

## CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LOS ÍLEOS POR ASCARIS

POR

*Manuel Almagro Segura*

### INTRODUCCIÓN

A poco de comenzar nuestro período de internado en el Servicio médico-quirúrgico de Enfermedades del Aparato Digestivo de ésta, por tantos conceptos magnífica, Casa de Salud Valdecilla, nos llamó la atención el relativo crecido número de enfermos que, acudiendo a nuestro Servicio de Urgencia con cuadros abdominales agudos, la intervención —hecha con diagnóstico erróneo muchas veces— ponía de manifiesto ser ocasionados por la presencia, en número variable, de *Ascaris lumbricoides* en su tramo digestivo. Al consultar las diversas Obras fundamentales y la Literatura a nuestra disposición, se echaba de ver en seguida la poca extensión dedicada a esta afección y, sobre todo, la falta de una descripción clínica que permitiese el diagnóstico, fruto del examen sistemático y detenido de un conjunto de observaciones.

Esto nos indujo a que cuando el Dr. Barón, Jefe de dicho Servicio, nos ofreciese varios temas para el desarrollo de nuestra Tesis doctoral, escogiésemos éste, con la esperanza, que si bien estábamos seguros de no resolver ninguna cuestión fundamental, contribuiríamos, aunque modestamente, a aclarar esta cuestión

y de paso citar algunas complicaciones que, en la literatura por nosotros consultada, no habíamos visto descritas.

Ante todo quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi Jefe el Dr. Barón, que ha puesto generosamente su bondad y ciencia al servicio de nuestra causa. Si algo bueno hubiera en este trabajo, el mérito es exclusivamente suyo.

#### GENERALIDADES

El áscaris lumbricoides es uno de los parásitos humanos más difundidos por toda la superficie terrestre habitada, especialmente frecuente en países cálidos y pueblos de bajo nivel de vida, encontrándose sobre todo en el campo más que en la ciudad, ya que en él son mayores las posibilidades de propagación. Esta se realiza comúnmente por medio de las manos, bebidas, alimentos (principalmente verduras crudas e insuficientemente lavadas), etcétera, contaminados, y por ello se da especialmente en aquellas regiones donde es costumbre utilizar las deyecciones humanas como abono.

El número de individuos infectados varía mucho en las distintas estadísticas de los países y dentro de un mismo país. En América parece poco frecuente, según se deduce de las estadísticas de Keller, que en 476 niños halló solamente el 5 por 100 de positividad para huevos de ascárides en heces. En Europa, las cifras promedio dadas por la literatura oscilan entre 15 y 50 por 100, sin que sean una excepción cifras mayores, como las de Nowak, que en una población rural vienesa encontró aproximadamente las 3/4 partes de los individuos examinados con antecedentes de expulsión de áscaris.

Los huevos expulsados con las deyecciones del organismo del huésped no pueden infectar hasta alcanzar cierto grado de desarrollo, de duración variable (calculada aproximadamente en dos semanas) y dependiente del grado de temperatura, medio ambiente, humedad, oxígeno, etc. En condiciones favorables y gracias a la envoltura de quitina que les hace sumamente resistentes a las influencias adversas del medio ambiente, pueden vivir hasta cinco y más años fuera del huésped. Ingeridos por el hombre los huevos que contienen embrión, es atacada dicha cápsula de quitina por los jugos digestivos, quedando las pequeñas larvas en libertad en el intestino delgado. Merced a su **pequeñísimo ta-**

maño, atraviesan la pared intestinal y arrastradas por el torrente circulatorio, son llevadas al hígado y las menos directamente al corazón; del hígado y también por vía sanguínea llegan a los pulmones, se introducen en los bronquios y por la tráquea, laringe y faringe llegan, aproximadamente, al 9.º día al esófago y, al ser deglutidas, pasan nuevamente al intestino, donde ya son susceptibles de desarrollarse al estado adulto. (Ciclo evolutivo normal descubierto por Stewart (1916) y continuadores).

Modernamente, Kleber, basado en observaciones propias y en la opinión de varios autores japoneses, a la que se adhieren también algunos italianos, admite que las larvas pueden atravesar toda la pared intestinal y caer en plena cavidad peritoneal, de donde pasarían al hígado y pleura, pudiendo esta vía de emigración ser causa de accidentes en ocasiones. Es también causa de trastornos la emigración normal de las larvas a través del aparato respiratorio, y así con seguridad han sido demostradas en animales de experimentación, aunque en el hombre, en opinión de Hosemann, no se han observado experimentalmente más que en el caso de Koino, tras ingestión voluntaria de una dosis masiva de huevos embrionados.

Los áscaris, una vez pasado este ciclo, habitan de preferencia en el intestino delgado del hombre, nutriéndose de su contenido intestinal. A veces son soportados en gran número, sin ocasionar trastorno alguno, pero en ciertas circunstancias pueden ejercer sus influencias nocivas sobre el huésped. En primer lugar, es perfectamente comprensible que existiendo en gran número puedan perjudicar su nutrición. Yamauchi (citado por Gruber), basado en numerosas comunicaciones y tras un cuidadoso estudio, ha dividido en varios grupos las posibilidades de trastornos graves del huésped, debido a la influencia de los áscaris, y son resumidos:

1.º Acción tóxica e irritativa ejercida por los productos del metabolismo o por los propios tóxicos liberados a la muerte del parásito, entre los cuales han sido señalados de acción neurotóxica, hemolíticos, anticoagulantes, estimulantes de la musculatura lisa, paralizantes de dicha musculatura, alterantes de los capilares, etc.

2.º Alteraciones de la capa mucosa intestinal por acción mecánica de contacto, ejercida sobre todo cuando los áscaris están en gran cantidad.

3.º Acumulación masiva de áscaris en un sector intestinal, obstruyendo su luz y dando lugar al conocido íleo por obturación.

4.º Accidentes ocasionados por la emigración de los gusanos a estrecheces fisiológicas, como apéndice, vías biliares, conducto pancreático, etc.

A este respecto han sido publicadas en España distintas observaciones de tales emigraciones, con consiguientes trastornos, y así Gerez pudo observar una pancreatitis aguda por emigración a conducto de Wirsung. Barón, en la Casa Salud Valdecilla, dos observaciones no publicadas de penetración de áscaris en vías biliares y uno de dehiscencia de sutura en un gastrectomizado. Casanova Seco pudo observar una dehiscencia de muñón duodenal. A veces se han introducido en los sitios más inverosímiles: en un tubo de drenaje en el caso de F. Criado, en el interior de un botón de Murphy en el caso de Hernández López.

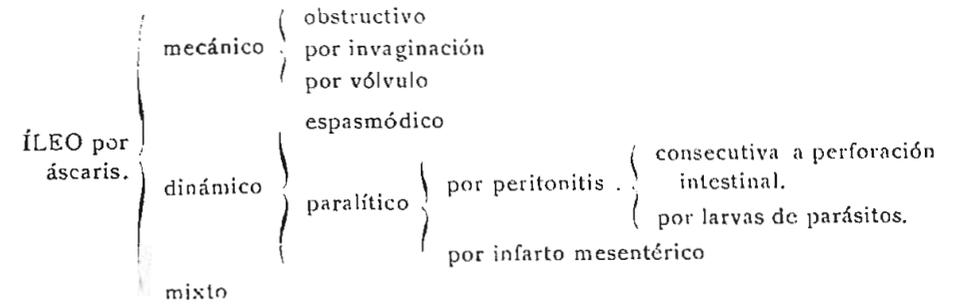
5.º Los áscaris pueden abandonar el intestino y taladrar el tejido paraintestinal, dando ocasión por puesta de huevos a seudotubérculos, y así una peritonitis sin presencia de gusanos en cavidad peritoneal libre, únicamente podría concebirse como respuesta irritativa inflamatoria a la vecindad de la formación granulomatosa subperitoneal (peritonitis por irritación de Schlossmann).

6.º Perforación de la pared intestinal por los áscaris, lo que daría lugar a una peritonitis aguda.

A estas acciones mencionadas por Yamauchi podría agregarse una acción infectiva no específica, ligada al hecho de que los áscaris puedan ser vectores responsables del transporte de gérmenes.

### ANATOMÍA PATOLÓGICA

Del examen de los casos publicados en la literatura y de los diversos trabajos acerca de esta cuestión, se desprende que los mecanismos causales del síndrome íleo en los enfermos de ascariidiosis son muy variados. Nosotros los resumimos en el siguiente cuadro:



En lo que se refiere al estudio anatómo-patológico de los diversos cuadros de íleo, procuraremos a continuación hacer un breve resumen de lo publicado en la literatura, al que agregaremos los datos obtenidos de nuestro material consistente en 29 observaciones intervenidas quirúrgicamente.

*Ileo por obturación.*—Es la complicación más frecuentemente descrita de las ascariidiosis intestinal, y son ya muchos los casos publicados en todos los países. Bolyarskiy pudo, de 1770 a 1933, recoger de la literatura 90 casos publicados.

Tal complicación sobreviene cuando los parásitos se aglomeran entrelazándose y ocluyendo más o menos completamente un sector intestinal. La cuestión de por qué se originen estos ovillos no ha sido aún resuelta, habiéndose emitido varias suposiciones: para algunos sería debido principalmente a los movimientos peristálticos intestinales más o menos acentuados; para otros, a los propios movimientos del parásito que tiene cierta tendencia a entrelazarse con otros y de las sucesivas aportaciones de ascárides introducidos entre las hendiduras de los precedentes, resultarían constituidos los tales ovillos. Algunos autores, basados en observaciones en que el cuadro se desencadenó a continuación de una cura antihelmíntica, suponen que sería el vermicífugo el primer movens, probablemente actuando por muerte de los parásitos (con lo cual quedarían sujetos a la influencia peristáltica), o bien al hacerlos huír desordenadamente del intestino, con lo que fácilmente se originarían entrelazamientos de ellos, formándose de esta manera el núcleo del ovillo. También se le ha achacado un papel preponderante a los traumatismos abdominales, y efectivamente han sido publicadas algunas observaciones de este tipo (Greene y Greene). Probablemente todos estos mecanismos antes citados intervengan aislada o mancomunadamente para hacer que los áscaris, hasta entonces diseminados, se aglomeren y sean

causa de trastornos. Si queremos insistir en que a nuestro juicio y basándonos en nuestro extenso material no podemos achacar a los medicamentos antihelmínticos un papel desencadenante del cuadro, pues únicamente en nuestro caso núm. 53 pudiera atribuirse a la medicación antihelmíntica la existencia de un cuadro agudo a continuación.

De nuestro material incluimos en este grupo las 12 primeras observaciones, en las que la intervención mostró acumulaciones



Figura 1

de los áscaris, constituyendo un obstáculo mecánico más o menos acentuado al tránsito intestinal.

El asiento del obstáculo constituido por los pelotones de áscaris radica la mayoría de las veces en el intestino delgado, sede habitual de los gusanos. Las excepciones son escasas: en un caso de Zambelli obstruían el duodeno, en el de Giardina (citados los dos por Fevre) el ángulo hepático del colon, en el de Grass y Bloom (citados por Greene) repartidos por todo el duodeno y yeyuno. En nuestro material los hemos hallado casi siempre en el tercio terminal del delgado y casi exclusivamente en su último

metro, a veces en la inmediata proximidad de la válvula íleo-cecal.

Generalmente el obstáculo hallado ha sido único, y así lo hemos encontrado en todos nuestros casos, excepto en uno (Observación núm. 11) en que eran dos los obstáculos separados por corta distancia. También han sido citados casos de dos obstácu-

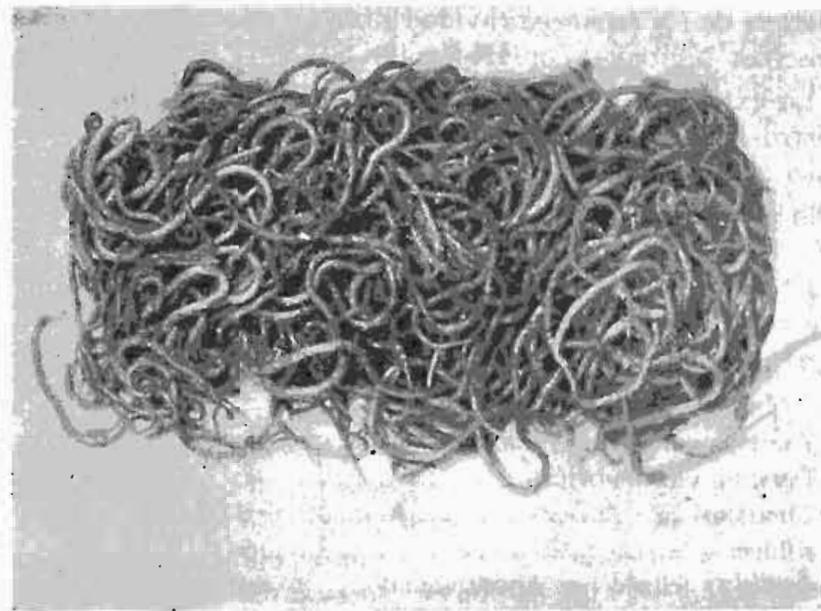


Figura 2. (Observación núm. 1.)

los por Iamandi y Dobrovici, de tres por Alles (citado por Fevre) y de múltiples en forma arrosariada por Szabó.

Los relieves de los ascárides siempre se acusan bien, no sólo el tacto, sino por simple vista cuando la pared intestinal está más o menos chafada (fig. 1); cuando está distendida por ellos, el aspecto del asa es típico e inconfundible e incluso cuando es mucha la distensión, la pared intestinal adelgazada permite perfectamente la visualización a su través de los gusanos.

En ocasiones, el asa asiento del obstáculo presenta alteraciones en sus paredes, no sólo limitadas a la cara mucosa, sino a veces a todo el espesor de la pared intestinal, en parte achacadas a acción mecánica de compresión ejercida por los gusanos y en parte —y así es admitido por la generalidad de autores— por

acción tóxica irritativa ejercida por productos liberados por los áscaris; en la literatura han sido descritos casos que varían desde la simple congestión violácea (Cipriano, Dimitriou Mamant y Cioran) a la gangrena del asa (Perrignon de Troyes, Ouaca, Du Bourguet —citados por Agostinelli—, Girgenshon —citado por Hosemann—, Ludlow —citado por Greene—), que incluso ha dado motivo a la perforación intestinal y salida subsiguiente de los áscaris a cavidad libre (Baltin, Plew, Amberger, Jaroschka —citados por Hosemann—).

La extensión y grosor alcanzado por el obstáculo ha sido en nuestros casos variable desde el tamaño de una nuez al de un metro abarrotado de gusanos, con la particularidad de que el diámetro alcanzado por tales asas no ha sido superior a tres traveses de dedo.

El número de ascárides que constituyen dicho ovillo ha sido muy variable, y así en la Literatura, en los varios casos en que se practicó la enterotomía, se obtuvieron las cifras siguientes:

BACHERA (citado por AGOSTINELLI) ... ..	23
IAMANDI y DOBROVICI ... ..	27
CIPRIANO ... ..	38 (65 grs. de peso)
Idem ... ..	60
ZAMBELLI (citado por AGOSTINELLI) ... ..	120
GARCÍA MORÁN ... ..	178
ALLES (citado por FEVRE) ... ..	547
LEWIN y PARTES (citado por GANKIN) ...	737
HO-DAC-DI y HUYNH-TIEN-DOI. más de 1.000	

En nuestras ocho observaciones, en que practicamos la enterotomía seguida de extracción, obtuvimos las siguientes cifras: 16, 30, 37, 50, 53, 214 (fig. 2), 475, y en un caso, de cálculo aproximado, más de 1.000.

Como en todo íleo mecánico, puede llegar a apreciarse en el intestino la disposición típica: obstáculo evidente, asas inferiores chafadas y las superiores edematosas y dilatadas, en su lucha para vencer el obstáculo. Ahora bien, en la mayoría de nuestros casos dichas alteraciones o han faltado por completo —apareciendo macroscópicamente el intestino de aspecto normal, incluso en casos de persistencia de días del cuadro y a veces con obstáculos

constituídos por un enorme número de gusanos (como en nuestro caso núm. 12)—, o bien, cuando han existido, han sido siempre *muy ligeras*, lo que demuestra que en este tipo de íleos por obturación el obstáculo, las más de las veces, no es completamente infranqueable para el contenido intestinal líquido, empujado por la peristáltica aumentada, que le permite pasar a través de los intersticios, dejados entre sí por los ascárides, como lo prueba, además del caso núm. 1, en que el líquido del enema opaco se introdujo entre los áscaris (figura), el no haber encontrado contenido intestinal líquido estancado en las asas supraobstaculares, así como la rareza de niveles líquidos observados a Rayos X, de lo que más adelante trataremos.

Habitualmente y así ha sido señalado por numerosos autores, se encuentra en la intervención líquido de reacción peritoneal en escasa o abundante cantidad, claro generalmente y rara vez turbio.

Más raramente hemos podido observar la presencia de ganglios mesentéricos, aumentados de volumen, asentando casi siempre en la zona de mesenterio correspondiente al sector intestinal, asiento de la obstrucción ascariótica y que han sido también señalados por numerosos autores.

Finalmente réstanos decir, que esta disposición típica de íleo mecánico con obstáculo, asas superiores dilatadas y asas inferiores chafadas en alguna ocasión, se ha encontrado cambiado como en el caso de Szabó, donde la dilatación de las asas radicaba en las inferiores, mientras las superiores aparecían contraídas, lo que probablemente esté en relación con la liberación de productos tóxicos dilatadores de la fibra lisa.

*Íleo por invaginación.*—Es ésta una complicación de las ascariótis extraordinariamente rara y de la que en nuestro material no disponemos de ninguna observación; tampoco hemos podido hallar ningún caso descrito en la literatura consultada más que las referencias de Fevre y Cipriano.

En opinión de Fevre, los 4 casos aportados en su tesis por Soubirán son poco demostrativos.

Para Cipriano, sería una complicación rara, aunque no excepcional. En su trabajo habla de que Hoffmann reunió 17 observaciones y de otras de Andrassy y Willar. Su anatomía patológica sería idéntica a las demás invaginaciones, siendo la forma en 3 cilindros la generalmente encontrada. Como mecanismo su-

pone un hipertono del asa invaginada respecto a la invaginante, que en aquel momento debe encontrarse en estado de paresia o al menos de relajamiento, y parece la explicación lógica a cuyo favor habla la observación de Szabó anteriormente expuesta, donde como hace notar muy bien Hosemann se daban las condiciones óptimas para la producción de una invaginación.

*Ileo por vólvulo.*—Es ésta otra complicación rara de la ascariosis intestinal, como se desprende del escaso número de casos publicados en el extranjero, entre los que hemos podido recoger los de Beck (determinado por 85 vermes), el caso mortal de Schloesmann, los dos de Achenback y Gcebel, con necrosis casi total del intestino (citados todos por Hosemann), el de Rosenthal de torsión de 360° (con expulsión ulterior de 90 vermes), el más reciente de Gankin de igual grado de torsión y extracción de 800 vermes (quien dice haber observado anteriormente otro caso) y el caso de Cipriano.

En España, que sepamos, no ha sido publicada ninguna observación de este tipo de íleos. El escaso número de nuestras observaciones (3 casos: núms. 24, 25 y 26) no nos permiten poder establecer diferencias con los vólvulos que obedezcan a otro mecanismo. En opinión de algunos —suposición puramente teórica— las lesiones del asa torsionada son más acentuadas que en vólvulos que obedezcan a otro mecanismo, por agregarse a la falta de nutrición del asa la acción tóxica de los productos ascarióticos.

Como en el resto de los vólvulos intestinales, el grado de las lesiones del asa torsionada y de su meso, así como el grado de alteración de las asas situadas por encima, dependerá fundamentalmente del grado de la torsión y del número de horas transcurridas, y así se ve claramente en nuestros casos, en uno de los cuales intervenido a la hora de iniciarse el dolor, no se encontró, aparte de la torsión, alteración macroscópica intestinal; en otro, intervenido a las 6 horas, el segmento torsionado presentaba una coloración rojo-vinosa, con edema de pared y aumento de tamaño de los ganglios correspondientes a la zona de mesenterio torsionada y, finalmente, en nuestra última observación, de 36 horas, las asas torsionadas aparecían de color verdoso, con olor pútrido y abundante contenido sanguinolento en cavidad peritoneal libre e interior del intestino.

El número de gusanos extraídos por enterotomía, previa de-

torsión, ha sido respectivamente de 78, 150 y de más de 700, es decir siempre un número abundante de ellos, lo que igualmente ha acontecido en los casos publicados en el extranjero, y esto nos hace suponer que para el desarrollo de tal complicación sería necesario la existencia de un gran número de parásitos que al acumularse y hacer macizo un sector intestinal algo extenso, le hacen bascular, produciéndose la rotación sobre el mesenterio.

Generalmente la extensión del asa torsionada se reduce a los límites de la «morcilla» de áscaris, y así en nuestros casos ha sido respectivamente de 10 cms., de aproximadamente tres cuartas y de casi las 2/3 partes de intestino delgado terminal (excepto la última cuarta que aparecía chafada y desprovista de gusanos).

Igualmente el grado y la dirección de la torsión ha sido variable. En 2 casos era de sólo 180° y en el otro de 360°, y en cuanto a la dirección en nuestras dos primeras observaciones era en la de las manillas de un reloj y en la última en opuesta dirección.

*Ileo espasmódico.*—Han sido publicadas numerosas observaciones, en las que la intervención mostró en un sector intestinal la existencia de gusanos y contraído sobre ellos al intestino e incluso hay publicaciones con el hallazgo operatorio de un solo verme, como los casos de Dieckmann (citado por Fevre), Heindenhein, Kuster, Bertram Makai, etc. (citados todos por Cipriano).

En nuestro material contamos con un gran número de observaciones, en las que la intervención puso en evidencia la existencia de ascárides, pero no aglomerados —constituyendo un verdadero obstáculo mecánico—, habiendo encontrado todos los grados de transición entre los casos anteriores, predominantemente obstructivos, hasta aquellos en que sólo podían evidenciarse escasa cantidad de gusanos. De ellos puede decirse lo mismo que de los anteriores, excepto que al no constituir obstáculo evidente las asas situadas por encima del obstáculo nunca aparecen dilatadas. Algo menos frecuente es la existencia de líquido de reacción peritoneal. Acerca de su origen no nos cabe duda para muchos casos sea consecuencia de la intensa irritación peritoneal ejercida por los productos tóxicos de los áscaris, como nos lo demuestra su existencia en más o menos abundante cantidad, generalmente claro y a veces turbio en enfermos con escasa cantidad de áscaris no aglomerados en forma de ovillo y sobre todo a las pocas horas de iniciado el cuadro. Probablemente y también en relación

con esta irritación química esté el haber hallado en algunos de nuestros enfermos los ganglios del sector mesentérico correspondiente aumentados de tamaño y las propias alteraciones mesentéricas (equimosis en nuestro caso núm. 11), así como la formación de adherencias laxas entre las asas (caso núm. 12), que incluso pueden llegar a organizarse dando origen a un verdadero íleo adherencial o extenderse la acción tóxica al peritoneo, dando origen a una verdadera peritonitis, casos ambos de los que más adelante trataremos.

*Ileo paralítico consecutivo a perforación intestinal.*—Hay bastantes casos publicados en la literatura de coexistencia de perforaciones intestinales con salida subsiguiente de gusanos en un portador de ellos, y así en la Clínica de Kirschner se encontraron en el curso de unos años 6 casos de áscaris en cavidad peritoneal libre que habían salido a través de perforaciones apendiculares. Igualmente era ya bien conocida de los antiguos la perforación de la pared en las asas intestinales estranguladas; de aquí la frecuencia de los abscesos verminosos en las regiones herniarias. Solieri (citado por Hosemann) pudo reunir, en 1902, 31 casos de tal naturaleza, y desde entonces se han publicado una serie de casos parecidos, aunque su frecuencia haya disminuido por los progresos del tratamiento quirúrgico precoz, tanto de las hernias estranguladas como de los procesos agudos peritoneales. Igualmente ha sido notado la salida de gusanos a cavidad libre, en caso de perforación de un divertículo de Meckel inflamado, como en el caso de Sovena, admitiéndose que en todos ellos la salida del gusano iba precedida de una perforación de cualquier naturaleza de la pared intestinal.

Pero acerca de la participación que pueda ejercer el áscaris para perforar el intestino e incluso de si por sí solos son capaces de perforarla, han existido en todo tiempo múltiples discusiones.

Gruber, en sus trabajos, se erige en ardiente defensor de la posibilidad de que los áscaris por sí solos y sin previa alteración intestinal puedan atravesar la pared intestinal, dando lugar a peritonitis, y tal opinión la basa en los hallazgos de Sehrt, Kaiserling, Finaly y sobre todo en un caso personal, perfectamente estudiado anatómo-patológicamente, en el que pudo demostrarse de modo indudable dicho aserto. Menciona la opinión de Brünning, que admite tal posibilidad, que el mismo Aschoff acepta para ciertos casos.

Blanchard (citado por Gerez) supone que merced al pequeño traumatismo ocasionado por la mordedura de la pared por el verme, se produciría un absceso parietal que al romperse dejaría la pared en malas condiciones de resistencia. Por el contrario Buday (citado por Hollosy) y Mikaye (citado por Hosemann) niegan tal posibilidad, y este último dice que la mayoría de los casos publicados dejan suponer, si no afirmar, que existían ya graves alteraciones de la pared que facilitaron el paso del verme, alteraciones que pueden ser úlceras tíficas, úlceras tuberculosas, etc.

Para muchos, entre los que se cuenta Hosemann, la perforación sólo se produciría a condición de que los áscaris previamente y merced preferentemente a sus productos tóxicos y en parte también mecánicamente, alterasen profundamente la pared intestinal, y a este caso parecen pertenecer las observaciones de Baltin y los referidos por Hosemann pertenecientes a Plew, Amberger y Jaroschka, este último sumamente demostrativo. (En una intervención por obstrucción por áscaris vió la serosa intestinal de un sector intestinal alterada, con integridad de mucosa y muscular; hizo una sutura de serosa, falleciendo el enfermo a los dos días de peritonitis. La obducción reveló la existencia de una perforación intestinal por la que salían dos gusanos, mientras la primitiva sutura intestinal estaba intacta). Indudablemente algunos hallazgos en íleos por áscaris corrientes, en que se encuentran alteraciones del asa que contiene a los ascárides, hablan a favor de este mecanismo.

Con alguna frecuencia han podido encontrarse en peritonitis intervenidas gusanos en cavidad libre, sin que se pudiese comprobar la existencia de una solución de continuidad en todas las capas que integran el intestino, como ocurrió en los casos de Gruber y en el de Colucci (citado por Agostinelli) (en ambos integridad de la mucosa con soluciones de continuidad pequeñas en las capas muscular y serosa, y además en el primer caso túnel labrado por el áscaris a través de la capa muscular) e incluso ha habido casos en que no ha sido posible hallar lesiones de la pared intestinal, lo que en opinión de Greene y Greene sería debido a que dichos orificios se ocluyen en seguida. En favor de esta suposición están los casos citados por Agostinelli de Tribouillet: hallazgo de áscaris en peritoneo, sin que casi se apreciaran trazas de perforación en la pared intestinal) y Matus, así como el caso de Kostzeborn (citado por Hosemann) (tras una resección gástrica

peritonitis mortal al 6.º día, encontrándose en la obducción un áscaris en cavidad libre con integridad de las suturas y ninguna perforación en el intestino, suponiendo que el verme pasó a través de la sutura ocasionando una peritonitis por arrastre de gérmenes, volviendo a coaptar perfectamente la sutura).

Han sido escasas las observaciones extranjeras publicadas en estos últimos años, entre las que hemos podido recoger los de Baltin, Hollosy, y los ya mencionados citados por Hosemann, Agostinelli y Greene y Greene. En España han sido publicadas algunas observaciones por Hernández López, Fernández Martínez, Casas Fernández, Gerez (Observaciones núms. 28 y 29) y García Morán.

*Peritonitis por larvas de parásitos.*—Son escasísimas las publicaciones a este respecto, de la que tampoco poseemos experiencia alguna; así que nos limitaremos a hacer una breve exposición de lo publicado.

Al hablar del ciclo evolutivo de los vermes en el organismo humano, recogíamos la opinión de Kleber, que suponía, apoyado en sus propios hallazgos y en opinión de diversos autores japoneses, que muchas larvas, en lugar de seguir la vía sanguínea desde el intestino al hígado, serían capaces de atravesar toda la pared intestinal cayendo a cavidad peritoneal, de donde pasarían al hígado y pleura. Según este autor y en opinión también de Blancard (citado por Agostinelli) dichas larvas podrían desarrollarse en plena cavidad peritoneal a estado adulto y allí por puesta de huevos dar lugar a fenómenos reaccionales inflamatorios. En el caso de Kleber, la laparotomía evidenció la existencia de numerosos nódulos en peritoneo de útero, vejiga y Douglas del tamaño de un grano de mijo al de un guisante, duros y calcificados y a más la existencia de un absceso, mostrando el examen histológico se trataba de una abundante siembra de larvas de áscaris en todo el peritoneo, representando los nódulos peritoneales las larvas enquistadas y calcificadas. Polichetti, en su caso, encontró, además de pus igualmente abundante, larvas de ascárides.

Un caso muy parecido a los mencionados es el citado por Hosemann de Schrt (absceso encapsulado en epiplón menor, conteniendo pus y un áscaris macerado y numerosos huevos, a más de abundantes tubérculos extendidos por la superficie peritoneal de estómago e hígado, sin que se pudiese hallar la supuesta per-

foración), en que además fué hallado el gusano que lógicamente dió lugar a la siembra de huevos. Citaremos finalmente la opinión de Gruber, que admite que la presencia de granulomas más o menos marcados en epiplón, etc., es siempre dependiente de la presencia anterior de un áscaris hembra en aquel sitio, ascáride que se puede retirar y emigrar más lejos e incluso en ocasiones volver a introducirse en el intestino.

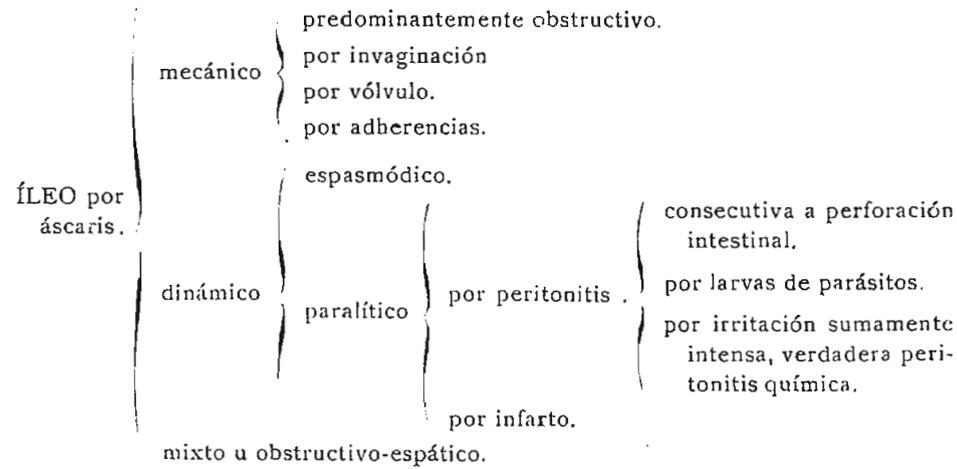
*Oclusión por infarto.*—Únicamente hemos hallado la referencia de Fevre a un caso de Obadaleck de infarto en todo el territorio de la arteria mesentérica superior.

*Ileo mixto.*—Para Hosemann sería este tipo más corriente de íleos, siendo excepcionales los tipos puros. Igual opinión sostenemos nosotros, así que a ellos puede aplicarse lo dicho a propósito de los íleos predominantemente espermódicos y de los obstructivos.

*Otros tipos de oclusiones observados en nuestro material.*—Nuestras observaciones núms. 12 y 23 nos demuestran de qué modo la irritación peritoneal muy intensa, ejercida por los ascárides en un determinado sector intestinal, puede dar lugar a la respuesta peritoneal del asa afecta, de formación de adherencias, las cuales al organizarse (como en nuestro caso núm. 23) complican el primitivo íleo por áscaris, transformándolo en un íleo adherencial, generalmente de sintomatología y trastornos más acusados.

Nuestras observaciones núms. 11 y 13, con hallazgo de líquido peritoneal sumamente turbio y al que suponíamos un origen por intensa irritación química del peritoneo ejercida por los productos segregados o liberados a su muerte por el parásito, nos demuestra el estadio de transición hasta llegar a la verdadera peritonitis química, de la que nuestro caso núm. 27 representa el cuadro completamente desarrollado.

Es decir, que resumiendo en un cuadro nuestros resultados, el cuadro sinóptico trazado al principio de nuestro capítulo quedaría modificado de la siguiente manera:



CUADRO CLÍNICO

Edad.

Del examen de los casos de ascariidiosis publicados en la literatura que han dado lugar a síntomas clínicos llamativos por parte del abdomen y que en ocasiones han motivado intervenciones quirúrgicas, se desprende la extraordinaria frecuencia en los

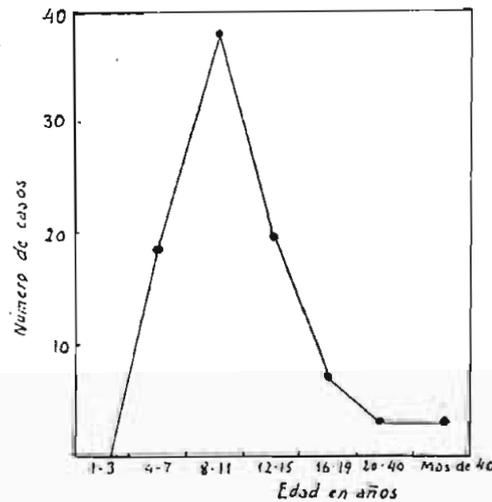


Figura 3.

niños y su mayor rareza en adultos y mayores. Esto, indudablemente, va ligado a la mayor frecuencia en estas edades de asca-

ridiiosis, y así, por ejemplo, Nowak, sobre un material de 1.404 portadores de áscaris, encuentra que el 46'6 por 100 afecta a niños comprendidos entre los 5 y los 15 años.

Por nuestra parte y basados en 90 observaciones clínicas de individuos afectos de ascariidiosis en los que los vermes habían sido causa de enfermedad, encontramos también dicha predilección por edades juveniles, lo que puede observarse perfectamente en el anterior gráfico. Vemos en él que más de las 4/5 partes de los casos corresponden a edades comprendidas entre 4 y 15 años, ostentando la mayor frecuencia los comprendidos entre 8 y 11.

Antes de los 4 años no disponemos de ninguna observación, por no ser asistidos dichos enfermos en nuestro Servicio, pero, sin embargo, según se deduce de la literatura, deben ser por completo excepcionales (niño de 23 meses, en el caso Fernández, Carri y Capurro; de 3 años, en los casos de Watkins y Moss, citados por Fevre).

Sexo.

En la ya referida estadística de Nowak se encuentra un marcado predominio del sexo masculino sobre el femenino (60'3 por 100 y 39'7 por 100, respectivamente), que concuerda bastante con la que él cita de Lechler (quien encontró, respectivamente, el 65'3 por 100 y el 34'7 por 100). Fevre, en su trabajo de recopilación, encuentra también predominio del sexo masculino.

Por nuestra parte, en nuestro material la proporción de ambos sexos viene a ser prácticamente la misma (43 de sexo masculino, 47 del femenino) y contrariamente a las estadísticas anteriores existe un ligero predominio de los enfermos de sexo femenino.

Época del año.

En opinión de Nowak, el ligero aumento de casos observados en su estadística en primavera y primeros meses de verano se debería probablemente al excesivo consumo de frutas y legumbres en esta época, pero, sin embargo, las oscilaciones son tan escasas que cree que no se puede hablar de una frecuencia esencial para determinadas estaciones.

Nosotros, como podemos observar en el gráfico núm. 4, encontramos por el contrario grandes oscilaciones, correspondiendo el máximo de casos observados a los meses de Abril y Mayo,

y si los agrupamos por estaciones del año veremos que casi la mitad de los casos corresponden a la primavera, siguiéndole en frecuencia el invierno, con algo menos de la 1/4 parte y, final-

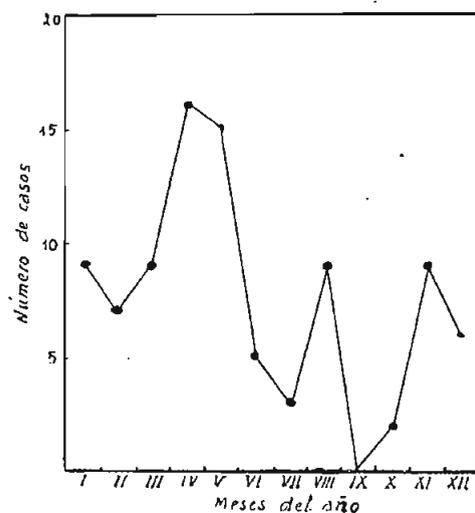


Figura 4.

mente, el verano y el otoño, con un ligero predominio de casos para los meses de verano.

#### ANTECEDENTES DE EXPULSIÓN DE ÁSCARIS

Únicamente las 4/5 partes de nuestros enfermos habían expulsado áscaris con anterioridad al cuadro doloroso que motivó la consulta. Dicha expulsión, la mayoría de las veces, fué hecha por el ano y mezclados con las heces fecales, siendo mucho más rara la expulsión de áscaris aislados. En un pequeño grupo de enfermos habían sido arrojados por vómitos, siendo también excepcional la salida de los ascárides por la boca, merced a sus propios movimientos.

#### EXISTENCIA ANTERIOR DE MOLESTIAS O SÍNTOMAS POR PARTE DEL ABDOMEN

Los dolores abdominales, semejantes o parecidos al que motivó la consulta, los hemos encontrado en los antecedentes de más

de las 3/4 partes de nuestros enfermos, siendo bastante frecuente que nos refieran haber padecido, no uno, sino varios e incluso muchísimos ataques dolorosos de este tipo.

Otro síntoma valorable en los antecedentes, es la diarrea de origen desconocido, coincidiendo las más de las veces con ataques dolorosos anteriores y más rara vez independientes de ellos. A propósito de esto, Direktorowitsch ha publicado 4 casos de violentas diarreas, con hallazgo de numerosos huevos de ascárides en las heces y que sólo cedieron a una cura antihelmíntica. Las supone debidas a una irritación química del vago, determinada por los productos tóxicos vertidos por los áscaris.

Las diarreas entre los antecedentes las hemos encontrado en el 6'5 por 100 de nuestro material, cifra muy aproximada a la encontrada por Nowak (6'25 por 100) entre sus individuos portadores de áscaris.

Probablemente y en relación con esta intensa acción irritativa ejercida sobre el intestino por los productos de los áscaris, esté el haber encontrado en 3 de nuestros casos (núms. 21, 30 y 33) sangre en las deposiciones, sin que la investigación más minuciosa pudiese aclarar el origen de ellas.

#### VÓMITOS

Aproximadamente una cuarta parte de nuestros enfermos han cursado su síndrome abdominal sin vómitos. En el resto, es decir la mayoría, éstos se han presentado en escaso o abundante número y de carácter alimenticio o bilioso. Suelen ser precoces, apareciendo a poco de iniciarse los dolores, siendo totalmente excepcionales el que los antecedan, y con ellos a veces se expulsan ascárides, si bien esta eventualidad sólo sucede raramente.

#### TEMPERATURA

Muchos enfermos aseguran haber padecido de fiebre durante el transcurso de sus dolores. Nosotros hemos encontrado justamente temperaturas normales, hasta 37°, en la mitad de nuestros enfermos, existiendo en igual proporción casos de hipertermia con valores oscilantes entre 37 y 38°, siendo una excepción valores más altos.

### PULSACIONES

No hemos encontrado nada de particular en el número de pulsaciones que suele guardar proporción con el grado de hipertermia.

#### DOLOR ESPONTÁNEO

a) *Relación con ingestión.*—Con alguna frecuencia hemos podido comprobar en nuestros enfermos la presentación de sus dolores a poco de una ingestión alimenticia, en relación probablemente con la llegada de los alimentos al sector intestinal asiento de los áscaris. Esta relación, que a veces puede ser atribuída a la casualidad, resulta bien patente en nuestros casos 47, 73, 78 y 81. Por el contrario, hay bastantes casos en que los dolores aparecieron en ayunas sin relación ni influencia por la ingestión alimenticia.

b) *Comienzo.*—En algo más de las 3/4 partes de nuestro material, los dolores *ya inicialmente eran fuertes*, sucediendo, en el mayor número de los casos, que alcanzasen el máximum bien *al comienzo* o a poco de *iniciado el cuadro* y con bastante menos frecuencia una vez pasada la primera o primeras horas.

c) *Carácter del dolor.*—En algo más de la mitad de ellos el dolor ha sido intermitente, con pausas de desaparición completa muchas veces en forma de retortijones en que los dolores adoptan un tipo rítmico de aparición. Con bastante frecuencia han sido continuos, sin pausas de desaparición, ahora que no con una intensidad constante, sino generalmente con exacerbaciones bruscas. Y, en fin, algunas veces hemos podido observar ambos tipos de dolores alternando en un mismo enfermo.

d) *Asiento e irradiaciones.*—Aproximadamente en más de las 3/4 partes el dolor permanece sin irradiarse, más o menos fijo a un sitio determinado, siendo los dolores periumbilicales y los de fosa ilíaca derecha los más frecuentes. Hay que tener en cuenta que el asiento de estos dolores es variable, no sólo de unos individuos a otros, sino en un mismo individuo en cuadros distintos e incluso, aunque muy raramente, dentro de un mismo cuadro.

En cuanto a las irradiaciones del dolor encontramos que, en un 10 por 100 aproximado de casos, los dolores que comenzaron periumbilicales o generalizados, acabau por irradiarse y fijarse

en fosa ilíaca derecha, lo que tiene importancia a nuestro modo de ver, ya que este tipo lo adopta con frecuencia el dolor apendicular.

e) *Evolución del dolor durante todo el síndrome.*—Si seguimos la evolución de la intensidad del dolor durante todo el tiempo de duración del cuadro, observaremos que más de la mitad de los enfermos tienen lo que hemos dado en denominar curso *anárquico*, entendiéndose por ello aquellos enfermos en los que si se hiciese una curva gráfica de la intensidad de su dolor en los distintos momentos obtendríamos, no una trayectoria más o menos uniforme o regular en sentido creciente o decreciente, sino una curva de grandes oscilaciones y más o menos caprichosa, completamente distinta de unos a otros enfermos. En una cuarta parte se obtendrá un curso *irregular*, con vaivenes más o menos bruscos, pero en grado menos acentuado que el anterior y finalmente en el resto, es decir, otra cuarta parte, la intensidad del dolor, representado en forma gráfica, daría una trayectoria *regular*.

Agrupando a los enfermos por número de horas transcurridas de cuadro y clasificándolos con arreglo a este criterio, vemos que los que hemos dado en llamar curva regular de intensidad han sido casi siempre enfermos examinados a las pocas horas de su accidente doloroso y en ellos, como es natural, dado el poco tiempo de proceso, no se han hecho bien ostensibles estas diferencias de intensidad, mientras a los de curso anárquico pertenecen aquellos de muchas horas o días de cuadro, estando intercalados entre ambos los de curso irregular.

#### DOLOR PROVOCADO

Para las distintas localizaciones hemos encontrado las siguientes cifras :

Exclusivamente en fosa ilíaca derecha ... ..	30	por 100
Generalizados ... ..	13	por 100
Mitad subumbilical ... ..	5	por 100
Máximum en fosa ilíaca derecha ... ..	12	por 100
Idem a nivel de región periumbilical ... ..	12	por 100
Idem en mitad subumbilical ... ..	6'5	por 100
Idem en mitad izquierda ... ..	6'5	por 100
Sin dolor, aunque sí espontáneos ... ..	12	por 100

Donde vemos que el tipo de dolores predominantes son los de fosa ilíaca derecha, bien con dolor exclusivo en este sitio o radicando el máximum en él, siguiéndole en frecuencia los dolores generalizados o con máximum a nivel de región periumbilical.

Ahora bien, creemos de la mayor importancia señalar, por haberlo encontrado en la inmensa mayoría de las ocasiones, el contraste y falta de paralelismo entre la intensidad de los dolores espontáneos (generalmente de mucha más intensidad) y los provocados a la palpación, que hace que incluso en un 12 por 100 falten éstos existiendo aquéllos. Menos veces sucede lo contrario, que no existiendo dolores espontáneos los haya provocados, si bien cuando esto ocurre suelen ser los últimos muy ligeros, no existiendo entonces un contraste muy acusado. Y no sólo esto, sino que lo mismo que decíamos que en los dolores espontáneos su intensidad variaba corrientemente con grandes oscilaciones dentro del cuadro doloroso, sucede exactamente igual, aunque mucho menos acusado, con los dolores provocados, hasta el punto que salvo una de las complicaciones mecánicas (de vólvulo, íleo adherencial, etc.) o de peritonitis, explorando en distintas ocasiones y espaciadamente a los enfermos, es muy frecuente que encontremos una distinta intensidad de dolor e incluso, a veces, una localización distinta.

#### DATOS DE PALPACIÓN

En el 43 por 100 de nuestro material, la palpación abdominal realizada en el momento de ingreso resultó completamente negativa. En muy rara ocasión (2 por 100) hemos encontrado distensión abdominal, lo que achacamos a tratarse de íleos predominantemente obstructivo-espásticos, con obstáculo casi siempre más o menos franqueable al paso del contenido intestinal, de modo que la distensión es siempre ligera, salvo alguna de las complicaciones ya descritas de esta clase de íleos.

En un 13 por 100 de casos, hemos podido palpar induraciones correspondientes a asas poco repletas o contraídas, y muy raramente asas que al tacto diesen impresión de estar distendidas.

Con bastante frecuencia (40 por 100) hallamos tumoraciones abdominales, muchas veces visibles a la inspección abdominal, alargadas, de contornos redondeados y desplazables, que al tacto dan sensación de estar macizas, es decir, repletas, y en ocasiones

en que las paredes abdominales han estado muy relajadas y son poco musculosas, se ha podido percibir claramente la sensación de estar ocupadas por áscaris. Incluso han sido percibidas muchas veces por los propios enfermos, que nos refieren que en momentos de dolor generalmente, han notado bultos en el vientre. Consideramos característico de estas tumoraciones el que muchas veces en el transcurso de la exploración se dejan palpar, unas veces mejor que otras, e incluso llegan a desaparecer para hacerlo de nuevo a poco o bien al cabo del tiempo, coincidiendo con dolores espontáneos o bien en ausencia de ellos, si bien la primera eventualidad es la frecuente.

En algunas ocasiones hemos podido observar el siguiente signo palpatorio, consistente en que al verificar la palpación a pequeños golpes, con una pared abdominal completamente relajada, hemos percibido perfectamente el choque de nuestros dedos con el asa repleta a través de una capa líquida, exactamente con la misma sensación que al palpar una cabeza fetal a través de líquido amniótico. Este signo del «peloteo» del asa es explicable perfectamente, teniendo en cuenta nuestros hallazgos anatomopatológicos de encontrar con gran frecuencia, a más de asas repletas de ascárides, líquido más o menos abundante de reacción peritoneal.

El número de asas repletas palpadas ha sido corrientemente único, sin que sea una excepción (13 por 100) el haber hallado 2 e incluso 3 asas.

#### CURSO DE LAS HECEs FECALES

En la mayoría de nuestros enfermos no ha habido dificultades durante el transcurso de su cuadro abdominal, para la defecación. Solamente el 20 por 100 aproximado de enfermos tuvieron retención más o menos completa —generalmente incompleta— para la emisión de heces y gases, que en muchos de ellos pudo vencerse con un enema.

Por el contrario la diarrea, acompañando al síndrome abdominal, la hemos encontrado en el 18'5 por 100 de nuestros enfermos, rara vez (4'5 por 100) precediéndole y persistiendo durante él. Ya mencionamos anteriormente la opinión de Direktorowitsch de que eran debidas a una excitación vagal ejercida por los productos tóxicos vertidos por los áscaris.

RECuento Y FÓRMULA LEUCOCITARIA

No hemos encontrado ningún trabajo de conjunto acerca de esta cuestión en las diversas publicaciones consultadas, donde en la mayoría hacen mención a la opinión corriente admitida, de existencia de eosinofilia en los casos de ascariidiosis. Son muy escasos los casos publicados en que se hayan efectuado fórmulas leucocitarias, y la falta de eosinofilia en algunas de ellas causa extrañeza a los autores. Así Schubert, que ha practicado a veces fórmulas en accidentes más o menos agudos, dice haber encontrado frecuentemente falta de eosinofilia. Jadevaia, que en un enfermo con obstrucción ascariidiana hizo recuentos y fórmulas seriadas, encontró al principio leucocitosis con polinucleosis y eosinopenia, que fué decreciendo en el transcurso de los días a la par que aumentaban los eosinófilos, hasta llegar a franca eosinofilia, que desapareció con la expulsión de los áscaris. Respecto a la génesis de tal eosinofilia, se supone que se debería a la acción tóxica ejercida por los productos ascariidianos al actuar elevando el tono del parasimpático.

Por nuestra parte y para el estudio de esta cuestión, contamos de nuestro material con un conjunto de 72 recuentos y fórmulas, muchas veces haciendo un estudio seriado de ellas. Las variaciones en el número de leucocitos, así como la de los distintos elementos integrantes de la fórmula, la hemos expresado en grados diversos con arreglo al esquema siguiente :

	Normal	Ligera	Mediana	Intensa	Muy int.
Leucocitosis	6-7.000	8-11.000	12-15.000	16-19.000	Más de 20.000
Basófilos	1				
Eosinofilia	3	5-8	9-12	13-16	17
Mielocitos	0				
Metamielocitos	0	1-3	4-6	7-9	10
Cayados	4				
Segmentados	63	68-72	73-77	78-88	89
Linfocitosis	23	25-29	30-34	35-39	40
Linfocitopenia		18-21	14-17	10-13	Hasta 9.
Monocitosis		6			

Hemos estudiado separadamente las variaciones, con arreglo al número de horas, experimentadas por los distintos elementos integrantes de la fórmula, y encontramos :

NÚMERO DE LEUCOCITOS

a) *En las 12 primeras horas* (18 observaciones).—Aparece leucocitosis en el 94'5 por 100 de los casos y en el resto cifras normales, no habiendo hallado nunca leucopenia.

Las leucocitosis son ya *muy precoces*. Las cifras más corrientemente halladas (33 1/2 por 100) corresponden a valores medianos, siguiéndole los valores ligeros (27 1/2 por 100) e intensos (22 por 100), no siendo excepcionales las leucocitosis muy intensas (11 por 100).

b) *Desde las 13 a las 48 horas inclusive* (18 observaciones).— Existe leucocitosis en el 83 1/2 por 100 de casos y cifras normales en el 16 1/2 por 100, no existiendo tampoco en este grupo ningún caso leucopenia.

Las leucocitosis predominantes son las ligeras (45 por 100), siguiéndole en frecuencia las medianas (33 1/2 por 100) y, finalmente, las intensas (5 1/2 por 100).

c) *De más de 2 días y preferentemente en casos crónicos* (36 observaciones).—La leucocitosis es de 75 por 100, valores normales en el 22 por 100 y aparece leucopenia en un 3 por 100.

También aquí el máximo de frecuencia lo ostentan las leucocitosis ligeras (52 1/2 por 100), le siguen las medianas (16 1/2 por 100) y luego en igual proporción ambas (3 por 100), las intensas y muy intensas.

NÚMERO DE POLINUCLEARES

a) *En las 12 primeras horas*.—Hay polinucleosis en el 78 por 100 de los casos, cifras normales en el 11 por 100 y el resto corresponde en igual proporción (5 1/2 por 100) a valores bajos y muy bajos.

Esta polinucleosis suele ser intensa (50 por 100), siguiéndole ambas en igual proporción (11 por 100) las muy intensas y medianas y, finalmente, las ligeras (5 1/2 por 100).

b) *De las 13 a las 48 horas inclusive*.—Se encuentra polinucleosis en el 56 por 100 de los casos, valores normales en el 22 por 100, cifras bajas en el 16 1/2 por 100 y muy bajas en el 5 1/2 por 100.

Predominan las polinucleosis medianas (27 1/2 por 100) sobre

las intensas (22 por 100) y en muy escasa proporción se encuentran las ligeras (5 1/2 por 100).

c) *De más de 2 días y preferentemente en casos crónicos.*— Sólo hay polinucleosis en el 25 por 100 de los casos, es normal en el 11 por 100 y en el resto, o bien es baja (33 1/2 por 100) o muy baja (30 1/2 por 100), es decir en este grupo predomina la neutropenia sobre la polinucleosis.

Cuando existe polinucleosis, ésta suele ser ligera (16 1/2 por 100) y más rara vez mediana (5 1/2 por 100) siendo excepcional que sea intensa (3 por 100).

#### PRESENCIA DE FORMAS JUVENILES

a) *En las 12 primeras horas.*—Faltan en un 55 1/2 por 100. Existen en escasa cantidad en un 22 por 100, en mediana en un 16 1/2 por 100 y en gran cantidad en un 5 1/2 por 100.

b) *Desde las 13 a las 48 horas inclusive.*—Faltan en un 56 1/2 por 100, aparecen en ligera cantidad en un 33 1/2 por 100 y en regular cantidad y abundantemente en un 5 1/2 por 100, respectivamente.

c) *De más de 2 días y preferentemente en casos crónicos.*— Ausencia total de ellas en el 75 por 100. Existencia ligera en el 22 por 100 y en mediana cantidad en un 3 por 100.

#### NÚMERO DE EOSINÓFILOS

a) *En las 12 primeras horas.*—Hay ausencia total de estos elementos en el 55 1/2 por 100 de casos, eosinopenia en un 22 por 100 y únicamente en el 5 1/2 eosinofilia ligera, correspondiendo el resto (16 1/2 por 100) a valores normales.

b) *Desde las 13 a las 48 horas inclusive.*—Ausencia de eosinófilos en el 72 por 100, eosinopenia en el 5 1/2 por 100, cifras normales en el 11 por 100 y eosinofilia en el 12 por 100 en igual proporción para valores ligeros y medianos.

c) *De más de 2 días y preferentemente en casos crónicos.*— La ausencia total de eosinófilos se encuentra sólo en el 19 1/2 por 100, predominando las cifras normales (39 por 100). Eosinopenia en muy escasa proporción (8 1/2 por 100) y eosinofilia en el 33 por 100, correspondiendo a valores ligeros el 14 por 100,

para medianos e intensos, respectivamente, el 5 1/2 por 100 y para los muy altos de 8 1/2 por 100.

#### NÚMERO DE LINFOCITOS

a) *En las 12 primeras horas.*—Predomina la linfocitopenia (66 por 100), siguiéndole en frecuencia la linfocitosis (22 por 100) y, finalmente, las cifras normales (12 por 100).

La linfocitopenia suele ser intensa (27 1/2 por 100) o mediana (22 por 100), siguiéndole las muy intensas (11 por 100) y, finalmente, las ligeras (5 1/2 por 100).

En cuanto a las linfocitosis, se encuentran un predominio de las ligeras (11 por 100) sobre las medianas y muy intensas (5 1/2 por 100, respectivamente).

b) *Desde las 13 a las 48 horas inclusive.*—Disminuyen los casos de linfocitopenia (44 1/2 por 100) en beneficio de las cifras normales (33 1/2 por 100) y linfocitosis (22 por 100).

Predominan las linfocitopenias ligeras (33 1/2 por 100) sobre las intensas (11 por 100).

En las linfocitosis se encuentran en igual proporción los distintos grados de ella.

c) *De más de 2 días y preferentemente en casos crónicos.*— Eneorme predominio de las linfocitosis (89 por 100) sobre las linfocitopenias (5 1/2 por 100) y cifras normales (5 1/2 por 100).

La linfocitosis suele ser intensa (27 1/2 por 100), ligera (25 por 100), muy intensa (22 por 100) o mediana (14 por 100).

La linfocitopenia hallada ha sido mediana (5 1/2 por 100).

#### NÚMERO DE MONOCITOS

a) *En las 12 primeras horas.*—Predominan la monocitopenia (55 1/2 por 100) sobre la ausencia total de estos elementos (33 1/2 por 100) o el hallazgo de cifras normales (11 por 100). No hemos encontrado ningún caso de monocitosis.

b) *Desde las 13 a las 48 horas inclusive.*—Hemos encontrado en igual proporción cifras normales y monocitopenia (39 por 100), siguiéndole la ausencia total de estos elementos (22 por 100), no habiendo hallado tampoco, como en el grupo anterior, ningún caso de monocitosis.

c) *De más de 2 días y preferentemente en casos crónicos.*—

El primer lugar lo ocupa la monocitopenia con el 52 1/2 por 100, siguiéndole en frecuencia la ausencia de ellos (33 1/2 por 100). La monocitosis aparece, aunque en muy escasa proporción (8 1/2 por 100).

Es decir, que juzgando en conjunto y como se deduce de la comparación de los datos precedentes, tenemos:

1.° Que en las 12 primeras horas y apareciendo ya muy precozmente, existe en la mayoría de los casos *leucocitosis* en todos sus grados, generalmente acompañada de *polinucleosis* intensa y en la mitad de casos aproximadamente de existencia de *formas juveniles*, con un índice, por tanto, alto de desviación nuclear. Los eosinófilos, en contra de lo admitido corrientemente en más de las 3/4 partes de los casos, o *faltan por completo o están en déficit*, y únicamente en un 5 1/2 por 100 de los casos hay eosinofilia ligera. Corrientemente hay *linfocitopenia* muy acusada y monocitopenia o ausencia de monocitos.

Tanto la leucopenia como la monocitosis, no han sido nunca observadas y las linfocitosis en muy escaso porcentaje.

2.° Que desde las 13 a las 48 horas inclusive, *desciende algo* la proporción de leucocitosis, que ya son menos acusadas, así como la polinucleosis. Baja también el índice de desviación nuclear y la existencia de formas jóvenes. Igual conducta de los eosinófilos que en las horas precedentes. Disminución de la linfocitopenia, cuya proporción es ya menor que la de cifras normales y linfocitosis ligeras reunidas. Aumento de monocitos.

Continúan sin hacer su aparición la leucopenia y monocitosis.

3.° Que desde las 48 horas en adelante y en especial en los casos crónicos intermitentes de muy larga duración, persiste aún la *leucocitosis* en las 3/4 partes aproximadas de casos, si bien lo es en grado muy ligero. Rareza de elementos juveniles. *Linfocitosis* en casi el 90 por 100 de casos, con cifras corrientemente altas de linfocitos. Monocitopenia. En cuanto a los eosinófilos, aparece *eosinofilia* en el 33 por 100, con frecuencia de valores muy altos. Sin embargo, más frecuentemente se encuentra eosinopenia o ausencia total de ellos. Aparece aquí por vez primera y en proporción escasísima la leucopenia.

#### EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA SIN ADMINISTRACIÓN ORAL DE MEDIO DE CONTRASTE

No hemos podido hallar ningún trabajo referente a los datos radiológicos obtenidos al explorar estos enfermos ante la pantalla, simplemente en vacío y en posición vertical, siguiendo la conocida técnica de Kloiber, con objeto de evidenciar, no sólo la distensión de las asas en su lucha contra el obstáculo, sino la presencia de niveles líquidos coronados por cámaras gaseosas reveladores de la hipersecreción y estancamiento líquido en dichas asas. Así, pues, nos limitaremos a consignar nuestros resultados tras haber explorado un total de 24 enfermos (ocho con comprobación operatoria), de los que en doce fué seguida tal exploración de administración por vía rectal de un enema opaco seguido en su curso ante la pantalla (técnica de Haenisch).

De este grupo de enfermos únicamente en once obtuvimos datos positivos: en 9 existían niveles líquidos, con sus correspondientes cámaras gaseosas; en 1, con ausencia de niveles, se evidenciaron asas distendidas y, finalmente, en otro, coexistían ambos signos: niveles líquidos y asas distendidas.

Del primer grupo de enfermos, en 2 casos (núm. 42 y 45) se vió un solo nivel líquido central y pequeño en cuadros de 1 hora y 6 días de duración, respectivamente. Varios niveles, generalmente escalonados en la típica forma de en «tubos de órgano», también centrales y que persistieron tras administración de un enema opaco, fueron observados en nuestros casos 67 (fig. 5) y 69. Y, por último, en 4 enfermos el número de niveles líquidos evidenciados fué excesivo, correspondiendo 3 de ellos (números 8, 1 y 44) a casos demostrados operatoriamente de pocas horas, 45 y 48 horas, respectivamente, y uno (caso núm. 23) a un íleo adherencial consecutivo a la intensa irritación local ejercida por los áscaris y de 3 días de duración.

La distensión de las asas sin existencia de niveles líquidos pudimos comprobarla en nuestro caso núm. 27, de peritonitis, a nuestro juicio debida a la intensa irritación ejercida por los ascárides.

Y en cuanto a la existencia de ambos signos radiológicos, evidenciando por tanto un trastorno mecánico mayor y propio por tanto de los íleos por estrangulación o bien por los de obturación con obstáculo generalmente infranqueable y de muchas horas de

duración, únicamente en nuestra observación núm. 26, en que se trataba de un vólvulo, fué observada dicha imagen.

Vemos, por tanto, que si eliminamos los casos de íleo adherencial, peritonitis y vólvulo con sus típicas imágenes radiológicas, para deducir las obtenidas en los íleos por áscaris corrientes, llama la atención, en primer lugar, el escaso porcentaje de casos con hallazgos positivos, porcentaje que de haber sido explorados todos nuestros enfermos, debía ser mucho menor, puesto que



Figura 5. (Observación núm. 67.)

aquí sólo lo han sido una selección que, por tener palpación positiva y prestarse a confusiones con un íleo mecánico de otra naturaleza, era natural que hubiese mayores posibilidades de obtener imágenes radiológicas positivas. Y en segundo lugar, nuestros hallazgos tienen de característico el haber sido siempre muy ligeros, es decir, limitados a la observación de niveles líquidos sin

que existieran asas distendidas reveladoras de una mayor gravedad del íleo, lo que coincide en todo con lo deducido por el estudio de nuestros casos intervenidos operatoriamente y consignado en el capítulo dedicado a Anatomía Patológica de la afección.

Es más, fundándonos en nuestros hallazgos radiológicos, pensamos en presencia de un enfermo con un cuadro radiológico evidente y llamativo (abundantes niveles líquidos, contornos de asas distendidas, etc.), aun cuando la anamnesis y la exploración nos inclinasen al diagnóstico de íleo por áscaris, que dicho caso no sería un caso corriente de íleo, todo lo más una compli-



Figura 6. (Observación núm. 1.)

cación de él (íleo adherencial, peritonitis, vólvulo, etc.), o lo que es más probable, dada su rareza y la frecuencia de ascariidiosis, se trataría de un cuadro severo de íleo en un portador de vermes,

y esta manera de pensar nos la ha confirmado en varias ocasiones la clínica.

El enema opaco, seguido en su curso ante la pantalla, técnica habitualmente utilizada en nuestro Servicio para el estudio radiológico de los diversos íleos y utilizado como complemento del estudio previo en vacío, tiene la ventaja de aclarar si el obstáculo radica en el intestino delgado o en el grueso, aunque en casos excepcionales puede, como en nuestra observación núm. 1, darnos la verdadera etiología del obstáculo al franquear la papilla la válvula íleo-cecal hecha incontinente por los áscaris en ella alojados, dando en el segmento terminal del delgado, lugar a la formación de los típicos defectos de replección ocasionados por los áscaris (fig. 6).

Como detalle técnico, hay que tener en cuenta que a continuación del enema opaco hay que colocar de nuevo al enfermo en posición vertical, para observar la conducta seguida por los niveles en caso de haber sido observados al principio, dado que su completa desaparición indica generalmente el cese del íleo por obstáculo en el intestino grueso, que ha cedido al paso del enema, mientras su persistencia o ligera disminución (la natural al quedar ocultos por la sombra cólica hecha opaca a Rayos X) demuestra de modo indudable ser el delgado el asiento del obstáculo.

#### DEMOSTRACIÓN RADIOLÓGICA DE LOS ÁSCARIS MEDIANTE ADMINISTRACIÓN ORAL DEL BARIO

La primera observación fué proporcionada por Fritz en 1922. Schinz, en 1924, agregó otro caso, y Fritz, en este mismo año, aportó varios más. A partir de entonces las observaciones se han ido multiplicando, y así entre los numerosos casos descritos encontramos los de Giovetti, Lapenna, Pansdorf, Archer y Petersen, Lamarque, Dournes, Morton y Vincent, Ruckensteiner, Barbieri, Polichetti, etc., la mayoría de veces como hallazgos casuales en el curso de una exploración radiológica de vías digestivas.

En España no conocemos más observaciones que las presentadas por Vidal Colomer y Gallart Esquerdo en el III Congreso de Patología Digestiva.

Por nuestra parte hemos explorado un total de 36 enfermos,

la mayoría ingresados en nuestro Servicio con cuadros agudos, habiendo realizado tal exploración una vez cesado dicho síndrome por hacer extensivo a estos casos la regla general de no administrar oralmente bario en los estados de íleo.

*Técnica de la exploración.*—Vincent, Archer y Pettersen, que estudiaron sistemáticamente un grupo de 60 enfermos con existencia de huevos en heces, emplearon el método de administración única, esperando del vaciamiento intermitente del estómago una uniforme distribución de la papilla por el delgado, sede habitual de los ascárides. En principio hacían una radiografía cada hora, hasta la séptima de la ingestión, acabando por hacer sólo tres : a la 1, 2 y 4 horas de administrado el bario.

Pansdorf, en 1927, propuso administrarla fraccionadamente —dando un trago cada 10 minutos hasta ingerir un total de 300-400 gramos—, eligiendo el mejor momento para practicar la radiografía mediante radioscopias de orientación practicadas cada media hora. Aconsejó además el empleo de compresión dosificada y el uso de distintas proyecciones.

Por nuestra parte, solamente en 8 de nuestros casos hemos empleado la administración única, y en el resto, siguiendo a Pansdorf, hemos dado preferencia al método fraccionado. Creemos que la mejor posición a adoptar por el paciente es el decúbito, e incluso en ocasiones el Trendelenburg con objeto de ascender las asas terminales (donde en mayor número suelen asentar los áscaris) introducidas en pelvis menor y poder obrar sobre ellas mediante maniobras de compresión. Esta la consideramos muy conveniente y hasta indispensable a veces cuando existe demasiada cantidad de papilla en un sector intestinal. El haber obtenido las radiografías más demostrativas con escasas cantidades de papilla nos ha hecho preferir las dosis pequeñas y el procedimiento fraccionado; usualmente administramos un total de ocho cucharadas soperas en dos horas para realizar la radioscopia una hora más tarde, que orientará acerca del mejor momento de practicar la radiografía, que la hemos realizado casi siempre con compresión, bien con distintor o la mayoría de veces con la propia placa.

*Signos radiológicos.*—Desde Fritz han sido dados los siguientes signos como patognomónicos de la presencia en el intestino de los ascárides :

- 1.º Replección de tubo digestivo del parásito.
- 2.º Comprobación ante la pantalla de sus movimientos.

- 3.º Defectos de replección.
- 4.º Existencia de líneas finas paralelas.
- 5.º Depósito del medio de contraste sobre el cuerpo del áscaris.
- 6.º Acúmulos de papilla en las asas situadas por encima de ellos.

Estudiemos separadamente los distintos signos en relación con lo comprobado en nuestro material radiográfico adjunto.

A.—La existencia de sombras alargadas y estrechas, a veces aisladas, fueron ya interpretadas por Fritz en el sentido de ser determinadas por el canal intestinal del gusano repleto de medio de contraste, haciéndose sobre todo visible una vez que la papilla ha pasado del tramo intestinal que los aloja, y así ha sido admitido por la generalidad de autores, hasta Wigand, que en 1936, basado en experiencias de perfusión en medio de contraste de áscaris humanos y de cerdo, en radiografías de gusanos que habían sido expulsados tras una exploración radiológica y en que, según él, en los diferentes casos publicados hasta entonces en la Literatura, no había sido demostrada la existencia de un solo gusano, sino de varias sombras generalmente orientadas en sentido paralelo, negó terminantemente tal posibilidad, suponiendo que lo que ocurría era simplemente que la papilla rellenaba los intersticios dejados entre sí por los áscaris al contactar; de aquí que existiera siempre un ejemplar más que rayas se forman. Posteriormente pudo Malchartzeck presentar radiografías en que era evidente la existencia de un solo gusano, y además repitiendo las experiencias de Wigand haciendo radiografías y preparaciones histológicas de secciones de los áscaris expulsados, pudo demostrar de modo indudable que algunos de ellos tenían alojada papilla en su canal entérico.

De nuestro material radiográfico, únicamente en la radiografía de la figura 7 vemos una sombra, marcada por la flecha *a*, que dada la nitidez y perfección de su contorno, pudiese hacer pensar sea debida a la replección del canal digestivo del parásito.

B.—La demostración de los movimientos del gusano ante la pantalla radiológica ha sido señalada por numerosos autores, y en primer lugar por Fritz. Nosotros no los hemos observado nunca, si bien es verdad que tampoco hemos buscado insistentemente este signo de relativo poco valor, puesto que los movimientos peristálticos intestinales pueden inducir fácilmente a confusión.

Y además, que a la radioscopia simple le concedemos mucho menos valor que si va acompañada de radiografía, puesto que en muchas ocasiones nos han pasado desapercibidos con dicho método gusanos que una radiografía hecha a continuación ha puesto en evidencia.

C.—Los defectos de replección han sido señalados por la generalidad de autores como uno de los signos más frecuentes y demostrativos. Unas veces, cuando están en escaso número y situados longitudinalmente, paralelos a la dirección del intestino, se ve perfectamente el vaciado ocasionado por el cuerpo del áscaris,



Figura 7. (Observación núm. 71.)

pero cuando son muy abundantes o están más o menos entrelazados, las imágenes obtenidas semejan las de un panal de abejas, semejantes a las obtenidas en la figura 6, por enema opaco.

Como ya hicimos notar anteriormente, para evidenciar los

defectos de repleción es imprescindible a veces el uso de la compresión dosificada, ya que de no hacerla pueden pasar fácilmente desapercibidos los áscaris, como lo demuestran las radiografías correspondientes a las figuras 12 y 13.

D.—La demostración de sombras tenues, alargadas y paralelas, la hemos hallado con gran frecuencia, y es uno de los signos

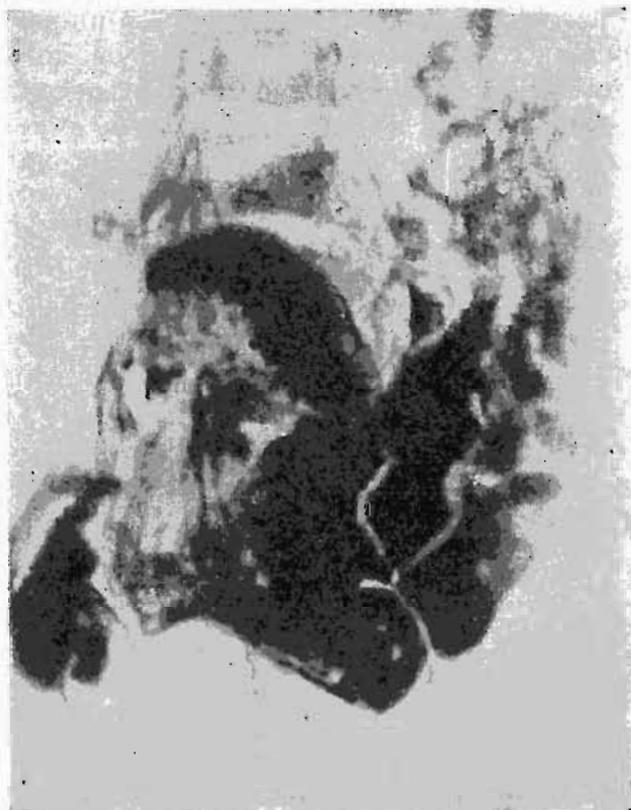


Figura 8. (Observación núm. 63.)

más demostrativos, como puede apreciarse en las siguientes radiografías :

E. Es también muy evidente la demostración radiológica de los áscaris recubiertos de papilla, cuando queda adherida a su superficie una vez que la mayor parte de ella ha pasado del tramo intestinal que los contiene.

A nuestro juicio, y basado en el estudio comparativo de nuestro material radiográfico, ambos signos precedentes : existencia

de líneas paralelas y demostración del áscaris por la papilla que lo envuelve, depende fundamentalmente de un mismo hecho, consistente en el depósito del medio de contraste sobre la superficie del cuerpo del gusano, y discrepamos totalmente de la opinión de Wigand y de los que le siguen, cuando afirman que dichas sombras son ocasionadas por la papilla depositada a lo largo del

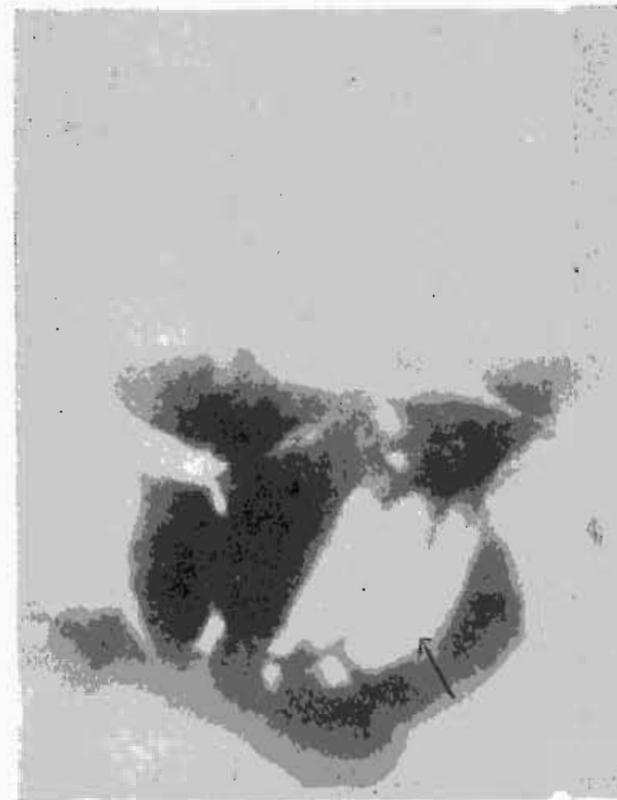


Figura 9. (Observación núm. 68.)

canal que forman cada dos áscaris al contactar, y nos basamos para ello, en primer lugar, en que dada la disposición que ellos adoptan generalmente en el intestino — más o menos entrelazados y con frecuencia constituyendo ovillos— para que diesen una imagen tan uniforme y exactamente paralela, sería necesario que los áscaris no sólo estuviesen adosados perfectamente, sino que siguieran exactamente también la misma dirección, lo que parece poco probable. Mucho más verosímil nos parece a nosotros la siguiente

explicación : Si consideramos, como se representa en el adjunto esquema (figura 29), la sección de un áscaris recubierto uniformemente de una tenue capa de papilla y que es atravesado por los Rayos X, los rayos que lo hagan por su parte central, en el sentido de *a*, atraviesan solamente un espesor muy delgado de substancia opaca de forma que la sombra resultante puede ser tan tenue que quede enmascarada y confundida con la que da en la

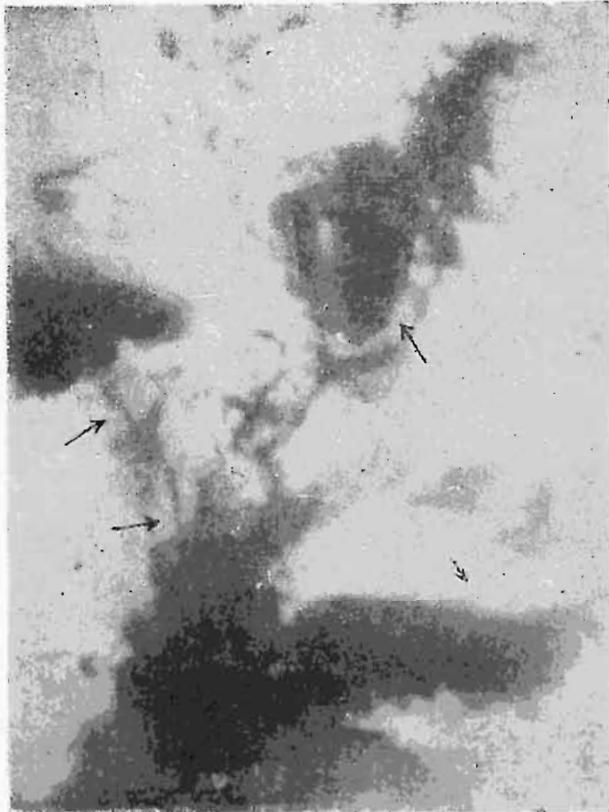


Figura 10. (Observación núm. 60.)

radiografía el espesor del abdomen. En cambio, los rayos que los atraviesen cerca de su borde tangencial, representados por *b* y *c*, al atravesar un espesor bastante mayor de substancia de contraste, darán lugar a la formación de sombras lineales delgadas, bien acusadas y perfectamente paralelas, como las que pueden observarse en las precedentes radiografías. Así, pues, de la cantidad de papilla depositada sobre el cuerpo del áscaris, de su

situación en un asa intestinal más o menos próxima a la pantalla o placa radiográfica y del espesor del abdomen dependería el que se observase uno u otro signo.

F.—Los acúmulos de papilla en las asas intestinales situadas por encima del sitio del obstáculo constituido por los ascárides sólo existirán cuando dicho obstáculo sea algo importante, es decir, debe ser frecuente en estados de íleo más o menos agudos,

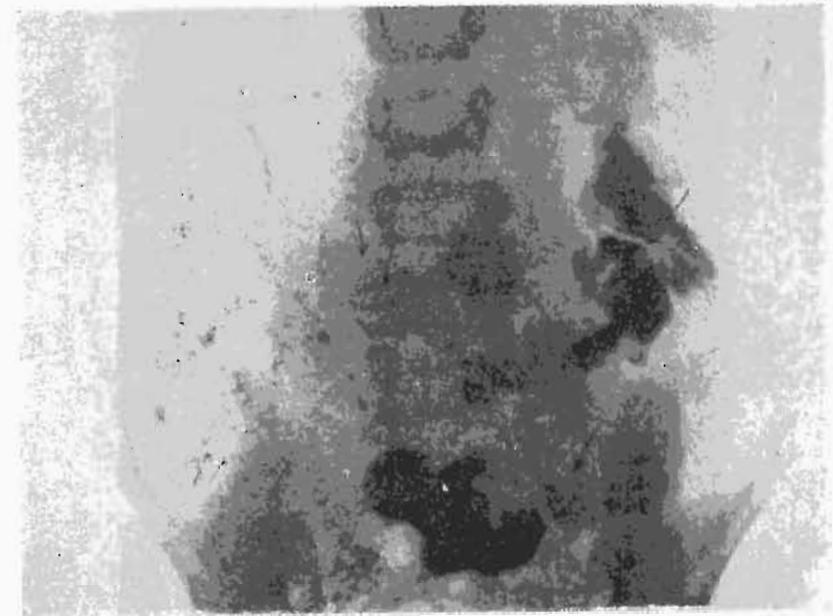


Figura 11. (Observación núm. 84.)

pero al no haber empleado nosotros esta exploración en dichos estados, solamente nos ha sido dado el observarlos en nuestro caso 81 (figura 31).

Un signo que hemos podido observar y que incluimos entre los de ascaridiosis, es el que puede observarse en las radiografías correspondientes a las figuras 30 y 23, consistentes en que al llenarse de papilla opaca un segmento intestinal que aloja una gran cantidad de ascárides, la papilla hace ostensible no sólo el calibre anormal de dicho segmento, sino que evidencia en él la rigidez e irregularidad de sus contornos por las deformaciones impresas por los áscaris.

A nuestro juicio, los distintos signos radiológicos dependen

fundamentalmente de la existencia de medio de contraste en el interior o en el exterior del gusano. En el primer caso, y una vez que la papilla ha pasado del sector que los aloja, aparecerá una fina línea correspondiente al canal entérico repleto. En el segundo, todo dependerá de la cantidad de papilla que contacte con ellos: si es muy abundante, los áscaris aparecerán como defectos de replección e incluso si son muy numerosos podrá evi-

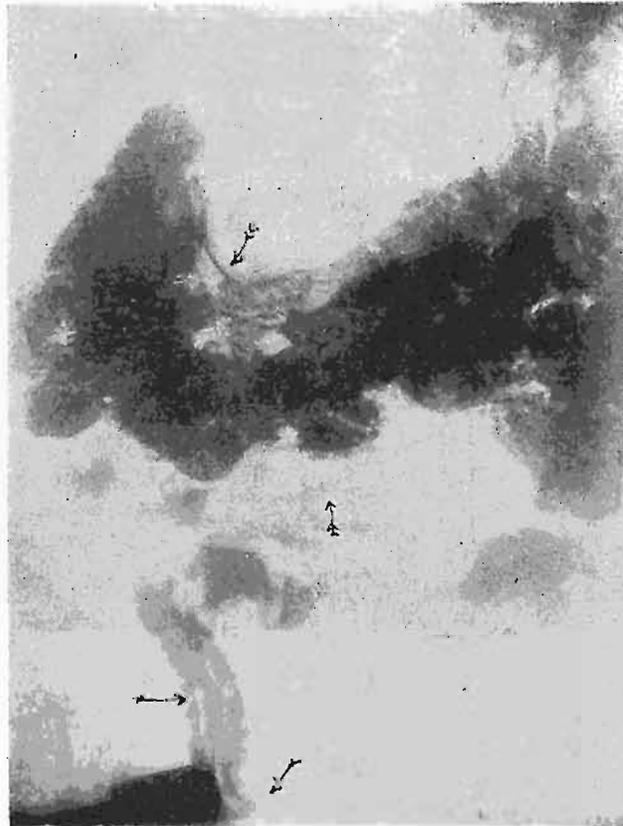


Figura 12. (Observación núm. 21.)

denciarse el tamaño anormal del asa repleta y la rigidez e irregularidad de sus contornos y a veces hasta estancamientos de papilla en las asas anteriores. Si por el contrario la papilla se administra en cantidad escasa o bien ha pasado del sector intestinal donde ellos están, aparecerán, o bien recubiertos de papilla, o con mucha más frecuencia, viéndose únicamente sus contornos en forma de dos líneas perfectamente paralelas.

Con objeto de deducir el valor de este método de investigación, no sólo en lo que se refiere a la demostración de los gusanos, sino para juzgar la cantidad de ellos, localización, etc., hemos procurado establecer una relación entre los datos obtenidos operatoria



Figura 13. (Observación núm. 74.)

o palpatoriamente y los radiológicos, con los siguientes resultados en lo que se refiere al número de gusanos: De 5 enfermos con demostración operatoria, pudo comprobarse en 4 que guardaba una cierta relación el número de imágenes radiológicas con el de áscaris vistos, mientras en el caso restante en que radiográficamente fué demostrado escaso número de gusanos, la intervención probó existían en abundancia. De 18 enfermos con palpación positiva (una o varias asas repletas) y que por tanto es de suponer existieran en gran número los gusanos, en 12 fueron vistas bastantes sombras a Rayos, en 4 casos, muy escaso núme-

ro, y en uno no pudo ser evidenciada ninguna imagen. Por el contrario, en 13 enfermos con palpación negativa, radiográficamente fueron demostrados gran número de gusanos en 3, escaso número en 9, y ausencia total de imagen en uno.

Así, pues, vemos que el dato de más valor es la demostración de los áscaris, cosa que con una técnica adecuada casi siempre se consigue, y que en lo que respecta a la relación entre el número



Figura 14. (Observación núm. 80.)

de imágenes radiológicas (y las supuestas o comprobadas en la intervención) de áscaris existentes, sólo guardan una cierta relación, bastante aproximada a veces, si bien sujeta a numerosas causas de error: aglomeración de los áscaris en un sector intestinal no ocupado por papilla o bien el que ésta haya pasado del sitio que los aloja, al fin y al cabo imperfecciones que una técnica correcta puede subsanar dándole mayor valor a la exploración.

#### DIAGNÓSTICO

Este resulta fácil la mayoría de las veces, teniendo en cuenta algunos de los datos clínicos anteriormente mencionados y que a continuación resumimos:

- 1.º Marcada predilección por edades juveniles.
- 2.º La anamnesis remota proporciona dos datos de gran valor: expulsión anterior de ascárides y existencia, a veces en gran

número, de cuadros dolorosos abdominales ligeros o intensos, realizando con frecuencia síndromes abdominales agudos análogos o parecidos al que motiva la consulta.

3.º Es la anamnesis próxima la que suministra el dato de más valor, no sólo para orientación diagnóstica, sino en ocasiones constituye por sí sola la clave de él. Nos referimos a la forma



Figura 15. (Observación núm. 14.)

de comenzar el síndrome y a su evolución. Este, generalmente, lo hace por *dolor*, síntoma el más llamativo e importante, ya que inicialmente suele ser intenso (tanto que a veces ha hecho incurrir a algunos en el error de intervenir por una supuesta perforación gástrica) y con una evolución en su intensidad típica por sus bruscos cambios, que le imprimen ese sello caprichoso, debido sin duda a la existencia de espasmos intestinales añadidos al obstáculo mecánico que en grado variable constituyen los áscaris.

4.º Los datos de palpación son bien demostrativos cuando son percibidas una o varias asas repletas, a veces con sensación de peloteo por la coexistencia de líquido de reacción peritoneal y menos cuando sólo se tocan asas contraídas o poco repletas. Cuando la palpación es negativa, el dolor provocado —preferentemente localizado a región periumbilical o fosa ilíaca derecha— tiene de característico el ser poco circunscrito y generalmente también poco intenso, no guardando paralelismo, por lo general, con la intensidad del espontáneo.

Es también sumamente característico el que dejando transcu-

rrir un cierto tiempo y explorando nuevamente a los enfermos, nos encontremos, en casos en que anteriormente fueron percibidas asas repletas, el que éstas hayan cambiado de lugar, se palpén mejor e incluso que desaparezcan, o que no habiéndolas palpado antes, se perciban en esta segunda exploración. Y en los casos en que el único hallazgo fuese el dolor provocado, el que



Figura 16. (Observación núm. 72.)

éste, en tal espacio de tiempo, haya cambiado de intensidad e incluso de localización.

5.º En cuanto a la exploración radiológica en vacío en los casos agudos, le concedemos gran valor diagnóstico en aquellos casos de duda, precisamente por la falta o ligereza de síntomas radiológicos que proporciona.

Y en lo que se refiere a la exploración radiológica, previa administración de medio de contraste, puede, una vez pasado el

período agudo, ser de gran valor diagnóstico al evidenciar los áscaris, sobre todo en aquellos enfermos (20 por 100) que nunca los han expulsado.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Revisando los casos publicados en la Literatura y nuestro propio material, vemos que de las afecciones abdominales agudas con las que más frecuentemente han sido confundidos los íleos por áscaris, ocupan el primer lugar la apendicitis y la invagina-



Figura 17. (Observación núm. 69.)

ción, habiendo sido mucho más raro el error con otros síndromes agudos.

*Con la apendicitis aguda.*—Son principalmente los casos de íleos por áscaris predominantemente espásticos y con palpación

negativa los que se prestan a confusión con la apendicitis aguda por tener ambas afecciones una sintomatología global común : 1.° Predilección por edades juveniles ; 2.° Dolor predominante en fosa ilíaca derecha ; 3.° Dolor exclusivo a la palpación a este

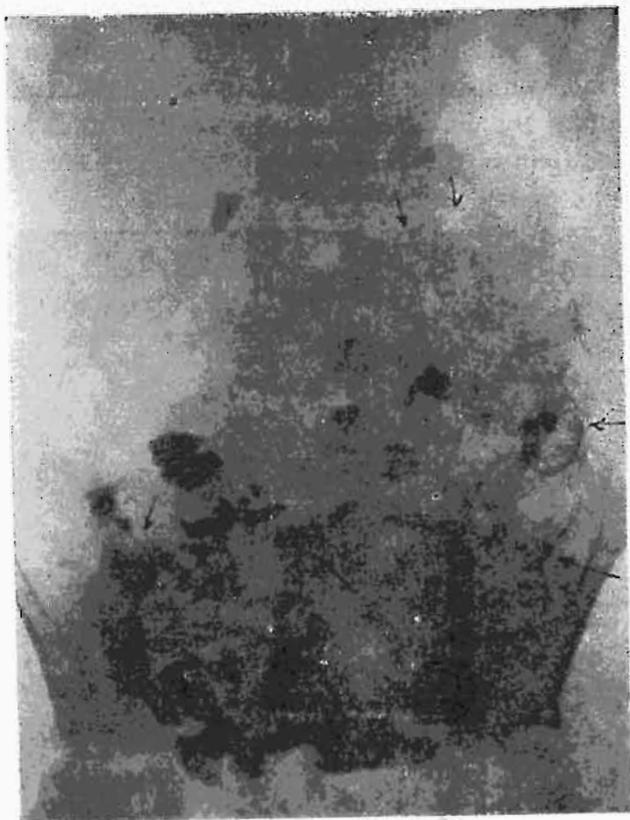


Figura 18. (Observación núm. 67.)

nivel ; 4.° Acompañarse el cuadro de vómitos y fiebre ; 5.° Alteraciones análogas en el recuento y fórmula leucocitaria.

*Diferencias.*—Se refieren fundamentalmente a la forma de iniciarse y evolucionar el dolor espontáneo durante el transcurso del cuadro, y a los datos de palpación.

En la apendicitis, contrariamente a lo que sucede de modo habitual en el íleo por áscaris, el dolor suele comenzar ligero, para ir en aumento gradual hasta alcanzar un máximum —pasadas bastantes horas, por lo general— y dependiendo fundamentalmente de la gravedad del proceso, para después sufrir una de

las siguientes alternativas : o bien, en caso de regresión de la enfermedad, decrecer paulatinamente hasta su completa desaparición, bien mantenerse con alternativas, pero con persistencia generalmente del dolor espontáneo en caso de formación de un plastrón apendicular, o bien tener una exacerbación brusca del

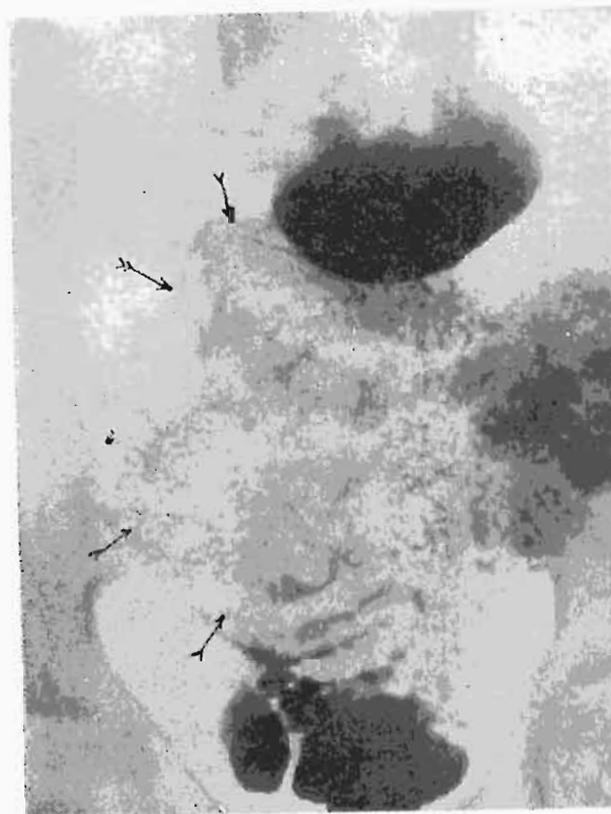


Figura 19. (Observación núm. 50.)

dolor, debida a perforación apendicular, lo que generalmente acontece después de las primeras 24 horas, para seguir una evolución distinta, según sobrevenga una peritonitis generalizada o se limite el proceso constituyéndose un plastrón o absceso apendicular. Es decir, el dolor en la apendicitis suele guardar una curva de intensidad durante el cuadro bastante regular, al menos en sus primeras horas, hasta tanto sobrevienen complicaciones, y cuando ésta se altera aparecen ya otros síntomas que hacen fácil el diagnóstico diferencial.

Los datos de palpación son también característicos, en el sentido que en la apendicitis, aun con palpación negativa, los dolores provocados —habitualmente bastante circunscritos— guardan generalmente relación con la intensidad de los espontáneos, sucediendo precisamente lo contrario en los íleos por áscaris, dife-

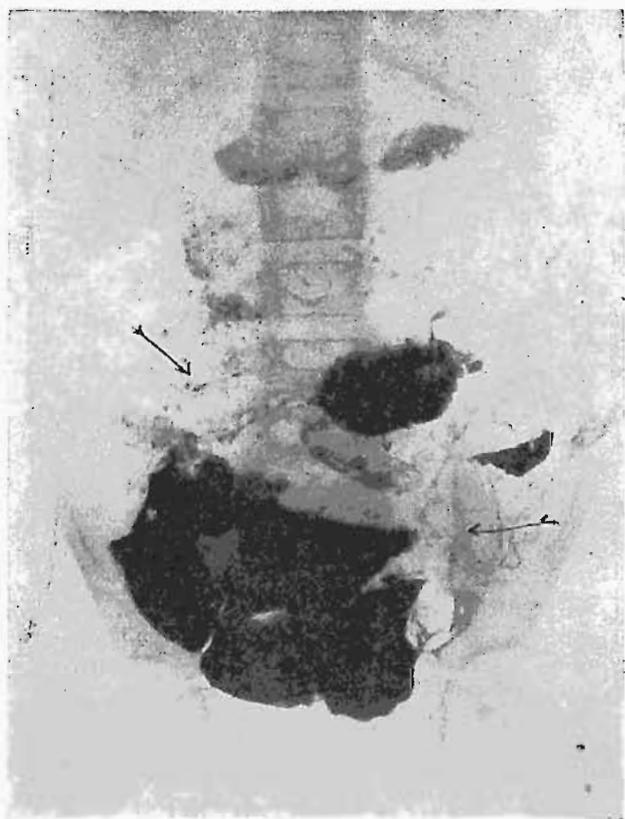


Figura 20. (Observación núm. 79.)

rencias que a veces se marcan de modo mucho más ostensible al someter a un enfermo a vigilancia y explorarlo espaciadamente.

Por otro lado, los datos de palpación en una y otra afección son muy claros para el diagnóstico exacto, y así, por ejemplo, la contractura o la percepción de un plastrón rara vez podrá confundirse con un asa repleta dotada de más o menos movilidad.

En caso de duda puede ayudar al diagnóstico la existencia frecuente, en los casos de ascaridiosis, de emisión anterior de gusanos y la existencia de uno o varios cuadros dolorosos ante-

riores, si bien ambos signos hay que valorarlos prudentemente en aquellas regiones donde exista gran porcentaje de ascaridiosis, como, por ejemplo, hemos tenido ocasión de apreciar en toda la provincia de Santander.

*Con la invaginación intestinal.*—Aquellos cuadros de íleos por áscaris predominantemente mecánicos, con tipo intermitente de dolores y manifestaciones peristálticas de íleo y con percep-



Figura 21. (Observación núm. 85.)

ción de una única tumoración abdominal, fácilmente se prestan a confusión con la invaginación intestinal, máxime cuando incluso los áscaris son capaces de determinarla.

Aquí las diferencias en lo que respecta al modo de iniciarse los dolores, así como a su conducta durante la evolución del cuadro, tienen menos valor que en el caso precedente, puesto que con frecuencia la invaginación comienza con dolor brusco, si bien

la intensidad del dolor y debido a la causa puramente mecánica, suele guardar un tipo regular. Incluso el que en algunos casos de íleos debidos a áscaris, pueda expulsarse sangre por el ano, hace más posible la confusión, aparte que según nuestra experiencia, son frequentísimas las invaginaciones que no dan lugar a tal síntoma.

En términos generales puede afirmarse que los íleos por áscaris en regiones donde existe gran porcentaje de ascaridiosis



Figura 22. (Observación núm. 57.)

son mucho más frecuentes que las invaginaciones, y en general suelen cursar con un cuadro abdominal muy espectacular, pero también muy benigno. Los antecedentes de expulsión de áscaris, así como los cuadros dolorosos anteriores, habrá que juzgarlos también con las naturales reservas.

La verdadera clave diagnóstica puede proporcionarla en la

mayoría de casos la exploración radiológica de los enfermos siguiendo el procedimiento combinado de Kloiber y Haenisch, puesto que la persistencia de una tumoración abdominal tras la comprobación ante la pantalla, de llegada de papilla al fondo del ciego, descarta en absoluto la existencia de una invaginación de delgado en ciego, las más frecuentes, si bien resultará imposible



Figura 23. (Observación núm. 81.)

con este método la diferenciación con una invaginación de delgado en delgado, raras, aunque posibles.

*Con otros tipos de íleos.*—Serán preferentemente los íleos del delgado los que se presten a confusión con los determinados por áscaris, ya que los de grueso son excepcionales en los niños y de fácil diferenciación radiológica, siguiendo la técnica combinada de Kloiber-Haenisch anteriormente mencionada.

No podemos entrar aquí a estudiar detenidamente todos los

tipos de íleo del intestino delgado. Únicamente diremos que para el diagnóstico diferencial tendremos en cuenta, además de los datos anteriormente apuntados, el que la causa más frecuente de íleo del delgado en los niños lo constituyen los áscaris, así como

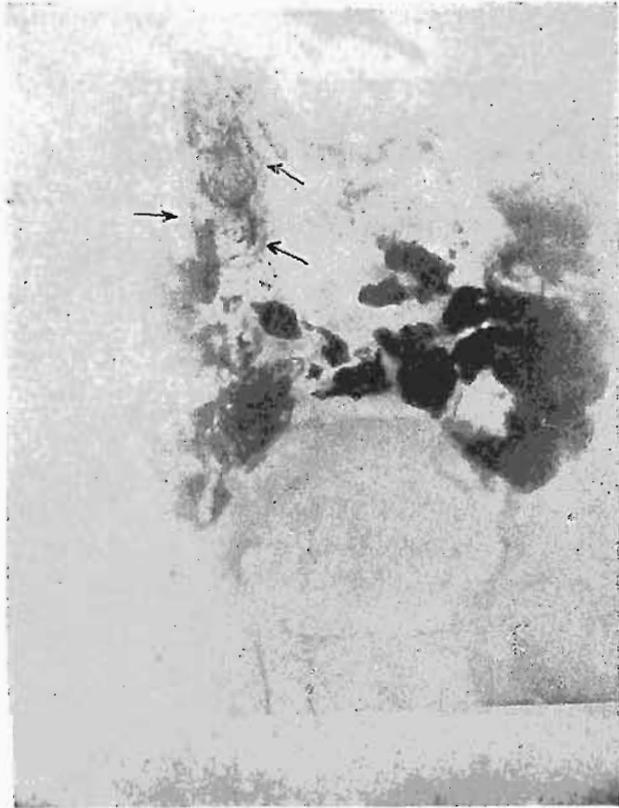


Figura 24. (Observación núm. 13.)

principalmente los datos suministrados por la exploración radiológica en vacío, cuyos resultados ya señalamos anteriormente.

#### TRATAMIENTO

Algunos autores que han observado buenos resultados con tratamiento médico expectante en los íleos por áscaris, abogan en favor de una terapéutica médica, consistente principalmente en el uso de antiespasmódicos y en administración de enemas, para ulteriormente, una vez cedido el cuadro, practicar una cura

antihelmíntica; se basan en que esta clase de íleos —con gran componente espástico— tienen una gran tendencia a la resolución espontánea.

Otros (Herszky, Gankin, Guilleminet, Morenas, etc.), por el contrario, son decididos partidarios del tratamiento quirúrgico.

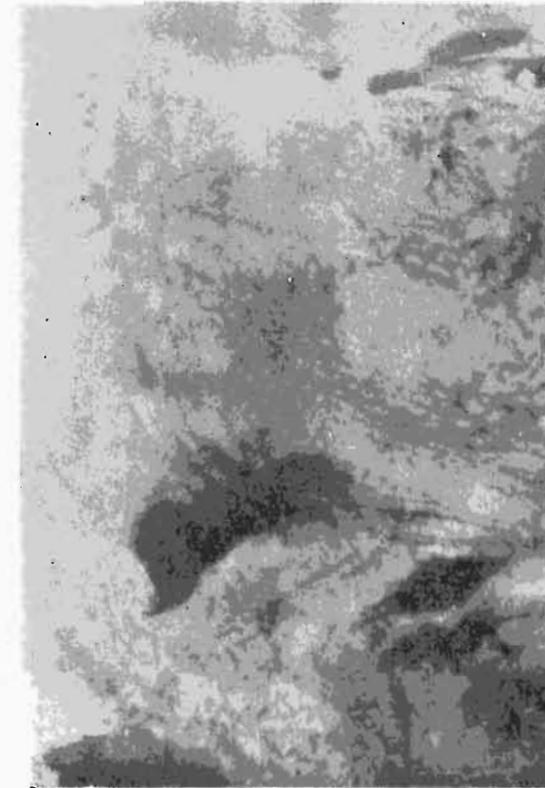


Figura 25. (Observación núm. 46.)

En cuanto a los procedimientos operatorios empleados, han sido muy variados: 1.º Simple laparotomía exploradora, seguida de cura antihelmíntica; 2.º Disgregación del ovillo y expresión de los gusanos a ciego a través de válvula íleo-cecal (Bolyarskiy, Carles y Hecart); 4.º Enterotomía con extracción de los gusanos (García Morán, Liotier, Ho-Dac-Di, etc.); 5.º Abocamiento al exterior —es decir, ano contra natura— del segmento intestinal asiento de la oclusión (Ouaca, citado por Agostinelli); 6.º Resección del asa que contiene los áscaris, en caso de grave altera-

ción de ésta, bien debida a la acción de los áscaris o bien en caso de vólvulo (Cripriano, Perrignon de Troyes y Du Bourguet, etc.).

En favor de la intervención operatoria se muestra la estadística de Anissimowa y Mannheim (citada por Gankin), quienes en 60 observaciones de íleos por áscaris, recogidas de la Litera-



Figura 26. (Observación núm. 87.)

tura, comprueban 4 defunciones en 23 intervenidos, y 21 en 37 no operados.

Las opiniones disienten en cuanto al proceder operatorio. Mientras Gankin, basado en sus 5 casos curados con enterotomía, prefiere este tipo de intervención, Bolyarskiy, apoyándose en una estadística de casos recogidos en la Literatura (22 laparotomías sin enterotomía : 3 muertos ; 23 enterotomías, 6 muertes), cree que la enterotomía conlleva más peligros, al tener que abrir la cavidad intestinal, con el consiguiente riesgo de infección. Perthes (citado por Hernández López) ha publicado también una estadística comparativa de los resultados obtenidos con los diversos procedimientos quirúrgicos, y da las siguientes cifras :

		Muertos
Cierre del abdomen y cura antihelmíntica ...	5	1
Expresión a ciego ... .. .	1	
Enterotomía y extracción ... .. .	12	3

La mayoría de autores sostienen un criterio ecléctico respecto al tipo de intervención (Guilleminet, Morenas, Szabó, Cipriano, etcétera), prefiriendo la movilización a ciego, y de no poderse

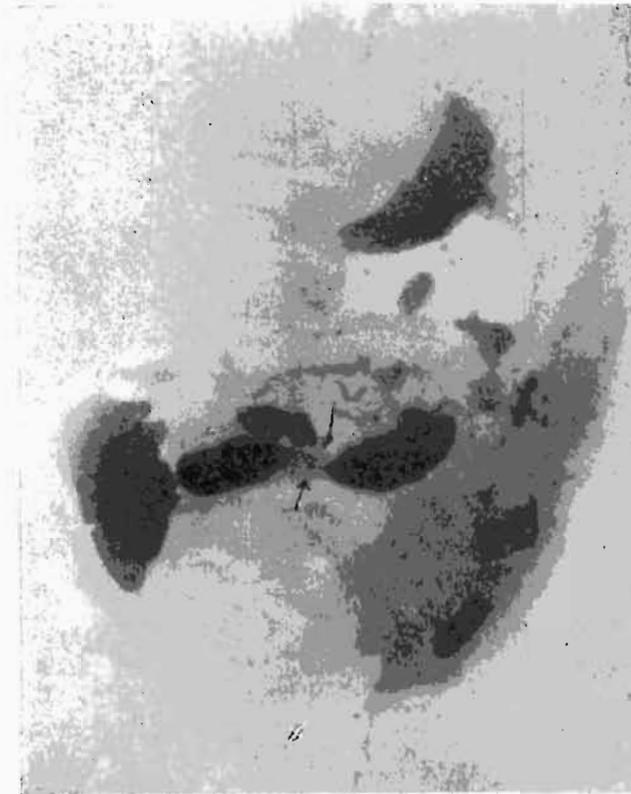


Figura 27. (Observación núm. 33.)

practicar, la enterotomía, e incluso en casos extremos de graves lesiones intestinales, la resección del asa afecta.

Por nuestra parte hemos empleado diversos procedimientos quirúrgicos, con los siguientes resultados :

	Casos	Muertos
Simple laparatomía exploradora.	11	1 (bronconeumonía)
Disgregación simple del ovillo ...	1	
Movilización a ciego ... .. .	3	
Enterotomía y extracción ... .. .	10	1 (de íleo post-operatprio precoz)
Resección del asa ... .. .	1	1

en la que no incluimos nuestros casos de perforación —con curación del enfermo— y de pancreatitis aguda y de peritonitis, ambos seguidos de fallecimiento.

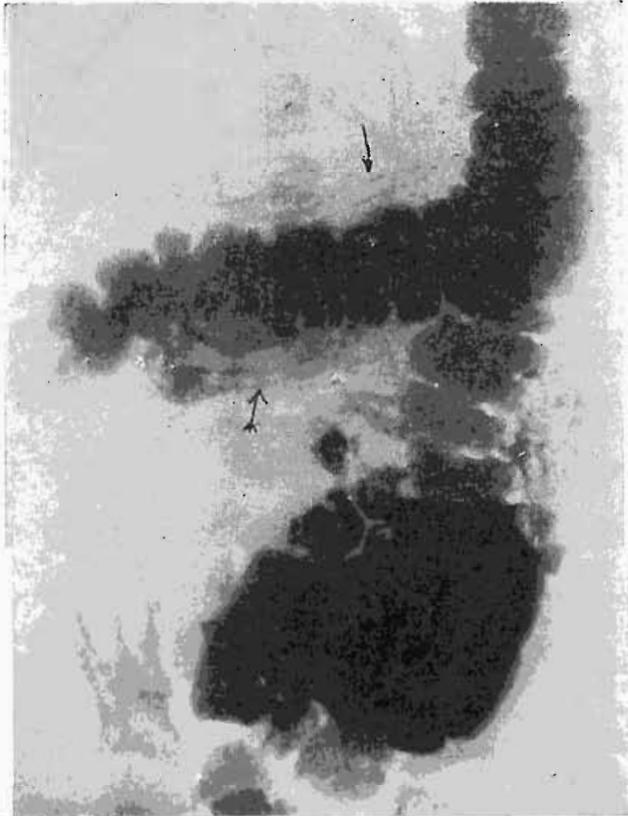


Figura 28. (Observación núm. 80.)

Como se ve en nuestra estadística, aun la simple laparotomía exploradora tiene su mortalidad, igual en nuestros casos a la obtenida con enterotomía, si bien distinta, achacable en el primero a una complicación post-anestésica, y en el segundo causada por la propia enterotomía.

A nuestro juicio, todo depende de la certeza diagnóstica. Cuando se haga de íleo incompleto por áscaris, el tratamiento

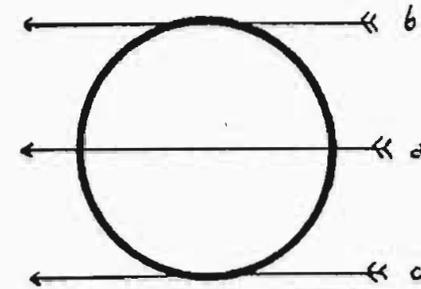


Figura 29.

indudable a seguir será de orden médico : antiespasmódicos, calor local, dieta, aspiración intestinal, y pasados los síntomas abdo-



Figura 30. (Observación núm. 88.)

minales agudos, administración de un preparado antihelmíntico, dando nosotros preferencia al aceite de quenopodio (ya que la santonina, a las dosis usuales, se nos ha revelado en la mayoría de los casos como ineficaz), e insistiéndole sobre todo al enfermo

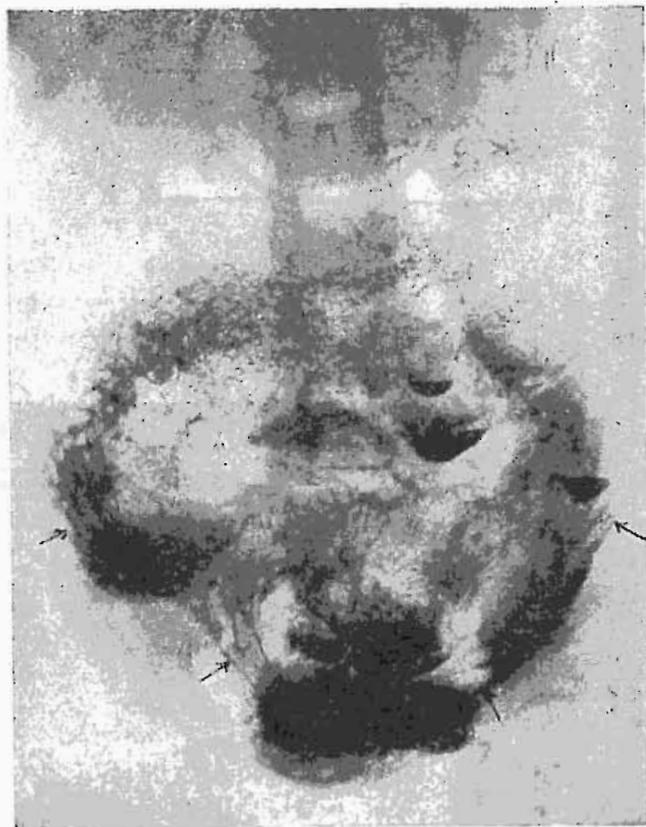


Figura 31. (Observación núm. 81.)

evite las sucesivas reinfecciones, principal medida en el tratamiento de la ascariidiosis (Otto).

El problema de la conducta a seguir se plantea en aquellos casos de duda o en los de existencia de un íleo completo. En el primero, si una cuidadosa vigilancia, bajo régimen de internamiento, no consigue aclarar el diagnóstico, será preferible recurrir a la intervención y obrar en consecuencia con los hallazgos. Aun en casos de íleo completo y a condición de que el estado general no esté muy afectado y no sean muchas las horas transcurridas, podrá ensayarse durante unas horas un tratamiento médico

de prueba —que en muchas ocasiones será suficiente para hacer ceder completamente los síntomas—, pero estando dispuestos en todo momento a la intervención, a la que se recurrirá a pocas dudas diagnósticas que existan o se sospeche por la sintomatología y, sobre todo, por la imagen radiológica en vacío la existencia de una complicación (adherencias, vólvulo, etc.), o bien cuando con tratamiento médico no cedan francamente los síntomas. Respecto al tipo de intervención a efectuar, siempre es preferible de lo menos grave a lo más grave. No estando los áscaris muy lejos de válvula íleo-cecal y pudiendo movilizarse relativamente bien, sin traumatizar el intestino, será preferible tal procedimiento a la enterotomía con extracción, a la que no habrá más remedio que recurrir en casos en que falle el anterior método, o bien el obstáculo esté en porciones muy altas de intestino delgado. Y, naturalmente, en casos de lesiones graves del asa que hagan temer por su nutrición, ocasionadas o por los propios áscaris o por efecto de una torsión, habrá que hacer una exteriorización de dicha asa, en los casos de obstáculo bajo, para restablecer en el plazo más corto posible el tránsito intestinal, o bien en ocasiones de obstáculos altos, etc., habrá que recurrir a la resección del asa.

#### CASUÍSTICA

*Observación n.º 1.*—Niña de 13 años vista en nuestros Servicios de Urgencia el 18-2-42. Nunca expulsó lombrices. Hace 8 días comienza con dolores ligeros, intermitentes y periumbilicales, que a las 3 horas se hicieron intensos y se mantuvieron 4 días con alternativas, acompañados de ruidos intestinales y formación de pequeños bultos en el vientre. Tres vómitos. Algo de fiebre. Diarrea intensa, que ha persistido hasta 21 horas.

Hace 45 horas despierta con intenso dolor periumbilical, más acusado en mitad izquierda del vientre, continuo, con exacerbaciones muy intensas cada 5 minutos, acompañadas de ruidos hidroaéreos intestinales y bultos en el vientre. El dolor fué en aumento las 6 primeras horas, decrece unas horas, vuelve a hacerse intenso y después ligero hasta hace 14 horas, que de repente se hace intensísimo, continuando en el momento de ingreso. No ha cesado de moverse. Dos vómitos. Última deposición diarreica hace 21 horas. Desde entonces no emisión de heces ni gases.

Exploración: Mal aspecto general con cara de rasgos afilados. Temperatura, 37°. Puls. 108. Respiración abdominal casi abolida. Vientre ligeramente abultado, viéndose en su mitad subumbilical y en sentido transversal dos elevaciones alargadas y paralelas que a la palpación se revelan

como asas repletas y duras. Ligero grado de tensión generalizada. Dolor ligero a la palpación, generalizado, menos intenso en tosa ilíaca derecha. Ruidos hidroaéreos a la auscultación del abdomen. Tacto rectal negativo e indoloro.

Fórmula: Leuc., 7.300; miel., 9; metam., 11; cav., 31; segm., 28; inf., 21.

Rayos X: En vacío y en posición vertical gran nivel líquido correspondiente a estómago y varios más pequeños centrales y bajos. El enema opaco puesto a continuación penetra sin dificultad a ciego y franquea la válvula íleo-cecal. Persisten los niveles observados. Se hace una radiografía (figura 6). Durante el curso de la exploración, 3 vómitos, en los que expulsa dos áscaris.

Diagnóstico: Ileo agudo por áscaris con obstáculo en porción terminal de ileon.

Intervención: Éter. Laparotomía de ombligo a pubis. Al abrir peritoneo sale regular cantidad de líquido claro de reacción peritoneal. Hay asas delgadas dilatadas. El obstáculo radica en las tres últimas cuartas de intestino delgado, repletas de áscaris, viéndose perfectamente por transparencia los áscaris a través de la pared intestinal distendida y adelgazada. El asa alcanza un grosor de unos 5 cms. de diámetro. El intestino, situado por encima, está edematoso y dilatado, aunque menos que el sector del obstáculo. Se tocan los áscaris a través de ciego ocupando la válvula íleo-cecal, no encontrándose en éste ninguno libre. El mesenterio del sector del obstáculo tiene numerosos ganglios aumentados de tamaño. Pequeña enterotomía longitudinal en el centro de la «morcilla», extrayéndose con pinza 214 ascárides grandes (figura 2), en su mayoría vivos. Cierre transversal en dos planos y de pared. Curación.

Observación n.º 2.—Enfermo de 13 años visto en el Servicio de Urgencia el 20-4-40. De siempre expulsó lombrices en gran cantidad. Rara vez dolores de vientre, poco intensos. Hace 13 horas comienza con dolores fuertes, periumbilicales, intermitentes —cada 10 minutos— como retortijones, acompañados de ruidos intestinales marcados. Desde hace 7 horas los dolores han disminuído. Con 5 vómitos. No emisión de heces ni gases.

Exploración: Temp., 36°. Puls., 80. Abdomen ligeramente distendido. En mitad subumbilical y palpando a sacudidas se toca una tumoración dura y algo movable a través de capa líquida interpuesta, dando sensación de peloteo. Duele exclusivamente en mitad subumbilical con máximo en línea media. Al cabo de un rato y durante un momento se dibuja en mitad izquierda de vientre el contorno de dos asas intestinales, que por palpación se comprueba que están repletas.

Rayos X: En vacío y en posición vertical no se ven niveles líquidos. Escasa aerocolia en mitad izquierda de vientre. El enema opaco puesto a continuación penetra sin dificultad a ciego.

Diagnóstico: Ileo por áscaris de intestino delgado.

Intervención: Éter. Laparotomía de ombligo a pubis. Líquido amarillento, abundante entre las asas. Cerca de porción cecal de ileon hay un segmento de una cuarta o algo más abarrotado de áscaris. Las asas delgadas no están distendidas por encima del obstáculo. Enterotomía longitu-

dinal con extracción de 37 áscaris muy grandes. Cierre transversal en dos planos. Sutura de pared. Curación.

Observación n.º 3.—Enfermo de 8 años, que acude el 29-12-40 al Servicio de Urgencia, con diagnóstico de su médico de cabecera de apendicitis aguda. Nunca expulsó áscaris. Hace 24 horas comienza con dolores intensos, continuos, con exacerbaciones en mitad subumbilical y máximo en tosa ilíaca derecha, que han continuado hasta su ingreso. Numerosos vomitos. Ignoran si fiebre. Última deposición y ventosidad hace 15 horas.

Exploración: Temp., 37'2. Puls., 100. En fosa ilíaca derecha y en profundidad se percibe mal una tumoración pequeña no bien delimitable y muy dolorosa, siendo el resto del vientre blando e indoloro. Tacto rectal, negativo.

Intervención: Éter. Incisión oblicua en fosa ilíaca derecha. Sale líquido claro de reacción peritoneal en moderada cantidad. A unos 10 centímetros de válvula íleo-cecal y en una extensión de 15 cms. hay un pelotón de áscaris, estando el intestino por encima muy ligeramente dilatado. Pequeña enterotomía con extracción de 53 áscaris grandes, quedando algunos diseminados en el resto del tramo intestinal. Cierre en dos planos y pared. Curación.

Observación n.º 4.—Niño de 10 años visto en el Servicio de Urgencia el 8-5-38. Hace 28 horas comenzó con dolor fuerte en epigastrio, que a poco se irradió y fijó en fosa ilíaca derecha, con vómitos, e ignoran si fiebre.

Exploración: Por palpación y en profundidad parece percibirse en fosa ilíaca derecha una tumoración inmóvil. Dolor ligero a la palpación a este nivel.

Diagnóstico: Apendicitis aguda.

Intervención: Incisión oblicua en fosa ilíaca derecha. Líquido abundante y claro de reacción peritoneal. En porción terminal de ileon, cerca de válvula íleo-cecal, hay un pelotón de ascárides del tamaño de un huevo grande de gallina. Al no poderlos movilizar a ciego, se hace una pequeña enterotomía, extrayéndose 16 grandes áscaris. Cierre transversal y de pared. Curación.

Observación n.º 5.—Niña de 8 años vista de urgencia el 3-6-39, enviada por su médico con el diagnóstico de apendicitis aguda. Con frecuencia padece dolores de vientre generalizados y a retortijones que le duraban de unos minutos a una hora. Hace 28 horas comienza con fuerte dolor generalizado y más intenso en fosa ilíaca derecha. Con 4 vómitos. Desde hace 8 horas los dolores han disminuído. No emisión de heces ni gases.

Exploración: Temp., 37'5. Puls., 80. En hemiabdomen izquierdo se toca una tumoración dura y desplazable más en sentido transversal que en el vertical. No precisa máximo de dolor, pero parece doler en fosa ilíaca derecha. Al final de la exploración la tumoración se ha desplazado hacia la línea media y se toca peor. Tacto rectal, negativo.

Diagnóstico: Ileo ligero ¿por invaginación?

Intervención: Pequeña laparotomía subumbilical media. La última

cuarta de intestino delgado está muy distendida y repleta al máximo de áscaris. En el mesenterio correspondiente, numerosos ganglios. Enterotomía con extracción de 30 áscaris enormemente largos y gruesos, entrelazados en ovillo. Cierre en dos planos y de pared. Curación.

*Observación n.º 6.*—Niña de 13 años ingresada de urgencia con diagnóstico de apendicitis aguda, el 30-4-39. Hace 10 días comenzó con fuerte dolor por todo el vientre, vómitos y fiebre de 38-39°. Persiste 3 días el cuadro doloroso intenso y con deposición diaria, quedando luego con dolor ligero hasta hace 17 horas, y de repente fuerte dolor en fosa ilíaca derecha seguido a poco de vómitos, habiendo hecho su última deposición hace 24 horas.

Exploración: Temp., 37'4. Puls., 100. No deja palpar bien en fosa ilíaca derecha, zona de máximo dolor.

Diagnóstico: Apendicitis aguda.

Intervención: Éter. Laparotomía pararectal derecha. Salida de regular cantidad de líquido claro de reacción peritoneal. Las últimas asas están llenas de áscaris. Se hace una enterotomía, extrayendo 50 y dejando bastantes diseminados por el delgado. Cierre en dos planos y de pared. Curación.

*Observación n.º 7.*—Niña de 12 años vista en el Servicio de Urgencia el 17-1-41 con diagnóstico de apendicitis aguda. Anteriormente ha expulsado alguna vez áscaris. Hace un mes, durante 15 días, diarrea. Desde hace 5 días, a diario y durante una o dos horas en el día, dolores de vientre, en que suele vomitar. Hace 36 horas se hacen muy intensos e intermitentes, generalizados a todo el vientre, con algo más intensidad en epigastrio y fosa ilíaca derecha, acompañados de ruidos intestinales desde hace 24 horas. Con fiebre. Última deposición normal hace 15 horas; a continuación, otra diarreica. A veces ha notado con los dolores abultamientos por el vientre.

Exploración: Temp., 37'4. Puls., 90. En un momento de dolor se ven elevaciones circunscritas correspondientes a asas, más acusadas en la región periumbilical. Se tocan dichas asas duras y dando sensación de estar repletas.

Fórmula: Leuc., 8.500; cay., 3; segm., 69; linf., 26; mon., 2.

Rayos X: En vacío y de pie no se ven niveles líquidos; solamente aire que parece ser cólico. El enema opaco puesto a continuación penetra en ciego.

Diagnóstico: Ileo por áscaris.

Intervención: Éter. Incisión oblicua en fosa ilíaca derecha. Salida de líquido claro abundante, de reacción peritoneal. Aparece casi un metro de intestino delgado terminal repleto al máximo de áscaris. Enterotomía con extracción de 475, dejando aproximadamente de 75 a 100 diseminados en el resto del intestino delgado. Cierre en tres planos y de pared.

Curso post-operatorio: Continúa con dolores ligeros y algún que otro vómito, en los que suele expulsar lombrices, durante los 12 primeros días, con emisión inconstante de heces y gases precisando enemas. Se agrava su estado, ya francamente de íleo, se exacerban sus vómitos (en los que

ha expulsado un total de 67 áscaris), y se decide practicarle una segunda intervención. Una fórmula da: Leuc., 1.500; metam., 4; cay., 25; segm., 20; linf., 50; mon., 1; C. P., 1.

Segunda intervención: Éter. Laparotomía media subumbilical. Se ven asas intestinales muy distendidas y otras chafadas. Las que están en fosa ilíaca derecha están pegadas en bloque a pared abdominal anterior. Existe una torsión intestinal por encima del sitio donde se hizo anteriormente la enterotomía, existiendo una dehiscencia total de dicha sutura. El asa estrangulante, en una extensión de unos centímetros, está sumamente estenosada. Entre la zona de adherencias en fosa ilíaca derecha y la torsión, el intestino está chafado en una extensión de unos 15 centímetros. Dado que el calibre intestinal del asa estrangulante, situado por encima de la sutura dehisciente, está sumamente reducido, se practica una resección del segmento torsionado, haciendo un abocamiento al exterior de ambos cabos y dejando drenaje intraabdominal. Muerte a las pocas horas.

*Observación n.º 8.*—Mujer de 45 años que acude al Servicio de Urgencia el 11-4-41. Hace 48 horas comenzó con dolores progresivos en mitad subumbilical de vientre, con máximo en fosa ilíaca derecha, intermitentes en forma de retortijones y a la terminación ruidos intestinales que oían los que la rodeaban, con formación de pequeños bultos por el vientre. Con numerosos vómitos, expulsando en algunos, áscaris. Dificultad para emitir heces y gases.

Exploración: Temp., 36'9. Puls., 70 (hipotenso). Regular aspecto general. Peristáltica visible y dolorosa. Vientre abultado asimétricamente con máximo en fosa ilíaca izquierda y parte vecina de la derecha. Se perciben asas intestinales rígidas, aunque parecen vacías, así como ruidos metálicos de bazuqueo. Dolorimiento general de vientre, con máximo en región periumbilical.

Fórmula: Leuc., 15.300; cay., 11; segm., 75; linf., 10; mon., 4.

Rayos X: Abundantes niveles líquidos centrales y bajos. No se ven asas distendidas y hay escaso aire. El enema opaco puesto a continuación penetra a ciego.

Diagnóstico: Ileo por obstáculo en intestino delgado, lógicamente áscaris.

Intervención: Raquianestesia. Laparotomía media subumbilical. Aparecen asas delgadas dilatadas y otras chafadas. A unas dos cuartas de válvula hay un manajo de áscaris obturando el asa en una extensión de una cuarta. Se deshace este ovillo y con trabajo se logran trasladarlos a ciego, produciéndose una pequeña rasgadura en el mesenterio en estas maniobras. Hay un pequeño divertículo de Meckel deshabitado, que se infundibuliza. Cierre de pared.

Curso post-operatorio.—Retortijones ligeros, sin palpación positiva los tres días siguientes a la operación. Varios enemas, que provocan deposiciones, no logran expulsar en 17 días ni un solo áscari. Alta.

*Observación n.º 9.*—Niño de 14 años que acude al Servicio de Urgencia el 3-8-39, quien había sido anteriormente visto en la Consulta, por manifestar que desde hacía un mes tenía casi a diario y durante 1 ó 2 horas

dolores periumbilicales continuos con exacerbaciones bruscas, acompañándose de vómitos. Actualmente manifiesta que hace 5 horas comenzó con dolor ligero en fosa ilíaca derecha que fué progresivamente en aumento, alcanzando su máximum a la media hora de iniciado y manteniéndose muy fuerte hasta hace poco, que empieza a decrecer. Hipo. Nunca ha expulsado áscaris.

Exploración : Puls., 84. En lado derecho de vientre hay ratos en que se tocan dos tumoraciones verticales que dan impresión de asas a tensión : otra formación análoga se toca en fosa ilíaca izquierda. Estas formaciones aparecen y desaparecen. Auscultación abdominal negativa. Tacto rectal : Douglas indoloro que no se deja deprimir bien.

Diagnóstico : Ileo ligero, probablemente por áscaris.

Intervención : Éter. Pequeña laparotomía media subumbilical. Último metro de intestino delgado lleno de áscaris «en barra»; hay también bastantes distribuidos por el resto del delgado. Ganglios aumentados de volumen en el mesenterio correspondiente. Disgregación del paquete de ascárid., y movilización de éstos a ciego. Cierre de pared. Posteriormente expulsa con enemas una enorme cantidad de ascárides. Curación.

*Observación n.º 10.*—Hombre de 18 años que acude al Servicio de Urgencia el 26-5-31 manifestando que hace 26 horas tuvo un fuerte dolor en hipocondrio derecho, sin irradiaciones y con vómitos, que le duró solamente media hora. Hace 20 horas nuevo dolor intenso y generalizado, que posteriormente se irradió y fijó a la derecha del ombligo que ha disminuído algo de intensidad. Con vómitos. Última deposición hace 24 horas.

Exploración : Temp., 37'3. Puls., 75. Duele en mitad supraumbilical y sobre todo en fosa ilíaca derecha.

Diagnóstico : Probable apendicitis aguda.

Intervención : Éter. Incisión disociada en fosa ilíaca derecha. Salida de abundante líquido turbio que hay en bastante cantidad entre las asas. Apéndice normal. Aproximadamente medio metro de intestino delgado, a unos 40 cms. de ciego, aparece relleno de muchísimos áscaris. Se disgregan los paquetes de áscaris sin empujarlos a ciego. Cierre de pared.

Fórmula hecha a los 8 días de operado : Leuc., 7.200; eos., 8; cay., 2; segm., 65; linf., 25.

Rayos X : A los 10 días de operado. A las 5 horas de haber administrado la papilla se ve en porción terminal de intestino delgado defectos de replección lineales.

En el curso post-operatorio, ninguna molestia. Casi no ha expulsado áscaris. Cura de santonina. Alta.

*Observación n.º 11.*—Niño de 13 años que acude de urgencia manifestando que hace 3 horas tuvo un dolor muy fuerte periumbilical y vómitos, continuando con ambos en el momento de ingreso.

Exploración : Temp., 36. Puls., 60. En fosa ilíaca derecha, en sentido vertical y siguiendo el borde externo de recto, se toca una formación dura, alargada y muy dolorosa, y otras dos más pequeñas hacia ciego.

Diagnóstico : Impreciso.

Intervención : Incisión disociada en fosa ilíaca derecha. Salida de líquido algo turbio en regular cantidad. Hay dos segmentos de asas delgadas intestinales repletos de áscaris. Uno a 20 cms. de ciego y en una extensión de 30 cms., dando al intestino un aspecto cilíndrico. Otro con bastantes menos áscaris y sin este aspecto del intestino algo más arriba y que se fotografía (figura 1). En la zona correspondiente de mesenterio hay ganglios aumentados de volumen y unas zonas hemorrágicas en éste. No se hace nada. Cierre de pared.

Curso post-operatorio : Desaparecen completamente sus molestias, haciendo un curso normal. No expulsa áscaris en las deposiciones, pese a hacer curas de santonina.

Fórmula a los 3 días de la intervención : Eos., 3; segm., 69; linf., 20; mon., 2.

Rayos X : Exploración radioscópica efectuada a los 10 días de la intervención y a las 5 horas de haber administrado una dosis única. Se ven en intestino delgado defectos de replección.

*Observación n.º 12.*—Enferma de 13 años vista en la Consulta el 8-1-40, que desde hace dos meses tiene dolor continuo y ligero en fosa ilíaca derecha, que en varias ocasiones se ha hecho muy intenso, acompañándose de vómitos. Hace 6 días, además algo de fiebre. Suele tener diarrea.

Exploración : Dolor ligero en fosa ilíaca derecha.

Fórmula : Leuc., 10.450; Bas., 1; eos., 7; cay., 1; segm., 58; linf., 32; mon., 1.

Cinco días más tarde acude al Servicio de Urgencia porque hace seis horas que tuvo un dolor fuerte en fosa ilíaca derecha que le persiste con cinco vómitos y dos deposiciones diarreicas. Listos días anteriores ha expulsado algunos áscaris.

Exploración : En mitad supraumbilical de vientre se toca una tumoración que ocupa casi toda ella, redondeada y sumamente dolorosa, que no permite una palpación detenida.

Rayos X : En vacío en posición vertical no se ve nada anormal.

Intervención : Éter. A un metro de ciego hay en intestino delgado unos 30 cms. o más de intestino delgado distendido y repleto a saturación de áscaris. Hay adherencias sumamente laxas entre delgado y ciego, que se deshacen. Enterotomía transversal y extracción de enorme cantidad de áscaris relativamente pequeños y de uno enormemente grande y gordo (tres veces más que los restantes). Cierre en dos planos de la enterotomía. No se cuentan uno a uno los ascárides extraídos, pero un cálculo aproximado arroja más de 1.000. Curación.

*Observación n.º 13.*—Niña de 4 años que ingresa en el Servicio de Urgencia el 22-10-34. Según su madre, hace 3 meses estuvo durante una hora con dolores fuertes de vientre. Hace 25 días ha estado durante 10 días con diarrea. Luego, bien hasta hace 5 horas, que comenzó con dolor fuerte en fosa ilíaca derecha que a poco se irradió a todo el vientre. Dolió muy fuerte la primera media hora y después decrece paulatinamente, hasta dormirse, para 3 horas más tarde despertar por nuevo dolor fuerte, que se mantuvo 20 minutos con deseos de mover el vientre, sin conseguirlo. Ven-

toseó algo. En el momento de exploración no tiene dolores espontáneos.

Exploración: Temp., 37'2. Puls., 90. Duele exclusivamente en fosa ilíaca derecha. Cuatro horas y media más tarde no aqueja dolor espontáneo y el provocado es menor.

Fórmula: Leuc., 21.600; eos., 1; cay., 11; segm., 71; linf., 16; mon., 1.

Diagnóstico: Apendicitis aguda.

Intervención: Éter. Incisión disociada en fosa ilíaca derecha. Sale escasa cantidad de líquido muy turbio, que hay entre asas intestinales. En último metro de intestino delgado, gran cantidad de áscaris. Intestino de aspecto y color normal. Multitud de ganglios en mesenterio, de los que se extirpa uno para biopsia. (Dr. Sánchez Lucas: ganglio linfático normal). Cierre de herida.

Rayos X: A los 4 días de la intervención, administración fraccionada de papilla (4 cucharadas, una por cuarto de hora; radiografía, a las dos horas y media de la última administración), haciéndose una radiografía (figura 24) en la que se ven áscaris.

Se le da aceite de quenopodio y expulsa 55 áscaris. Curación.

*Observación n.º 14.*—Niño de 14 años visto en la Consulta, que manifiesta que rara vez ha expulsado áscaris, y que hace 4 días comenzó con dolores fuertes de vientre que duraron media hora, como retortijones, sin ruidos intestinales ni bultos. Desde entonces, a diario le ocurre 3 ó 4 veces.

Exploración: Duele ligeramente en fosa ilíaca derecha, sin que se perciba nada anormal.

Fórmula: Leuc., 7.300; bas., 1; eos., 12; metam., 1; cay., 6; segm., 51; linf., 27; mon., 2.

Rayos X: Dos días más tarde se le da una dosis fraccionada de papilla (cada cuarto de hora una cucharada, dando 6 en total) y se practica una radiografía (figura 15) a la hora y media de la última administración, en la que se ven muchos áscaris. Se le manda santonina.

Acude 9 meses más tarde, enviado por su médico de cabecera, para que se le intervenga de apendicitis, y manifiesta que pese a las curas repetidas de santonina ha expulsado solamente muy pocos áscaris y que con frecuencia ha tenido dolores del mismo tipo de los anteriores.

Intervención: Éter. Incisión en fosa ilíaca derecha. Ligeras cantidad de líquido de reacción peritoneal. En último metro delgado hay numerosos áscaris. Ganglios pequeños en el mesenterio. Apendicectomía y cierre de pared.

Se le manda nueva cura de santonina y se da de alta.

*Observación n.º 15.*—Hombre de 18 años que acude al Servicio de Urgencia el 22-8-33 manifestando haber padecido con anterioridad dos cólicos, que su médico de cabecera tituló hepáticos. Nunca ha expulsado áscaris. Hace 5 horas comenzó con fuerte dolor en fosa ilíaca derecha, que a los 10 minutos se hizo intensísimo, teniendo que poner dos inyecciones de morfina.

Exploración: Temp., 38. Puls., 130. No deja deprimir bien la mano

en fosa ilíaca derecha. Duele ligeramente en mitad derecha abdominal, con algo más intensidad en fosa ilíaca.

Fórmula: Leuc., 9.900; cay., 1; segm., 72; linf., 22; mon., 5.

Diagnóstico: Apendicitis aguda.

Intervención: Incisión disociada. Salida de algo de líquido seroso claro de reacción peritoneal. En asas terminales de ileon hay áscaris, pero no muy abundantes. Apéndice normal, que se extirpa. Cierre total de herida. En su curso post-operatorio no se logra que expulse ningún ascaris. Alta.

*Observación n.º 16.*—Niña de 13 años que acude al Servicio de Urgencia el día 11-5-41 manifestando haber expulsado de pequeña numerosos áscaris. Hace un mes, cuadro doloroso abdominal, que duró dos horas. Hace 5 horas comienza con dolor progresivo en mitad derecha de vientre y con máximo en fosa ilíaca derecha, continuo, con exacerbaciones, que ha llegado a hacerse intensísimo. Un vómito.

Fórmula: Leuc., 18.500; bas., 1; meta., 1; cay., 3; segm., 81; linf., 9; mon., 5.

Diagnóstico: Apendicitis aguda, incipiente.

Intervención: Éter. Incisión disociada en fosa ilíaca derecha. Salida de escasa cantidad de líquido claro de reacción peritoneal. Ascaris en regular cantidad en último metro de intestino delgado. Apéndice sano, que se extirpa. Cierre de pared.

En el curso post-operatorio ha tenido algunos días retortijones ligeros. No ha expulsado un solo ascaris. Alta.

*Observación n.º 17.*—Mujer de 19 años que ingresa de urgencia el 0-5-34. Nunca ha expulsado áscaris. Desde hace cuatro meses, con frecuencia, dolores imprecisos en vientre. Hace 6 horas, 5 después de una comida, comienza con dolor en fosa ilíaca derecha, que llegó a hacerse intenso a la hora; después decrece, para volver a hacerse fuerte y doler así hasta poco antes de ingresar, que le han desaparecido casi por completo. Dolor continuo, con exacerbaciones muy bruscas de dolor que duraban unos minutos. Un vómito. Ha puesto dos inyecciones de morfina.

Exploración: Duele exclusivamente y poco en fosa ilíaca derecha; algo más con psoas contraído. Tacto rectal, negativo y poco doloroso.

Fórmula: Leuc., 0.500; eos., 2; cay., 1; segm., 71; linf., 25; mon., 1.

Diagnóstico: Apendicitis aguda.

Intervención: Éter. Incisión disociada en fosa ilíaca derecha. No hay líquido de reacción peritoneal. Apéndice sano, que se extirpa. Las últimas asas de intestino delgado están llenas de áscaris, pero no en disposición de fleo. Cierre de pared.

Curso post-operatorio normal, sin que expulse en sus deposiciones un solo ascaris. Alta con cura de santonina.

*Observación n.º 18.*—Hombre de 19 años ingresado de urgencia con diagnóstico de apendicitis aguda, el 8-5-41, que hace mes y medio estuvo durante dos horas con dolores en el lado derecho de vientre, continuos,

con exacerbaciones, sin fiebre y con un vómito. Después, raramente, y cuando hace ejercicios, dolor en este lado. Siempre que se palpa, ligero dolor en fosa ilíaca derecha. Desde hace 10 días, algo estreñido.

Hace 7 horas comienza con dolores progresivos, continuos, con exacerbaciones en fosa ilíaca derecha, que han ido en aumento hasta hace 3 horas, que alcanzan su máximo, llegando a doler mucho, y después decrece hasta su ingreso, que sólo tiene ligeros dolores espontáneos. Muchas náuseas. Última deposición hace 20 horas, normal. Emisión de gases durante el cuadro.

Exploración: Duele únicamente, y poco, en fosa ilíaca derecha; algo más al comprimir la región ileo-cecal sobre el psoas contraído, dejando deprimir perfectamente la mano. Tacto rectal, negativo y doloroso muy ligeramente.

Fórmula: Leuc., 12.800; cay., 9; segm., 69; linf., 22.

Diagnóstico: Apendicitis aguda.

Intervención: Raquí. Incisión disociada. Abundante líquido claro en cavidad peritoneal. Apéndice sano, que se extirpa. En último segmento de intestino delgado abundantes áscaris, no en disposición de ileo.

Curso post-operatorio normal. No expulsa ningún áscaris. Alta con cura de santonina.

*Observación n.º 10.*—Mujer de 52 años, vista en el Servicio de Urgencia el 22-3-37, que desde hace 3 meses tiene intensa diarrea, que le ha hecho perder 12 kgs. de peso. Hace 32 horas comienza con dolor muy intenso en fosa ilíaca derecha, que se irradia a resto de vientre que se mantuvo muy intenso las 3 primeras horas, quedando luego con dolorimiento hasta hace 20 horas, que vuelve a intensificarse durante 4 horas y doliendo ya exclusivamente en fosa ilíaca derecha, para después quedar sólo con dolorimiento que se le acentúa al moverse o respirar fuerte. Cuatro vómitos, y después náuseas. No emisión de heces ni gases desde el comienzo de los dolores. Un enema con resultado negativo.

Exploración: Duele exclusivamente y de modo intenso en región apendicular. Tactos, rectal y vaginal, negativos y dolorosos.

Diagnóstico: Apendicitis aguda.

Intervención: Raquí. Incisión disociada. Apéndice normal. Ascaris en regular cantidad en porciones terminales de intestino delgado. Cierre de pared.

Curso post-operatorio: Una fórmula al día siguiente, da: Leucocitos, 0.800; eos., 2; cay., 4; segm., 70; linf., 22; mon., 2. No vuelve a tener dolores, y únicamente expulsa unos pocos áscaris. Cura de santonina y alta.

*Observación n.º 20.*—Niña de 13 años vista en urgencia el día 21-4-37, que hace 36 horas comenzó con dolores generalizados de vientre, más intensos en su mitad derecha, que fueron progresivamente en aumento, para después decrecer hasta el momento de ingreso. Cinco vómitos. Última deposición, mediante enema, hace 20 horas.

Exploración: Pulso, 120. Dolor ligero únicamente en fosa ilíaca derecha.

Diagnóstico: Apendicitis aguda.

Intervención: Eter. Incisión disociada en fosa ilíaca. Apéndice normal. En porciones media y terminal del delgado hay regular cantidad de áscaris. Cierre de pared.

Curso post-operatorio normal. Alta con indicación de tratamiento.

*Observación n.º 21.*—Mujer de 35 años vista por vez primera en la Consulta el 25-8-41. Desde hace un año hasta hace un mes, con bastante frecuencia, dolores de vientre, continuos, fijos, a la derecha del ombligo, sin relación ni influencia por las ingestiones alimenticias, de regular intensidad, acompañado a veces de ruidos intestinales. Duraban de media a una hora. Desde hace un mes, los dolores son casi a diario y más intensos, con ruidos intestinales durante y después del dolor. Con náuseas. Rara vez ha expulsado áscaris.

Exploración: Palpación negativa. Duele únicamente y poco en mitad subumbilical, algo más en fosa ilíaca derecha, sin que se perciba un punto máximo. Duele igual al comprimir sobre psoas contraído.

Rayos X: Dos días más tarde se le da una dosis fraccionada de papilla opaca (una cucharada cada cuarto de hora, tomando cuatro en total), y se le hace sólo radioscopia a las dos horas de la última administración, en la que no se ven áscaris.

Se le receta santonina.

Vuelve por segunda vez a la Consulta el 2-2-42, manifestando no haber obtenido ningún resultado con la cura de santonina, pese a haberla repetido, y porque desde hace 15 días tiene los mismos dolores a diario con un cuadro más agudo hace 7 días, que la retuvo tres en cama con fiebre y náuseas frecuentes.

Igual exploración que anteriormente. Se le recomienda atropina.

Vuelve de nuevo el 25-3-42, manifestando encontrarse igual, y que además desde hace dos días, tiene ligera diarrea; 3-4 deposiciones en 24 horas sin moco y con mucha *sangre roja*, que tiene a continuación de los retortijones. No ha perdido peso. Poco apetito.

Hemorragias ocultas tras régimen privado de carne, negativas.

Rectoscopia a 25 cms., normal. No hay hemorroides.

Continúa con estas molestias a diario, y se decide ingresarla para su observación.

Una fórmula da: Leuc., 0.000; eos., 12; cay., 4; segm., 51; linf., 30.

Ingresa en la Clínica el 22-5-42 y manifiesta que pese al calor local y a la atropina han persistido a diario los dolores acompañados de ruidos y a veces de abultamientos circunscritos en el vientre. Con deposiciones pastosas y diarrea cuando tiene los dolores fuertes. Por palpación, dolor generalizado de vientre.

Fórmula 3 días más tarde: Eos., 6; cay., 1; segm., 59; linf., 33; mon., 1.

Permanece 7 días ingresada en la Clínica, con molestias imprecisas a diario, unas veces con dolorimiento generalizado y otras de retortijones con algunos ruidos hidroaéreos, la mayoría de las veces el dolor referido a fosa ilíaca derecha y las menos veces a epigastrio. Y en cuanto a la palpación, siempre negativa, con dolor ligero en mitad subumbilical y más

veces en fosa derecha, dejando deprimir siempre perfectamente la mano a este nivel.

Con diagnóstico de probable ascariidosis intestinal se realiza una laparotomía exploradora.

Intervención: Raqui. Laparotomía pararectal derecha subumbilical. El único hallazgo lo constituye el ver las primeras asas delgadas bastante repletas de áscaris. Resto de órganos intraabdominales, normales.

Curso post-operatorio: No vuelve a tener molestias los 14 días que permanece ingresada. En él se hacen varias fórmulas, cuyos resultados son los siguientes:

31-5-42: Leuc., 7.300; cay., 6; segm., 80; linf., 13; mon., 1.

1-6-42: Leuc., 11.100; eos., 12; cay., 3; segm., 55; linf., 25; mon., 1.

3-6-42: Leuc., 8.700; eos., 10; cay., 8; segm., 56; linf., 22; mon., 3. C. P., 1.

5-6-42: Leuc., 6.700; cay., 16; segm., 55; linf., 25.

8-6-42: Leuc., 7.200; eos., 14; segm., 48; linf., 37; mon., 1.

Sólo ha expulsado un áscaris, a pesar de un tratamiento intenso de santonina. Unos días más tarde:

Rayos X: Dosis fraccionada de papilla (cada cuarto de hora una cucharada, hasta dar 8 en total), seguida a la hora y media de una radiografía (figura 12) empleando compresión, en la que se ven abundantes áscaris.

*Observación n.º 22.*—Niño de 10 años visto en nuestro Servicio de Urgencia el 4-3-30, que hace 15 días estuvo durante 2 con dolores peri-umbilicales que han ido disminuyendo. Cuatro vómitos. Nunca ha expulsado anteriormente áscaris.

Exploración: No deja deprimir bien en fosa ilíaca derecha, único sitio doloroso, aunque poco a la palpación. Tacto rectal, negativo e indoloro.

Fórmula: Leuc., 17.400; cay., 3; segm., 84; linf., 11; mon., 1.

Diagnóstico: Apendicitis aguda ligera.

Intervención: Incisión disociada en fosa ilíaca derecha. Apéndice normal. Última porción de íleon repleta de áscaris, que se movilizan a ciego.

Expulsa con enemas en los días siguientes numerosos áscaris. Curación.

*Observación n.º 23.*—Niña de 9 años que acude al Servicio de Urgencia el 11-2-40, manifestando que hace 3 días empezó con dolores generalizados de vientre e intermitentes, como retortijones, acompañados de ruidos intestinales que podían oír los de alrededor, y formación de bultos. Bastantes vómitos. Hizo deposición el primer día; después, no, aunque expulsó ventosidades con trabajo y mediante enema. Fiebre intensa a diario, hasta 39°. Anteriormente ha tenido tres crisis dolorosas semejantes a la actual, que duraron sólo horas. De siempre ha expulsado áscaris.

Exploración: A la inspección y en un momento de dolor, se percibe el relieve de un asa en fosa ilíaca derecha. Peristáltica visible y dolorosa. Vientre ligeramente distendido. Por un momento se toca en fosa ilíaca

derecha un asa al parecer «entesada», pero no rebleta. Ruidos hidroacéres metálicos a la auscultación abdominal.

Rayos X: En vacío y en posición vertical se ven niveles líquidos centrales y un nivel mayor en lado derecho del vientre. El enema opaco puesto a continuación penetra sin dificultad a ciego.

Diagnóstico: Íleo por áscaris.

Intervención: Laparotomía media subumbilical. Líquido claro abundante de reacción peritoneal. Se eviscera. En estas maniobras se deshace una adherencia entre porción cecal de íleo y porción alta de ciego. En íleon hay una zona inflamada de unos 4 cms. de longitud en forma de placas blanquecinas y otra semejante en ciego, que eran las zonas adheridas. La parte inicial del yeyuno es de aspecto y color normal, pero a medida que nos acercamos a la zona inflamada, éste está más dilatado y de color rojo vinoso. Regular cantidad de áscaris en la porción terminal del delgado, aunque no constituyendo un obstáculo evidente. Ciego móvil por mesenterio íleo-cólico común. Resto de órganos intraabdominales, normales.

Curso post-operatorio: Bronconeumonía al segundo día y fallece al tercero.

*Observación n.º 24.*—Niña de 5 años a la que traen al Servicio de Urgencia el 10-4-40 porque hace 8 días tuvo dolores peri-umbilicales intermitentes sin ruidos intestinales, pero con formación de abultamientos circunscritos en el vientre, que le duraron una hora, cuadro que se repitió hace 4 días y sólo durante media hora. En estos días ha expulsado lombrices. Hace una hora comienza con dolores fuertes por todo el vientre, como retortijones, y sin ruidos intestinales. Con dos vómitos.

Exploración: Vientre ligeramente distendido y tenso. Se tocan perfectamente asas transversales y muy duras. No deja de llorar, por el intenso dolor. Tacto rectal, negativo e indoloro.

Diagnóstico: Íleo agudo por áscaris.

Intervención: Éter. Laparotomía media subumbilical. El intestino, en una extensión de unas tres cuartas, está abarrotado de áscaris, y además torsionado sobre su meso unos 180° en dirección de las manillas de un reloj, correspondiendo los límites de la torsión a los ocupados por la «morcilla» de áscaris. Detorsión. Los ganglios del segmento mesentérico correspondiente están muy aumentados de tamaño. Enterotomía longitudinal con extracción de 150 áscaris bien grandes. Cierre transversal de la enterotomía, y de pared.

Curso post-operatorio: Una fórmula al día siguiente, da: Leucocitos, 23.4000; metam., 5; cay., 3; segm., 77; linf., 11; mon., 4. Hace un curso normal y es dada de alta a los 14 días.

Acude 10 meses más tarde a la Consulta, porque hace 6 días y 3, ha tenido retortijones, con ruidos intestinales y vómitos, que le han durado 4 y 2 horas, respectivamente. Ha vuelto a expulsar áscaris. Se la da cura de santonina.

*Observación n.º 25.*—Hombre de 56 años que acude al Servicio de Urgencia el 3-3-39 con historia de acidismo gástrico post-prandial desde

hace tres años y que hace cinco horas comenzó con ligero dolor peri-umbilical que fué progresivamente en aumento, a la par que se irradiaba a fosa ilíaca derecha. Ha llegado a ser tan intenso, que se le puso morfina.

Exploración: Temp., 37'2. Puls., 50. En la parte infero-interna de fosa ilíaca derecha se percibe una tumoración pequeña y dura, movable y muy dolorosa. Duele exclusivamente en fosa ilíaca derecha. Tacto rectal, negativo e indoloro.

Diagnóstico: Impreciso.

Intervención: Raqui. Laparotomía pararectal derecha subumbilical. Aparece un asa muy distendida en una extensión de 10 cms., rellena por un pelotón de áscaris de color rojo vinoso y torsionada sobre su meso en el sentido de las agujas de un reloj, de 180°. El mesenterio correspondiente tiene ganglios aumentados de tamaño y presenta equimosis. Enterotomía con extracción de 78 vermes. Cierre transversal en dos planos y de pared.

Curso post-operatorio: Tres días más tarde se realiza una fórmula: Leuc., 12.200; cay., 5; segm., 76 linf., 14; mon., 5. Fiebre unos días, que desaparece, dándose de alta a los 7 días.

*Observación n.º 26.*—Muchacha de 15 años presentada en la Clínica de Urgencia el 28-1-43, que manifiesta que de siempre ha expulsado gran cantidad de áscaris, en una ocasión hasta 39, e independientemente también cuadros dolorosos abdominales y frecuentes que le duraban 1-2 días, acompañados de vómitos. Hace 36 horas que, estando acostada, tuvo un dolor fortísimo de región periumbilical, irradiado en seguida a todo el vientre, continuo, con exacerbaciones muy bruscas, que se ha mantenido hasta el momento de ingreso. Sin ruidos intestinales; no formación de bultos. Con 20 vómitos biliosos. Sin fiebre. Ha hecho dos deposiciones escasas y diarreas.

Exploración: Temp., 37'3. Puls., 120, sumamente hipotenso y perceptible sólo en femoral. Muy mal estado general, con cara de rasgos afilados. Vientre algo distendido, con respiración abdominal abolida y tensión generalizada. Dolorimiento general de vientre, algo más intenso en mitad infraumbilical y de ésta en el cuadrante inferior derecho del abdomen. Ruidos hidroaéreos a la auscultación.

Rayos X: En vacío y en posición vertical se ven varios niveles líquidos centrales y el contorno de asas distendidas. El enema opaco puesto a continuación penetra hasta ángulo hepático y empieza a expulsarlo.

Tacto rectal, negativo y doloroso.

Fórmula: Leuc., 30.200; metam., 26; cay., 32; segm., 26; linf., 7; mon., 9.

Diagnóstico: Ileo agudo por áscaris.

Intervención: Dado su mal estado general, se hace con local la laparotomía. Sale líquido sanguinolento, que llena la pelvis menor, y que se aspira. Hay gran sector de intestino delgado, de aspecto verdoso y de olor fecaloideo, torsionado sobre su meso con dos vueltas completas (360°) en sentido inverso a las manillas de un reloj. El tercio superior del yeyuno, es decir, el intestino por encima de la torsión, es de aspecto normal y lleno de columnas de áscaris. Detorsión. El segmento torsionado comprende

desde el límite antes dicho hasta la última cuarta del delgado, que aparece chafada y desprovista de áscaris. El intestino torsionado está ocupado por enorme cantidad de ascárides. Se aspira su contenido líquido, que es sanguinolento y muy rojizo. Se hace una enterotomía y se extraen más de 700 áscaris, falleciendo la enferma.

*Observación n.º 27.*—Niña de 13 años ingresada de urgencia el 14-12-41 que desde hace 5 años expulsa con gran frecuencia y en cantidad áscaris. Desde hace 4 años, con gran frecuencia, retortijones de comienzo fuerte, cada 10 minutos, sin ruidos intestinales y con formación a veces de pequeños bultos por el vientre. Creen que con fiebre. Duraban 3-4 horas. A continuación de los dolores solía expulsar áscaris. Hace 3 días, a las dos horas de una comida, dolor fuerte, periumbilical e intermitente, que desde hace 24 horas se hace continuo, con exacerbaciones, sin ruidos intestinales, dolor que ha ido en aumento hasta hace media hora, que casi ha desaparecido por completo. Muchos vómitos, alimenticios, biliosos y desde hace poco fecaloideos. Durante los dolores ha tomado un purgante, así como una cura de santonina, sin efecto. No emisión de heces y gases desde antes del dolor.

Exploración: Buen aspecto general de la enferma. Vientre uniformemente distendido. Temp., 37'7. Puls., 104. Tensión intraabdominal manifiesta. Dolor generalizado y no intenso de vientre con maximum en mitad subumbilical.

Rayos X: En vacío y de pie no se ven niveles líquidos, y sí más hacia flanco izquierdo el contorno de varias asas distendidas. El enema opaco puesto a continuación penetra a ciego.

Fórmula: Leuc., 16.900; metam., 8; cay., 26; segm., 46; linf., 18; mon., 2.

Diagnóstico: Ileo por áscaris.

Intervención: Éter. Laparotomía media subumbilical. Escasa cantidad de líquido de reacción peritoneal. Las asas delgadas están rojizas, distendidas y cubiertas de algunas membranas blancas y poco adherentes, de las que algunas se envían al Laboratorio para su análisis. (Informe: No se ven bacilos ácidorresistentes; con Gram no se han visto gérmenes). En el tercio proximal del intestino delgado hay una gran cantidad de áscaris, pero no en disposición de íleo. Exploración de resto de órganos intraabdominales, completamente negativa. Cierre de pared.

Curso post-operatorio: Continúa con vómitos fecaloideos y tiene un accidente con convulsiones y pérdida de conocimiento, del que se repone. Continúa empeorando y fallece al siguiente día.

*Observación n.º 28.*—(Publicada anteriormente por Gerez).—Hombre de 18 años visto en el Servicio de Urgencia el 12-6-31, que hace 24 horas padece dolor de vientre intenso, generalizado con maximum de intensidad en fosa ilíaca derecha e hipogastrio. Los dolores han continuado hasta el momento de la exploración, pero han disminuido de intensidad. Retención de heces y gases.

Exploración: Temp., 38'5. Puls., 120. Respiración de tipo abdominal; vientre ligeramente prominente. Dolorimiento general a la presión. Dolor

intenso en fosa ilíaca derecha e hipogastrio. Contractura generalizada poco intensa en hipogastrio, con máximum de intensidad en recto derecho, parte media, y en fosa ilíaca derecha.

Fórmula : Leuc., 8.500; cay., 30; segm., 39; linf., 22; mon., 5.

Diagnóstico : Probable apendicitis perforada.

Intervención : Laparotomía pararectal derecha. Sale gran cantidad de líquido purulento. Membranas fibrinosas escasas entre las asas delgadas. Se encuentra un áscaris libre en Douglas. Apéndice normal. Se explora el intestino delgado y se encuentra a unos 40 cms. de válvula ileo-cecal una perforación del calibre aproximado al del áscaris, situada en el centro de una placa rojiza de un centímetro de diámetro. Cierre de la perforación. Cierre total de la laparotomía. Curación.

*Observación n.º 29.*—(Publicada anteriormente por Gerez).—Mujer de 60 años que acude al Servicio de Urgencia el 7-4-30. Hace dos días comienza a sentir dolores de comienzo brusco y localizados al bajo vientre, que han continuado con alternativas de pausas y exacerbaciones. No son de tipo cólico. Retención de heces y gases.

Exploración : Vientre abultado. No hay contractura. Dolor generalizado con máximum de intensidad en fosa ilíaca derecha. Temperatura, 37 grados. Pulsaciones, 120.

Diagnóstico : Impreciso.

Intervención : Cloroformo. Laparotomía pararectal derecha. Sale gran cantidad de líquido sero-purulento. Apéndice, normal. Se prolonga hacia arriba la incisión. Estómago y duodeno, normales. Vesícula sumamente distendida; a nivel del cuello de la misma se ven adherencias fibrosas. Se aspira una bilis negra. Drenaje en Douglas y colecistostomía. Muerte a los tres días.

Obducción : En la cavidad abdominal se encuentran por todas partes abundante cantidad de pus. No se ve ninguna perforación de los conductos naturales. Al abrir el duodeno llama la atención la existencia de un pequeño orificio en la cara interna de la segunda porción, situado por debajo de la ampolla de Vater. Siguiendo el conducto a que da entrada este orificio, se llega a una pequeña formación purulenta situada por encima de la primera porción duodenal. Dando un corte sobre la cabeza del páncreas, entre este conducto y el colédoco, aparece en el interior de la glándula un verme con los caracteres del áscaris lumbricoides, arrollado en varias vueltas. En los cortes histológicos de la pared duodenal dados a nivel del conducto de emigración del áscaris y en dirección perpendicular a este conducto se encuentra una zona de lobulillos pancreáticos, por encima de la cual se ve la pared intestinal, compuesta exclusivamente de las capas musculares. De la mucosa no queda resto alguno, ni tampoco existe otra formación en su lugar. Existe también una intensa colecistitis ulcerosa y colangitis.

*Observación n.º 30.*—Niña de 5 años vista de urgencia el 22-1-33. Desde hace 15 días tiene con frecuencia retortijones, sin ruidos intestinales ni bultos, que le duran unas horas o minutos. Alguna vez con vómitos. Hace 3 días, en la deposición, un poco de sangre roja.

Exploración : Temp., 30'9. Puls., 90. Exploración abdominal totalmente negativa. Tacto rectal, negativo.

Se ingresa durante 12 días, en que continúa con dolores de vientre y exploración negativa, que ceden con antiespasmódicos. En una deposición expulsa dos áscaris. El examen de heces revela innumerables huevos de ascárides. Se da cura de santonina con resultado negativo. Alta.

Ingresa de nuevo 9 días más tarde, con el mismo cuadro doloroso. Se le repiten varias curas con aceite de quenopodio, y expulsa numerosos áscaris, en deposiciones con abundante moco en que persisten, en extraordinario número, los huevos. Alta.

*Observación n.º 31.*—Niña de 11 años que acude al Servicio de Policlínica el 19-4-33. Hace 6 días que comienza con dolores de vientre, que se han mantenido hasta su ingreso con alternativas de intensidad y de caracteres : continuos el primer día, al siguiente intermitentes, habiendo ratos en que duele continuamente. Máximum de intensidad actual en fosa ilíaca derecha. Ha hecho deposiciones sin expulsar ascárides. Anteriormente ha tenido con frecuencia dolores abdominales del tipo de los actuales. Ha expulsado frecuentemente áscaris. Hace dos años estuvo varios días con diarrea intensa.

Exploración : Dolorimiento general de vientre, con máximum en fosa ilíaca derecha.

Permanece ingresada 17 días, sin dolores y con deposiciones en las que existen abundantes huevos de áscaris. Se hacen dos curas de aceite de quenopodio, siendo negativa la primera y expulsando 12 áscaris en la segunda. Alta.

Se ve de nuevo un mes más tarde y sigue perfectamente.

*Observación n.º 32.*—Niña de 10 años vista de urgencia el día 5-12-31, que manifiesta haber tenido anteriormente numerosos cuadros dolorosos abdominales semejantes al que motiva la consulta. Hace 24 horas, y sin otro trastorno, tuvo varios vómitos, en los que expulsó dos áscaris. Hace seis horas, dolor periumbilical bastante intenso, que posteriormente ha disminuído algo hasta su ingreso.

Exploración : Temp., 37'2. Puls., 64. A la izquierda de ombligo se toca durante un momento de la exploración una pequeña tumoración del tamaño algo más grande de una nuez, dura y dolorosa, así como movable en grado extraordinario, que a poco desaparece. Dolor generalizado y ligero de vientre, con máximum en región periumbilical.

Fórmula : Eos., 1; segm., 61; linf., 37; mon., 1.

Se ingresa siete días, en que está sin molestias, y haciéndosele tratamiento de santonina sin que expulse un solo áscaris. Alta.

*Observación n.º 33.*—Niña de 5 años que trae al Servicio de Urgencia el 23-6-33. De siempre ha expulsado lombrices, y hace 15 días, dos por la boca. Alguna vez diarrea y algo de sangre en las deposiciones. Hace tres horas, a continuación de una deposición, comenzó con fuertes dolores por todo el vientre y vómitos repetidos.

Exploración: Temj., 36'2; puls., 100. Dolor generalizado poco intenso.

Fórmula: Leuc., 13.800; eos., 2; cay., 10; segm., 71; linf., 15; mon., 2.

Rayos X: A las 4 horas de administrar una dosis única de papilla se hace una radiografía (figura 27), en la que se comprueba la existencia de áscaris.

Se ingresa 14 días, en que sin dolores persiste la diarrea, conteniendo gran cantidad de huevos de áscaris. Se le hacen dos curas de aceite de quenopodio, la primera ineficaz por vomitarlo, y en la segunda expulsa siete áscaris. Alta con deposiciones normales.

*Observación n.º 34.*—Niño de 9 años visto de urgencia el 1-2-34. Desde que tiene 8 meses expulsa con gran frecuencia áscaris. Hace 15 días, fuerte dolor en fosa ilíaca derecha, fijo, que se mantuvo durante 12 horas, acompañado de gran cantidad de vómitos, y creen que con fiebre. Hace 26 horas, inmediatamente del desayuno, nuevo dolor, más ligero que el anterior, que le continúa. Sin vómitos.

Exploración: Dolor muy ligero al comprimir ciego sobre psoas contraído.

Fórmula, hecha al siguiente día: Leuc., 8.300; eos., 6; cay., 4; segm., 61; linf., 24; mon., 5.

Observación: Ingresa durante 15 días. Al segundo día, sin dolores espontáneos, se tocan en fosa ilíaca derecha dos formaciones duras y móviles, que desaparecen al cabo de poco rato. Al quinto día, dolores ligeros y vómitos, con exploración negativa. Se hace un tratamiento con santonina y expulsa en dos días una enorme cantidad de áscaris. Alta.

*Observación n.º 35.*—Niño de 9 años visto en el Servicio de Urgencia el 27-3-34. Hace tres días que comienza con diarrea moderada, que ha continuado hasta hoy, que comienza con dolor generalizado de vientre; más intenso en fosa ilíaca derecha. Hace 24 horas, en una deposición, expulsó tres áscaris.

Exploración: Temp., 37'3. Puls., 92. Duele sólo en mitad subumbilical de vientre, con máximo en la horizontal de ombligo, algo más a la izquierda que a la derecha.

Fórmula: Leuc., 8.800; bas., 1; eos., 2; cay., 6; segm., 65; linf., 24; mon., 2.

Observación: El primer día, con atropina, desaparecen sus dolores espontáneos, persistiendo los provocados a nivel de fosa ilíaca derecha. Continúa la diarrea, así como la febrícula. Una cura de santonina al tercer día hace expulsar regular cantidad de áscaris (unos 30), desapareciendo totalmente sus molestias. Alta, dos días más tarde.

*Observación n.º 36.*—Niño de 9 años visto en urgencia el 6-4-35, que hace tres meses estuvo durante 12 horas con intensos dolores periumbilicales, acompañados de vómitos y seguidos en los días siguientes de expulsión de gran cantidad de áscaris. Hace 8 días, nuevo cuadro doloroso y generalizado de vientre, acompañado de vómitos, que duró solamente unas

horas. Ha continuado expulsando lombrices. Hace 11 horas comienza con dolores intensos y periumbilicales irradiados a fosa ilíaca izquierda, continuos, con exacerbaciones bruscas, que fueron decreciendo para desaparecer completamente hace dos horas. Muchos vómitos y náuseas al comienzo. Con algo de fiebre. Una deposición pastosa hace 10 horas, sin áscaris.

Exploración: Temp., 37'6. Puls., 98. Completamente negativa e indolora. Tacto rectal, negativo.

Observación: Se ingresa para vigilancia durante tres días, en que se le administra atropina. Una fórmula dos días más tarde, da: Leucocitos, 10.800; cay., 1; segm., 66; linf., 30; mon., 3. Se le manda hacer cura de santonina y se le da el alta.

*Observación n.º 37.*—Niño de 10 años que ingresa de urgencia el 25-4-1935, que hace dos meses estuvo 8 días en cama por dolores en todo el vientre, continuos, y algo más intensos en mitad izquierda de él. Ligera fiebre. Hace 15 días, dolores de igual tipo, acompañados de fiebre, notando que se le hinchaba el vientre, hasta hace dos días, en que los dolores aumentan de intensidad, acompañándose de vómitos y fiebre.

Exploración: Temp., 37'4. Puls., 80. Vientre muy distendido y doloroso todo él por igual.

Observación: Continúa los dos primeros días con distensión abdominal, pero sin dolores espontáneos, que han cedido con atropina. Al tercero tiene durante la noche muchos retortijones de vientre. Al siguiente día, perfectamente, con abdomen normal. Al quinto aparece de nuevo la distensión abdominal, que se mantiene al siguiente, en que se le administra una cura de santonina, en la que expulsa numerosísima cantidad de áscaris, cediendo completamente todas sus molestias. Alta.

*Observación n.º 38.*—Niño de 7 años visto en la Policlínica el día 20-5-35, que desde hace ocho días tiene dolores en hipogastrio no muy intensos, algo más por la noche que por el día, continuos, con exacerbaciones muy bruscas, quedando entre ellas pausas en que queda muy descansado. Con diarrea; tres deposiciones diarias y vómitos. Creen que ha tenido algo de fiebre.

Exploración: Completamente negativa.

Observación: Al día siguiente, en ausencia de dolores espontáneos, se toca en hipogastrio una pequeña tumoración dura, móvil y poco dolorosa, que ulteriormente desaparece. Al día siguiente tiene dolores espontáneos de igual tipo y localización, con exploración negativa. Se hace cura de áscaris, expulsando solamente uno. Cuatro días sigue bien y se da de alta, recomendando haga curas de santonina.

Una fórmula hecha al segundo día, da: Leuc., 20.000; metam., 4; cay., 6; segm., 64; linf., 14; mon., 12.

Las heces revelan innumerable cantidad de huevos de ascárides y tricocéfalos.

*Observación n.º 39.*—Niña de 8 años vista en el Servicio de Urgencia el 8-11-36, que hace dos horas, a la hora de haber comido, tiene un dolor

intenso por todo el vientre, que le ha continuado intermitentemente y con la misma intensidad hasta el momento de su ingreso. Dos vómitos. Anteriormente ha expulsado con frecuencia áscaris.

Exploración: Temp., 36'5. Dolorimiento ligero en epigastrio y tras ambos rectos infraumbilicales. Auscultación abdominal, negativa. Tacto rectal, negativo.

Fórmula: Leuc., 13.600; eos., 1; metam., 4; cay., 11; segm., 69; linf., 14; mon., 1.

Rayos X: En vacío y en posición vertical solamente se ve moderada aerocolia en lado izquierdo de vientre, sin que se aprecien niveles líquidos.

Observación: Continúa el día de ingreso con retortijones fuertes y vómitos, que ceden a la administración de atropina. En los días siguientes, bien. Cura de santonina, con la que expulsa cuatro áscaris. Se le ordena repetir una cura y se le da de alta.

*Observación n.º 40.*—Niña de 11 años vista el 28-8-39 en nuestro Servicio de Urgencia, que hace seis meses estuvo durante 24 horas con dolores generalizados de vientre, más intensos en fosa ilíaca derecha. Hace 24 horas expulsó un áscaris. Hace cuatro horas, dolor muy fuerte por todo el vientre, de tipo continuo, que se ha mantenido hasta hace media hora, que de repente ha desaparecido casi por completo. Con cuatro vómitos, e ignoran si fiebre.

Exploración: Temp., 37'2. Puls., 92. Dolor ligero en mitad infraumbilical, algo mayor en fosa ilíaca derecha.

Observación: Curso afebril. Sin más molestias, algunos vómitos al segundo día. Expulsa dos áscaris al cuarto día en la deposición. Cura de santonina y alta.

*Observación n.º 41.*—Niño de 10 años que acude a nuestro Servicio de Urgencia el 14-12-39. Anteriormente ha expulsado rara vez áscaris. Hace 15 días comenzó con dolores generalizados de vientre, intermitentes, como retortijones, acompañados de ruidos intestinales, que más tarde se hacen continuos. Con algunos vómitos, en los que expulsó áscaris. Desde entonces, estreñido, precisando enemas para defecar.

Exploración: Vientre algo distendido por gases, más en mitad supraumbilical que en la infraumbilical.

Observación: Está los tres primeros días con retortijones, acompañados de ruidos intestinales. Una fórmula hecha al tercer día, proporción: Leuc., 12.400; eos., 5; metam., 3; cay., 5; segm., 53; linf., 26; mon., 8. Se le da una cura de áscaris, estando los tres días siguientes bien, con retortijones al cuarto, y expulsando el quinto 7 áscaris. Dos días más tarde expulsa 67 grandes áscaris; los tres días siguientes continúa con retortijones, y al cuarto expulsa 30 áscaris más. Vuelve de nuevo con dolores ligeros y unos días más tarde expulsa 2 áscaris. Se le da cura de santonina y alta.

Acude poco después a la Policlínica porque desde hace días ha empezado con dolores bajo reborde costal derecho, en forma de retortijones, acompañados de ruidos intestinales y con formación a veces de un pequeño

abultamiento. En estos días ha expulsado 5 áscaris. Continúa muy estreñido, precisando para detectar poner enemas. A la exploración duele únicamente, y poco, en mitad supraumbilical de vientre. Se le da receta de santonina. Se ha llevado dos meses y medio libre de molestias.

Dos meses más tarde acude de nuevo porque desde hace 8 días, a diario, y una hora después de haber comido, comienza con retortijones a veces fuertes, acompañados de muchos ruidos intestinales. El dolor le suele durar 5 ó 6 horas. Persiste el estreñimiento. Suele expulsar a diario lombrices. Se le insiste en que haga repetidas curas de santonina y tome sulfato de magnesia y atropina.

Acude de nuevo el 17-10-41, por hacer de nuevo su aparición los retortijones, siendo ingresado para ser sometido a

Observación: Continúan al siguiente día los retortijones, con exploración abdominal negativa. Al segundo día, sin dolores espontáneos, se percibe a la palpación abdominal una tumoración pequeña, dura y móvil, en fosa ilíaca derecha, que parece corresponder a un asa delgada repleta. Al día siguiente se le practica una fórmula, que proporciona: Leuc., 11.300; eos., 16; metam., 2; cay., 2; segm., 33; linf., 45; mon., 2. Ceden algo los dolores espontáneos y se administra una cura de santonina, con la que expulsa 16 áscaris y algunos anillos de tenia. Persiste durante algunos días algún ligero retortijón. Cura antihelmíntica sin resultado. Alta.

*Observación n.º 42.*—Enfermo de 8 años que ingresa urgentemente el 9-7-40, manifestando que desde hace algo más de una hora tiene dolores continuos en mitad supraumbilical de vientre, que en algunos momentos se hace intensísimo, con vómitos. Solamente ha expulsado un áscaris hace tiempo.

Exploración: Temp., 37. Puls., 66. A la izquierda y debajo de ombligo se percibe un asa dura y desplazable, al parecer rellena y algo dolorosa. Auscultación abdominal negativa.

Rayos X: En vacío y de pie, bastante aire en parte central de vientre y un pequeño nivel líquido central. El enema opaco puesto a continuación penetra sin dificultad a ciego.

Observación: Ingresó 7 días sin dolores espontáneos y con palpación negativa e indolora. Hace una deposición, expulsando abundantes áscaris. Se le receta santonina y se da de alta.

*Observación n.º 43.*—Enferma de 10 años vista en el Servicio de Urgencia el 9-4-39. Con frecuencia ha expulsado lombrices. Hace cuatro horas comienza repentinamente con dolores generalizados de vientre y muchos vómitos. Anteriormente, hace dos meses, y después en varias ocasiones, ha tenido cuadros dolorosos semejantes al actual, pero menos intensos.

Exploración: Temp., 37'7. Puls., 80. Por palpación profunda se percibe en fosa ilíaca derecha una tumoración alargada, dura y móvil, que da impresión de ser un asa delgada repleta. Duele exclusivamente en fosa ilíaca derecha.

Observación : Permanece 7 días en la Clínica, sin dolores. Con una cura de santouina expulsa numerosos áscaris. Alta.

Observación n.º 44.—Niña de 9 años vista de urgencia el 17-6-40. Es muda, y cuenta su madre que con frecuencia padece de cuadros dolorosos abdominales, en los que se queja de modo intermitente, aunque muy seguido, que muchas veces le entra de repente, y se acompañan a veces de ruidos intestinales y vómitos. Hace una hora comenzó a quejarse repentinamente de dolores de vientre, que se han mantenido con alternativas de intensidad hasta el momento de observación.

Exploración : Temp., 37'5. Puls., 120. En fosa ilíaca izquierda, cerca de pubis, se toca perfectamente una tumoración oblicua, dura, alargada y movable, que debe corresponder a un asa repleta, único sitio doloroso a la presión.

Rayos X : Hay varios niveles líquidos centrales y pequeños. El enema opaco puesto a continuación penetra sin dificultad a ciego. Al expulsarlo, juntamente con él salen dos pelotones de áscaris ovillados.

Fórmula : Leuc., 13.000; bas., 1; cay., 3; segm., 58; linf., 31; mon., 7.

Observación : Permanece tres días en la Clínica sin molestias, y prescribiéndole santouina se le da de alta.

Observación n.º 45.—Pequeña de 8 años ingresada de urgencia el 21-1-40, que hace 15 minutos comienza con intensos dolores por todo el vientre, continuos y con exacerbaciones, con máximum en epigastrio, que van en aumento. Un vómito. Ha tenido algunos ruidos intestinales coincidentes con las exacerbaciones. Hace dos días expulsó tres grandes áscaris.

Exploración : Temp., 36'8. Puls., 120. Duele ligeramente, y poco, por todo el vientre, sin máximum.

Observación : Permanece dos días en la Clínica, sin molestias. Receta de santouina y alta.

Acude de nuevo a Urgencia tres meses más tarde, manifestando no haber tenido dolores hasta hace 18 horas, que comienza con dolores peri-umbilicales intermitentes, acompañados de ruidos intestinales y de formación de pequeños bultos por el vientre, que aparecían y desaparecían. Los dolores han ido en aumento hasta el momento de ingresar, en que se queja muchísimo. Dos vómitos. Detención de heces y gases.

Exploración : Temp., 37. Puls., 80. En fosa ilíaca derecha se toca un asa repleta en dirección oblicua, y otra inmediatamente debajo de ombligo. Por auscultación, ruidos hidroaéreos intestinales.

Observación : Con atropina desaparecieron sus dolores. Al siguiente día se la explora a

Rayos X : Administración fraccionada de papilla (4 cucharadas, dando una cada media hora), haciéndose una radiografía (fig. 13) a las dos horas de la última ingestión, en la que se aprecian numerosos áscaris.

Observación n.º 46.—Enferma de 11 años enviada al Servicio de Urgencia por su médico de cabecera, el 21-11-40. Ha expulsado frecuente-

mente áscaris en la deposición. Há tenido también con frecuencia dolores de vientre de unas horas de duración, el último hace 4 meses. Hace 20 horas comienza con dolores generalizados de vientre, más intensos en fosa ilíaca derecha. Intermitentes cada cinco minutos, acompañados de ruidos intestinales, que podían oír las personas de alrededor. Fueron en aumento hasta hace 12 horas, que alcanzan su máximum, decreciendo después hasta el momento de ingreso, que no aqueja dolores espontáneos. Siete vómitos, en uno de los cuales expulsó un áscaris. Última deposición, diarreica, con mucho moco y con 15 áscaris, hace 15 horas.

Exploración : Temp., 37'8. Puls., 100. En fosa ilíaca derecha se percibe una tumoración oblicua y alargada, dura, que parece corresponder a un asa delgada repleta, único sitio doloroso.

Rayos X : En vacío y de pie no se aprecian cámaras de aire ni niveles líquidos. El enema opaco puesto a continuación penetra a ciego sin dificultad.

Fórmula : Leuc., 11.400; segm., 58; linf., 37; mon., 5.

Observación : Está cuatro días en la Clínica sin dolores espontáneos, y solamente los dos primeros con dolor ligero en fosa ilíaca derecha. Se le receta santouina y se da de alta.

Acude de nuevo a Urgencia tres meses más tarde, manifestando haber estado bien hasta hace 7 días, que tuvo durante una hora retortijones fuertes de vientre, con ruidos intestinales y formación de bultos, con dos vómitos. Hizo deposición. Quedó bien hasta hace 17 horas, que de nuevo comienza con el mismo cuadro, con retención de heces y gases.

Exploración : Temp., 37'3. Puls., 100. Por debajo de ombligo se toca un asa delgada repleta y móvil, único sitio donde la palpación es dolorosa. Por auscultación se perciben ruidos hidroaéreos intestinales. Tacto rectal, negativo e indoloro.

Observación : Deposición al segundo día. Con atropina desaparecieron sus dolores espontáneos, siendo la palpación abdominal negativa e indolora.

Hace cura de santouina, expulsando al quinto día 7 áscaris.

Rayos X : Al segundo día de ingreso. Dosis irracionada. Se hace una radiografía (fig. 25), en la que se ven numerosos áscaris.

Alta con receta de santouina.

Observación n.º 47.—Niña de 9 años vista en el Servicio de Urgencia el 18-12-40, que hace 8 días, a continuación de una comida, comenzó con intensos dolores peri-umbilicales que le duraron dos horas, con muchos ruidos intestinales, sin percepción de bultos. Tres vómitos. Anteriormente ha expulsado áscaris con frecuencia. Hace 32 horas, también a continuación de una comida, comienza con dolores peri-umbilicales continuos, con máximum a nivel de ombligo, en aumento, desaparecieron a las seis horas con unas gotas de láudano, para reanudarse de nuevo hace 13 horas, algo menos intensos, que se han mantenido hasta hace poco, que han desaparecido de nuevo con láudano. Muchos ruidos intestinales. No bultos. Seis vómitos.

Exploración : Temp., 37. Puls., 70. A la altura de ombligo y en dirección transversal se toca un asa repleta. Un poco por encima y a la

izquierda se toca otra más pequeña. Duele únicamente y poco en los alrededores de ombligo. Auscultación abdominal, positiva. Tacto rectal, negativo e indoloro.

Fórmula: Leuc., 7.500; eos., 4; cay., 4; segm., 67; linf., 23; mon., 2.

Observación: Curso afebril con deposición diaria. El primer día, sin dolores espontáneos, se toca a veces un asa a la izquierda de ombligo y algunos ruidos intestinales son perceptibles. Al segundo día vuelve a tocarse el asa, por la tarde; tercero y cuarto días, bien. Al quinto expulsa un áscaris en la deposición. Al sexto día comienza de nuevo con un cuadro doloroso abdominal semejante a los precedentes, con palpación negativa que cede a la administración de atropina. Bien al siguiente día, en que expulsa un áscaris en la deposición. Cura de santonina y alta.

Observación n.º 48.—Pequeña de 11 años vista en Urgencia el 24-2-47, que con gran frecuencia ha expulsado áscaris en las deposiciones. Ha tenido con gran frecuencia —más de 10— retortijones periumbilicales acompañados de ruidos que duraban de unos minutos a una hora. Hace tres horas comienza con dolores intensos de vientre, también periumbilicales e intermitentes, sin ruidos ni bultos, que han ido decreciendo hasta su ingreso. Con un vómito.

Exploración: Temp., 36'8. Puls., 86. En profundidad de fosa ilíaca derecha se tocan asas delgadas contraídas y repletas. Dolor difuso y ligero de vientre a la palpación.

Observación: Curso afebril. Deposición con enema el segundo y cuarto día. Continúa sin dolores y con exploración negativa. En la tarde del tercer día se percibe a la izquierda y debajo de ombligo un asa repleta, que en los días siguientes deja de percibirse. Se le receta santonina y se da de alta.

Observación n.º 40.—Niño de 7 años visto en nuestro Servicio de Urgencia y enviado por su médico de cabecera con el diagnóstico de apendicitis a recaídas, el día 18-2-36. Por temporadas ha expulsado áscaris. Desde hace 10 meses, con gran frecuencia, casi una vez por semana, se queja de dolores más o menos intensos en fosa ilíaca derecha que le duran unas horas e incluso un día, sin vómitos. Hace 31 horas siente fuerte dolor en fosa ilíaca derecha, que se mantiene hora y media, decrece durante dos horas y se repite intenso durante unas horas, para después decrecer hasta el momento de ingreso. Con algo de fiebre. Un vómito. Detención de heces y gases.

Exploración: Temp., 37'4. Ligero dolor generalizado, sin un máximo.

Fórmula: Leuc., 13.000; bas., 1; metam., 2; cay., 21; segm., 50; linf., 21; mon., 5.

Observación: Se comprueba en heces la existencia de un gran número de huevos de áscaris y tricocéfalos. Permanece tres días ingresada, sin dolores espontáneos ni provocados. Se le receta santonina, y alta.

Observación n.º 50.—Niña de 13 años que acude al Servicio de Urgencia el 5-10-33. Anteriormente, y en varias ocasiones, ha expulsado áscaris. Hace 42 horas comienza con dolores ligeros en fosa ilíaca derecha, que al siguiente día se han hecho algo mayores, aunque sin llegar a ser muy intensos, y que le continúan moderados. Sin vómitos. Algo de fiebre. Tacto rectal, negativo e indoloro.

No retención de heces ni gases.

Exploración: Temp., 37'4. Puls., 90. Hacia el borde externo de ciego se aprecia un cordón descendente, del grosor de un lápiz, que es el punto máximo de dolor; éste no es intenso. Resto de vientre, indoloro.

Fórmula: Leuc., 9.000; eos., 1; segm., 55; linf., 41; mon., 2.

Observación: Ingresada tres días, sin que tenga dolores espontáneos ni provocados. Se da de alta, con indicación de seguir cura de santonina.

Acude por segunda vez un mes más tarde, por haber tenido de vez en cuando dolores fuertes, sin ruidos intestinales ni abultamientos, que estos últimos días son más intensos.

Exploración: Se toca ciego de paredes espesadas. Se percibe perfectamente el última asa delgada, tocándose un cordón en su borde inferior que da impresión de ser un áscaris. Duele en fosa ilíaca derecha, con máximo de intensidad inmediatamente por dentro de ciego y encima de asa terminal de fleon.

Fórmula: Leuc., 6.600; eos., 5; cay., 1; segm., 51; linf., 38; mon., 2.

Rayos X: Al siguiente día se administra una dosis única de papilla y a la hora se hace una radiografía (fig. 10) en la que se ven algunos áscaris.

Vuelve a insistírsele en que haga cura de santonina.

Observación n.º 51.—Muchacha de 15 años ingresada de urgencia el 3-1-44. Desde hace dos años padece con frecuencia de dolores cólicos. Hace 18 días comenzó con dolor brusco bajo reborde costal derecho, continuo, durante 24 horas, que luego se hace intermitente y se localiza en fosa ilíaca derecha, doliendo desde entonces a ratos en el día, con variable intensidad. Hace 15 horas, durante hora y media, dolores intensos y periumbilicales, acompañados de un vómito. Ha hecho deposición casi a diario, predominando el estreñimiento; hace 10 días, tres, con deposiciones diarreicas. Desde hace 18 días, comienzo de su enfermedad actual, expulsa gran cantidad de áscaris, y en un vómito expulsó 2.

Exploración: Temp., 37'2. Puls., 92. Duele únicamente, y poco, en fosa ilíaca derecha. Tacto rectal, negativo e indoloro.

Fórmula: Leuc., 16.100; eos., 2; cay., 1; segm., 68; linf., 20.

Observación: Permanece sujeta a vigilancia e ingresada durante 19 días.

Al segundo día tiene dolor bajo reborde costal derecho, ligero e intermitente, con palpación totalmente negativa e indolora. Luego, cuatro días perfectamente. Al siguiente empieza con ligeros dolores en fosa ilíaca derecha, que se mantienen ligeros y con alternativas cuatro días, con ligero dolor a la presión a este nivel; queda unos días bien y vuelve a

tener dolores espontáneos fuertes, que ceden a la atropina. Una vez desaparecidos éstos se explora a

Rayos X: Administración fraccionada de papilla, cada media hora un trago, y cuando por radioscopia se comprueba está bien distribuída por todo el intestino delgado, se hace una radiografía, que sale movida, pero en la que se ven múltiples defectos de replección ocasionados por los áscaris.

Se le ordena seguir un tratamiento antihelmíntico y se da de alta.

*Observación n.º 52.*—Niño de 9 años que acude al Servicio de Urgencia el día 15-2-36. Desde hace 2 años, cada 3 ó 4 meses padece de cólicos, que le duran unos días, acompañados de vómitos, con algo de fiebre. Hace dos horas siente un dolor fuerte en epigastrio, fijo y sin irradiaciones, que ha continuado hasta hace poco, que desapareció completamente. Ha tenido un vómito en el que expulsó un áscaris. Anteriormente nunca ha expulsado lombrices.

Exploración: Temp., 38'2. Puls., 90. Palpación negativa. Ligero dolorimiento abdominal, sin máximum.

Observación: Ingresa dos días. La tarde del primero, sin dolores, tiene dos vómitos, en los que expulsa 2 áscaris. Al siguiente día se le explora a

Rayos X: A las 7 horas de haber dado una dosis única de papilla opaca, la mayor parte de ella se encuentra en colon, no viéndose a radioscopia y empleando compresión, sombras de áscaris. Se practica una radiografía, poco demostrativa, en la que se ven algunas sombras de ascárides.

Se le manda santonina y se da de alta.

Acude por segunda vez tres meses más tarde a la Policlínica, porque hace 28 horas comenzó con dolores generalizados de vientre, medianamente intensos e intermitentes, que le han disminuído. Acompañados de numerosos vómitos biliosos. La cura de santonina no hizo efecto.

Exploración: Negativa.

Se le ordena repetir dicha cura, así como tomar atropina cuando tenga molestias.

Siete meses más tarde acude de nuevo al Servicio de Urgencia porque hace 23 horas comienza de nuevo con retortijones, que le duran media hora y le aparecen cada 2-3 horas. Sin vómitos. Detención de heces y gases.

Exploración: Temp., 37'1. Puls., 90. Palpación abdominal totalmente negativa.

Observación: Permanece tres días ingresado, sin dolores espontáneos ni provocados. Una cura de santonina resulta ineficaz. Alta, con indicación que la repita.

*Observación n.º 53.*—Niño de 4 años al que traen el 3-7-38 al Servicio de Urgencia porque desde hace 2 años expulsa con bastante frecuencia áscaris. Hace 14 horas tomó una papeleta para sus lombrices, y hace seis que empieza con dolores intensos de vientre, que posteriormente han disminuído, y vómitos.

Exploración: Temp., 37'5. Puls., 90. Se perciben perfectamente en fosa ilíaca derecha varias asas duras, movibles y repletas. Tacto rectal, negativo e indoloro.

Fórmula: Leuc., 9.800; metam., 5; cay., 11; segm., 60; linf., 21; mon., 3.

Observación: Se ingresa cinco días, dándole dos curas de santonina, sin que expulsa ninguno. Se da de alta.

*Observación n.º 54.*—Niña de 6 años enviada por su médico de cabecera el 30-12-39, con diagnóstico de apendicitis aguda, a nuestro Servicio de Urgencia. Con frecuencia ha expulsado áscaris. Hace 5 horas comenzó repentinamente con dolores muy intensos de vientre, cuyo tipo no precisan, que se mantuvieron dos horas, y después han decrecido bastante hasta su ingreso. Intensas náuseas y algunos vómitos. Ha hecho deposición después del dolor.

Exploración: Temp., 37'8. Puls., 120. Duele únicamente y muy poco en fosa ilíaca derecha, donde deja deprimir la mano con bastante facilidad sin provocar dolor.

Fórmula: Leuc., 15.200; metam., 1; cay., 20; segm., 66; linf., 11; mon., 2.

Observación: Permanece 10 días ingresada, sin dolores espontáneos y provocados, y ligeros únicamente el primer día. Por la tarde tiene dos vómitos, en los que expulsa un áscaris. Se le hace una cura de santonina, expulsando un solo verme. Alta.

*Observación n.º 55.*—Pequeño de 8 años visto el 30-1-40 en nuestro Servicio de Urgencia. Hace 8 horas comienza con dolor repentino e intenso en los alrededores de ombligo, intermitente —como retortijones—, acompañado de ruidos intestinales. El dolor duró intenso media hora, quedando después bien 5 horas, en que se reanuda bruscamente y bastante intenso, que se ha mantenido hasta hace poco con alternativas: tres vómitos. Desde hace tres días, diarrea; última deposición hace hora y media.

Exploración: Temperatura, 37'5. Pulso, 104. Se toca por debajo de ombligo y en dirección transversal un asa dura, móvil, repleta e indolora.

Rayos X: En vacío y en posición vertical no se ven niveles líquidos coronados por cámaras de aire. El enema opaco puesto a continuación penetra sin dificultad hasta ciego, persistiendo el hallazgo palpatorio.

Observación: Ligera febrícula los dos primeros días. Con atropina desaparecieron totalmente sus dolores. La palpación es negativa desde el día siguiente. Una fórmula hecha entonces proporciona los siguientes resultados: Leuc., 8.600; eos., 4; metam., 3; cay., 1; segm., 67; linf., 25.

Con indicación de seguir una cura de santonina, se le da de alta.

*Observación n.º 56.*—Chica de 17 años que acude de urgencia el 21-1-41 y que desde hace un año ha tenido en tres ocasiones dolores semejantes al actual. A cualquier hora del día, sin relación ni influencia por la alimentación, intermitentes, acompañados de muchos ruidos intestinales que le duran unas horas. Se suelen acompañar de vómitos. No fiebre. Durante ellos, imposibilidad de emitir heces o gases. Último cólico hace un mes, expulsando

sando a continuación 30 áscaris. Hace 7 horas, estando completamente bien, comienza con dolores periumbilicales de vientre, progresivos, que se hicieron intensos a los 10 minutos, para continuar con igual intensidad en el momento de ingreso. Continuos, con exacerbaciones bruscas, acompañados de ligeros ruidos intestinales, sin formación de bultos, y con sensación de dureza en el vientre. Dos vómitos. No emitiendo heces ni gases desde el comienzo.

Exploración: Temp., 37. Puls., 84. Palpación negativa. Dolor provocado ligero, más intenso en alrededores de ombligo.

Fórmula: Leuc., 12.000; segm., 66; linf., 29; mon., 5.

Observación: Permanece ingresada cinco días. Con la atropina desaparecieron totalmente sus dolores. Se le da cura de santonina para seguir en su domicilio, y alta.

Observación n.º 57.—Niño de 7 años, que acude de urgencia el 30-1-42. Hace 15 días estuvo durante 3 con dolores periumbilicales intermitentes, acompañados de ruidos intestinales y formación de pequeños bultos por el vientre. Comenzaron a la media hora de una ingestión alimenticia y fueron en aumento, haciéndose intensos a las tres horas de iniciados, para así continuar. Sin vómitos; con algo de fiebre. Detención de heces y gases durante todo el cuadro. Tomó un medicamento para las lombrices, expulsando cuatro enormemente grandes. Después bien hasta hace seis días, que comienza de nuevo con dolores periumbilicales, con ruidos y bultos y de tipo intermitente. Comenzaron muy intensos. Desde hace dos días, irradiados a flanco derecho. Sin vómitos; con fiebre. El primer día, deposición diarreica; después, sumamente estreñido, precisando un purgante, con el que expulsó varios áscaris.

Exploración: Temp., 36'5. Puls., 96. En profundidad y en fosa ilíaca derecha se perciben, aunque mal, asas contracturadas. Duele únicamente y poco en mitad supraumbilical, algo más en hipocondrio izquierdo que en el derecho.

Rayos X: En vacío y en posición vertical no se ve nada anormal.

Observación: Se le da atropina, que hace desaparecer sus dolores.

Al siguiente día se le explora a

Rayos X: Dosis fraccionada (8 tomas, cada cuarto de hora), y a las dos horas y media se hace una radiografía (fig. 22), donde se aprecian áscaris, repitiéndose otra radiografía 8 horas más tarde, con toda la papilla en colon, sin que se vean las anteriores sombras proporcionadas por los ascárides en el delgado.

Fórmula: Leuc., 11.300; eos., 14; metam., 1; cay., 11; segm., 58; linf., 16.

Al tercer día le reaparecen los retortijones periumbilicales con ligero dolor a la presión en región umbilical. En los siguientes días fiebre, y además, a ratos en el día, retortijones. Una cura de santonina, con la que expulsa cuatro áscaris. Se le recomienda repita el tratamiento y se da de alta.

Observación n.º 58.—Niña de 12 años, vista el 15-4-41 en nuestro Servicio de Urgencia. Desde hace años que padece con frecuencia dolores

de tipo cólico generalizados y que le duran unas horas o minutos. Hace tres meses expulsó varios áscaris, y desde entonces los expulsa de tarde en tarde. Hace cuatro horas comenzó con intenso dolor en fosa ilíaca derecha, continuo, con exacerbaciones muy intensas y sin ruidos intestinales, que se han mantenido hasta su observación. Tres vómitos.

Exploración: Temp., 36'2. Puls., 60. En fosa ilíaca derecha se percibe una tumoración que parece corresponder a un asa a tensión, que resulta muy dolorosa a la palpación. A la media hora ha desaparecido el dolor a este nivel totalmente. Tacto rectal, negativo e indoloro.

Observación: Se hace fórmula, que arroja el siguiente resultado: Leuc., 15.100; eos., 2; metam., 2; cay., 6; segm., 86; linf., 4. Se le explora a

Rayos X: Dosis fraccionada de papilla (cada cuarto de hora una cucharada, dando cuatro en total) y radiografía a la hora y media, en la que se ven abundantes ascárides.

Permanece cinco días en la Clínica sin dolores espontáneos y con palpación negativa e indolora; defecación a diario. Se le manda seguir un tratamiento con santonina, y se da de alta.

Observación n.º 59.—Niña de 13 años vista de urgencia el 12-5-41. Anteriormente y con gran frecuencia ha expulsado áscaris, a veces en gran número. Hace 12 horas comienza con dolor periumbilical intenso, continuo, con fuertes exacerbaciones, acompañado de algún ruido intestinal. Con vómitos. No emisión de heces y gases. Tiene una hermana con cuadros análogos.

Exploración: Temp., 36'8. Puls., 76. En mitad subumbilical se toca un asa repleta en dirección transversal, único sitio doloroso a la palpación.

Fórmula: Leuc., 18.600; metam., 10; cay., 9; segm., 60; linf., 11; mon., 1.

Observación: La misma mañana de ingreso se sigue percibiendo perfectamente un asa repleta y algo dolorosa a la palpación, colocada transversalmente a la altura de ombligo, sin que existan dolores espontáneos. Al siguiente día se toca algún asa. Al cuarto expulsa dos áscaris y se da de alta para hacer cura de santonina en su domicilio.

Rayos X: Al segundo día de ingreso. Dosis fraccionada (una cucharada sopera de papilla cada cuarto de hora, dando tres en total) y radiografía a la hora y media de la última administración, en la que se ven áscaris.

Observación n.º 60.—Niño de 5 años visto de urgencia el 12-5-41. Frecuentemente expulsa áscaris y también padece de retortijones de vientre, de poca duración. Hace 13 horas comienza con intensos dolores periumbilicales intermitentes, acompañados de ruidos intestinales y muchos vómitos. No emisión de heces ni gases.

Exploración: Temp., 36'8. Puls., 100. Palpación negativa. Duele ligeramente en mitad derecha de vientre, algo más en las proximidades de ombligo.

Fórmula: Leuc., 6.800; bas., 1; eos., 3; cay., 10; segm., 65; linf., 20; mon., 1.

Observación: Seis días ingresado, sin dolores espontáneos ni provocados y con palpación negativa. Deposición a diario. Curso afebril. Expulsión de un áscaris al día siguiente.

Rayos X: Al segundo día de ingreso. Dosis fraccionada (una cucharada sopera de papilla opaca cada cuarto de hora, dando cuatro en total), haciéndose una radiografía a las dos horas y media (figura 10) en la que se ve mediana cantidad de áscaris.

Se le ordena seguir una cura de santonina y se le da de alta.

Observación n.º 61.—Niño de 10 años visto en urgencia el 26-5-41. Anteriormente ha expulsado lombrices de vez en cuando. Desde hace dos años ha tenido en total unos cinco cólicos, con dolores intermitentes, localizados a lado derecho de vientre, a cualquier hora del día, sin relación ni influencia por la ingestión de alimentos, que le duraban en total de 24 a 48 horas. Hace 12 horas comienza con ligero dolor en lado derecho del vientre, intermitente, sin ruidos intestinales ni bultos, que ha ido progresivamente aumentando hasta hace cuatro horas, que empieza a decrecer, hasta su ingreso, que no aqueja dolor espontáneo.

Exploración: Temp., 38. Puls., 120. Palpación completamente negativa e indolora, aun comprimiendo ciego sobre el psoas contraído. En el curso de la exploración se ve dibujarse sobre la pared abdominal e inmediatamente por debajo y a la izquierda de ombligo el contorno de un asa, que al tacto da la impresión de estar vacía y que posteriormente no vuelve a tocarse. Por auscultación abdominal se oyen ligeros ruidos hidroaéreos.

Observación: Dos días con décimas, y el tercero afebril. Sin dolores espontáneos y con palpación negativa e indolora. Se le receta santonina y se da de alta.

Rayos X: Al segundo día de ingreso dosis fraccionada de papilla opaca (una cucharada cada cuarto de hora, tres en total), seguida a las dos horas de una radiografía en que no se ven áscaris.

Fórmula: Leuc., 7.600; eos., 1; metam., 1; cay., 1; segm., 73; linf., 23; mon., 1.

Observación n.º 62.—Niño de 9 años visto de urgencia el 13-6-41. Desde hace 10 días dolores de vientre intermitentes, como retortijones, acompañados de ruidos intestinales y de formación de pequeños bultos en el vientre, que se corrían por él y aparecían y desaparecían. Durante ellos tomó un medicamento para los áscaris, habiendo expulsado 70. Desde entonces ha quedado con dolorimiento ligero.

Exploración: Temp., 36'7. Puls., 00. Se toca algún asa contraída, pero no repleta. Duele muy ligeramente en fosa ilíaca derecha, siendo el resto del vientre blando e indoloro.

Fórmula: Hecha tres días más tarde: Leuc., 10.500; metam., 1; cay., 0; segm., 62; linf., 37.

Rayos X: Se dan dos cucharadas de papilla, y a la hora y tres cuartos se hace una radiografía, en que llama la atención la extraordinaria

poca cantidad de papilla existente en el intestino y en la que resulta dudoso que unas sombras sean debidas a áscaris.

Se le manda hacer cura de santonina pasados algunos días, y alta.

Observación n.º 63.—Enferma de 15 años enviada con diagnóstico de abdomen agudo por su médico de cabecera a nuestro Servicio de Urgencia el 4-7-41. Hace 56 horas que comienza con ligero dolor en fosa ilíaca derecha, continuo, con exacerbaciones, acompañado de ruidos intestinales y de formación de un bulto que se corría por el vientre. El dolor fué progresivamente aumentando, hasta alcanzar el máximo hace nueve horas, en que decrece algo, para reanudarse poco más tarde intenso, que le continúa a su ingreso. Dos vómitos, en los que ha expulsado dos áscaris. Anteriormente, y sin dolores, ha expulsado alguna vez áscaris por la boca mediante vómitos.

Exploración: Temp., 36'9. Puls., 60. Ligero dolor por todo el vientre, sin máximo. Tacto rectal, negativo e indoloro.

Fórmula: Leuc., 9.000; bas., 1; eos., 3; metam., 3; cay., 2; segm., 45; linf., 38; mon., 8.

Observación: Seis días perfectamente bien, afebril y a deposición diaria. Alta con receta de santonina.

Rayos X: A los cinco días de ingreso. Dosis fraccionada de papilla (cada cuarto de hora una cucharada durante dos horas) y radiografía a las dos horas y media, en la que se ven perfectamente los defectos de replección ocasionados por los áscaris (figura 8).

Observación n.º 64.—Niña de 4 años a la que trae la madre al Servicio de Urgencia el 22-11-41, que ya anteriormente fué vista en el Servicio con un cuadro doloroso abdominal que cedió a la atropina, expulsando ulteriormente con santonina 14 áscaris enormemente largos. Hace 48 horas se empieza a quejar intermitentemente de dolores en parte alta de vientre, acompañados de ruidos intestinales que pueden percibir perfectamente los de alrededor, sin bultos ni fiebre. Ha hecho dos deposiciones diarreicas, expulsando en la última un áscaris.

Exploración: Temp., 35'4. Puls., 92. Exploración abdominal totalmente negativa.

Fórmula: Leuc., 15.400; eos., 1; metam., 2; cay., 17; segm., 57; linf., 23; mon., 0.

Observación: Dos días sin dolores. Al tercero, algunos retortijones, y en la deposición seis áscaris grandes. Al cuarto expulsa cuatro más. Después, bien. Alta.

Observación n.º 65.—Niña de 7 años vista en urgencia el 13-11-41. Desde hace 15 días, a diario, retortijones de vientre con ruidos intestinales. Desde entonces viene expulsando lombrices. Hace cuatro horas comienza a quejarse intermitentemente de dolores periumbilicales, acompañados de ruidos intestinales hidroaéreos. Impezaron bastante fuertes y después han ido decreciendo hasta su observación, que han desaparecido totalmente. Un vómito.

Exploración: Temp., 37. Puls., 100. Durante la exploración se per-

cibe el contorno de algún asa intestinal, así como ruidos hidroaéreos. Dolorimiento difuso. Tacto rectal, negativo e indoloro.

Fórmula, hecha dos días más tarde: Leuc., 13.800; eos., 7; cay., 2; segm., 65; linf., 26.

Observación: Se deja ingresada dos días. Tiene algún ligero retorcijón. Cura de santonina a domicilio, y alta.

*Observación n.º 66.*—Niño de 6 años al que traen a Urgencia el 5-11-41. Con frecuencia ha expulsado áscaris. Hace dos días, y a continuación del desayuno, vomitó, y dos horas más tarde comenzó con dolor en fosa ilíaca derecha, continuo, y de la misma intensidad hasta hace 36 horas, que de repente y durante un rato tuvo un dolor más fuerte, decreciendo desde entonces. Ruidos intestinales. Fiebre ligera. Un vómito en el que expulsó un áscaris. Ha hecho deposición diarreica con un áscaris.

Exploración: Duele ligeramente en región periumbilical.

Fórmula, al siguiente día: Leuc., 6.400; eos., 8; metam., 4; cay., 6; segm., 38; linf., 45; mon., 1.

Observación: Tres días bien y alta, con indicación de hacer una cura antihelmíntica.

*Observación n.º 67.*—Niño de 10 años enviado al Servicio de Urgencia por su médico de cabecera con el diagnóstico de apendicitis aguda. Desde pequeño ha expulsado siempre muchísimas lombrices. En varias ocasiones ha tenido dolores semejantes al actual, que duraban varias horas. Hace 27 horas, en ayunas, comienza con dolor periumbilical ligero e intermitente, seguido a veces de ruidos intestinales y con formación de varios bultos, que aparecían con los dolores. Se ha mantenido ligero hasta hace seis horas, que de repente se hizo intensísimo, doliendo continuamente durante dos y decreciendo después, en que vuelve a hacerse intermitente. Cuatro vómitos. Ha hecho una deposición en escasa cantidad, con un áscaris.

Exploración: Temp., 37. Puls., 90. Se dibujan los contornos de dos asas verticales en mitad subumbilical. En fosa ilíaca derecha y en dirección oblicua se toca perfectamente un asa repleta. Dolorimiento general algo más intenso en mitad subumbilical. Donde dice dolerle mucho es inmediatamente por encima de sínfisis. Por auscultación se oyen ruidos hidroaéreos. Tacto rectal, negativo e indoloro.

Rayos X: En vacío y en posición vertical se ven cuatro niveles líquidos con sus correspondientes cámaras de aire, el más grande hacia fosa ilíaca derecha. Se hace una radiografía (figura 5). El enema opaco puesto a continuación penetra sin dificultad a ciego, persistiendo la tumoración abdominal.

Rayos X: Dos días más tarde se le da una dosis fraccionada de papilla opaca (cada cuarto de hora una cucharada sopera, durante dos horas), y a la hora y media se le hace una radiografía (figura 18), en la que se ven abundantes áscaris.

Observación: La tarde del primer día, sin dolores espontáneos; persiste el asa repleta, que desaparece al siguiente. Después, bien. Se le ordena hacer cura de santonina y se da de alta.

*Observación n.º 68.*—Niño visto en el Servicio de Policlínica el 25-4-41, porque desde hace 7 meses padece con frecuencia de retorcijones periumbilicales que le duran unos minutos o unas horas. Último, muy fuerte, hace 15 días. Con frecuencia expulsa áscaris en la deposición.

Exploración: Se toca en fosa ilíaca derecha una formación alargada y dura que hace impresión de ser un asa repleta y que se sigue tocando tres días más tarde.

Fórmula: Leuc., 5.000; bas., 1; eos., 10; cay., 4; segm., 34; linf., 38; mon., 4.

Heces: Se ven abundantísimos huevos de áscaris.

Rayos X: Hecha a los pocos días y por el método de administración fraccionada (cada cuarto de hora una cucharada sopera, dando tres en total), se hace una radiografía a la hora y media de la última administración (figura 9) en la que se ven áscaris.

Se le ordena seguir una cura antihelmíntica.

*Observación n.º 69.*—Niño de 7 años al que traen a Urgencia el 15-3-42. Hace 28 horas despertó con dolor fuerte periumbilical, más intenso en fosa ilíaca derecha, intermitente, acompañado de ruidos hidroaéreos intestinales y de formación de un bulto en fosa derecha que aparecía con el dolor. Se ha mantenido intenso hasta hace 11 horas, que empieza a decrecer y a tener intervalos más grandes libre de dolor. Numerosísimos vómitos (dice la madre que más de 50). Ha hecho una deposición. De siempre ha expulsado una gran cantidad de lombrices.

Exploración: Temp., 37'5. Puls., 110. En fosa ilíaca derecha y en profundidad se tocan dos asas repletas. Al palpar a sacudidas dan como peloteo, es decir, impresión de tocarlas a través de una capa líquida interpuesta, igual al peloteo de la cabeza fetal. Dolorimiento general, algo mayor en mitad inferior de vientre. Por auscultación se perciben ruidos hidroaéreos. A la media hora se perciben mucho peor las asas repletas.

Rayos X: En vacío y en posición vertical se ven algunas zonas con aire y dos pequeños niveles líquidos con sus correspondientes cámaras de aire centrales. El enema opaco puesto a continuación penetra sin dificultad a ciego, persistiendo los niveles.

Unos días más tarde se administra una dosis fraccionada (cada cuarto de hora una cucharada sopera de papilla, durante dos horas), y a la hora y media se hace una radiografía (figura 17), en la que se ven perfectamente los áscaris.

Fórmula, a los tres días de ingreso: Leuc., 8.500; bas., 1; metam., 2; cay., 13; segm., 52; linf., 30; mon., 2.

Observación: Desaparecen los dolores espontáneos y provocados, sin tocarse asa alguna, hasta el cuarto día, en que vuelven a percibirse. Fiebre los tres primeros días. Expulsa siete áscaris con un enema. Se hacen dos curas de santonina, expulsando sólo 5 áscaris. Alta.

*Observación n.º 70.*—Hombre de 23 años visto en la Policlínica el 9-5-41, que hace 20 días tuvo un dolor, primero epigástrico, y que posteriormente se fijó en fosa ilíaca derecha, con vómitos, y al que tuvo que

poner morfina; a los ocho días le repitió un dolor semejante al primero, precisando también morfina. Desde entonces le queda casi constantemente dolor en fosa ilíaca derecha. Deposición diaria y normal.

Exploración: Intenso dolor en fosa ilíaca derecha.

Se le recomienda vuelva en caso de dolor agudo, pensando en la posibilidad de una apendicitis.

Acude al Servicio de Urgencia un mes más tarde, manifestando haber tenido en este tiempo tres cólicos más, semejantes al primero, con vómitos y pocas horas de duración. Expulsó un áscaris después de este último cólico. Hace 16 horas siente un dolor repentino e intenso en fosa ilíaca derecha, continuo, con exacerbaciones fuertes, que después ha ido decreciendo hasta su ingreso, en que duele poco.

Exploración: Temp., 36'9. Puls., 84. Duele moderadamente a la presión en fosa ilíaca derecha. Resto de vientre, blando e indoloro.

Rayos X: Dosis fraccionada de papilla, y a los tres cuartos de hora de la última administración se hace una radiografía en la que se ve regular cantidad de áscaris.

Fórmula, a los cuatro días de ingreso: Leuc., 6.100; bas., 1; eos., 5; metam., 2; segm., 37; linf., 54; mon., 1.

Observación: Disminuyen los dolores espontáneos y provocados, desapareciendo totalmente al segundo día. Alta, con indicación de seguir cura antihelmíntica.

*Observación n.º 71.*—Niño de 5 años enviado con diagnóstico de apendicitis aguda a nuestro Servicio de Urgencia el 12-4-42. Hace cinco días, a las dos horas del desayuno, comienza con dolor generalizado e intermitente, sin ruidos intestinales ni formación de bultos. A los cinco minutos de comenzar se hizo de repente intensísimo, y así se mantiene seis horas, para después decrecer de modo paulatino y desaparecer a las doce horas de iniciado. Cree que algo de fiebre. Seis vómitos.

Posteriormente ha estado bien hasta hace siete horas, que en ayunas comienza con ligero dolor en fosa ilíaca derecha, intermitente, que al cuarto de hora se hizo muy intenso durante media hora, para después decrecer hasta hace cuatro horas, que desaparece totalmente. Cuatro vómitos alimenticios. No fiebre. Desde hace dos años suele expulsar frecuentemente áscaris.

Exploración: Temp., 37'3. Puls., 100. Se dibujan a través de la pared abdominal perfectamente los relieves de dos asas transversales. Por palpación dan sensación de estar macizas, y palpando a sacudidas se tocan como a través de capa líquida interpuesta, dando una sensación análoga al peloteo fetal. Dolorimiento difuso. Por auscultación, ruidos hidroaéreos ligeros.

Fórmula: Leuc., 6.100; eos., 1; metam., 1; cay., 5; segm., 45; linf., 45; mon., 3.

Rayos X: En vacío y en posición vertical no se ven niveles líquidos.

Al siguiente día se le da dosis fraccionada de papilla (8 cucharadas soperas, separadas cada toma por un cuarto de hora de intervalo), seguida a la hora y media de una radiografía (figura 7), en la que se ven áscaris.

Observación: Permanece cuatro días en la Clínica, los dos primeros con fiebre ligera y sin dolores espontáneos ni provocados, con palpación negativa y solamente dolorosa el primer día. Cura de áscaris, sin que expulse ninguno. Alta, con indicación de seguir un tratamiento antihelmíntico.

*Observación n.º 72.*—Inferma de 11 años enviada con diagnóstico de apendicitis aguda por su médico de cabecera, el 15-3-42. Nunca ha expulsado áscaris. Con frecuencia, dolores intermitentes de vientre. Hace 36 horas, a las dos horas del desayuno, dolores generalizados e intermitentes, acompañados de ruidos intestinales, que duraron en total tres horas, quedando posteriormente bien hasta hace 10 horas, en que repentinamente siente un dolor brusco periumbilical que duró intensísimo cinco minutos, para después continuar con retortijones fuertes hasta hace dos horas, que decrecen, quedando sólo con dolorimiento en el momento de ingreso. Dos vómitos alimenticios. No fiebre. Ha hecho tres deposiciones diarreicas, la última hace una hora.

Exploración: Temp., 37. Puls., 89. Palpación negativa e indolora. Tacto rectal, negativo e indoloro.

Se le manda atropina, y a su casa.

Vuelve de nuevo a Urgencia dos días más tarde, porque le han continuado los retortijones.

Exploración: Dolor ligero en mitad subumbilical.

Rayos X: Dosis fraccionada de papilla opaca (cada cuarto de hora una cucharada sopera, durante dos horas), seguida a la hora y media de una radiografía (figura 16), en la que se ve mediana cantidad de ascárides.

Observación: Continúa con ligeros retortijones, expulsando aquella tarde 20 áscaris. Bien desde el siguiente día, y en los días sucesivos expulsa 30 áscaris, más uno de ellos por vómito. Alta.

*Observación n.º 73.*—Niña de 9 años vista en el Servicio de Urgencia el 23-2-42. De siempre ha expulsado lombrices, y desde hace dos años con más frecuencia y en más cantidad (en una ocasión hasta 30 grandes áscaris). Nunca ha tenido cuadros dolorosos abdominales parecidos al presente. Desde hace 11 días tiene dolores intermitentes, sin ruidos y con formación de bultos pequeños por el vientre, a diario, y más frecuentemente después de las comidas. De comienzo, casi siempre fuerte, generalizados. Le dura minutos u horas. No siempre de la misma intensidad durante el cuadro, sino que a ratos suele doler mucho más que otros. Suele darle con algo de fiebre. Desde hace dos años, con frecuencia, diarreas durante 2-3 días. Desde hace 5 días, diarrea, en la que expulsa áscaris. Tiene una hermana con cuadros análogos, tratada de ascaridiosis en nuestra Clínica.

Exploración: Temp., 36'9. Puls., 80. Totalmente negativa. Dolor ligero en mitad subumbilical, algo más en fosa ilíaca derecha que en la izquierda.

Fórmula: Hechas al siguiente día. Leuc., 10.500; eos., 2; metam., 2; cay., 9; segm., 60; linf., 25; mon., 2.

Observación: 6 días ingresada sin dolores espontáneos ni provocados. Dos curas de santonina expulsando un solo áscaris. Alta.

Acude de nuevo 2 meses más tarde, manifestando haber padecido en este tiempo dos cólicos ligeros de sólo minutos de duración y otro hace dos días que duró en total 12 horas; comenzó ligero y fué en aumento el dolor, haciéndose muy fuerte a las 2 horas, se mantiene así durante 8, y después decrece hasta desaparecer totalmente. Dolor intermitente, acompañado de ruidos intestinales y de formación de bultos pequeños por el vientre. Dos vómitos. Con diarrea.

Exploración: Totalmente negativa e indolora. Se le manda atropina para cuando tenga los dolores y que haga varias curas antihelmínticas.

Observación n.º 74.—Niño de 6 años, al que traen al Servicio de Urgencia el 19-3-42. Rara vez expulsa áscaris en la deposición. Desde pequeño, muy frecuentemente, dolores intermitentes de vientre que duraban minutos u horas, a veces acompañados de vómitos y creen que de fiebre. Hace seis días comenzó con dolor ligero e intermitente de vientre, acompañado de ruidos intestinales, que a la hora se hicieron muy fuertes durante dos horas, desapareciendo después, doliendo desde entonces a diario a ratos unas veces más fuertes que otras. Hace 10 horas violento dolor, que posteriormente ha decrecido hasta su ingreso en que duele poco. Cuatro vómitos alimenticios. Creen que algo de fiebre. No emisión de heces ni gases desde el comienzo del cuadro actual.

Exploración: Temp., 36. Puls., 80. Inmediatamente a la derecha y por debajo de ombligo se perciben una pequeña elevación de la pared abdominal y en fosa ilíaca izquierda y cruzándola oblicuamente se ve otra. Por palpación se comprueba que pertenecen a asa repletas, que palpadas a sacudidas dan sensación de percibir las a través de una capa líquida interpuesta semejante al peloteo de la cabeza fetal. Dolorimiento general sin máximo. Auscultación abdominal negativa. Durante el transcurso de la exploración se borran las asas y se perciben en sitio distinto. Tacto rectal: negativo e indoloro.

Rayos X: En vacío y en posición vertical se ve un pequeño nivel líquido central y bajo. Ligera aerocolia. El enema opaco, puesto a continuación, penetra sin dificultad a ciego, persistiendo las tumoraciones anteriormente palpadas.

Siete días más tarde se administra, fraccionadamente, papilla opaca (uno cucharada sopera cada cuarto de hora tomando 5 en total), seguida a la hora y tres cuartos de una radiografía de un sector intestinal (fig. 13), en la que se ven perfectamente áscaris.

Dos días más tarde, expulsada la anterior papilla, vuelve a hacerse la misma técnica, y en la radiografía obtenida no se ve ninguna imagen.

Observación: Sigue percibiéndose un asa en fosa ilíaca izquierda, sin dolores espontáneos y con sólo ligeros provocados. Al siguiente día, pese a haber administrado atropina, dolores espontáneos con palpación negativa. Al 3.º día continúan ligeros los retortijones, tocándose varias asas contraídas y dando sensación de estar repletas en fosa ilíaca izquierda. Posteriormente, exento de dolores y con palpación negativa. Expulsa algunos áscaris en la deposición. Se le receta santonina y se da de alta.

Observación n.º 75.—Niña de 10 años vista el 21-8-40 en nuestro Servicio de Urgencia. Nunca anteriormente ha expulsado áscaris. Hace 18 horas comienza con dolores intermitentes de vientre, como retortijones, en fosa ilíaca derecha e irradiados a la izquierda, sin ruidos intestinales y con formación de un pequeño bulto en el vientre. Muchos vómitos. Al comienzo de los dolores hizo deposición, expulsando 16 lombrices grandes.

Exploración: Temp., 37'3. Puls., 96. Por debajo de ombligo se tocan algunas asas repletas. Dolorimiento general. Tacto rectal, negativo e indoloro.

Fórmula, efectuada al siguiente día: Leuc., 8.600; bas., 1; metam., 1; cay., 7; segm., 65; linf., 22; mon., 4.

Observación: Décimas la tarde del primer día, con palpación negativa, aunque ligeramente dolorosa. En los días siguientes, bien. Alta a los cuatro días.

Acude de nuevo al Servicio de Urgencia 7 meses más tarde, manifestando no haber tenido molestias en todo este tiempo, habiendo expulsado con gran frecuencia abundante número de áscaris. Hace 9 horas despertó con dolor muy fuerte periumbilical, intermitente, sin ruidos, con formación de bultos. Duró muy fuerte dos horas, y desapareció repentinamente, quedando dormida. Hace cuatro horas, a continuación de una comida, nuevamente dolor periumbilical fuerte con formación de un bulto y que le ha continuado muy intenso hasta su ingreso. Cinco vómitos. No cesa de gritar y moverse.

Segunda exploración: En mitad subumbilical y en dirección algo oblicua se toca un asa repleta y con sensación de serlo por áscaris. Dolorimiento general, con máximo debajo de ombligo.

Rayos X: En vacío y de pie no se ven niveles líquidos.

Observación: La tarde de ingreso continúa con dolores de igual tipo, aunque ligeros, y por palpación se percibe un asa repleta en fosa ilíaca izquierda, que a poco se percibe en la derecha. Al siguiente día cesan por completo los dolores espontáneos y sigue percibiéndose perfectamente un asa repleta a la derecha de ombligo. En los días ulteriores, palpación negativa. Se le recomienda seguir cura antihelmíntica, y se da de alta.

Observación n.º 76.—Niña de 4 años a la que traen al Servicio de Urgencia el 7-3-42. Nunca anteriormente ha expulsado áscaris. Hace 15 días, retortijones de comienzo fuerte, periumbilicales, que la hacían retorcerse, y que duraron unos minutos. Hace dos horas y media, dolor repentino y muy fuerte, que después decrece, y desde hace unos momentos vuelve a aumentar. Un vómito alimenticio. La niña no cesa de gritar y llorar.

Exploración: No se puede explorar porque no cesa de agitarse y de gritar.

Observación: Cesaron los dolores con calor local y una inyección de atropina. Al siguiente día, sin dolores espontáneos, se toca perfectamente en fosa ilíaca derecha un asa repleta e indolora. En el curso ulterior no vuelve a tocarse. Alta al tercer día, con indicación de seguir tratamiento antihelmíntico.

Rayos X: A los dos días del ingreso se le administra la papilla de

modo fraccionado (una cucharada sopera cada cuarto de hora, dando ocho en total), seguida a la hora y media de una radiografía, en la que se ven abundantes áscaris.

*Observación n.º 77.*—Niña de 8 años que acude al Servicio de Urgencia el 27-11-41. Desde la edad de 3 meses hasta los 5 años de edad, padecía casi continuamente de «colitis». Nunca ha expulsado áscaris. Hace hora y media comenzó con dolor fuerte y repentino, periumbilical, continuo, con exacerbaciones muy intensas cada cinco minutos aproximadamente, sin ruidos intestinales, ni bultos.

Exploración: En fosa ilíaca derecha se tocan dos asas oblicuas paralelas y duras, movibles en sentido vertical, y dolorosas.

Fórmula: Leuc., 20.300; metam., 5; cay., 28; segm., 52; linf., 12; mon., 3.

Observación: Décimas al segundo día, sin dolores espontáneos ni provocados, y con palpación negativa. Dos días bien, dándole cura de santonina, y alta.

Rayos X: A los dos días de ingreso, administración fraccionada de papilla opaca (una cucharada sopera cada cuarto de hora, durante dos horas), haciéndose una radiografía a la hora y media, que sale movida, en la que se ven abundantes sombras de áscaris.

*Observación n.º 78.*—Niño de 13 años visto en el Servicio de Urgencia el 26-5-42. Desde pequeño, con frecuencia ha expulsado áscaris en cantidad. Desde hace seis meses tiene con frecuencia dolores de vientre semejantes al actual, que le dan siempre a las 2-3 horas de una comida, continuos, con exacerbaciones, con formación a veces de abultamientos, que percibe al tocarse el abdomen. Se suelen acompañar de vómitos y durar unas cuantas horas.

Hace 15 horas, a las dos horas del desayuno, comienza con dolor ligero y progresivo, que a la hora y media se hace muy fuerte, hasta hace dos horas y media, que empieza a decrecer. Periumbilicales y continuos, con ratos en que duele mucho más que otros. Ha notado también bultos. Veinte vómitos. Sin fiebre.

Exploración: Temp., 37'8. Puls., 60. A la altura de ombligo y en dirección transversal se percibe mejor que en otros. Duele únicamente en mitad subumbilical, con máximo sobre el asa palpable.

Fórmula: Leuc., 13.400; segm., 79; linf., 18; mon., 3.

Rayos X: Dosis fraccionada de papilla durante dos horas, con radiografía a la hora de la última ingestión, en que se ve una gran cantidad de áscaris.

Observaciones: Permanece dos días ingresado, sin dolores espontáneos ni provocados y palpación negativa. Cura de santonina y alta.

*Observación n.º 79.*—Niña de 9 años vista en la Policlínica el 24-5-42. Desde pequeña expulsa con frecuencia áscaris. Desde hace un año, casi a diario y sin relación ni influencia por las ingestiones, tiene dolores intermitentes y periumbilicales, que le suelen comenzar intensos, acompañados de ruidos intestinales, que oyen las personas de alrededor. Duran de

unos minutos a una hora y desaparecen gradualmente. Con náuseas, sin vómitos. A veces, algo de fiebre. Desde hace 5 meses, con frecuencia y desde hace un mes, a diario, «avinagramiento» de todas las comidas.

Exploración: Completamente negativa.

Fórmula: Leuc., 10.500; eos., 10; segm., 35; linf., 45; mon., 2; cay., 10.

Rayos X: Dosis fraccionada de papilla (una cucharada sopera cada cuarto de hora, durante dos horas), haciéndose una radiografía (figura 20) hora y media más tarde. Se ven áscaris.

Se le receta santonina.

*Observación n.º 80.*—Niño de 9 años visto en el Servicio de Urgencia el 25-5-42. Hace 6 años estuvo durante 10 meses con diarreas frecuentes, expulsando por entonces áscaris. Hace dos horas, tres después de una comida, tuvo dolor repentino y muy intenso en región periumbilical, continuo, con exacerbaciones violentísimas, que alcanzó su máximo al cuarto de hora de iniciarse, manteniéndose después intenso hasta su ingreso. Con náuseas, sin vómitos. No saben si fiebre.

Exploración: Temp., 36'5. Puls., 80. Se toca un asa repleta, en dirección transversal, por debajo de ombligo. No cesa de llorar, por los dolores, y no deja hacer bien la exploración. Dolor ligero y generalizado, algo más intenso en mitad subumbilical de vientre.

Fórmula, hecha al siguiente día: Leuc., 8.800; segm., 57; linf., 41; mon., 2.

Rayos X: Exploración fraccionada hecha dos días más tarde del ingreso (una cucharada sopera de papilla cada cuarto de hora, durante dos horas), seguida a la hora y media de una radiografía (figura 14), en la que se ven numerosas sombras de ascárides.

Exacta técnica de exploración al siguiente día, haciéndose una radiografía (figura 28) en la que la sombra cólica dificulta la visión del delgado, viéndose, no obstante, algunas sombras de áscaris.

Observación: Los dolores ceden a la administración de atropina, desapareciendo durante todo el tiempo del ingreso el asa repleta anteriormente palpada. Tiene, a partir del segundo día, algunas décimas. Alta al quinto día, con indicación de seguir un tratamiento antihelmíntico.

*Observación n.º 81.*—Niño de 11 años visto el 30-5-42 en nuestro Servicio de Urgencia. Desde hace dos años, con gran frecuencia, y generalmente unas dos horas después de las comidas, dolores periumbilicales de vientre, intermitentes, acompañados de ruidos intestinales bien perceptibles y formación de pequeños bultos que se corren por el vientre y aparecen y desaparecen. Suelen comenzar ligeros, para a poco hacerse intensos, durando en total unas horas. Hay ratos en que duele mucho más que en otros. Sin vómitos ni fiebre.

Hace cuatro días, a los tres cuartos de hora de una comida, dolor ligero en todo el hemiabdomen derecho, continuo las cinco primeras horas, y después intermitente, con muchos ruidos intestinales y formación de bultos. A la hora y media se hizo muy intenso, manteniéndose así cinco horas y decreciendo después. Desde entonces tiene dolores unos días

más que otros, y a ratos en el día, más. Deposición diaria. Hace dos días expulsó un áscaris. Anteriormente, nunca.

Exploración: Temp., 36'8. Puls., 60. A la altura de ombligo y en dirección algo oblicua se ve una elevación circunscrita, que a poco se atenúa y desaparece totalmente, reapareciendo de nuevo a poco bien marcada en fosa ilíaca izquierda. Por palpación se ve que corresponde a una asa repleta y movable. Duele únicamente, y poco, en mitad subumbilical de vientre, algo más sobre el asa palpable. Por auscultación abdominal se perciben ruidos hidroaéreos.

Rayos X: En vacío y en posición vertical no se ve más que algo de aire. Ningún nivel líquido.

Fórmula: Leuc., 12.000; eos., 4; cay., 2; segm., 68; linf., 25; mon., 1. Dos días más tarde se obtiene la siguiente: Leuc., 10.500; eos., 1; segm., 59; linf., 37; mon., 3.

A los cuatro días, una nueva fórmula proporciona: Leuc., 8.300; eos., 2; cay., 7; segm., 40; linf., 48; mon., 3.

Observación: Por la tarde del primer día y una vez que han cesado por completo los dolores mediante administración de atropina, se practica una exploración a

Rayos X: Se administra una dosis única de papilla, y a la media hora se practica una radiografía (figura 23) en la que se ven numerosas sombras de áscaris en las primeras asas. Tres cuartos de hora después vuelve a repetirse la radiografía (figura 32), en que se ven también numerosas sombras de áscaris en asas más bajas, no quedando residuos de papilla en las primeras asas.

Al segundo día de observación tiene durante dos horas dolor continuo y ligero, percibiéndose a la palpación asas repletas e indoloras; durante la mañana y por la tarde, pese a la atropina, tiene dolores intermitentes medianamente intensos, sin ruidos intestinales y con percepción de un asa repleta en fosa ilíaca izquierda y ligero dolor a la palpación en mitad subumbilical de vientre. El mismo cuadro y hallazgo se repite al siguiente día, cediendo a una dosis algo elevada de atropina. Se administra santonina y no expulsa ningún ascáride. Se da de alta a los tres días, con indicación de seguir curas periódicas antihelmínticas.

Observación n.º 82.—Niño de 11 años visto el 30-1-42 en nuestro Servicio de Urgencia. Ha estado anteriormente en nuestra Consulta, por molestias abdominales, y le fué ordenado seguir un tratamiento antihelmíntico, con el cual no expulsó ningún áscaris. Hace dos horas y media, a la hora y media de comer, comienza con fuerte dolor periumbilical continuo, con exacerbaciones intensas cada cuarto de hora, durándole diez minutos, con algunos ruidos intestinales no coincidentes con los dolores fuertes, con formación de un pequeño abultamiento abdominal inmediatamente debajo de ombligo, que aparecía y desaparecía. Los dolores fueron en aumento hasta hace media hora, que se hacen intermitentes, a la par que empiezan a decrecer hasta su ingreso, que no aqueja dolor espontáneo. Un vómito. No fiebre.

Exploración: Temp., 36. Puls., 84. Inmediatamente, por fuera de mitad superior de recto supraumbilical derecho, se toca una tumoración

dura y alargada en sentido vertical, que luego deja de percibirse. Igualmente, en fosa ilíaca derecha se toca otra más pequeña que al deprimir con la mano escapa, y que por su dirección parece corresponder a última asa de ileon. Vientre totalmente indoloro.

Fórmula: Leuc., 17.800; cay., 34; segm., 55; linf., 11.

Rayos X: En vacío y en posición vertical, algo de aire en hemicolon derecho. No se ve ningún nivel líquido.

Observación: Al siguiente día dejan de percibirse las asas repletas, que ya no vuelven a tocarse el resto del tiempo ingresado. Al sexto día, una cura de santonina, con la que expulsa tres áscaris. Dos días más tarde, nueva cura y expulsa otros tres áscaris. Alta.

Observación n.º 83.—Pequeña de 7 años enviada con diagnóstico de apendicitis aguda por su médico de cabecera a nuestro Servicio de Urgencia, el 14-4-41. Anteriormente, y en varias ocasiones, expulsó áscaris. Hace 12 horas comienza con dolores fuertes periumbilicales e intermitentes, que duraron intensos durante dos horas, y posteriormente, hasta la hora de ingreso, ha dolido suavemente y de tarde en tarde. Algún ruido intestinal. Tres vómitos. No duele en el momento de ingreso. Última deposición hace 24 horas, en la que expulsó un áscaris. Desde el comienzo de los dolores, no emisión de heces ni gases.

Exploración: En fosa ilíaca derecha se percibe un asa repleta muy movable. Dolor muy ligero a este nivel. Tacto rectal, negativo e indoloro.

Rayos X: Cuatro días más tarde se administra una dosis fraccionada de papilla (una cucharada cada cuarto de hora, durante una hora), seguida a la hora y media de una radiografía de un sector intestinal, en el que se ven algunos áscaris.

Fórmula, al día siguiente al ingreso: Leuc., 8.100; bas., 1; cay., 3; segm., 81; linf., 13; mon., 2.

Observación: Décimas durante todo el tiempo de ingreso. Cinco días sin dolores espontáneos ni provocados. Se da de alta, recomendando haga curas periódicas antihelmínticas.

Observación n.º 84.—Niño de 9 años visto en nuestro Servicio de Policlínica el 17-11-41. De siempre, y con frecuencia, ha expulsado áscaris, a veces en cantidad (hasta 16). Desde hace cuatro años que cada 2-3 meses padece de dolores de vientre, repentinos, continuos y generalizados, soliendo doler con más intensidad en epigastrio. A veces ruidos hidroaéreos y bultos. Sin vómitos ni fiebre. Duran minutos u horas.

Exploración: Totalmente negativa e indolora.

Fórmula: Leuc., 7.600; bas., 1; eos., 9; segm., 33; linf., 53; mon., 4.

Rayos X: Dosis fraccionada de papilla opaca (una cucharada cada diez minutos, durante una hora), seguidas a la hora y media de la última administración de una radiografía (figura 11), en la que se ven áscaris.

Se le ordena hacer curas de santonina.

Observación n.º 85.—Niño de 10 años visto el 12-5-42 en nuestro Servicio de Urgencia. Ha expulsado áscaris con frecuencia. Hace 28 horas,

a la hora y media de desayunar, dolor repentino e intenso por todo el vientre, intermitente, cada 10 minutos, acompañado de algunos ruidos intestinales, que duró fuerte media hora, decrece después, y al rato vuelve a intensificarse durante tres horas, para después decrecer, volver a las pocas horas a hacerse fuerte y otra exacerbación fuerte hace 12 horas, decreciendo posteriormente hasta su ingreso, que no tiene dolores espontáneos. Cinco vómitos. Algo de fiebre. Ha hecho una deposición escasa hace cinco horas.

Exploración: Temp., 37. Puls., 80. Completamente negativa e indolora. Tacto rectal, negativo.

Fórmula, al día siguiente: Leuc., 13.800; segm., 61; linf., 39.

Rayos X: A los dos días. Administración fraccionada de papilla (una cucharada sopera cada cuarto de hora, durante dos horas), haciéndose una radiografía hora y media después de la última ingestión (figura 21) en la que se ven numerosos áscaris.

Observación: Permanece unos días sujeto a vigilancia y se le da de alta, con indicación de seguir una cura antihelmíntica.

Observación n.º 86.—Hombre de 18 años enviado bajo diagnóstico de apendicitis aguda por su médico de cabecera a nuestro Servicio de Urgencia, el 22-4-42. Desde pequeño ha arrojado con frecuencia áscaris, más raramente en los últimos años. Hace seis días, estando bien, comienza con ligero dolor epigástrico, que a las dos horas se irradió y fijó a fosa ilíaca derecha. Continuo, sin exacerbaciones, alcanzó el máximo a las dos horas; duele muy intensamente durante cinco horas, y después decrece hasta su observación, que duele medianamente.

Algo de fiebre. Veinticinco vómitos. Ha hecho dos deposiciones escasas en estos días, la última hace 48 horas.

Exploración: Temp., 37'2. Puls., 70. En fosa ilíaca derecha y sobre arco de Falopio se toca una tumoración redondeada y desplazable, que al tacto parece corresponder a un asa delgada repleta. Dolorimiento general de vientre, con máximo y doliendo mucho, según él, sobre la tumoración palpable. Tacto rectal, negativo y ligeramente doloroso.

Fórmula: Leuc., 8.800; bas., 1; eos., 1; cay., 1; segm., 28; linf., 39.

Observación: Pese a la administración de atropina, ha continuado con dolores intermitentes poco intensos, con palpación negativa y doliendo exclusivamente, y poco, en fosa ilíaca derecha. Al siguiente día, sin dolores espontáneos, se vuelve a tocar en fosa ilíaca derecha una tumoración móvil, alargada y estrecha, que parece corresponder a porción terminal de ileon. Dos días más tarde vuelve a percibirse el asa por debajo de ombligo y en dirección transversal. Expulsa con un enema 20 áscaris, y durante unos días continúa ingresado, sin que vuelva a percibirse dicha formación. Alta.

Observación n.º 87.—Niña de 8 años vista en el Servicio de Urgencia el 13-8-42. Anteriormente, y rara vez, ha expulsado áscaris. Desde hace tres años padece con frecuencia de dolores de vientre, que duran minutos u horas, sin vómitos ni fiebre, siempre con diarrea. Hace 48 horas

estuvo una hora con dolores intermitentes y periumbilicales, acompañados de ruidos intestinales y con formación de pequeños abultamientos circunscritos en abdomen. Hizo 3-4 deposiciones diarreicas. Hace 10 horas, a continuación del desayuno, dolor fuerte y periumbilical, sin ruidos intestinales y con percepción de bultos, que ha ido decreciendo para quedar con dolorimiento, y desde hace unas horas, libre completamente de dolor. Náuseas; no vómitos.

Exploración: Temp., 37'2. Puls., 80. En mitad subumbilical se tocan algunas asas contraídas y duras, que palpando a sacudidas dan impresión de tocarlas a través de capa líquida interpuesta, dando la clara sensación de peloteo de una cabeza fetal. Es indolora.

Tacto rectal, negativo e indoloro.

Rayos X: En vacío y de pie no se ve nada anormal. Se le da medio vaso de papilla opaca, se tiende de lado derecho para facilitar la evacuación gástrica, y a la hora y tres cuartos se hace una radiografía (figura 26) en la que se ven abundantes sombras de áscaris.

Fórmula: Leuc., 10.500; cay., 4; segm., 82; linf., 14. Se repite la fórmula al siguiente día, con el resultado: Leuc., 11.800; eos., 9; segm., 38; linf., 48; mon., 5. A los cinco días de ingreso, una nueva fórmula da: Leuc., 9.200; eos., 4; segm., 41; linf., 53; mon., 2.

Observación: Durante los dos primeros días, sin dolores espontáneos, siguen percibiéndose asas que cambian de situación de la mañana a la tarde. La tarde del día siguiente vuelve a percibirse un asa. Se da cura de santonina, con la que expulsa en los días sucesivos 17 áscaris. Alta.

Observación n.º 88.—Niña de 12 años que se ve en el Servicio de Urgencia el 13-8-42. Hace tres meses expulsó por vez primera una cantidad enorme de áscaris (dice la madre que cerca de 100), y hace un mes nuevamente, también en gran cantidad. Desde entonces suele expulsar a diario. Desde hace 2-3 meses, y casi a diario, tiene dolor epigástrico una hora después de toda comida, no modificable por nueva ingestión ni por los alcalinos. Vomita frecuentemente. Desde hace siete días, diarreas, que persisten. Hace dos horas comienza con el habitual ligero dolor epigástrico, fijo y continuo, que así se ha mantenido hasta hace un cuarto de hora, en que de repente se hizo intensísimo, y después ha decrecido algo. Dos vómitos alimenticios.

Exploración: En fosa ilíaca derecha y en dirección oblicua se toca un asa dura, y otra por encima de arco de Falopio. Pasadas unas horas se toca solamente un asa repleta en hipogastrio, que palpándola a sacudidas da impresión de tocarse a través de una capa líquida intermedia. Palpación completamente negativa.

Fórmula: Leuc., 12.000; eos., 1; cay., 7; segm., 59; linf., 29; mon., 4. Repetida a los 3 días: Leuc., 14.600; metam., 1; cay., 5; segm., 63; linf., 22; mon., 2.

Cuatro días más tarde da el siguiente resultado: Leuc., 7.200; eos., 6; cay., 1; segm., 46; linf., 45; mon., 2.

Dos días más tarde se obtiene: Leuc., 9.000; eos., 1; segm., 61; linf., 37; mon., 1.

Rayos X: En vacío y en posición vertical, aire cólico en moderada cantidad. No se observa ningún nivel líquido.

Se le administra a continuación una dosis única de papilla, y a los tres cuartos de hora se le hace una radiografía (figura 30), en la que por compresión se ven numerosas sombras de ascárides.

Observación: Los cuatro primeros días siguen percibiéndose a ratos asas repletas, que cambian de situación a cada exploración. Con una cura de áscaris expulsa 13. Se le insiste para que haga tratamientos periódicos antihelmínticos, y se da de alta.

Observación n.º 89.—Niño de 7 años traído al Servicio de Urgencia el 18-8-42. Rara vez ha expulsado áscaris. Hace cinco meses estuvo tres días con dolores ligeros periumbilicales, sin ruidos intestinales ni bultos. Hace 30 horas despertó con dolores bastante fuertes, que le duraron seguidos durante media hora, acompañados de ruidos intestinales, que oían los de alrededor, sin abultamientos de vientre. Quedó dormido de nuevo y despertó con olor muy intenso de tipo continuo, que se mantuvo durante cuatro horas, poniendo una inyección de morfina, con la que desapareció, hasta hace siete horas, que durante una hora tiene dolor periumbilical menos intenso, que decrece hasta su ingreso.

Exploración: Temp., 27'4. Puls., 120. Palpación indolora. En fosa ilíaca derecha se palpa perfectamente y casi se logra coger con los dedos un asa repleta y movable. Tacto rectal, negativo e indoloro.

Fórmulas: Al siguiente día se obtiene: Leuc., 13.700; eos., 24; cay., 7; segm., 45; linf., 21; mon., 3.

Cuatro días más tarde: Leuc., 11.400; eos., 4; cay., 7; linf., 54; segm., 73; mon., 2.

Dos días después: Leuc., 14.500; eos., 4; cay., 2; segm., 55; linf., 37; mon., 2.

Nueva fórmula, 48 horas después: Leuc., 8.500; eos., 3; cay., 0; segm., 51; linf., 45; mon., 1.

Dos días más tarde: Leuc., 6.500; eos., 3; cay., 4; segm., 32; linf., 61; mon., 0.

Y a los dos días de esta última: Leuc., 10.500; eos., 3; cay., 8; segm., 68; linf., 29.

Observación: La tarde del primer día se sigue tocando un asa repleta indolora. Vuelve a tocarse tres días más tarde con igual sensación de peloteo. Dos días después, igual. Desaparece, y a los tres días se perciben únicamente varias asas como contraídas y duras. Se hacen durante su ingreso dos curas de áscaris, con las que sólo expulsa cuatro. Alta unos días más tarde, con indicación de seguir curas de santonina.

Observación n.º 90.—Niño de 0 años visto en nuestro Servicio de Urgencia y bajo el diagnóstico de apendicitis aguda, el 6-11-42. Anteriormente, y en varias ocasiones, ha expulsado áscaris, pero nunca en gran cantidad. Hace 18 horas que, estando dormido, despertó con dolor intenso y periumbilical, que a poco se fijó en fosa ilíaca derecha. Sin ruidos intestinales. El dolor se mantuvo intenso durante una hora; después decrece, llegando a desaparecer, para a poco reanudarse, no tan intenso como la

vez primera, y de modo intermitente, sin ruidos intestinales ni bultos, hasta hace pocas horas, que tiene una brusca exacerbación, y después decrece hasta su ingreso, que no aqueja dolores espontáneos. Tres vómitos. Algo de fiebre. No emisión de heces ni gases.

Exploración: Temp., 37'2. Puls., 90. En fosa ilíaca izquierda y en dirección casi transversal se percibe una formación alargada, movable y dura, repleta, que a poco desaparece. Otra formación análoga, aunque más pequeña, peor palpable, se percibe en fosa ilíaca derecha. Duele únicamente, y muy poco, en mitad subumbilical de vientre, algo más en las proximidades de ombligo.

Fórmula: Leuc., 15.000; metam., 2; cay., 20; segm., 62; linf., 14; mon., 2.

Rayos X: En vacío y en posición vertical no se ve nada anormal en vientre. Moderada aerocolia.

Observación: Palpación negativa e indolora la tarde del ingreso. Al siguiente día vuelve a percibirse un asa repleta, que ulteriormente no vuelve a tocarse. Se hacen dos curas de santonina, y en días sucesivos expulsa un total de 22 áscaris. Alta.

### CONCLUSIONES

- 1.ª El íleo por áscaris es una afección extraordinariamente frecuente en la provincia de Santander.
- 2.ª Tiene una marcada predilección por edades juveniles, afectando por igual a ambos sexos.
- 3.ª Hay un marcado aumento de casos en los meses de primavera.
- 4.ª La medicación antihelmíntica muy rara vez juega un papel desencadenante del síndrome íleo en los ascariodiosicos.
- 5.ª El íleo por áscaris suele ser en su forma habitual de presentación un íleo mixto en el que se combinan en grado diverso el factor mecánico obstructivo y el factor irritativo espástico.
- 6.ª Aun en los íleos predominantemente obstructivos, rara vez llega a comprobarse —y falta la mayoría de las veces— distensión de las asas supraobstaculares y estancamientos líquidos. Rara vez son íleos completos, siendo por lo general el obstáculo franqueable al contenido intestinal.
- 7.ª A las causas de íleo descritas hay que agregar el «íleo adherencial» y la «peritonitis irritativa». La oclusión por infarto, así como la invaginación y las peritonitis por larvas, son del todo excepcionales.
- 8.ª El vólvulo intestinal parece obedecer a la presencia de gran número de gusanos aglomerados en un sector intestinal,

al que por su peso hacen bascular. Su sintomatología clínica y radiológica, en nada varía de los otros tipos de vólvulo.

9.<sup>a</sup> Las modificaciones del recuento y fórmula leucocitaria no tienen nada de características en el íleo por áscaris y son análogas a las sufridas en otras afecciones inflamatorias. La eosinofilia sólo aparece en el período agudo en algo más del 5 por 100 de casos, y en el crónico asciende al 33 por 100; es más característica y frecuente en este período la linfocitosis.

10.<sup>a</sup> Los íleos por áscaris corrientes tienen una sintomatología que simula muchas veces la de la apendicitis y la invaginación, pero ofreciendo el dolor un sello tan característico, impreso por el componente espástico, que permite fácilmente el diagnóstico directo y el diferencial.

11.<sup>a</sup> La exploración radiológica en vacío, combinada con administración ante la pantalla de un enema opaco, constituye un buen medio diagnóstico diferencial con otros tipos de íleo, precisamente por la falta o ligereza de síntomas que proporciona en los cuadros corrientes de íleo por áscaris (salvo vólvulos, peritonitis, íleos adherenciales, etc.), habiéndose observado sólo niveles líquidos coronados por cámaras de aire y casi nunca distensión de las asas supraobstaculares, evidenciables radiológicamente.

12.<sup>a</sup> La administración oral y fraccionada de medio de contraste con empleo de compresión dosificada constituye el mejor método para la demostración de los áscaris. Esta exploración, aunque inconstante, constituye un buen auxiliar diagnóstico una vez pasado el período agudo, sobre todo si va acompañada de radiografía. Incluso en ocasiones y con buena técnica, permite demostrar la localización y cantidad aproximada de vermes.

13.<sup>a</sup> La imagen más frecuentemente observada es la de sombras lineales paralelas, que se deben generalmente a depósitos del medio de contraste sobre la superficie del gusano y no a la replección intestinal de éste, ni a depósitos de papilla entre cada dos áscaris, y aparecen como tales por el mayor espesor que al paso tangencial de los Rayos X ofrecen los contornos del verme. Con frecuencia pueden observarse defectos de replección ostensibles sobre todo con empleo de compresión dosificada. En cuanto a la replección intestinal del gusano, sólo puede aceptarse como segura en raras ocasiones.

14.<sup>a</sup> A los signos radiológicos descritos en la Literatura hay que agregar el de la irregularidad y rigidez de los contornos de

un asa repleta de vermes y papilla, así como el anormal grosor y tamaño alcanzado por el asa que los contiene.

15.<sup>a</sup> Los distintos signos radiológicos observados dependen fundamentalmente de la cantidad de papilla administrada, del número de gusanos existentes en el intestino y de la disposición por ellos adoptada.

16.<sup>a</sup> El tratamiento dependerá fundamentalmente de la certeza diagnóstica, y será fundamentalmente de orden médico. En los casos dudosos, o de íleos completos de muchas horas de duración o que no hayan cedido a un tratamiento médico de prueba, se recurrirá a la intervención, siendo preferible la movilización a ciego de los paquetes de áscaris, a la enterotomía con extracción, y como es natural, a la resección del asa, proceder al que habrá que recurrir en casos extremos de graves lesiones.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. AGOSTINELLI: Contributo alla conoscenza dell'ascaridiasi chirurgica. Il Policlinico (sez. prat.) núm. 27; pág. 1169, 1940.
2. ARCHER y PETERSON: Roentgen diagnosis of ascariasis. J. A. M. A. 95; página 1819, 1930.
3. ASCHOFF: Tratado de Anatomía Patológica. T. I; pág. 300. Editorial Labor, 1934.
4. BALTIN: Peritonitis nach Spontanperforation des Dünndarmes durch ein Askaridenknäuel. Zbl. f. Chir. núm. 43; pág. 2305.
5. BARBIERI: L'indagine radiologica nell'ascaridiasi. Radiol. med., 26; pág. 197, Marzo 1939.
6. BARBIERI: L'indagine radiologica nell'ascaridiasi. Radiol. med., 26; pág. 475. Junio 1939.
7. BOLYARSKIY: Ileus verminosus. Referata en Jour. de Chir. T. 46; pág. 958, 1935.
8. CARLES y HÉCART: Un cas d'ileus vermineux. La Normandie médicale, 47; pág. 345, 1936. Referata en Jour. de Chir. T. 50; página 385, 1937.
9. CASANOVA SECO: Rotura de un muñón duodenal producida por un áscaris. Academia Médico-Quirúrgica Española. Enero, 1933.
10. CASAS FERNÁNDEZ: Vermes intestinales que motivaron intervención quirúrgica. Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra, número 27, página 283.
11. CIPRIANO: Su 4 casi di di occlusione intestinale acuta da ascaridi. Il Policlinico (sez. prat.), núm. 5, pág. 196, 1938.
12. DIMITRIOU-MAMANT y CIORAN: Una surprise opératoire: pullulation extraordinaire d'ascarides dans l'intestin. Presse Med., 49, página 1197, 1933.

13. DIREKTOROWITSCH : Ascariden als auslösende Ursache heftiger Durchfälle bei Erwachsenen. M. m. W., núm. 31, pág. 1342, 1928.
14. DOHRNES : Helminthiase intestinale decouverte pas les rayons X. Archives d'Electricité médicale et de Physiotherapie du Cancer. Febrero, 1931. Referata en Journal de Radiologie y d'Electrologie. T. 15, página 573, 1931.
15. FERNÁNDEZ CRIADO : Obstrucción de un drenaje hepato-colédoco por «áscaris lumbricoides». Anales del Hospital de San José y Santa Adela, V, IV, página 89, 1932-33.
16. FERNÁNDEZ MARTÍNEZ : Un caso de perforación por áscaris. Archivos españoles de enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición. T. III, pág. 74, 20.
17. FÈVRE : Les occlusions intestinales d'origine vermineuse. Presse Med., 46, pág. 1509, 1938.
18. FRITZ : Ascariden des Magendarmtraktes im Röntgenbild. Fortschr. Röntgenstr. 29, pág. 591, 1922.
19. FRITZ : Ascariden in Röntgenbild. Fortschr. Röntgenstr., 32, página 650, 1924.
20. GARCÍA MORÁN : Acúmulos intrahepáticos de áscaris lumbricoides. III Congreso de Patología Digestiva. Madrid, 1941.
21. GANKIN : Ein Fall von Ascaridenvolvulus, hervorgerufen durch eine enorme Menge von Ascariden. Arch. f. Klin. Chir. 182, página 642, 1935.
22. GEREZ : Peritonitis y pancreatitis aguda por emigración de áscaris. Revista de Cirugía de Barcelona, 6, pág. 157, 1933.
23. GIOVETTI : Di un altro caso de ascaride nel tenue scoperto radiologicamente. Radiol. Med., 12, pág. 669, 1925.
24. GREENE y GREENE : The Surgical aspects of ascariasis. Annals of Surgery, T. 93, pág. 920, 1931.
25. GRUBER : Bauchfellentzündung durch Ascariden. M. m. W., 78, número 27, página 1129, 1931.
26. GRUBER : Zur Frage der Wurmkrankheiten M. m. W. 82, página 733, 1935.
27. GUILLEMINET, MORENAS y MAGIN : Les formes chirurgicales de l'ascaridiose. Archives des maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition. T. 26, núm. 10, pág. 1121, 1936.
28. HERNÁNDEZ LÓPEZ : Importancia de la ascariidiosis en los procesos quirúrgicos del Aparato Digestivo. Revista Ibérica de Parasitología. T. III, número 1, 1943.
30. HERSZKY : Bandwurm-Ileus D. M. W. T. I, núm. 4, página 144, 1927.
31. HO-DAC-DI y HUYNH-TIEN-DOI : Presse Med., 43, número 31, página 620, 35.
32. HOLLOSY : Spulwürmer als Ursache des Darperforation. Zbl. f. Chir., núm. 51, pág. 1090, 1924.
33. HOSEMANN : Die Chirurgie de Hirschner-Nordmann, Vol. II, página 309.
34. HOSEMANN : Über den Ascarisileus. Zbl. f. Chir., núm. 21, página 1227, 35.

35. IAMANDI y DABROVICI : Un cas d'ileis par ascaris avec issue fatale. Revue medico-chirurgicale de Jassy, Vol. XLIV, núm. 1, página 63, 1933.
36. JADEVAIA : Falso addome acuto da ascariidiosi. Il Policlinico (sez. prat.), vol. 49, pág. 13, 1942.
37. KARTAL : Durch Askariasis vorgetäuschte intraperitoneale Blutung. Zbl. f. Chir., pág. 2770, 1927.
38. KEILER : Ascaris lumbricoides, J. A. M. A., T. II, vol. 97, página 1299, 31.
39. KLEBER : Peritonitis nach Invasion von Ascaridenlarven (Ein Beitrag zur Entwicklung der Ascariden). Zbl. f. Chir. T. LVII, núm. 30, página 1860, 1930.
40. KLEINSCHMIDT y HOHLBAUM : Die Chirurgie de Kirschner-Nordmann. Vol. V, pág. 1139.
41. LAMARQUE : Helminthiase intestinale decouverte pas les rayons X. Archives d'Electricité médicale et de Physiotherapie du cancer. Junio, 1930. Referata en Jour. de Radiol. et d'Electrologie. T. 15, pág. 164, 1931.
42. LIOTIER : Subocclusion intestinale par peloton d'ascaris. Marseille Medical, pág. 364, 1934.
43. MALCHARTZECK : Nachweis der Barium des Darmeschlauch bei dem beim Menschen parasitirebden Ascaris. Fortschr. Röntgenstr. T. 56, página 759, 1937.
44. MORTON, ARCHER, VINCENT : Ascariasis; some surgical and roentgenologic aspect. J. A. M. A. 98, pág. 473, 1932.
45. NOWAK : Über Häufigkeit, Symptomalalogie und Therapie der Ascaridiasis. Med. Klin., 27, pág. 581, 1931.
46. PANSDORF : Über Askaridennachweis im Röntgenbild zur Klärung unbestimmter abdomineller Beschwerden, sowie über ein Zweckmässiges Verfahren der röntgenologischen Dünndarmstellung. Fortschr. Röntgenstr. T. 36, pág. 1091, 1927.
47. PANSDORF : Die Fraktionierte Dünndarmfüllung un ihre klinische Bedeutung. Fortschr. Röntgenstr. T. 56, pág. 627, 1937.
48. PERRIGNON DE TROYES y DU BOURGUET : Une forme rare d'occlusion intestinale : L'ileus ascariidien. A propos de deux observations. Societé de Médecine militaire française, 31, núm. 7, pág. 514, 1937. Referata en Jour. de Chir., 51, pág. 443, 1938.
49. POLOCIETTI : Ascaridiose Chirurgicale. Annali Italiani di Chirurgia. Vol. 16, fasc. 1, pág. 69, 1937. Referata en Jour. de Chir. T. 51, página 109, 1938.
50. ROSENTHAL : Beitrag zum Ascaridenvolvulus. Zbl. f. Chir., página 1806, 1927.
51. ROST : Experimentelles und Klinisches über Ascaridenileus. M. m. W., pág. 1066, 1919.
52. RUCKENSTEINER : Zur Kenntnis des Röntgenbildes messenhaft auftretender Spulwürmer. Zbl. f. Chir., núm. 6, pág. 312, 1936.
53. SCHINZ : Ascariden im Röntgenbild. Deutsche Ztschr. f. Chir., 184, página 105, 1924.
54. SCHUBERT : Ascariden Cholangitis und Pankreatitis. Med. Klin., número 2, página 34, 1943.
55. SOVENA : Atti e Memorie della Societé Romana di Chirurgia, fas-

- cículo 2, 1941. Referata en II Policlinico. V. 49, núm. 12, pág. 440, 42.
56. SZABÓ: Über den Askaris-Ileus. Zbl. f. Chir., pág. 69r, 1935.
57. SZABÓ: Über den Askaris-Ileus. (Auf. die Bemerkungen des Prof. Hosemann in Nr. 21 dieses Zbl.). Zbl. f. Chir., núm. 53, página 1937, 1935.
58. VIDAL, COLOMER y GALLART ESQUERDO: Algunas imágenes radiológicas de ascárides. III Congreso de Patología Digestiva. Madrid, 1941.
59. VINCENT, ARCHER y PETERSON: Roentgen diagnosis of ascariasis. J. A. M. A., 95. T. IV, pág. 1819, 1930.
60. WIGAND: Zur Röntgendiagnostik des im Menschen parasitierenden Askaris Fortschr. Röntgenstr. Vol. 54, pág. 607, 1936.

Tesis doctoral en Medicina. - Casa de Salud Valdecilla (Santander).  
Servicio de Aparato digestivo. Jefe: Dr. ABILIO G. BARÓN.