno lo constata 11 veces en 15 casos; luego, pues, este preciso y precioso signo debe orientarnos fundamentalmente en el diagnóstico de la invaginación del lactante, tanto más cuando no sean especialistas de niños a quienes les toca actuar en este diagnóstico urgente.

Hay que convenir que la tarea diagnóstica en el médico de campaña es mucho más ardua y difícil que el de ciudad, por la dificultad material que existe en volver a ver los enfermos dentro de plazos cortos, que permitan hacer el diagnóstico tan pronto como aparezcan los síntomas cardinales. En el caso que comentamos, el primer colega que vió al enfermito sólo constató dolores (llanto desesperado) y vómitos alimenticios; no existía ningún síntoma fundamental y creyó buena mente que se tratara de un trastorno gastrointestinal. Pero ya en la noche ese chico tiene deposiciones oscuras, lo que hace suponer la presencia de sangre en ellas, y es recién al día siguiente, de tarde, que el padre acude al médico llevándole la novedad de que el bebé se ha empeorado y presenta además la confirmación del diagnóstico, pues lleva un pañal manchado de sangre, producto de las deposiciones hemáticas del chico. A pesar del diagnóstico que establece casi con seguridad desde su consultorio el médico tratante, el lactante no puede operarse hasta el día siguiente a las 14 y 30. ¡Cuánto tiempo perdido y qué grave riesgo ha corrido este niño! Es la invaginación, una afección donde el célebre

principio de que "el tiempo es más que oro, porque es vida", es una verdad indiscutible y absoluta.

El colega que vió al lactante no pudo hacer el diagnóstico verdadero, porque no existían los síntomas fundamentales para ello y recién pudo pensar en ese diagnóstico, cuando le presentaron, ya tardíamente, las pruebas irrefutables de los síntomas físicos, con la consiguiente pérdida de tiempo. Dado el carácter vital que tiene la función médica en ciertos casos, creo que en muchas circunstancias el médico debe ser previsor en el desempeño de su función. En caso, como el que comentamos, creemos que el médico debiera ilustrar a la familia de ciertos síntomas fáciles de poner de manifiesto y que sospecha su aparición; tales, por ejemplo, la deposición sanguinolenta en el caso particular de nuestro lactante y advertirles que si eso ocurriera, llevaran inmediatamente al chico al médico tratante o a un medio apropiado donde se pudiera confirmar en seguida el diagnóstico sospechado de invaginación, para operarlo de inmediato. En esa forma, se podría ahorrar un tiempo precioso, en afecciones tales como la invaginación, donde la rapidez del diagnóstico y de la intervención es todo, pues las operaciones después de las 24 horas, acusan ya una elevada mortalidad, para llegar casi a un ciento por ciento de mortalidad en las operaciones practicadas después de las 40 o 50 horas.

Varios cirujanos y entre ellos Pouliquen, nos han demostrado que la curación de la invaginación intestinal del lactante se puede obtener en un 90 o aún 95 % de los casos, con tal que el diagnóstico y tratamiento de esta mortífera afección sean hechos antes de las 20 horas de la iniciación del proceso patológico.

Es pues, un hecho innegable e indiscutido, la necesidad del diagnóstico precoz en la invaginación del lactante, para operarla inmediatamente. Todos los médicos deben tratar y propender a realizar esta máxima clínica y terapéutica.

2.º Incisión operatoria.—El doctor Agustoni operó su enfermito por una incisión de celiotomía mediana supra e infraumbilical y con ella obtuvo pleno éxito. Los cirujanos especializados han aconsejado recurrir a dos tipos de incisión para la cirugía de la invaginación del lactante: la prehepática paralela al reborde costal y la supraumbilical.

Es sabido que el lactante es un ser delicado y muy frágil al acto operatorio, sobre todo cuando se produce la evisceración del intestino que queda expuesto a la temperatura ambiente. A fin de evitar esta evisceración es que los cirujanos especializados, idearon la incisión prehepática, paralela al reborde costal derecho, cuando el budoín de invaginación se palpa debajo del hígado y la incisión supraumbilical en los demás casos en que la tumoración de la invaginación o no se palpa

o se palpa fuera de la región antes mencionada.

Los méritos que tendría la incisión supraumbilical serían: evitar la evisceración intestinal en el acto operatorio, y evitaría también, la evisceración secundaria del intestino por la desunión de la herida operatoria, accidente relativamente frecuente en el lactante.

La incisión supraumbilical permite y favorece las maniobras de investigación de la invaginación, su exteriorización y reducción sin **peligro de la evisceración**. Estamos tentados por agregar, que en caso de necesidad, no habría inconveniente alguno en ampliar la incisión hacia la región infraumbilical, pero como ya vimos, esto lo consideran los especialistas, como un inconveniente serio.

3.° **Uso de la solución hipertónica de cloruro de sodio por vía rectal.**— La práctica de las inyecciones intravenosas de solución hipertónica de cloruro de sodio al 20 o 30 %, es una cosa consagrada ya por la cirugía, en el tratamiento post operatorio del íleo, de acuerdo con las investigaciones originales de los biólogos estadounidenses, práctica que contribuyó eficazmente el profesor Gosset a generalizar y vulgarizar, con su interesante artículo de la "Presse Médicale" en el año 1928.

El doctor Agustoni recurrió también en su caso, a la solución hipertónica de cloruro de sodio, porque su operado después de una mejoría franca en las primeras 24 horas, tiene una **agravación** con vómitos porráceos y facies agónico, que le hizo creer que su paciente estaba perdido y fué entonces que resolvió recurrir al cloruro de sodio hipertónico por vía rectal e inyecciones de suero por vía subcutánea, con el espléndido resultado que ustedes han podido comprobar por la historia, y que al decir de Agustoni, es un **resultado impresionante** por la transformación completa del estado general al poco rato, desaparición de los vómitos y expulsión de gases. Es lo que algunos autores han considerado como una verdadera resurrección del enfermo.

La solución de cloruro de sodio empleada por el doctor Agustoni, era al 20 % y fué suministrado por vía rectal en enema a la Clarke, sólo en dos ocasiones en el mismo día, sin especificar la dosis suministrada. En cambio, el suero fisiológico fué continuado durante varios días.

Nuestro colega cree que el éxito y la salvación del bebé, se debe a este eficaz tratamiento de la solución hipertónica de cloruro de sodio.

Estaríamos tentados a poner aquí punto final a nuestro relatorio, sino fuera que una duda nos asalta de improviso y nos plantea la interrogación de si el cloruro de sodio hipertónico por vía rectal, actúa en la misma forma eficaz como actúa esta solución por vía endovenosa.

Hemos querido profundizar un poco este problema biológico y nos encontramos con que nuestros conocimientos de fisiología biológica, no

nos permiten resolver categóricamente este interesante problema; acudimos entonces a la bibliografía y he aquí con lo que nos encontramos.

En la sesión del 12 de Diciembre de 1928, de la Sociedad de Cirugía de París, el doctor Michel presenta una observación así titulada: "Invaginación intestinal aguda del lactante. — Operación. — Accidentes muy graves de intoxicación, curados por absorción de cloruro de sodio en solución hipertónica". El rapport de esta comunicación fué hecho por el profesor Gosset.

He aquí esa observación muy resumida. Se trataba de un lactante de 4 meses, que desde hace 24 horas tiene vómitos y dos deposiciones sanguinolentas. Hay, además, tumoración del vientre, pulso 120, y estado general bueno. Se diagnostica una invaginación intestinal y se le opera de inmediato, con anestesia al cloroformo, verificándose la desinvaginación, tardando la operación 20 minutos.

Al día siguiente, el pequeño operado tiene 40° de temperatura, y 120 de pulso, pero no inspira ninguna inquietud a sus médicos, porque el estado general es muy bueno. No tenía ya vómitos, hay deposiciones verdosas y el vientre está blando.

Al día siguiente, el lactante se empeora bruscamente, está pálido, rasgos peritoneales, abatido y con torpeza intelectual, de la cual es difícil sacarlo. Vientre blando, sin vómitos, pulso 130, respiración rápida y superficial. En estas condiciones se le hace al bebé un lavaje de 50 grs. de solución de cloruro de sodio al 20 %, a las 8 de la mañana, otro lavaje igual a las 12. A las 13 horas, evidente mejoría. Desaparición de la torpeza y se alimenta al biberón. En la tarde, tercer lavaje de solución salínica, con transformación completa del enfermito. Se indica otro lavaje para la noche que la enfermera no suministra en virtud del excelente estado del chico.

Al día siguiente, a las 8 de la mañana, la situación es sumamente alarmante, al punto que los médicos la conceptúan **desesperada**. Temperatura 37°, pulso 160 y miserable, respiración muy rápida y superficial. Niño muy pálido y vecino al coma. Extremidades frías y cianóticas. Calor y aceite alcanforado. Se le da además un lavaje de 50 grs. de solución salada hipertónica, que se repite en la mañana y dos veces por la tarde. El chico sale progresivamente de su coma y se produce una verdadera e inesperada resurrección.

En la tarde de este mismo día, toma por cucharadas y sin repugnancia aparente, **100 gramos de una solución de cloruro de sodio a 1 %**. La temperatura en la noche es de 38 ½, el pulso de 100, y el estado general no inspira ya ninguna inquietud. Al día siguiente el niño tiene varias deposiciones, toma varios biberones de leche cortada con agua, pero es ya **imposible hacerle tomar por boca una sola cucharada de agua**

salada. Se le dan los dos últimos lavajes de 50 grs. de solución de cloruro de sodio a 20 %. 37 $\frac{1}{2}$ de temperatura y 90 de pulso. En los días subsiguientes la mejoría se acentúa, la alimentación se hace normal y progresiva, y se obtiene la curación.

Como puede verse, la observación del doctor Michel es muy semejante a la del doctor Agustoni. Ambos creen que ha sido la medicación clorurada lo que les ha permitido salvar la vida de sus pequeños clientes, cosa que aprovecha el profesor Gosset para entonar un himno a la triunfante acción terapéutica de la solución salina, en los accidentes tóxicos del íleo.

Pero, he aquí, que es difícil una satisfacción absoluta en nuestro complejo arte quirúrgico y es así, que ese placer saboreado por Gosset en una sesión de la Sociedad de Cirugía, es amargado por la opinión del doctor Küss, que en la sesión siguiente de la misma Sociedad y después de declarar que es un ferviente partidario y un convencido del éxito de las inyecciones hipertónicas intravenosas de N. Cl., declara además, que no puede convencerse como esas soluciones salinas hipertónicas puedan obrar por vía rectal. Y agrega en seguida: "La fisiología nos enseña que una solución hipertónica no llega a la circulación sanguínea, después de ser absorbida por la mucosa intestinal, sino en la forma isotónica. En una ley bien establecida de la absorción intestinal".

Se comprende, dice Küss, la acción equilibradora de las inyecciones de cloruro de sodio hipertónico por vía intravenosa, porque suministran bruscamente a la sangre el porcentaje de Na. Cl., necesario para equilibrar su porcentaje normal, pero cree firmemente que estas mismas soluciones hipertónicas, no pueden obrar por vía intestinal sino como las soluciones isotónicas, o que a lo sumo, pueden provocar una hipersecreción colorectal.

El profesor Gosset contestó de inmediato al doctor Küss, pero su contestación no fué la que esperábamos, los que deseamos la explicación de este fenómeno biológico. Gosset, se limitó a decir que él nunca habló en sus comunicaciones sino del tratamiento de las inyecciones de **Na. Cl. hipertónico, por vía intravenosa.** La única observación donde se habló del suministro de la solución salina por vía rectal, fué en la comunicación del doctor Michel, que le tocó hacer el rapport, que como se trataba de un lactante, no se le podía inyectar la solución por vía venosa y entonces se recurrió a la vía rectal, lo que permitió constatar los brillantes resultados obtenidos.

He aquí, un nuevo problema biológico como tantos otros que existen en medicina, en los que a veces nos es dado confirmar brillantes resultados terapéuticos, sin que podamos explicar su causa o mecanismo,

o más aún, como en este caso, los conocimientos fisiobiológicos que nos rigen parecen estar en pugna con esos mismos resultados.

De todo esto se deduce, como lo confirma la observación de Agustoni, Michel y otros, que la solución hipertónica de Na. Cl., por vía rectal, es un excelente medio para combatir y vencer la toxemia del lactante en el post operatorio, aunque no podamos explicarnos aún su mecanismo o rol biológico. He dicho toxemia, y quizás fuera más prudente o lógico decir, estado de alcalosis. En caso necesario podremos recurrir todavía a la solución de Na. Cl., al 1 %, por vía bucal, como la empleó el doctor Michel.

Debo dar fin a este ya largo relatorio, haciendo destacar el brillante éxito de nuestros colegas del Rosario doctores Barrabino y Agustoni, especialmente de este último, que pudo salvar con su operación un lactante con invaginación intestinal de 52 horas de evolución y ya con una mínima perforación intestinal.

Propongo que se le agradezca al doctor Agustoni el envío de su interesante observación y que se publique en nuestro Boletín.

Presentado en la Sesión del 8 de Julio de 1931

Preside el Dr. Carlos Stajano

Fractura simultánea bilateral de la rótula

Por el Dr. P. LARGHERO IBARZ

Las fracturas bilaterales simultáneas de la rótula son muy raras en la práctica. Por esta condición y porque el estudio de su mecanismo interesa el problema de la fisiología de la yugular rótulo-ligamentosa, presentamos un caso de esta lesión a consideración de la Sociedad de Cirugía.

Historia clínica.—A. P., 36 años, de profesión, pintor.

Ingresa al Hospital Pasteur el 3 de Junio de 1931, a la hora 16, porque sufrió una caída de un andamio, de 4 metros de altura; cayó de rodillas, golpeando además con la frente del lado derecho y hombro izquierdo; impotencia del miembro inferior izquierdo.

Examen.—Enfermo en buen estado general, un poco locuaz. Facies bien coloreado, pulso 92, respiración amplia y tranquila. Se queja sólo de dolores en las costillas. Herida contusa de la piel de la frente, sobre la ceja derecha sin llegar al periostio. No hay dolor óseo. Erosión sobre la nariz lado derecho con epistaxis de ese lado y dolor sobre el