



Año 1918

N. 3420

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

June A-70-6

Tumores inflamatorios DEL INTESTINO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN JOSÉ DE URQUIZA



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

TUMORES INFLAMATORIOS DEL INTESTINO

Año 1918

N. 3420

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Tumores inflamatorios DEL INTESTINO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN JOSÉ DE URQUIZA



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

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

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros Titulares

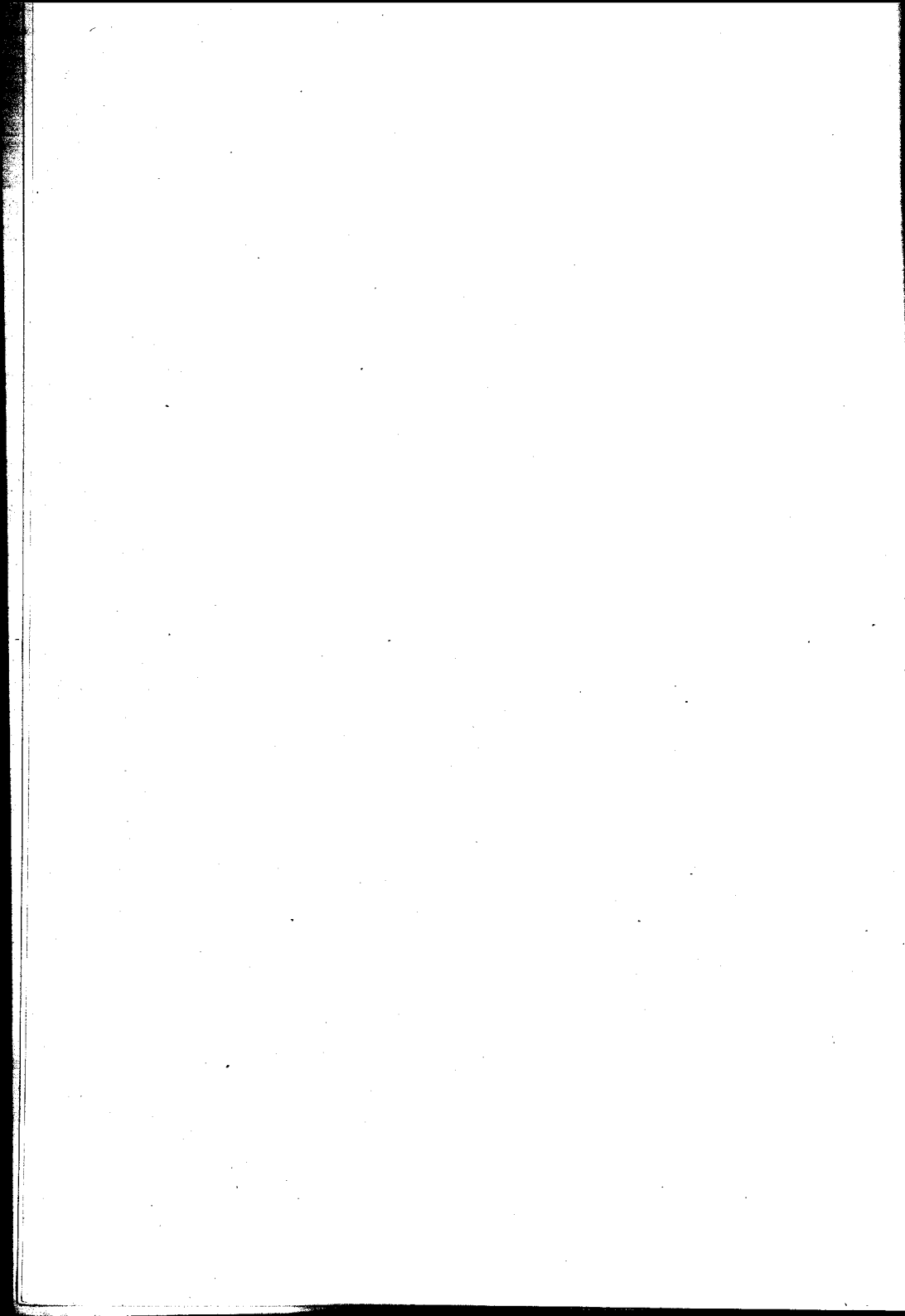
1. DR. D. EUFEMIO GUALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. » » DOMINGO CABRED
21. » » ABEL AYERZA
22. » » EDUARDO OBEJERO
23. » » JOSE A. ESTEVES.
24. » » Vacante

Secretario General

Vacante

Secretario

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. DOMINGO CABRED

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

» » ELISEO CANTÓN

» » ANGEL M. CENTENO

» » DOMINGO CABRED

» » MARCIAL V. QUIROGA

» » JOSÉ ARCE

» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)

» » DANIEL J. CRANWELL

» » CARLOS MALBRÁN

» » JOSÉ F. MOLINARI

» » MIGUEL PUIGGARI

» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

» » FANOR VELARDE

» » IGNACIO ALLENDE

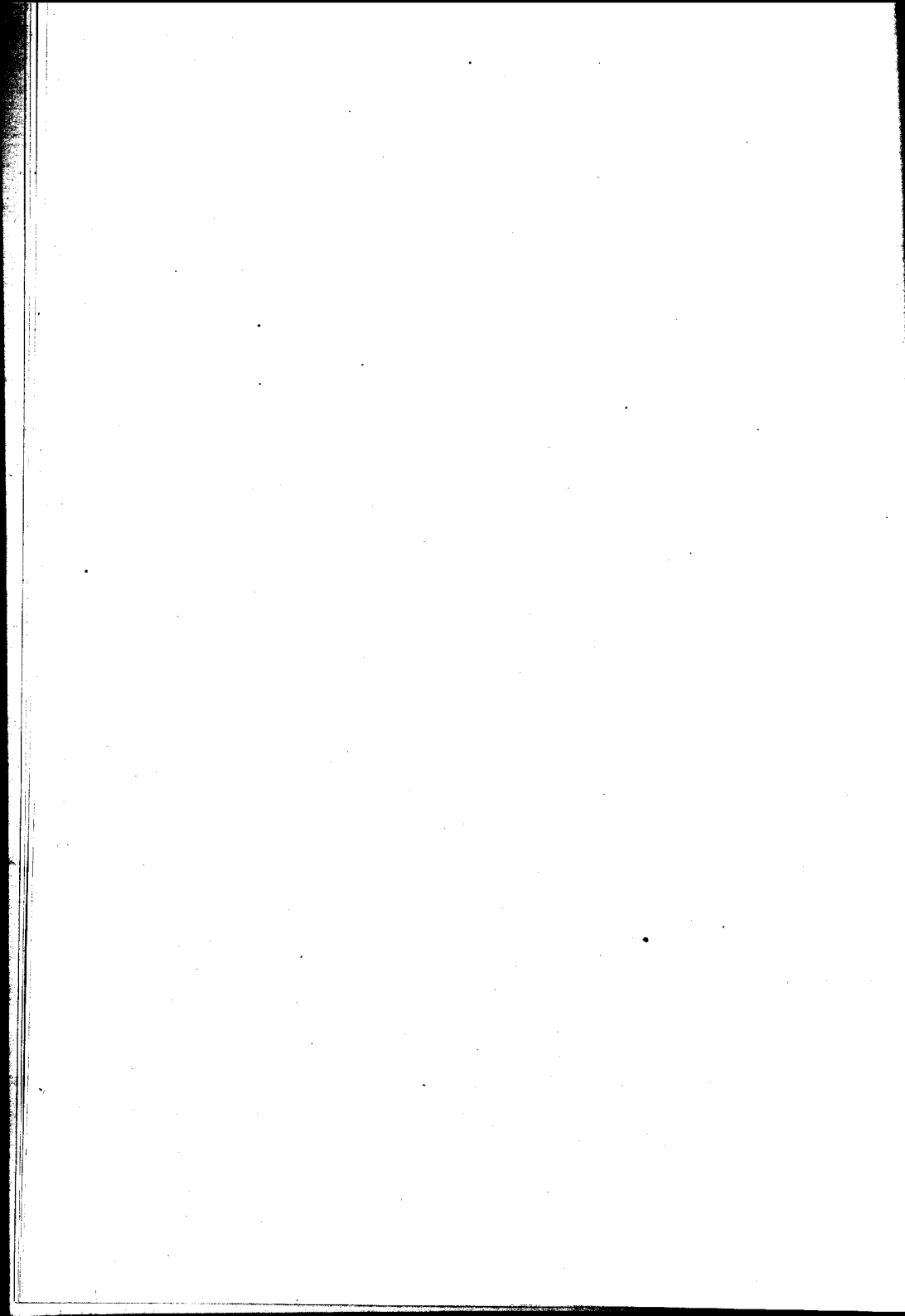
» » MARCELO VIÑAS

» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

» » JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

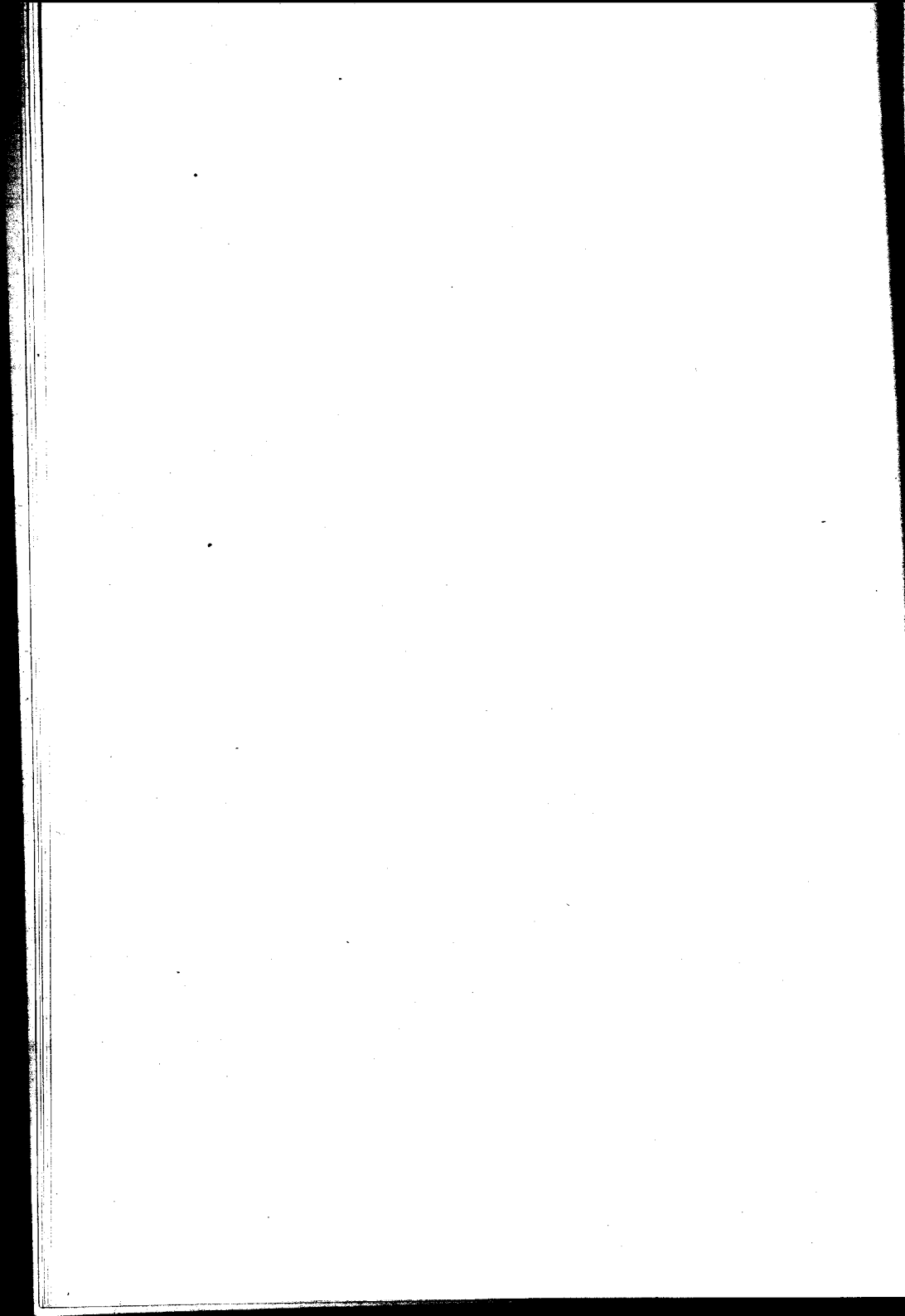
» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

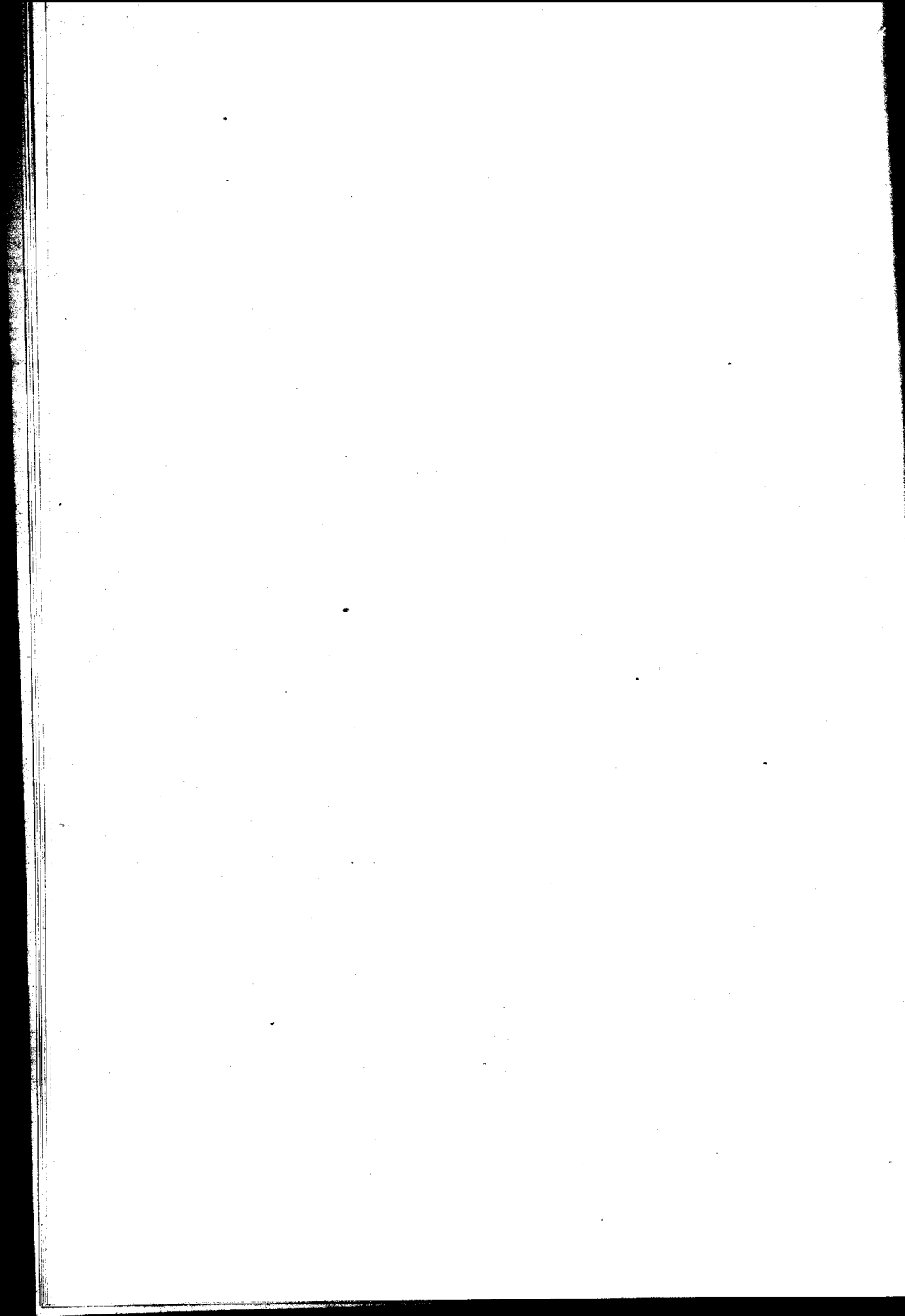
» FRANCISCO A. SICARDI

» TELÉMACO SUSINI



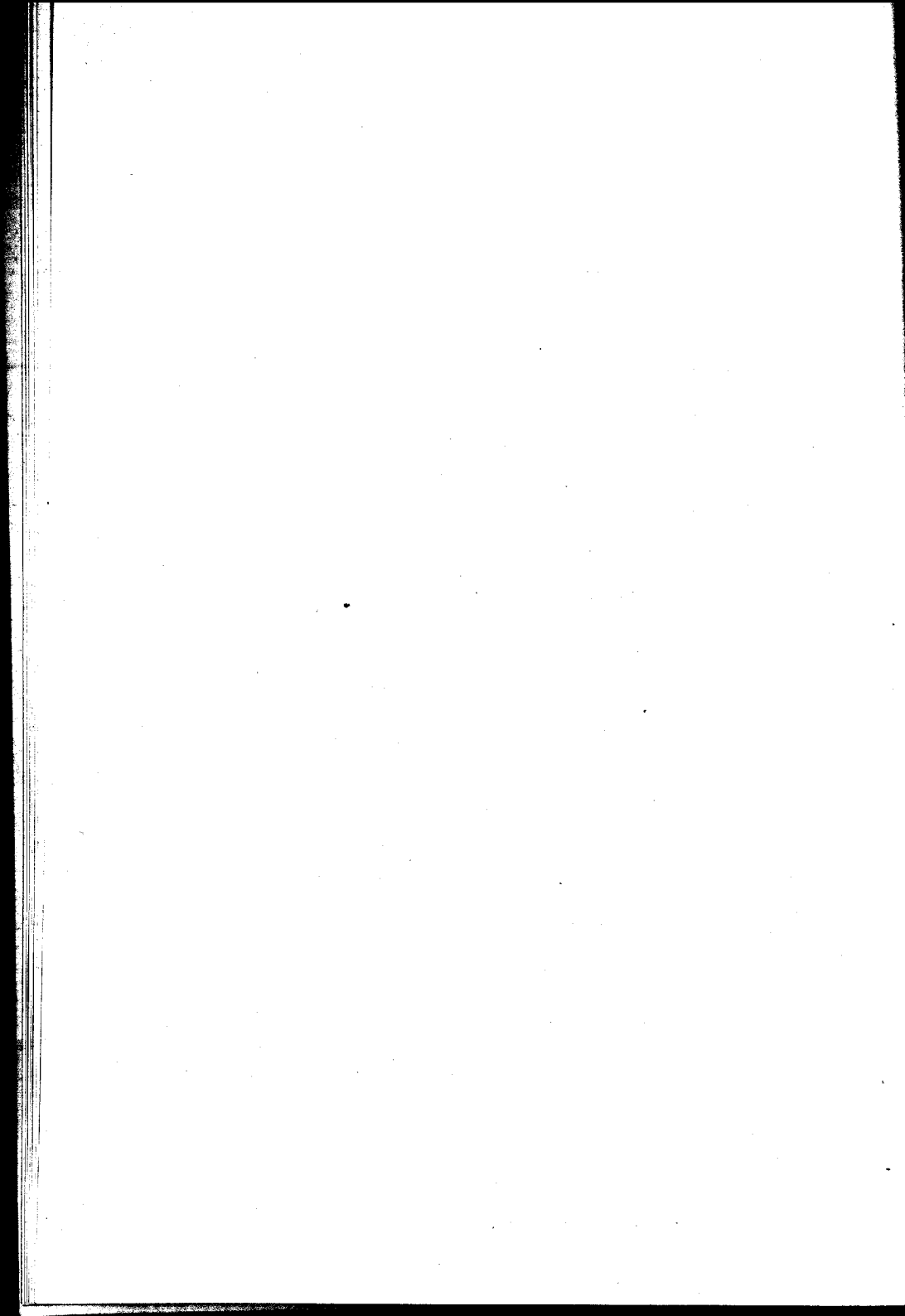
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANAÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PINERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» (VACANTE)
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» (Vacante).
Clínica Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERC
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
	» JOSÉ A. ESTEVES
» Neurológica.....	» DOMINGO CABRED
» Psiquiátrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Obstétrica.....	» ÁNGEL M. CENTENO
» Pediatría	» DOMINGO S. CAVIA
Medicina Legal.....	» ENRIQUE BAZTERRICA
Clínica Ginecológica.....	



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología ».....	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa.....	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna.....	» RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRÚN
	» MARIANO ATURRALDE
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
Clínica Psiquiátrica.....	» JOSÉ T. BORDA
	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Obstétrica.....	» ARTURO ENRÍQUEZ
Clínica Ginecológica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Médica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
	» PATRICIO FLEMING



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Zoología médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	» SALVO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» JUAN JOSÉ CIRIO
Química Biológica.....	» FRANCISCO ROTHILLE
Higiene Médica.....	» FRANK L. SOLER
Semiología y ejercicios clínicos.....	» BRINARDO HOUSSEY
Anatomía patológica.....	» RODOLFO HUAROLA
Materia médica y terapéutica.....	» SALVADOR MAZZA
Medicina operatoria.....	» BENJAMÍN GALARCE
Patología externa.....	» MANUEL V. CARBONELL
Clinica dermato-sifilográfica.....	» SANTIAGO M. COSTA
» Génito urinaria.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
» epidemiológica.....	» ALFREDO VITON
» oftalmológica.....	» PEDRO J. HARDY
» oto-rino-laringológica.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Fatología interna.....	» ANGEL H. BOITO
Clinica quirúrgica.....	» PEDRO ELIZALDE
» Neurológica.....	» JOSÉ MORENO
» Médica.....	» PEDRO CASTRO ESCALADA
» pediátrica.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
» ginecológica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
obstétrica.....	» CASTELFORT LUGONES
Medicina legal.....	» ENRIQUE M. OLIVERI
Clinica Psiquiátrica.....	» ALEJANDRO CEVALLOS
	» NICOLÁS V. GREGIO
	» PEDRO L. BALISA
	» JOAQUÍN CERVERA
	» JOAQUÍN SIN POSADAS
	» FERNANDO R. TORRES
	» FRANCISCO DESTÉFANO
	» ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	» DANIEL THAMM
	» ADOLFO NOCETTI
	» RAÚL ARGASARAZ
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTÍN CASTRO ESCALADA
	» FELIPE J. BASAULIBASO
	» ANTONIO R. ZAMBRINI
	» ENRIQUE FERREIRA
	» PEDRO LABAQUE
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARRIARRO
	» EDUARDO MARINHO
	» ARMANDO R. MAROITTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO F. LANDIVAR
	» JORGE LEYRO DÍAZ
	» ANTONIO F. CELESIA
	» TOMÁS B. KENNY
	» GUILLERMO VALDÉS (H.)
	» VICENTE DIMITHI
	» ROSALDO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSÉ VITON
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERC
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTÉFANO
	» JUAN R. GUYENA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» TULLIO MARTINI
	» CÁNDDIDO PATIÑO MAYER
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JALME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOITARO
	» JULIO IRIBARNE
	» CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	» FAUSTINO J. THONGÉ
	» JUAN R. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	» JUAN A. GABASTOU
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOSÉ A. BERUTTI
	» NICANOR PALACIOS COSTA
	» VICTORIO MONTEVERDE
	» JOAQUÍN V. GNECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTÁ
	» ANABLE JONES

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc.. DR. J. C. LLAMES MASSINI

Segundo año :

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clinica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas.....	Dr. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica...	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal....	» ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica.....	(Vacante)
Técnica farmacéutica (1er curso)...	» J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación.....	» RICARDO SCHATZ
Química analítica general.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial.....	SE. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Técnica farmacéutica (2º. curso)...	Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general—Anatomía y fisiologías comparadas.....	Dr. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
Física farmacéutica.....	» TOMÁS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica....	» ANGEL SABATINI
Botánica y Micrografía vegetal....	» EMILIO M. FLORES
Química farmacéutica orgánica.....	» ILDEFONSO C. VATTUONE
Técnica farmacéutica.....	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica general.....	Dr. LEIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial.....	(SE. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
	» CLEOFÉ CROCCO
	Dr. JUAN A. SANCHEZ
	SE. OSCAR MIALOCK

DOCTORADO EN FARMACIA

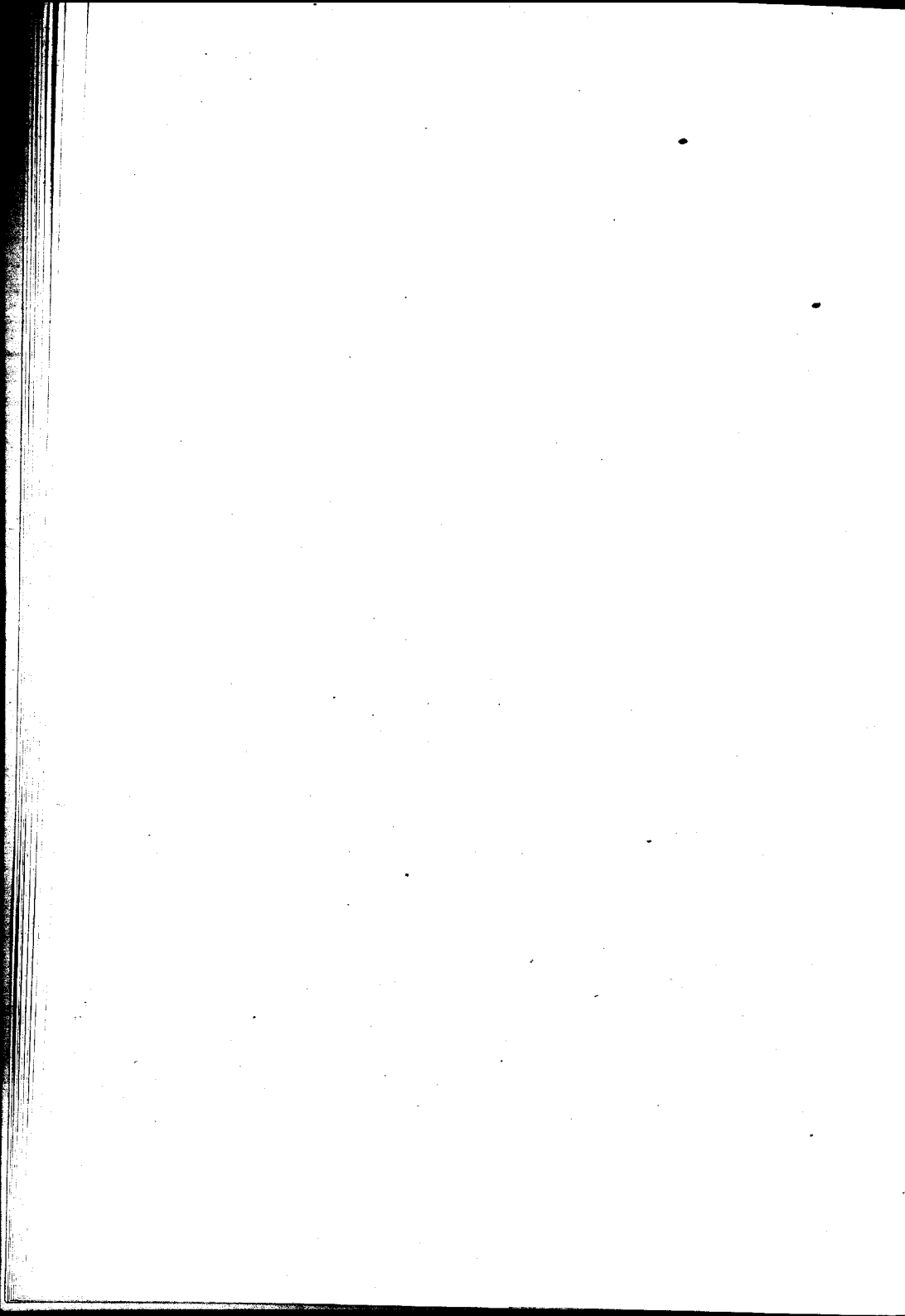
Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas.....	— —
Mineralogía y Geología.....	— —
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....	— —
Química analítica aplicada (Medicamentos).....	Dr. JUAN A. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)
Química biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología).....	— —
Física general.....	— —
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Toxicología y Química legal.....	» JUAN B. SEÑORANS

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

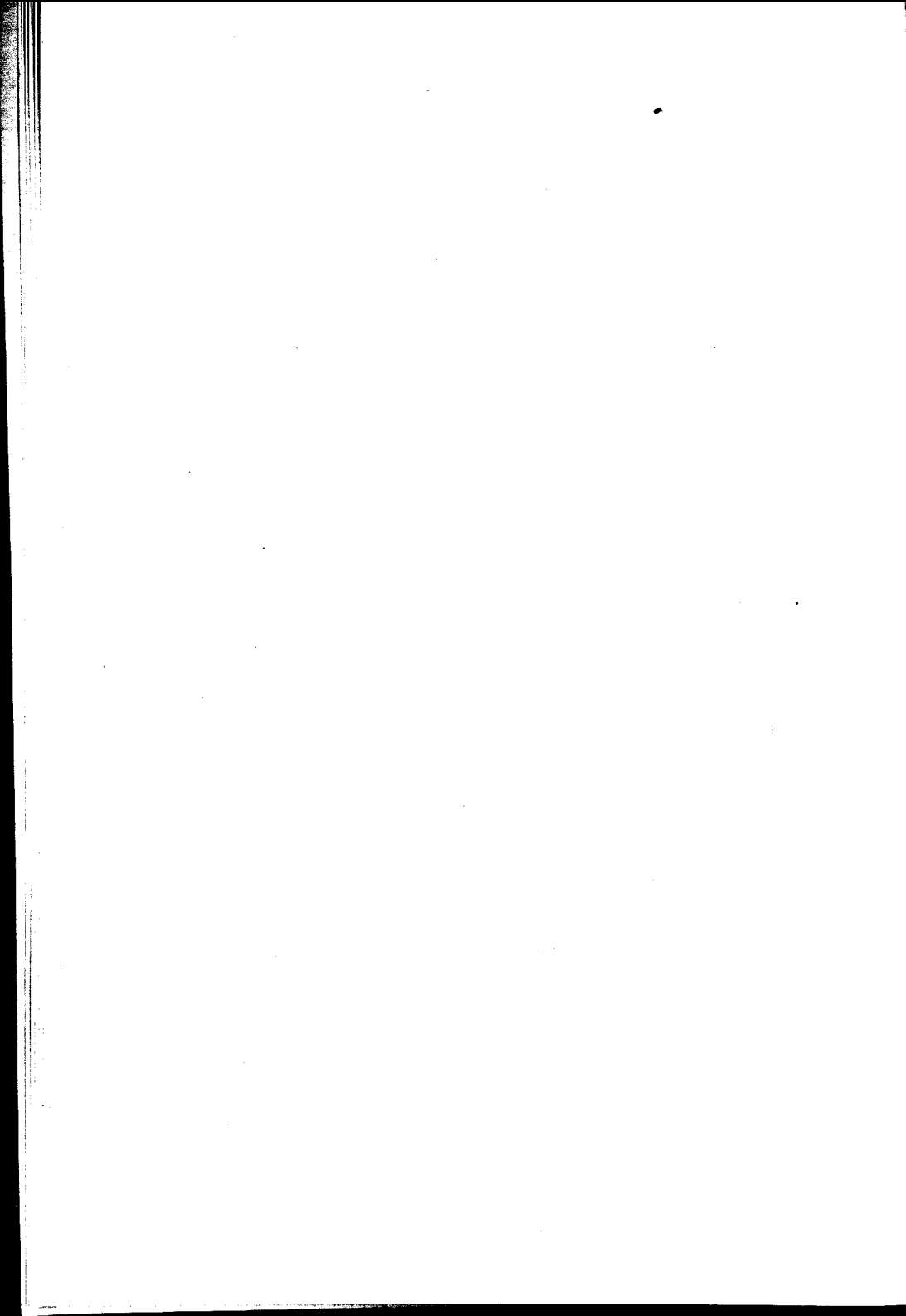
Catedráticos sustitutos

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
» CORIOLANO BREA (»)
» GIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)

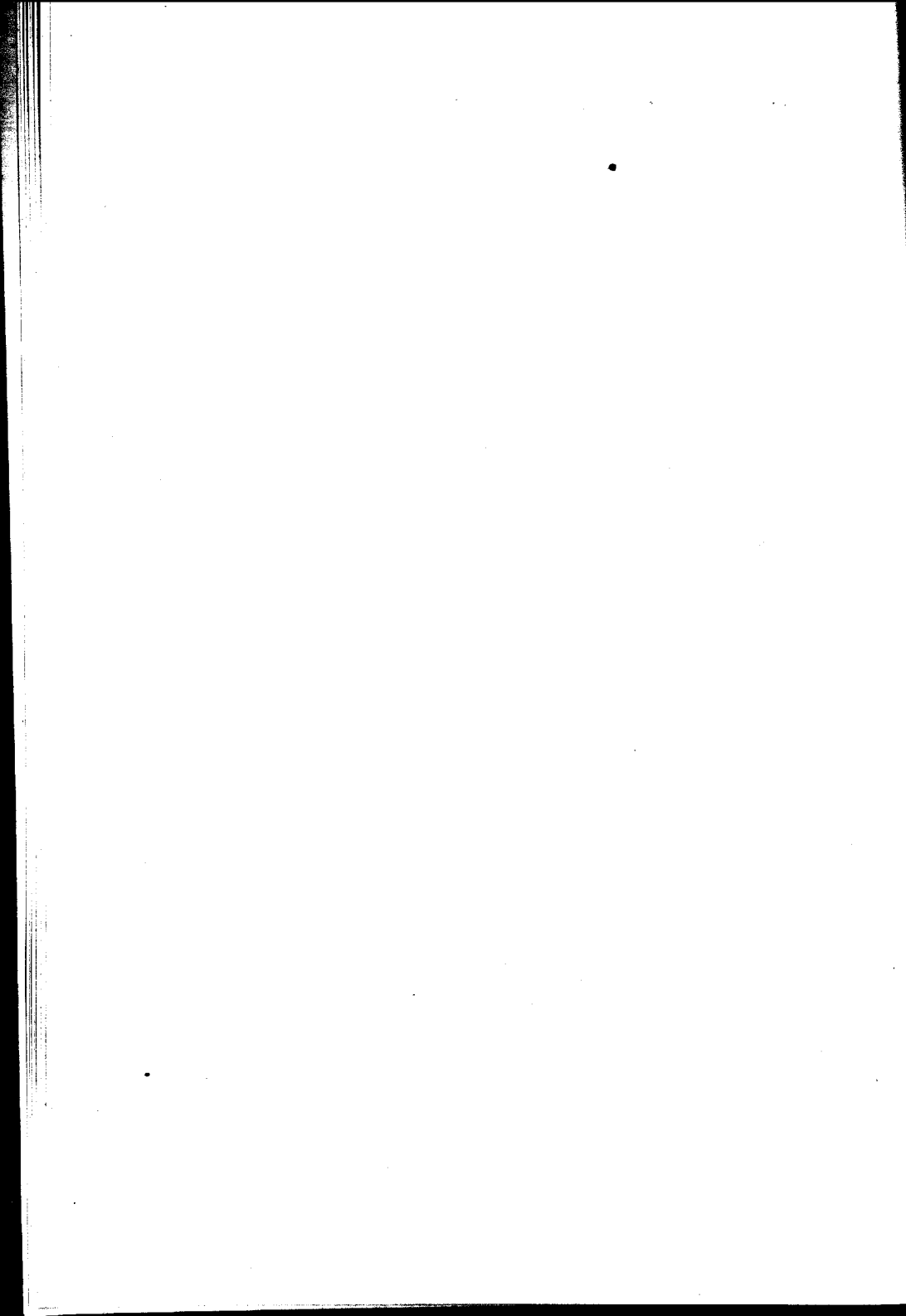


PADRINO DE TESIS:

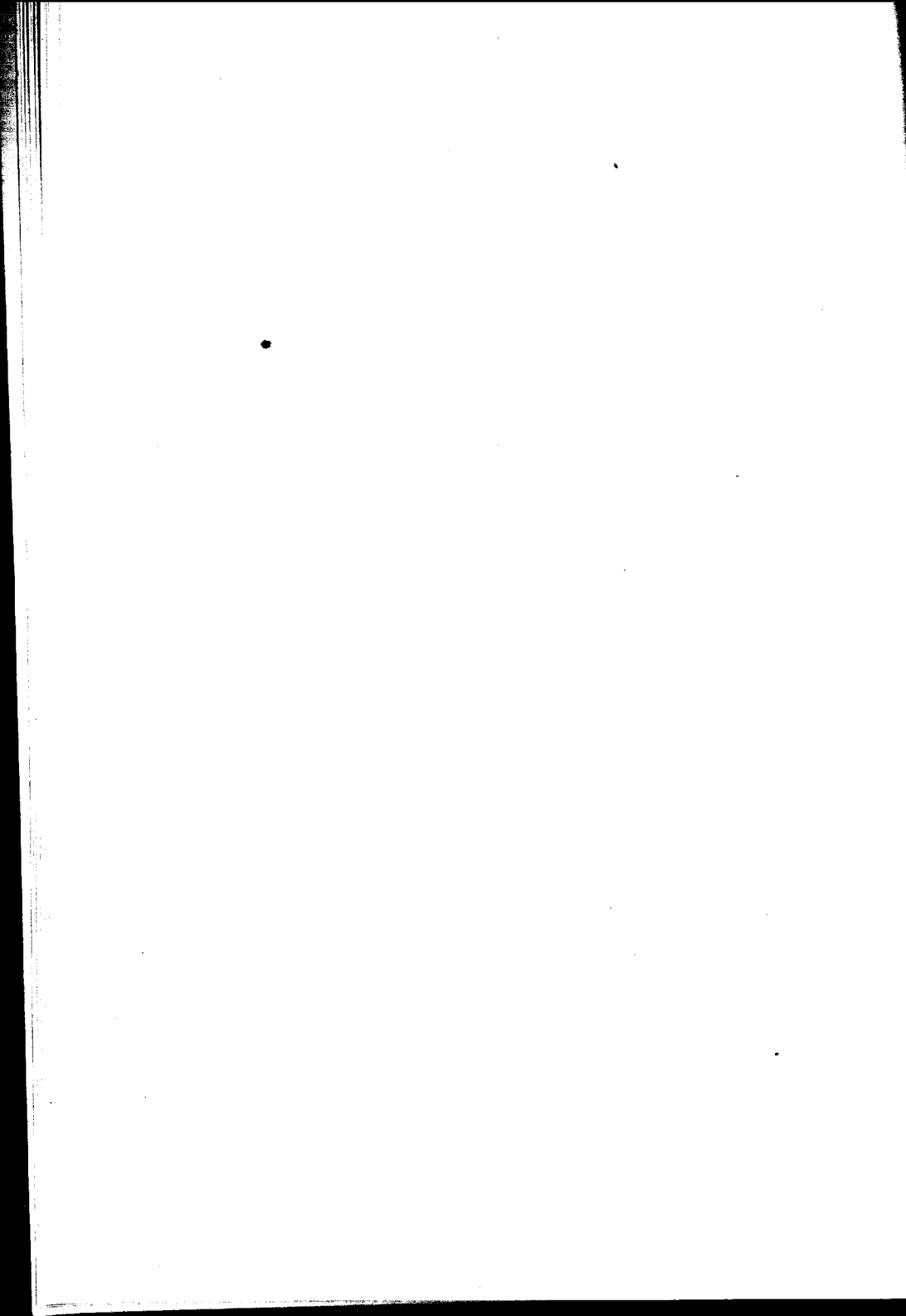
Dr. MARCELO VIÑAS



A LA MEMORIA DE MIS PADRES

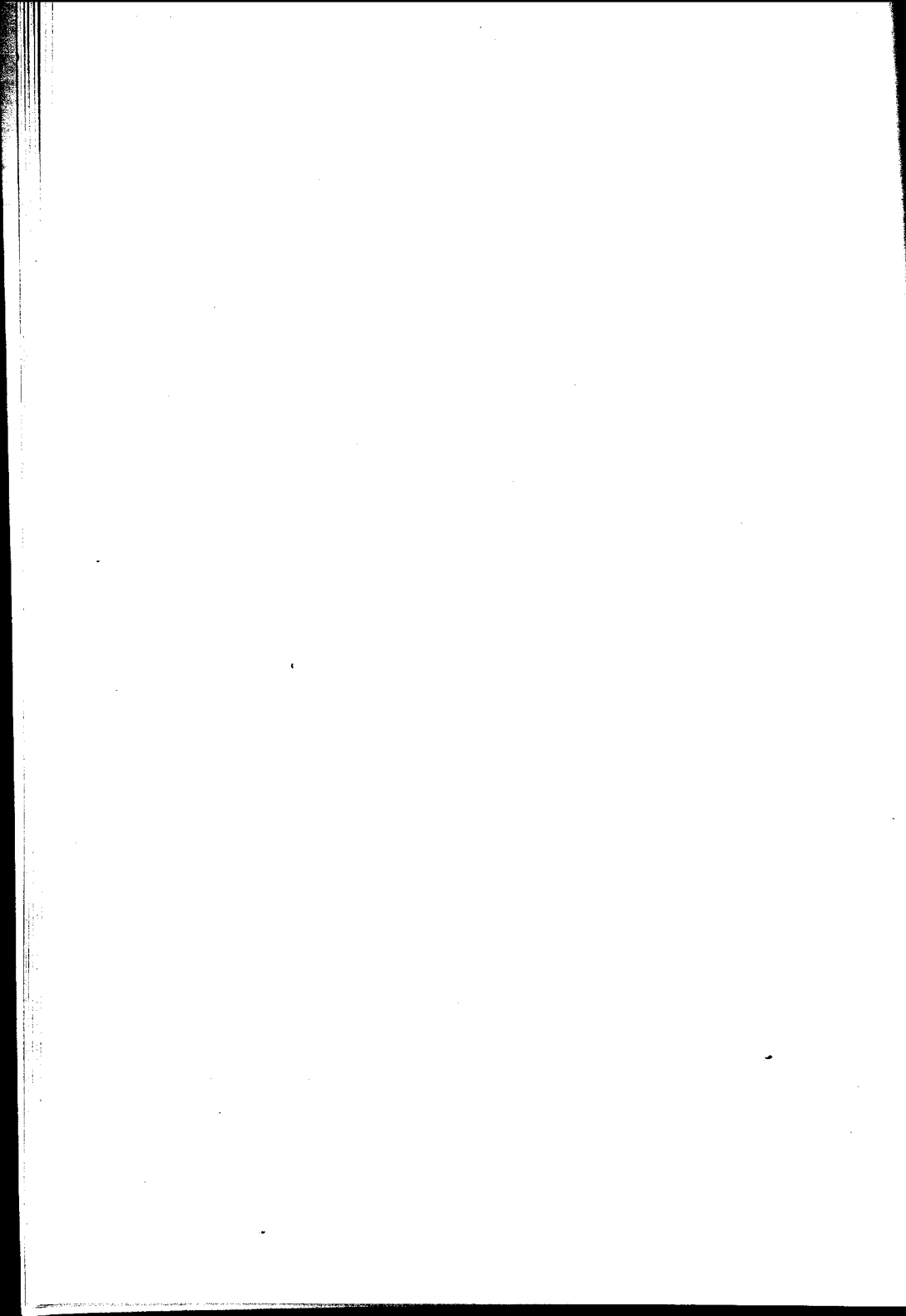


A LA MEMORIA DE MI HERMANO HECTOR



A MIS HERMANOS

A MI TIA JUANA DEL P. DE VIÑAS

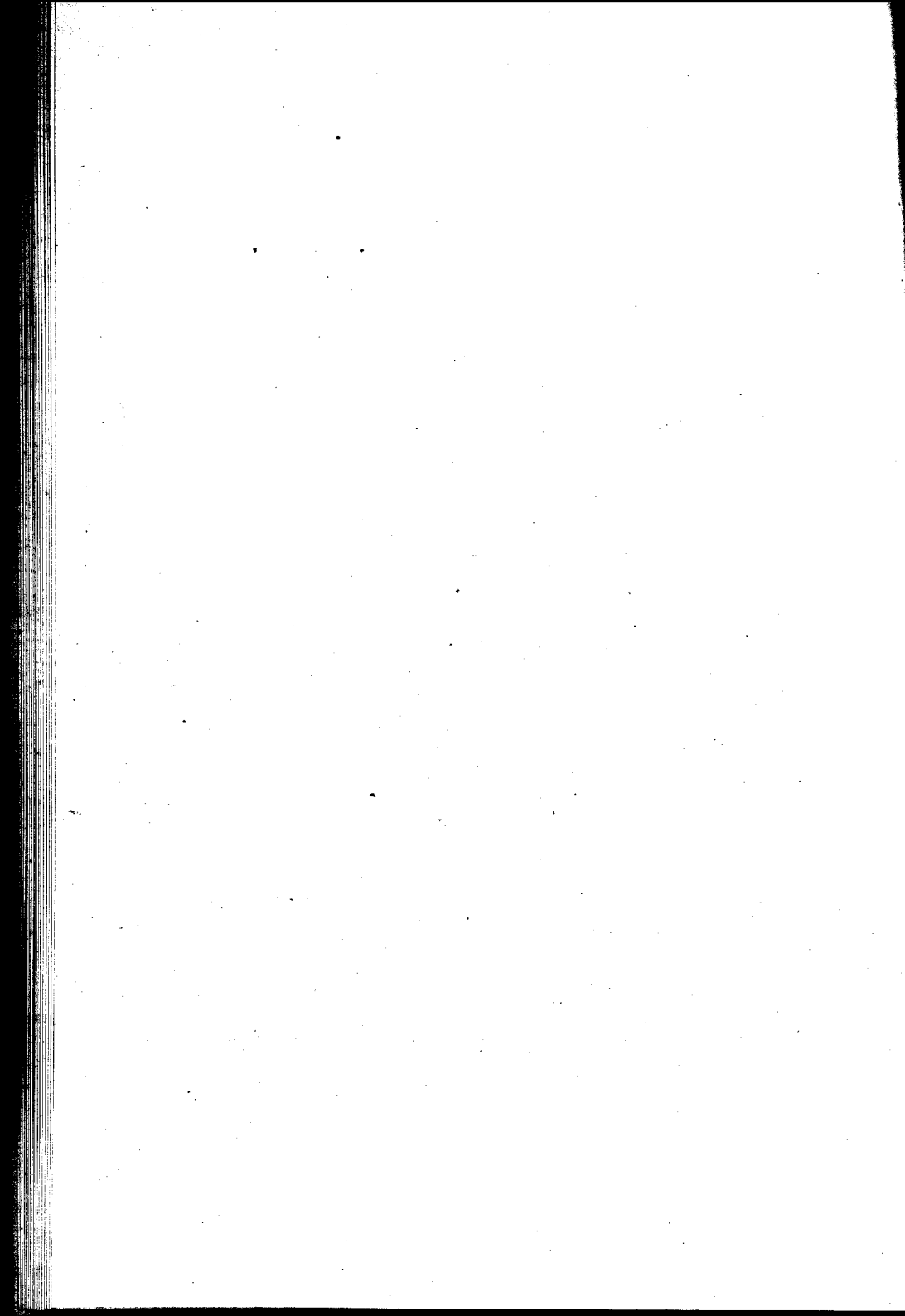


A LOS DOCTORES

JULIO I. FERNANDEZ

RICARDO NOLTING

A LA SALA 6 DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS



Tumores inflamatorios

Se entiende por tumores inflamatorios a neoformaciones, que bajo el punto de vista anatómopatológico se caracterizan por estar constituido por tejidos de inflamación simple; la tuberculosis, la sífilis y la actinomicosis producen también tumores inflamatorios, pero éstos tienen elementos que le caracterizan y por eso se denominan específicos; reservándose el nombre de inflamatorios puros a aquellos de los cuales nos ocuparemos en este estudio.



Etiología

La causa de los tumores inflamatorios es siempre la infección. Esta determina una reacción trayendo como consecuencia neoformaciones conjuntivas índice de la defensa orgánica. No corresponde indudablemente a un microorganismo determinado la formación de tales tumores; son microorganismos banales que tienen su punto de partida en el tubo intestinal a veces atravesando una mucosa en condiciones desventajosas. Entre estos podríamos poner los originados a nivel de úlceras de etiología variadas así como los consecutivos a cuerpos extraños que se enclavan en la mucosa intestinal. Las infecciones de intestino acompañadas de coprostásis parece probable entrar como explicando ciertos tumores.

La tuberculosis puede originar estos tumores? Los procesos inflamatorios de intestino de cual-

quier naturaleza que sean, favorecen la entrada de bacilos; como el crecimiento de los tejidos tiende a alejar el agente, se originan neoformaciones específicas teniendo entonces un tuberculoma.

Ahora bien; A veces los elementos específicos son muy escasos, hasta no se encuentran en tanto que el tumor está casi totalmente constituido por un tejido escleroadiposo que alcanza varios centímetros de espesor, creando adherencias con los órganos vecinos; este tejido adquiere tanta importancia en la constitución del tumor, que se nos presenta como si fuera inflamatorio puro; otras veces da lugar a que se piense en un tumor de la naturaleza de éstos, que ha sufrido una degeneración tuberculosa. Es decir, que la inflamación ha sido primitiva y la tuberculosis secundaria.

Y así llegamos a lo sostenido últimamente sobre tuberculosis sin tubérculos, que produciendo tales lesiones en otras partes como en las articulaciones, en el llamado pseudo reumatismo de Poncet, podría hacer lo mismo en el intestino. Berad, es un defensor de esta teoría: «no solamente las lesiones específicas pueden retroceder sin dejar rastros, sino que la tuberculosis puede determinar la esclerosis de los tejidos d'embloé, sin que sea necesaria la presencia de lesiones es-

pecíficas: la acción de las toxinas solo sería necesario.

Hay tumores inflamatorios llamados secundarios porque a pesar de darnos una sintematología idéntica a los originados en el intestino, tienen su punto de partida en órganos vecinos englobando luego en su desarrollo un segmento intestinal.

Han sido clasificados en tumores inflamatorios puros y específicos: entre estos últimos están comprendidos aquellos cuya etiología corresponde a la sífilis y tuberculosis y en cuyo estudio anatómico encontraremos los elementos histológicos fundamentales que corresponden a estas afecciones. Esto no corresponde a nuestro estudio

Independientemente hemos dicho que la tuberculosis podría dar tumores puros, sea porque los elementos específicos desaparecen quedando solo una neoformación simple; o porque las toxinas tuberculosas por sí solas son suficientes para producirles (tuberculosis sin tubérculos).

Es por esto que a veces (presento un caso) durante la intervención se encuentra un tumor, especialmente si es de ciego, que tiene aspecto de carcinoma, o de tuberculoma. El estudio microscópico revelándonos la ausencia de células neoplásicas y de tubérculos; y la presencia de un tejido de naturaleza conjuntiva nos pone en vías

de un buen diagnóstico corroborado por los brillantes resultados de una intervención quirúrgica con cura completa del enfermo. Salzur, decía: «que no se atrevía a garantizar la estructura cancerosa de ciertos tumores de ciego, desde que Herdenthaler, había mostrado que otras neoformaciones tomaba a veces la máscara del cáncer».

La mayoría corresponde a la tuberculosis esclero adiposa; otros a los tumores inflamatorios puros.

Anatomía patológica

Con lo dicho podríamos dar una definición anatómica diciendo: son tumores que se presentan en sujetos indemnes de sífilis y tuberculosis y que no presentan la estructura de un neoplasma propiamente dicho, es decir, constituido por células que tienen su representante en el organismo en cualquier período de su evolución.

Los tumores inflamatorios simulan a los tumores malignos, hasta el punto de que la apariencia neoplástica de las masas constatadas hacen abandonar una intervención radical; y es que en efecto, en presencia de una induración difusa, y regular, de consistencia leñosa, adhiriéndose a las partes vecinas, invadiendo lejos de su punto de origen, no se duda en pensar sea una neoplasia maligna.

Ya hace quince años, en la Sociedad de Cirujía,

el profesor Lecond, había dicho: «es interesante preguntarse, si en un cierto número de casos, los espesamientos, los verdaderos tumores abdominales que encontramos en el curso de nuestras laparatomías por ablación de tumores útero-ancixiales, espesamientos y tumores ofreciendo ogroseramente los caracteres macroscópicos del cáncer intestinal, no son simplemente espesamientos inflamatorios que se deben respetar y que curan sólo. Por mi cuenta yo creo.»

También algo se ha dicho respecto al cáncer experimental; algunos investigadores demostrando la inoculación del cáncer como el profesor Hansemann, afirman que lo que algunos autores habían considerado como nódulos neoplásicos, no son otra cosa que neoplasias inflamatorias de origen puramente irritativo.

El segmento intestinal a que corresponde está espesado, hipertrofiado presentando abolladuras de desigual tamaño, extendiendo la neoformación a varios centímetros a uno y otro extremo (más que en los tumores malignos). El meso está espesado manteniéndolo fijo por su parte posterior. El peritoneo que lo envuelve está espesado formándole una gruesa cáscara fibrosa. Ciertas partes presenta a veces los caracteres de masas carcinomatosas o de linfosarcoma; otras una consistencia leñosa crugiendo bajo el escarpelo.

El espesamiento que corresponde a todas las ténicas del intestino, aumenta su volumen pero disminuye su calibre, presentando a veces en un corte longitudinal, el aspecto de dos conos reunidos por sus vértices.

Cuando el tumor corresponde al ciego (una de nuestras observaciones) la inflamación interesa también el colon ascendente y la última porción del ileón: estas partes están fuertemente espesadas e induradas; el apéndice deformado es difícil encontrarlo; la válvula ileocecal espesada, indurada y fuertemente estrechada. La parte de intestino que se encuentra por arriba de la lesión está dilatada con hipertrofia de sus capas musculares. La que se encuentra por debajo está estrechada.

La mucosa se encuentra plegada; las ulceraciones no existen o son raras y superficiales debidas a causas puramente mecánicas, contacto de las materias fecales endurecidas. Gradualmente se continúa con la mucosa normal.

El estudio microscópico es el que ha dado lugar a que se clasifiquen los tumores que nos ocupa, teniendo en cuenta su punto de iniciación intestinal, peri y para intestinal; pero en general todas las ténicas están atacadas desde la serosa hasta la submucosa; haciendo excepción de la mucosa que presenta solo lesiones irritativas y

que ya ha sido puesto de relieve como caracterizando a estas neoplasias.

Ahora bien; la lesión predomina a veces en algunas de las tunicas y de ahí la clasificación; mientras que la mucosa y la submucosa no han sufrido modificación alguna, las tunicas musculares están tomadas por la infiltración leucositarias bajo forma travéculas de células redondas que disocian y reemplazan las fibras musculares, extendiéndose hacia la superficie donde predominan travéculas fibrosas. Estos corresponden a los llamados peri intestinales.

Otras veces la infiltración va más hacia la luz; la mucosa se encuentra aún conservada salvo salvo en la misma extenosis donde la capa epitelial falta, la submucosa está infiltrada de elementos embrionarios dispuestos en travéculas o agrupadas como en la muscular; el proceso englobando todas las tunicas del intestino no tiene ninguna estructura definida.

Sintomatología

Dolor, constipación y tumor.—He aquí lo que llama la atención en estos enfermos. Parecería apresurarse a colocar en primera línea el tumor, mas en la mayoría de los casos los enfermos han notado en tal o cual parte de su vientre el desarrollo de éste y vienen a la consulta atribuyendo a él, los trastornos que le aquejan. Esto es digno de tenerlo en cuenta para el diagnóstico diferencial porque cuando el tumor es inflamatorio puro, no es regla encontrar esa faz de trastornos gastro intestinales que se describe en los tumores inflamatorios específicos y tuberculosos como la esclero adiposa del ciego, bajo el nombre de faz fre-tumoral.

El dolor y la constipación son consecuencia de la neoformación que al constituir un obstáculo para la libre circulación del intestino, se revela por signos de obstrucción crónica.

El dolor adquiere una importancia de primer orden; no falta nunca cuando se presentan los síntomas arriba citados por ser una consecuencia inmediata de ellos, por ésto nos explicamos que vaya acentuándose paralelamente a ellos.

En efecto: desde tiempo atrás y acompañando a períodos de constipación atribuidos a veces a alejamiento de régimen, se han presentado dolores vagos que con el tiempo han venido acentuando estos dos caracteres: intensidad mayor y tendencia a localizarse. El punto donde se localiza, responde a donde se encuentra el tumor. El segmento de intestino aumenta la fuerza y el número de contracciones; su manifestación son las ondas peristálticas que pasan a flor de piel; su consecuencia es el dolor que se acentúa hasta que el obstáculo sea franqueado. Su causa es doble; la contractura y la irritación de las materias estancadas. Esto es tanto más cierto cuanto más inferior sea el segmento atacado (intestino grueso) porque las materias fecales se van endureciendo desde que es una función de éste absorber el agua que posee.

Esto nos explica de que sea variable en su modalidad, localización y aparición.

Preséntase a veces bajo la forma de cólicos espaciados y vagos primero, intensos y acentuados después, dando lugar a que el enfermo aban-

done sus ocupaciones, llevándose las manos al punto doloroso y es así como algunos descubren su tumor. Por eso en un principio había dicho, que entre estos enfermos, había muchos que iban a la consulta médica habiendo constatado su presencia.

La constipación precediendo y acompañando al dolor, es transtorno de primera importancia. Es tanto más precoz cuanto más inferior se encuentre el tumor, porque depende también de la flacidez del contenido intestinal, flacidez que es tanto mayor cuanto más remontemos hacia el intestino delgado.

Suele constituir la manifestación inicial en los tumores inflamatorios de intestino grueso. Los enfermos hacen uso de diversos tratamientos y podemos decir, que algunos agotan la medicación evacuatrix. Debido a la absorción consecuencia, de la coprostasis viene la anorexia, la pérdida de fuerza. Además por el dolor tienen también miedo a los alimentos. Los enfermos se demacran, se caquectizan. Toman un tinte amarillento y a veces la máscara del cáncer.

Esto es interesante para el diagnóstico porque en presencia de un enfermo de unos cuarenta años, con ese aspecto y un tumor, tenemos el derecho de pensar en un cáncer. Esos errores con los brillantes resultados operatorios, fueron en

parte, los que originaron el estudio de las neoplasias que nos ocupa.

La constipación se alivia a veces espontáneamente por diarreas pasajeras y merced a las cuales expulsa el enfermo grandes cantidades de gases y materias fecales fétidas.

¿A qué se debe esa diarrea y esa fetidez? ¿Cuál en su fisiología patológica? Se produce por lo que llamamos secreción de irritación originada por delante del lugar donde está el neoplasma, que da lugar a que las materias fecales endurecidas por arriba, puedan presentarse exclusivamente líquidas; fétidas debido a fermentaciones y putrefacciones.

El alivio es siempre pasajero: sigue a la diarrea el estreñimiento más pertinaz aún aumentan los dolores presentándose bajo forma de cólicos violentos, acompañados de regurgitaciones que llegan hasta el vómito.

Otras veces a pesar de las deposiciones diarréicas no se nota mejoría; el cansancio, la pérdida de apetito no desaparecen. Es que las toxinas acumuladas, y absorbidas en la mucosa intestinal, no son totalmente expulsadas.

Examen del enfermo.—Por medio de la palpación notamos un tumor.

Todos sabemos que los tumores de la cavidad desaparecen cuando se contraen los músculos;

en los tumores inflamatorios se producen a veces la tensión del mismo. Esto es debido a que por su naturaleza, como hemos visto estudiando su anatomía patológica, se produce una fusión íntima o tiene sólidas adherencias con la pared.

Movilidad respiratoria.—Debido a las adherencias con los órganos vecinos y a veces con la pared, la movilidad axial no existe tanto más cuanto más inferior sea.

Esto es común a las neoformaciones originadas por procesos inflamatorios.

Movilidad manual.—Son susceptibles de una movilidad manual los tumores que no están en relación con las paredes, salvo el caso que el medio de unión esté constituido por un cordón estrecho. Debido a esto es que estas neoplasias por más que pertenezcan a órganos llamados intracavitarios y provistos de meso como el intestino poseen una movilidad escasa o nula. Los originados en las capas cercanas a la pared la poseen en un principio en un grado mayor; pero en general tomadas entre los dedos, en los casos en que es posible por la escasez de prolongamientos en diversos sentidos, resiste en su profundidad: está sólidamente fijado.

Tamaño.— Como todos los tumores presentan variaciones; uno de nuestros casos (tumor de ciego) era del tamaño de un huevo de avestruz.

En su evolución presentan también variaciones pero no pasa aquí como en la generalidad de los tumores, especialmente malignos, en que se agrandan progresivamente. Muy por el contrario en estos neoplasios se nota una regresión especialmente después de un tratamiento quirúrgico apropiado y llegan hasta desaparecer. Las observaciones a que me refería anteriormente, excluyendo el intestino atacado nos demuestra lo antedicho. Su superficie es lisa, regular o sembrada de rugosidades o salidas.

No siempre es fácil obtener datos precisos sobre ésto especialmente cuando dolores continuos se presentan en el tumor revelando una pousée inflamatoria aguda.

En cuanto a su consistencia es dura, pero puede aparecer cierta parte hasta fluctuante en los casos a que me refería anteriormente.

La presión es dolorosa.

En cuanto a la percusión podemos decir que la sonoridad velada es más frecuente que la submatítez. En una de nuestras observaciones a medida que se reducía iba adquiriendo un sonido más alto. Esto se debe a que en los primeros pasos se percutían exudados inflamatorios plastrones que daban una submatítez superficial. Con el tiempo lo que era realmente tumor se presenta con caracteres más precisos.

El grado de obstrucción interviene también en estas variaciones: y si no está muy en contacto con la pared y el intestino timpanizado, su sonoridad es enmascarada por la de éste.

Fuera del tumor y observados los enfermos cuando los dolores se instalan como forma de cólicos, un examen minucioso nos hace reconocer la existencia de un peristaltismo acentuado y de una intensa rigidez intestinal.

Sabemos que con paredes normales, no se distingue el peristaltismo realizado en condiciones fisiológicas, salvo que aquellas sean sumamente flácidas.

El peristaltismo perceptible, siendo fisiológico, resulta característico. Se verifica con gran lentitud, sin contracciones exageradas, sin rigidez y sin dolor.

Pero en el caso que nos ocupa los movimientos peristálticos alcanzan una energía suficiente para hacerse visible como ondulaciones que pasaran a flor de piel. Es la manifestación de la hipertrofia de la parte de intestino situada arriba del asa afectada.

A veces una percusión o palpación suave, provocan la irritación suficiente para que se produzca el fenómeno de la rigidez intestinal, diseñándose con claridad el conglomerado de las asas cuanto menos densas sean las paredes ab-

dominales; y antes blandas se palpan como tubos prominentes de rígidas paredes que se dejan circunscribir bien.

Esto, acompañado de los movimientos peristálticos se disipan entre un murmullo de gorgoteos y borborigmos y con dolores análogos a los que se presentaron en un principio. Sabemos también en estos casos cuando el obstáculo radica en la primera parte del intestino grueso lo timpanizado corresponde al medio del abdomen (ansas delgadas) y lo contrario para los obstáculos del intestino grueso. No es fácil observarlo. Fuera de la crisis se encuentra un vientre metorizado, con ansas distendidas.

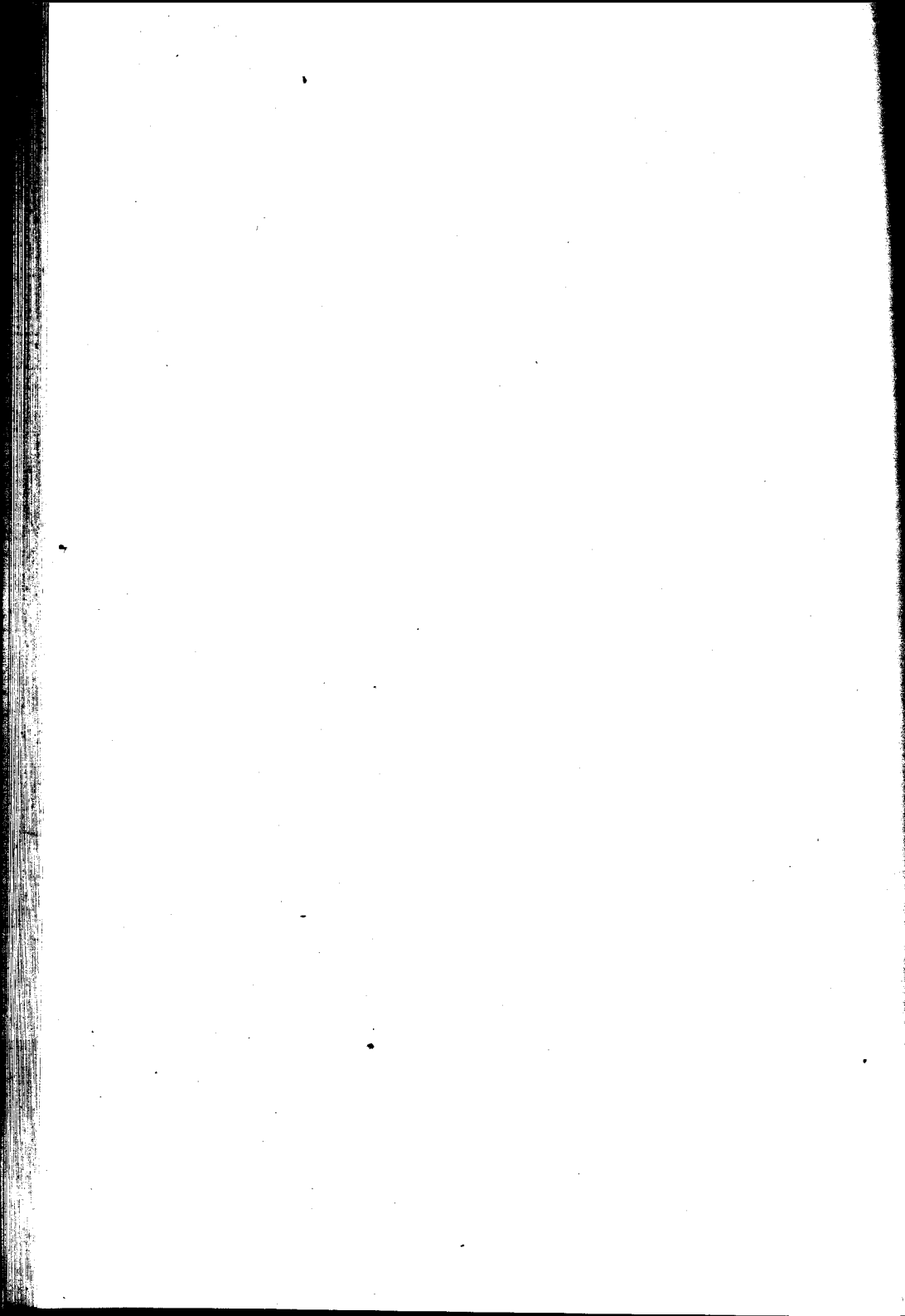
El tacto rectal y vaginal prestan sólo servicio cuando los tumores están en el piso inferior del abdomen y poseen adherencias con el recto.

Los métodos de exploración modernos y el empleo de los rayos X, son útiles en los casos de tumores inflamatorios a punto tal que no hay clínica donde el examen no sea completado por éstos.

La rectoscopia alcanzando a explorar el ansa sigmoidea en una extensión de treinta centímetros es muy útil para esta región.

El bismuto suministrado a tiempo seguido de un examen radioscópico nos comprobó en uno de nuestros casos que existía un obstáculo para el

vaciamiento del íleon y fué esto complementado con una insuflación en el colon dándonos la seguridad de la existencia de un obstáculo real que cerraba la luz del intestino.



Diagnóstico

Si nos encontramos en presencia de una persona de unos cuarenta años, que se nos presenta enflaquecida, sin fuerzas, que desde tiempo atrás ha perdido su apetito, que padece de constipación por períodos más o menos largos, pensamos que existe una obstrucción crónica.

Si buscamos la causa del obstáculo en el intestino notamos un tumor; pensamos con justa razón en un cáncer y la primera impresión que se recibe parece tratarse de un enfermo cuyos días son contados.

Este síndrome se encuentra siempre que exista una estenosis, una obturación o una compresión del intestino, pero con la presencia de un tumor explicamos la dificultad por una estenosis combinada o no con una compresión, cuyo punto de partida en los casos de neoplasias inflama-

torias, es a veces una obturación real, (tumores por cuerpos extraños).

Respecto al carcinoma sabemos su frecuencia entre los cuarenta y sesenta años pero así como esta edad no está exenta de tumores inflamatorios, no es menos cierto que un cáncer puede encontrarse en un joven. Sin embargo, es un factor muy importante; todos los días vemos repetir: es ya viejo, su tumor debe ser maligno....

Dos tipos de carcinomas debemos de tener en cuenta: los duros y los blandos.

Ahora bien: el síndrome de obstrucción crónica se presenta más comúnmente desde un principio en los carcinomas escirrosos: los síntomas de estenosis ocupan el puesto preferente, síntomas que pueden llegar a ser en un momento dando los de una verdadera oclusión.

Pero aquí el *desarrollo del tumor* adquiere poca importancia, no guardando relación con el grado de obstrucción; este crece con mucha lentitud, mientras que en el caso de una neoplasia inflamatoria, el tumor es como he dicho desde el principio un síntoma de primer orden. Suele más bien parecer grande el tumor y poca la obstrucción. He dicho que muchos enfermos vienen habiéndose notado su neoplasma al que atribuyen su mal. Es decir, que el portador de un carcinoma escirroso, viene por su obstrucción incons-

ciente siempre del tumor: no pasa lo mismo en un tumor inflamatorio. Un cólico fué a veces quien reveló al enfermo la causa de su mal.

Distinto es el cuadro clínico en los carcinomas que por su arquitectura anatómica, corresponde a los carcinomas blandos, tendiendo a producir ulceraciones del intestino.

La estenosis intestinal a medida que el tumor se acentúa es reemplazada (especialmente cuando aquél es bien visible, períodos tardíos) por incoercibles y profusas diarreas que constituyen el síntoma preponderante. Las deposiciones hallanse mezcladas con pus y sangre y contienen gran cantidad de moco gleroso en el que se bañan a veces restos necróticos del tumor. Resulta extraordinariamente fétido el olor de las materias expulsadas.

Estas deposiciones no se encuentran en los neoplasmas inflamatorios; sangre no hay en ellos.

El grado de movilidad de los carcinomas depende en primer término del lugar que ocupan; el cáncer del ansa sigmoidea y del colon transversos son los más movibles. Esta movilidad puede dar lugar a que por su propio peso el tumor pueda variar notablemente de posición y ocupe otra región que la que les corresponde; pero esto es solo aplicable a los carcinomas limitados a la pared.

El tumor inflamatorio, debido a las fuertes adherencias que presenta con la pared y los órganos vecinos se nos presenta como sólidamente fijado.

El dolor se encuentra siempre en los tumores inflamatorios...

Este existe especialmente en los carcinomas infectados.

La temperatura se encuentra en muchas observaciones de neoplasias inflamatorias; no son ascensos bruscos; son oxilaciones que varían entre un grado y un grado y medio.

Sangre.— El examen de ésta, da resultados que no están de acuerdo con la fórmula hematológica del cáncer. Resulta si una disminución de hematies, pero hay una leucocitosis que en los carcinomas solo se presentan en los casos de infección supurada; sin embargo, en éstos hay una anemia muy marcada. Esta discordancia entre número de glóbulos blancos y rojos, no existe en las neoplasias inflamatorias; la leucocitosis existe marcada; la hipoglobulia roja es leve.

Neoplasmas benignos.—Son muy raros. Generalmente evolucionan sin provocar transtorno alguno y cuando éstos se presentan se trata generalmente de tumores con degeneración maligna. No alcanzan un desarrollo acentuado, siendo los de mayor tamaño (no sobrepasando en general del

de una mandarina), los originados en las capas musculares (fibromiomas).

Pueden originar hemorragias la ulceración de estos tumores. Es un síntoma de los adenomas muy vasculares (Hochenegg), pero los adenomas tienen su asiento predilecto en la última porción del intestino grueso.

Los síntomas de obstrucción crónica no se producen; el enflaquecimiento, pérdida de fuerza, malestar no le corresponde.

Tuberculoma.—Preséntase de un modo larvado, insidioso y con el cuadro clínico de una estenosis intestinal crónica.

Que sea un proceso inflamatorio quien preceda la aparición de un tumor, o que sea aquella una consecuencia de éste, el hecho es, que aún no revelado por signos clínicos de tumor, determina modificaciones funcionales que presentándose de un modo lento e insidioso, son frecuentes para llamar la atención, y hacer a veces un diagnóstico precoz muy interesante por los resultados de la terapéutica quirúrgica.

Los trastornos intestinales que preceden la aparición del tumor, han sido englobados bajo el nombre de enteritis o entero-colitis pretuberculosa.

El dolor es el más frecuente de los síntomas en este período. Es variable en su modalidad, lo-

calización y aparición; empezando de una manera vaga en todo el abdomen, produciendo pesadez, va finalmente a localizarse en la región cecal para aumentar de intensidad, transformándose en violentos cólicos tan dolorosos que Dieulafoy compara a dolores de parto. Este dolor forma parte del síndrome de König acompañado del enflaquecimiento y anorexia presentándose periódicamente y con mucha regularidad.

La diarrea es más frecuente desde un período precoz, pues no es nada más que la revelación de la infección tuberculosa. En períodos más avanzados la explicación de ésta es la misma que la que hemos dado para los tumores inflamatorios.

La sangre en las materias fecales suele encontrarse en los casos de tuberculoma, siendo la consecuencia de un proceso ulceroso; sin embargo, le corresponde más a un tumor maligno que a la tuberculosis esclero adiposa pura.

En caso de encontrarla viene íntimamente mezclada con las materias fecales presentando una coloración negra, borra de café.

Esto no corresponde a las neoplasias inflamatorias no específicas.

El intestino, en la tuberculosis manifiesta a veces su irritación por medio de mucosidades, so-

bre todo en el principio (entero-colitis pretuberculosa).

La palpación nos revela un meteorismo más acentuado en la fosa ilíaca derecha, donde no faltan las ondas peristálticas, ruidos y gorgoteos. El dolor se acentúa por la palpación.

El tumor corresponde al ciego, presentándose bajo formas distintas, de tamaño variable; a veces circunscripto, otras veces difuso, lobulado o no, pareciendo a veces varios tumores unidos. Ahora bien; cuando es difuso, cuando tiende a reblandecerse y abrirse en otros órganos es que hay un proceso inflamatorio banal agregado al específico y por este hecho deja de ser un tuberculoma puro. Por eso a veces el diagnóstico es muy difícil, aún en el momento de la intervención quirúrgica.

La presencia de tuberculosis pulmonar, la que nunca debe faltar según las modernas teorías, la cuti y dermo reacción la edad del enfermo, serían datos accesorios en el diagnóstico.

Se sobre-entiende que el examen positivo de las materias fecales, es el dato primordial e irrefutable; pero en clínica práctica en el menor número de casos encontramos el bacilo y casualmente cuando por los signos clínicos más dudamos, menos probabilidades tenemos de encontrarle; éste se encuentra especialmente en la tu-

berculosis de tendencia ulcerosa. Ahora bien ; hay tuberculosis esclero-adiposos del ciego, donde la tendencia a ulcerarse es mínima, donde a veces ni los estudios histológicos revelan elementos anatómicos de la tuberculosis.

Pero debemos confesar, por otra parte, que estos ya entran a formar parte de los tumores inflamatorios simples. Entran dentro de los llamados tuberculosis sin tubérculos de los que hemos tratado en capítulos anteriores.

Sífilis.—El intestino no va a hacer excepción a la tendencia actual de atribuir etiología luética a procesos hasta hoy poco definidos.

Gaucher, defiende que la entero-colitis y la apendicitis, tienen causa común : la primera es el preludio de la segunda. Las dos son manifestaciones de la heredo-sífilis. La apendicitis es de origen sífilítico.

El hecho de ser hasta cierto punto enfermedad familiar y que no sea difícil, dice Gaucher, encontrar en los atacados prognatismo del maxilar, alejamiento de los incisivos superiores, ligero estrabismo, tubérculos de Carabelli y otros signos dados para la heredo-sífilis, atestiguan el origen específico. Vemos con esto el *demasiado* incremento que va tomando la sífilis en las afecciones intestinales.

Tenemos por otra parte tumores de intestino

que han desaparecido con tratamiento mercurial.

Entre las manifestaciones encontramos diarreas rebeldes a todo tratamiento sintomático; otras veces estenosis intestinal con síndromes de oclusión parcial. Ewald, da como particularidad de la estenosis la de presentar oscilaciones en el grado de oclusión.

El dolor toma mucha importancia constituyendo a veces un tormento para los enfermos no teniendo relación con los signos dados por el examen. Esta discordancia ha sido dada como correspondiendo a la sífilis.

El estado general se conserva bueno, no hay pérdida de apetito, y la pérdida de peso es mínima.

Hay otros síntomas de lues, pulso tenso, duro, un segundo ruido sonoro. Los soplos indudablemente que abogan en favor de sífilis.

El tumor adquiere poca importancia en los casos de lues y hemos visto que éste era primordial en las neoplasias inflamatorias puras:

Actinomicosis.— Produce la actinomicosis una inflamación crónica en la que predomina la proliferación celular con exudación y destrucción de tejidos, lo que la diferencia de otras inflamaciones. Puede producir tumores muy duros pero aquí falta (salvo en períodos muy avanzados donde ya generalmente se ha fistulizado) el dolor

y la constipación porque no conduce a la estenosis intestinal. Además estos tumores (actinomicomas) presentando analogía clínica con los tumores que nos ocupan son raros.

Lo más frecuente es encontrar la fosa ilíaca derecha enormes callosidades y durezas que llaman la atención por la *falta de sensibilidad* y en cuya parte central tiene tendencia al reblandecimiento fijándose la piel en dichos puntos donde adquiere un color rojo azulado y se va adelgazando cada vez más hasta que se rompe por diversos sitios, formándose varias fistulas por las que brota escasa cantidad de un pus muy fluído, con el que salen muy claros los característicos granos blanco-amarillentos.

Estos procesos pueden circunscribirse sólo a la piel; la actinomicosis va abriendo nuevas vías y cerrando por donde pasa.

Los casos de actinomicoma son muy raros y aún aquí faltan los síntomas de oclusión intestinal.

El estado general del enfermo tiende a la caquexia pero se acompaña de fistulas y supuraciones específicas o mixtas de larga duración.

Tumores estercorales. — Sucede a veces que a consecuencia de la coprostasis permanecen mucho tiempo en el intestino escóbalos muy duros,

emplazados preferentemente en la flexura sigmoidea.

Se observan en algunos casos tumores redondos, relativamente duros que pueden resultar dolorosos a la presión si llevan mucho tiempo de existencia, por hallarse inflamatoriamente irritada la pared intestinal. Se distingue, sin embargo, casi siempre a estos tumores, de los que nos ocupa por algunos síntomas: son más pastosos al tacto, y pueden a menudo ser comprimidos. El signo llamado de Gersuny es también interesante: después de administrar aceite la palpación de la impresión de que se adhiere la pared a los escíbalos bajo el influjo de la presión sobre ella ejercida, y luego vuelve a desprenderse de los mismos: se le llama a este fenómeno el síntoma de la pegadura. Mediante tratamiento médico se procura la evacuación desapareciendo el tumor.

Tumores no teniendo asiento intestinal. — Pueden estos darnos también síntomas de estenosis crónica por compresión del tubo intestinal; así se comportan los órganos anormalmente emplazados y los tumores neoplásicos e inflamatorios que afectan el intestino (riñón, vesícula biliar, quiste de ovarios, tumores inflamatorios de los anexos).

En todos estos casos los síntomas de estenosis son tan poco acentuados que rara vez exigen una intervención. Encontramos además una sin-

tomatología que entra dentro de la enfermedad causal sumamente variable según el órgano de que se trate, pero es quien nos pone en la vía de un buen diagnóstico, además que el tumor tiene sus caracteres según que corresponda a un riñón, ovario o hígado, caracteres que variando según el caso y naturaleza del tumor está fuera de nuestro estudio.

Tratamiento

Tendremos que convenir en que el tratamiento pertenece casi exclusivamente al dominio de la cirugía. En efecto en presencia de un tumor inflamatorio bien constituido, el uso de procedimientos no quirúrgicos como irrigaciones y purgantes para combatir la constipación y opiáceos para el dolor, no haremos en la mayoría de los casos, más que combatir síntomas, aliviando pasajeramente al enfermo sin evitar que el mal progrese.

Convengamos, sin embargo, que salvo complicación el tratamiento operatorio no es urgente porque al igual que los estenosis ocasionados por otros neoplasmas, cicatrices, adherencias peritoneales retractiles, producen molestias susceptibles de que se soporten por un tiempo más o menos largo.

La intervención podía ser más retardada en aquellos casos en que el tumor no sea bien revelado porque algunos tienen tendencia a regresar y sólo exámenes repetidos podrán hacernos ver lo contrario. Entre estas neoplasias inflamatorias que regresan, Hartmann y otros han obtenido curaciones con tratamiento médico exclusivo. En realidad se trata de tumores en formación porque una vez constituídos del modo que les caracteriza no tienen tendencias a desaparecer.

Veamos la línea de conducta a seguir en estos casos.

Siempre que la operación radical sea posible porque el estado del enfermo lo permita y el tumor sea más o menos circunscripto, es el procedimiento de elección, verificado en un solo tiempo.

Sin embargo, muchos son los partidarios de la resección unitemporal debido a los deplorables resultados obtenidos por esta intervención practicada en casos de otros tumores (especialmente malignos). Esto ha dado lugar, dice Hochenegg, a que quede erigido como procedimiento normal la resección en dos tiempos y que «se relegue al olvido la resección unitemporal», pero agrega después «esto no quiere decir que se halle

indicada la resección bitemporal en todas las oclusiones intestinales».

En los casos de que tratamos cuando la resección es posible creo debe practicarse en un solo tiempo, pues cuando esta no puede efectuarse en esas condiciones debido a la difusión extrema de las lesiones y a las adherencias múltiples, tampoco podía practicarse en un segundo tiempo.

Por esto podemos dejar por sentado que cuando el tumor es pequeño y bien circunscripto la resección unitemporal está indicada.

A veces la resección debe ser reemplazada por el distanciamiento del segmento intestinal atacado el cual se obtiene por una entero-anastomosis (íleo sigmoidostomía en los casos más frecuentes.) Es esta intervención seguida de brillantes resultados. Mientras que en otros tumores y especialmente los malignos sólo se obtenga un resultado paliativo, con esta intervención logran curarse algunos de naturaleza inflamatoria. Y es que con la exclusión en los casos de un cáncer por ejemplo no logramos que aquel se detenga en su crecimiento porque este depende de la facultad reproductiva de sus células, mientras que en una neoplasia inflamatoria desapareciendo la infección intestinal, se paraliza y aun desaparece.

Ya habíamos dicho que esta intervención ha-

bía contribuido a reconocer esas neoplasias intervenidas como supuestos cánceres.

He hablado anteriormente de la ileosigmo-idostomia; sin embargo, para los tumores de ciego se indica también la ileotransversostomia en la cual se excluye el ciego y el colon ascendente con la sección del íleon inmediatamente por arriba de la válvula ileocecal, cerrando el cabo distal; y abocando el cabo próximo en el colon transversal por una anastomosis término lateral.

La gravedad operatoria inmediata no parece ser de suma importancia pues la curación es siempre obtenida.

Si la porción a excluir corresponde al colon ascendente se ha indicado la tíflotransversostomia.

Estas intervenciones tendrían sobre la ileosigmoidostomia la ventaja de conservar una porción bastante considerable del intestino grueso que no es absolutamente inútil, en la digestión: en efecto, la diarrea, que es considerada como frecuente en la ileosigmoidostomia sería evitada; pero en las condiciones normales de posición del intestino grueso agravada por las adherencias debidas al tumor, la operación no es posible sin ejercer estiramientos siempre muy peligrosos, además de crear dificultades de primer orden bajo el punto de vista técnico.

Evolución.—Pronóstico

El tumor inflamatorio puede acompañarse de una exudación serofibrinosa o purulenta.

El peritoneo y el tejido conjuntivo retroperitoneal participan en este proceso inflamatorio agudo. En estos casos el tumor pierde sus caracteres típicos; se extiende y se hace más irregular y hasta puede presentar una fluctuación más o menos distinta. Mientras que en los primeros días el exudado puede ser indiferentemente serofibrinoso o purulento, se puede admitir que para que el proceso agudo persista, se forma pus en la mayoría de las veces. Después de este proceso agudo sigue nuevamente su marcha crónica para poder presentar nuevamente exaservaciones agudas.

En una de estas pausées se constata un dolor vivo lo más a menudo difuso o inexactamente localizado, netamente limitado en el punto a que

corresponde: existe una resistencia local mal delimitada, vómitos, elevación de temperatura, acompañadas o no de escalofríos. En estos casos la intervención es urgente.

La hipertennia dura varios días sobre todo cuando la inflamación es de tipo exudativo. Si ésta presenta mayores oscilaciones, acompañada de escalofríos, etc., es decir, si adquiere caracteres de fiebre supurativa la conducta ya se sabe cual es: la misma que antes una apendicitis supurada por ejemplo.

Algunos tienen tendencias a retrogradar; es así como van resultando cada vez más pequeños y se puede lograr una curación con tratamiento puramente médico. Indudablemente que se trata de neomembranas no organizadas, de tumores inflamatorios en vías de constituirse.

Estos son los casos de pronósticos más favorable; pues aquel es más delicado en aquellos que tienden a aumentar de volumen no por su naturaleza, sino por la tendencia a una mayor obstrucción.



Observaciones del Dr. M. Viñas.—Sala 13

J. R., 31 años, italiano, casado, hojalatero.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—A la edad de un año, viruela, a los 17 años blenorragia: tratóse y curó bien.

Enfermedad actual.—Hace 3 meses el enfermo nota una puntada en el sitio en que hoy está el tumor. Le aparecía por las mañanas al despertar y se le pasaba casi en seguida. Algunas veces lo sentía por las tardes; no había vómitos ni temperatura.

Hace dos meses nota un tumorcito como una nuez en el vacío derecho que rodaba bajo el dedo, doloroso a la presión; espontáneamente le provocaba molestias; conjuntamente con el tumor nota que sus deposiciones toman un carácter especial; al principio eran duras, consistentes, para alternar con materias líquidas teniendo has-

ta cinco deposiciones diarias. Los períodos de constipación coinciden con hinchazón y dolores de vientre. El tumor se ha ido agrandando. El enfermo se nota más pálido, hay pérdida de peso y anorexia.

Estado actual.—Regular esqueleto y musculatura, escaso panículo, piel blanca, pálida con ligero tinte amarillento. No hay ganglios.

Pulmones: normales.

Corazón: normal.

Pulso: regular, igual, regular tensión, 81 por minuto.

Hígado 5.º espacio: borde inferior sobresale del reborde costal, liso, no doloroso.

Bazo: no se palpa.

Abdomen: se nota un levantamiento de la pared abdominal a un dedo por el lado derecho del ombligo y a su misma altura.

A la palpación se encuentra un tumor redondeado, movable en el sentido transversal. La superficie es irregular, con abollonaduras. No sigue los movimientos respiratorios. Haciendo colocar al enfermo en decúbito lateral izquierdo, se puede seguir el tumor por su cara derecha y es imposible delimitarle en su borde como si fuera a insertarse en el fondo de la fosa ilíaca derecha. Su tamaño es como el de una cabeza de feto.

A la percusión superficial da una tonalidad tim-

pánica la percusión profunda da también timpanismo. Existe una zona bien timpánica entre el hígado y el tumor.

(Después de administrar un purgante el tumor se podía limitar mejor, dando una submatitez).

Examen radioscópico: Estómago con cámara de aire mediano, tomas bien, movilidad normal. A las cinco horas ningún resto en el estómago, ciego ocupado con la comida bismutada.

No hay trazas de bismuto en el intestino delgado que indique estrechamiento de éste. La cavidad del ciego y del colon ascendente se notan más estrechas que lo normal.

Sangre: Hemoglobina 60 por ciento. Rel. globular 1x182.

S. Rojos 3.200.000.

G. Blancos 17.666

Polinucleares 65.34%. Mononucleares 0.66.

Linfocitos 29.67%. Eosinofilos 2.67—transición 1.66.

Orina: albúmina vestigios. Sangre tiene.

Noviembre 12.—Operación: Incisión para mediana vertical sobre el tumor, se ve que pertenece al colon ascendente y ciego; el apéndice está incluido en la neoformación. Se ha desarrollado hacia el meso. Presenta adherencias con la pa-

red. Resección. Ileocolostomia término terminal, tres planos de sutura.

Diciembre 6.—Es dado de alta curado.

Enero 24.—Ha estado en el campo aumentando tres kilos.

Examen de la pieza: No se encuentran elementos que pueda hacer sospechar sea de naturaleza tuberculosa o específica. De una infiltración leucocitaria abundante.

HOSPITAL SAN ROQUE

*Sala 13.—Cama 20.—Servicio del Profesor Dr. M
Viñas.*

M. P., argentino, 30 años, soltero.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales. No recuerda enfermedades en su infancia; no hay antecedentes de venereas.

Antecedentes de la enfermedad actual.—Desde hace unos meses mueve con dificultad su vientre, habiendo recurrido a enemas y laxantes. La constipación coincide con dolores que aumentaron en intensidad, figuran cólicos con su máximo de dolor a nivel de la fosa ilíaca derecha. A veces éstos se calmaban después de varias evacuaciones seguidas.

Estado actual.— Bien conformado, esqueleto

proporcionado. Regular musculatura y panículo adiposo escaso.

Tórax: Diámetros normales, respiración costo-abdominal.

Pulmones: Normales.

Corazón: Normal.

Hígado: Quinto espacio línea mamilar, reborde costal. No se palpa.

Bazo: No se palpa.

Abdomen: A la inspección nada que llame la atención.

Palpación: En la fosa ilíaca derecha se encuentra un tumor ligeramente doloroso, muy duro, de forma irregular, de volumen de un puño, siendo imposible desplazarlo manualmente.

Intervención.—Peritóneo parietal con gruesas adherencias hacia el ciego. Desprendido éste se constata la presencia de un tumor inflamatorio con gruesas membranas fibrinosas en vías de organizarse.

Resección:

Resultado: Curación completa 15 días después.

Observaciones del Dr. M. Viñas

Niña de 5 años.

Antecedentes hereditarios.— Sin importancia.

Antecedentes personales.— Criada regularmente hasta el presente. No ha sido nunca constipada, su vientre funciona regularmente y sus deposiciones eran pastosas y bien ligadas.

Sin causa apreciable, ni de parte del régimen alimenticio ni de esfuerzos, traumatismo, etc., la paciente que habíase acostado bien, despertó en el transcurso de la noche acusando intensos dolores de vientre, dolores que se acentuaban más en la fosa ilíaca derecha, pero que también se notaban en el resto y tenían el carácter de cólicos intestinales, pues la chica se retorció por instantes y por instantes se callaba. Se acompañaban estos ataques, de palidez, sudores fríos, pulso muy frecuente, ausencia de tem-

peratura con ligeras elevaciones que pasaban de 37° y medio.

Durante el ataque había anuria; no había vómitos.

Estos fenómenos duraban de 24 a 18 horas, reponiéndose rápidamente, y anunciándose la mejoría por abundante diuresis.

En todos ellos, se instituía el tratamiento de la apendicitis.

Examinando la fosa ilíaca derecha encuentran un tumor del tamaño de una mandarina, muy movable, apenas doloroso a la presión, y cuya constatación no es constante; falta en algunos exámenes. Se trata de un riñón flotante indicándosele una faja Glenard.

Peso de la paciente: 24 kilos.

En este momento tiene una de sus habituales crisis, la que es observada por el Dr. Acuña.

La niña se había acostado bien y a las 6 de la mañana se despierta con dolores al vientre, por lo que es llamado, encontrándose con el siguiente cuadro:

Niña pálida, con fenómeno de enfriamiento, con facies peritoneal, pulso pequeño y frecuente. Sin temperatura, sin vómitos y quejándose de dolor de estómago y de vientre.

Al examen se nota el abdomen distendido, percibiéndose por instantes dibujarse las ansas in-

testinales. Al mismo tiempo se percibían ruidos de gases.

A la palpación el abdomen era doloroso, siéndolo algo más en la región ilíaca derecha.

Timpanismo generalizado. Se indican fomentos calientes, dieta absoluta y píldoras de extracto tebaico.

Vuelve a observarla por la tarde constatando el mismo cuadro. Por la noche la niña mejora, tiene una deposición, entrando en franca mejoría.

Con el uso de la faja se siente bien y vuelve a Posadas. Desde esta época hasta Octubre del mismo año, la paciente no sufre la más mínima molestia.

Va la niña al colegio, come y salta, cosa que antes no se le había permitido, sin manifestar el menor inconveniente.

Después, vuelve a tener sus crisis dolorosas, en la misma forma que las anteriores, las que se repiten mensualmente siendo acompañadas a veces de vómitos.

Vuelve a Buenos Aires por consejo del médico.

Estas últimas crisis eran tan violentas que hacían necesarias la aplicación de inyecciones de morfina.

El estado actual es bueno.

Al examen de la fosa ilíaca se constata al ri-

ñón y además profundamente un pequeño tumor a nivel del punto de Mac Burney del tamaño de un ganglio.

Al Dr. Viñas, le llama la atención el pequeño tumor independiente y probable conexión con el ciego.

Se resuelve operarla en dos tiempos: fijación del riñón primero.

A los diez días de operada, tiene una nueva crisis semejante a las anteriores.

Se interviene nuevamente con incisión de Yaguiier; se comprueba un tumor situado en el ciego. La última porción del intestino delgado está distendida a tal punto que ha adquirido el mismo calibre que el colon. Sus paredes están enormemente hipertrofiadas, sobre todo la muscular.

Se hace una resección íleo-cecal; como el intestino delgado tenía el mismo calibre que el grueso, se hace una anastomosis directa. Se deja drenaje.

La circulación de los gases y materias fecales se hizo siempre bien. Aumenta de peso. Curación.

El tumor era inflamatorio.

J. J. DE URQUIZA.

Buenos Aires, Mayo 17 de 1918

Nómbrese al señor Académico Dr. Marcelino Herrera Vegas, al profesor titular Dr. Ricardo Sarmiento Laspiur y al profesor suplente Dr. Oscar Copello para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4° de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

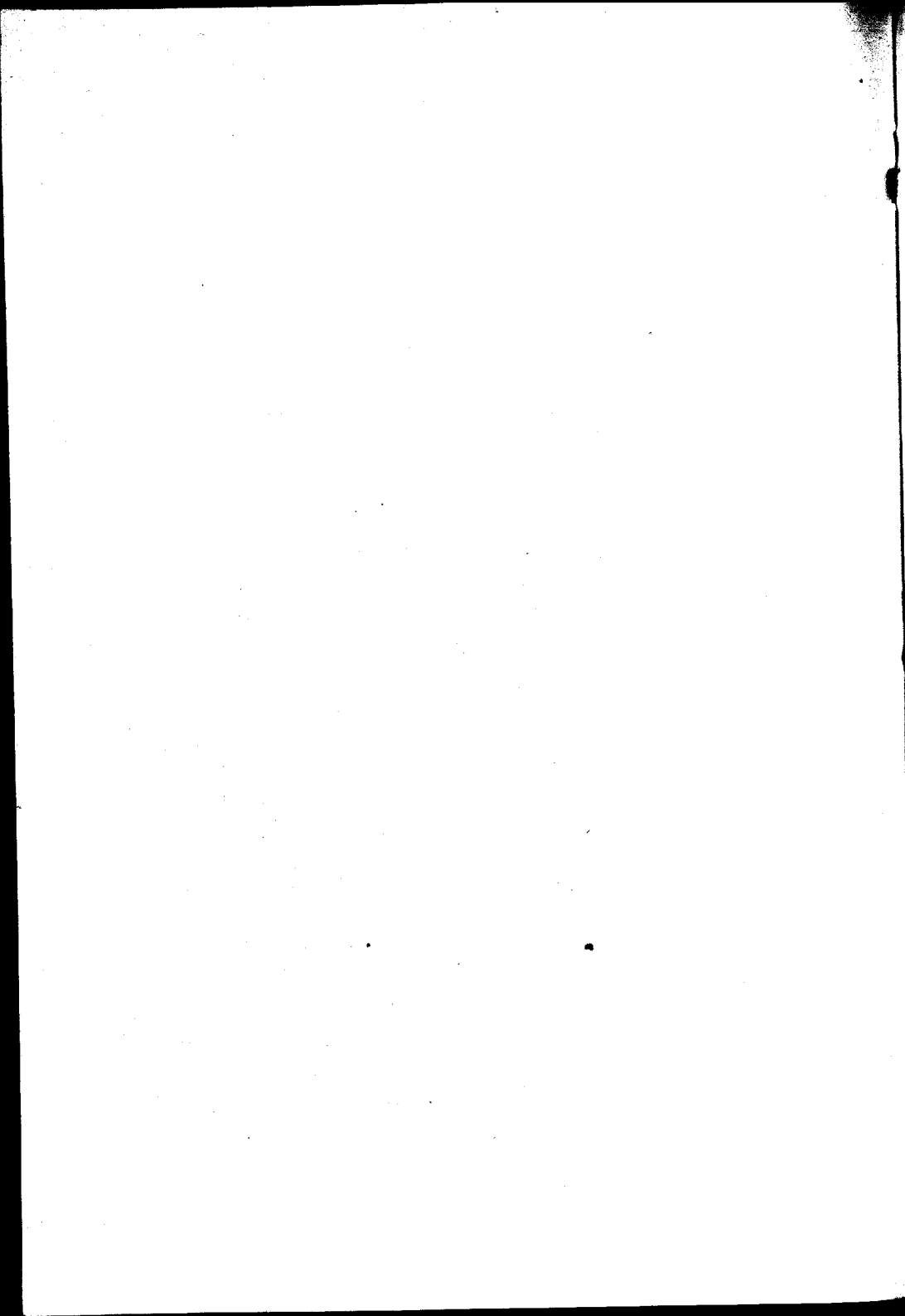
J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Junio 5 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3420 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico diferencial del cáncer, del tuberculoma y de la sífilis intestinal con los tumores inflamatorios del mismo.

M. Herrera Vegas.

II

¿En qué clasificación colocaría el autor, el aumento de espesor de las paredes del intestino en el megacolon bajo el punto de vista anatomo-patológico?

R. Sarmiento Laspiur.

III

Determinación de la indicación quirúrgica en los tumores inflamatorios del intestino.

Oscar Copello.



