

Año. 1918

N.º 3415

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**EL MEGACOLON ÍLEO - PELVIANO ADQUIRIDO**

Y SU

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**EDUARDO L. VILA**

Ex-Practicante del Instituto «Jenner» (1913)  
Ex-Ayudante de la 1.ª Cátedra de Semiología, Hospital de Clínicas (1914-15)  
Ex-Practicante menor del Hospital Rivadavia (1915)  
Ex-Practicante mayor del Hospital Rivadavia (1915-18)  
Ex-Jefe interno del Instituto de Radiología del Hospital Rivadavia (1917)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS Y CASA EDITORA DE E. SPINELLI  
2254 -- Córdoba -- 2254

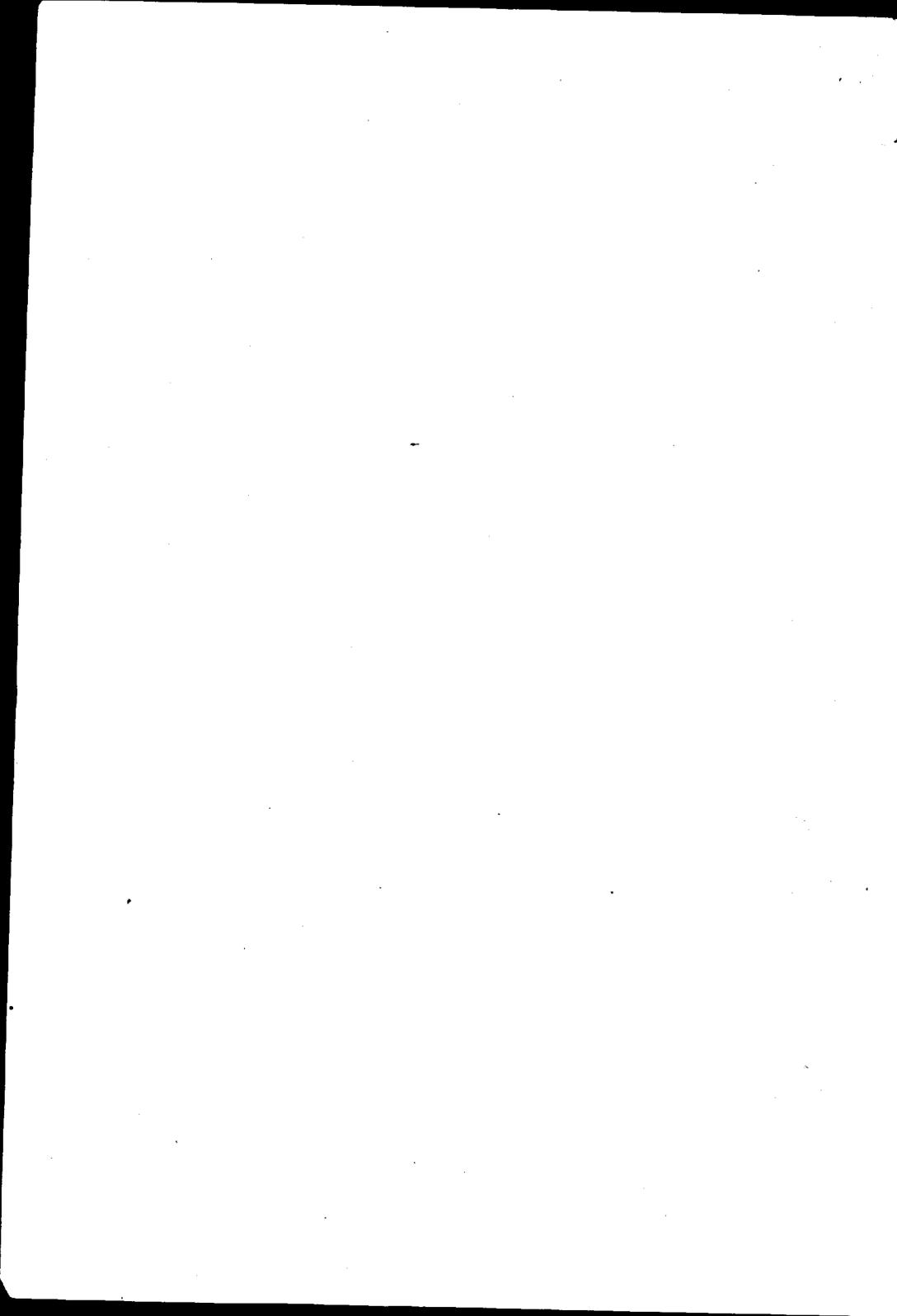
1918

*Udega A. 72 11*

**EL MEGACOLON ÍLEO - PELVIANO ADQUIRIDO**

Y SU

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**



Año 1918

N.º 3415

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# EL MEGACOLON ÍLEO - PELVIANO ADQUIRIDO

Y SU

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

### TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**EDUARDO L. VILA**

Ex-Practicante del Instituto «Jenner» (1913)  
Ex-Ayudante de la 1.ª Cátedra de Semiología, Hospital de Clínicas (1914-15)  
Ex-Practicante menor del Hospital Rivadavia (1915)  
Ex-Practicante mayor del Hospital Rivadavia (1915-18)  
Ex-Jefe interino del Instituto de Radiología del Hospital Rivadavia (1917)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS Y CASA EDITORA DE E. SPINELLI  
2254 — Córdoba — 2254

1918

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

*(Artículo 162 del R. de la F.)*

# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

### Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

### Miembros titulares

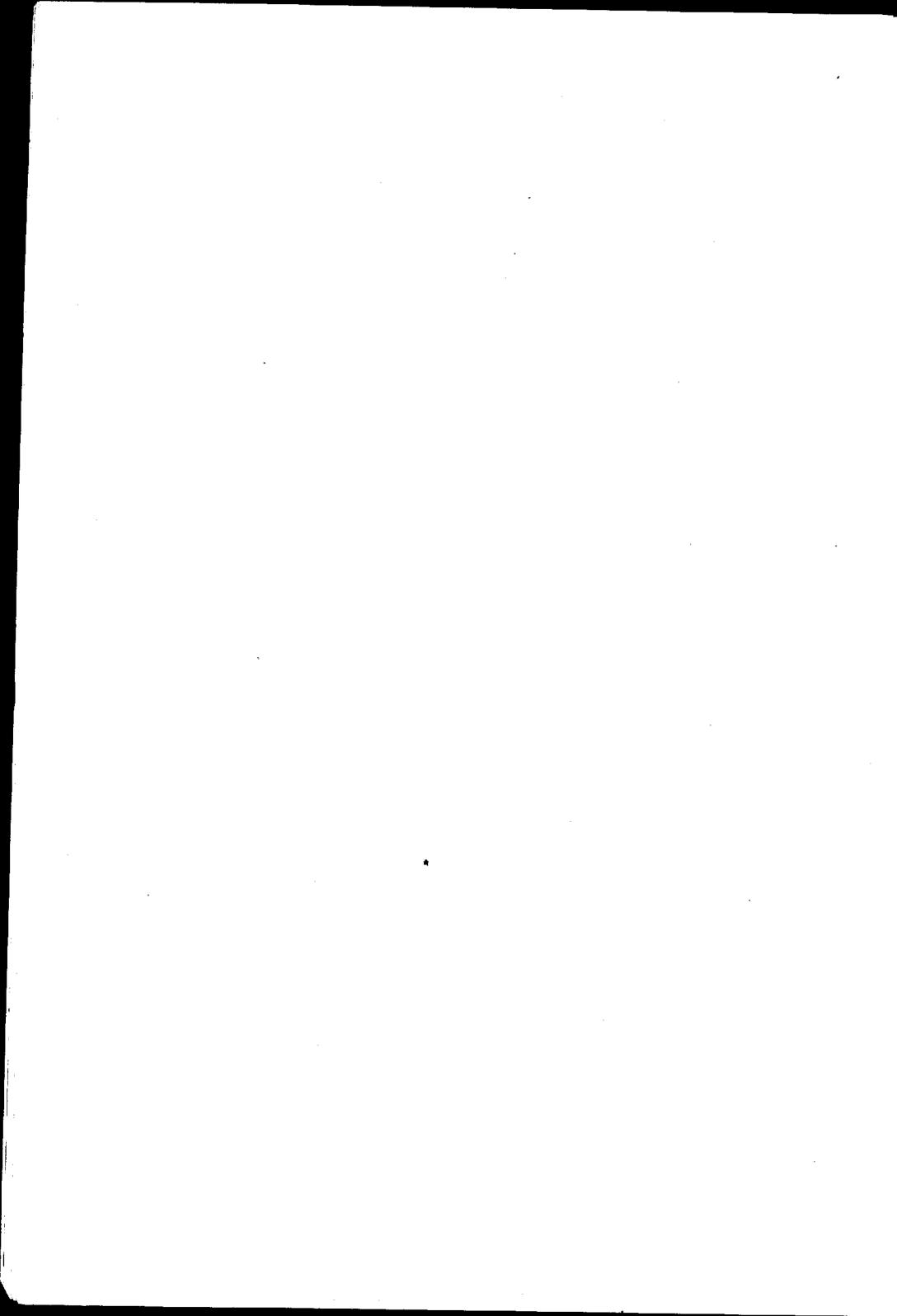
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRAN
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. » » JOSÉ A. ESTEVES
24. » » PEDRO BENEDIT

### Secretario general

Vacante

### Secretario

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO



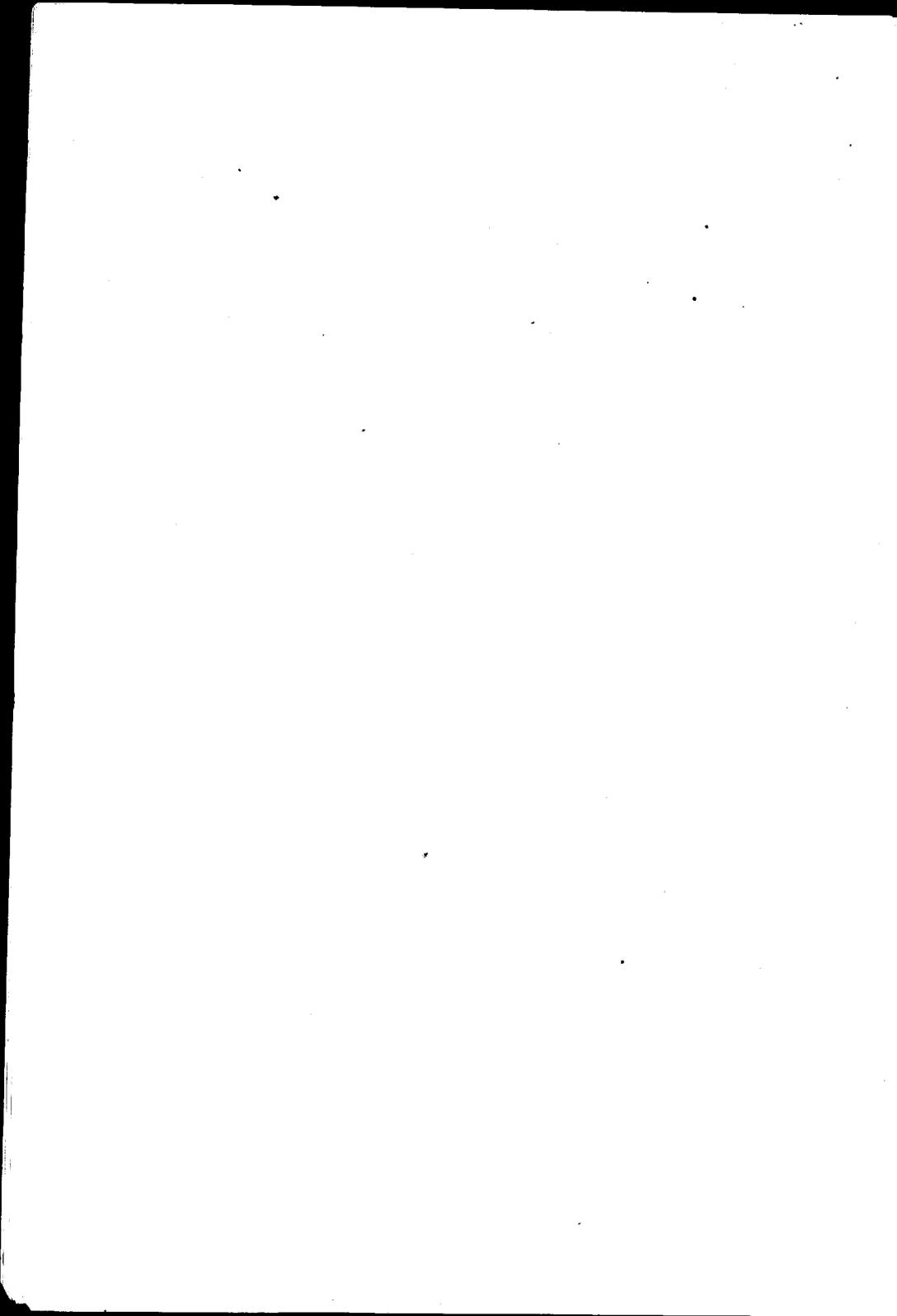
# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMAGO SUSINI
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 MEDICAS

## CONSEJO DIRECTIVO

### **Decano**

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

### **Vice-Decano**

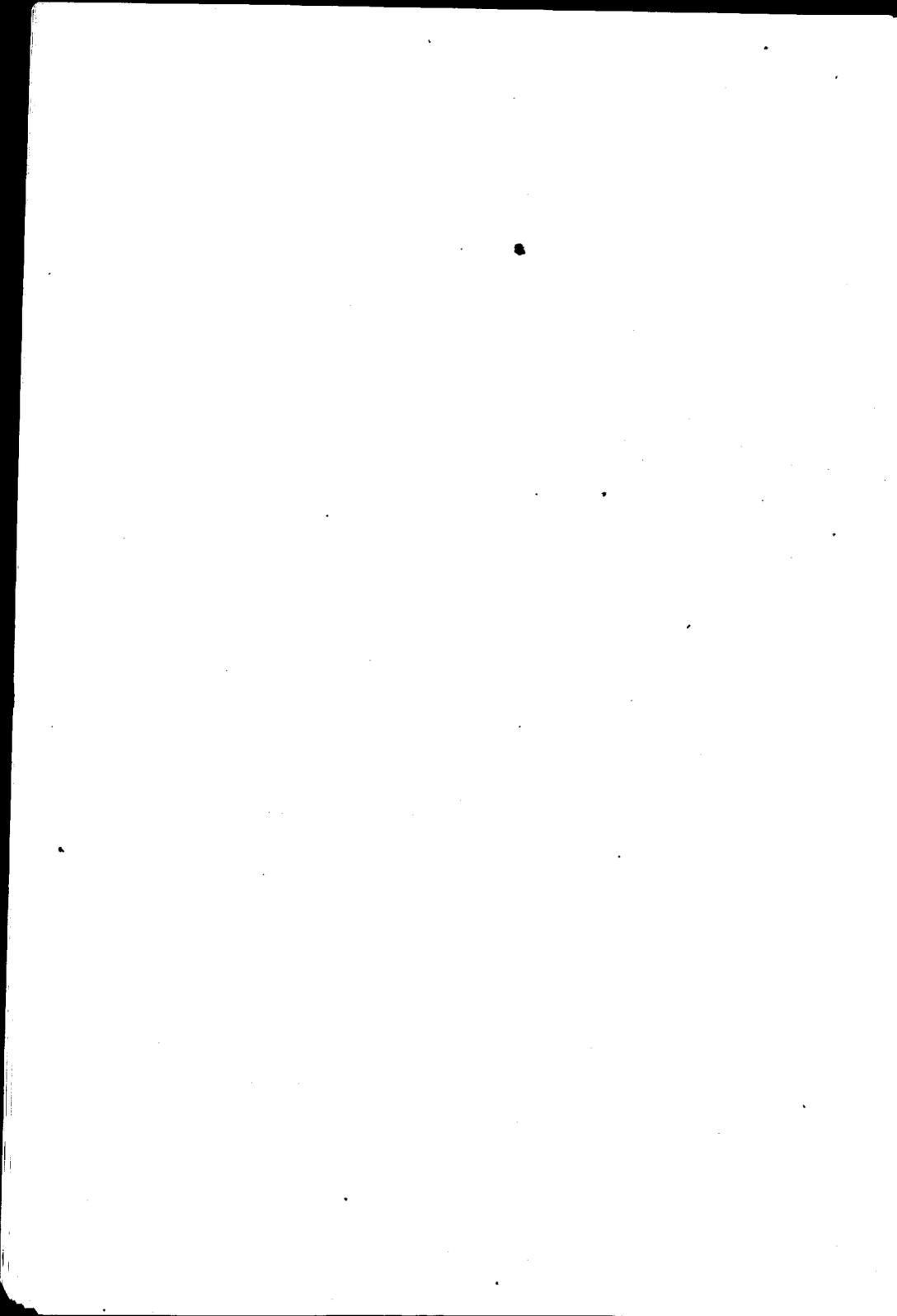
DR. D. DOMINGO CABRED

### **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

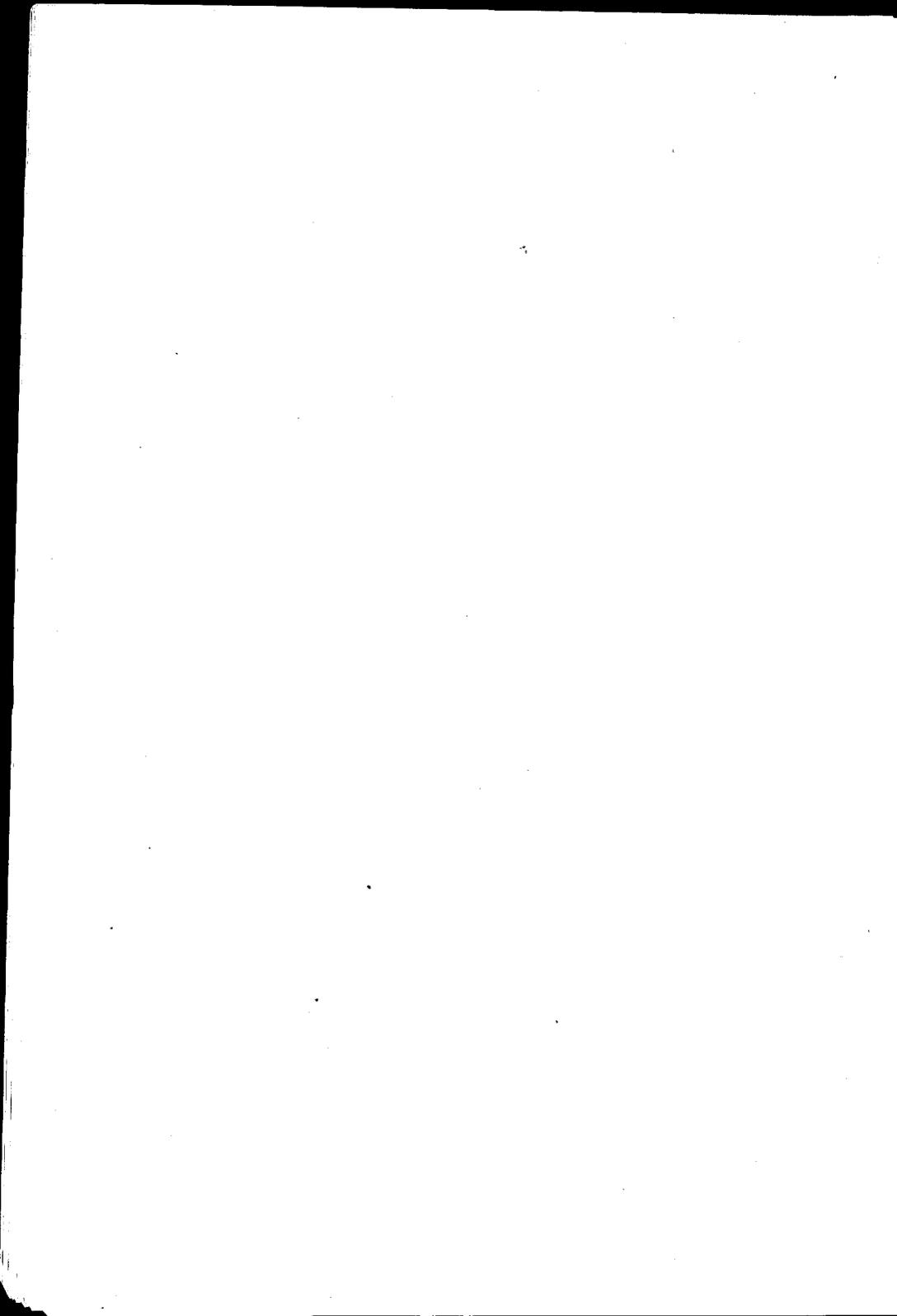


# ESCUELA DE MEDICINA

---

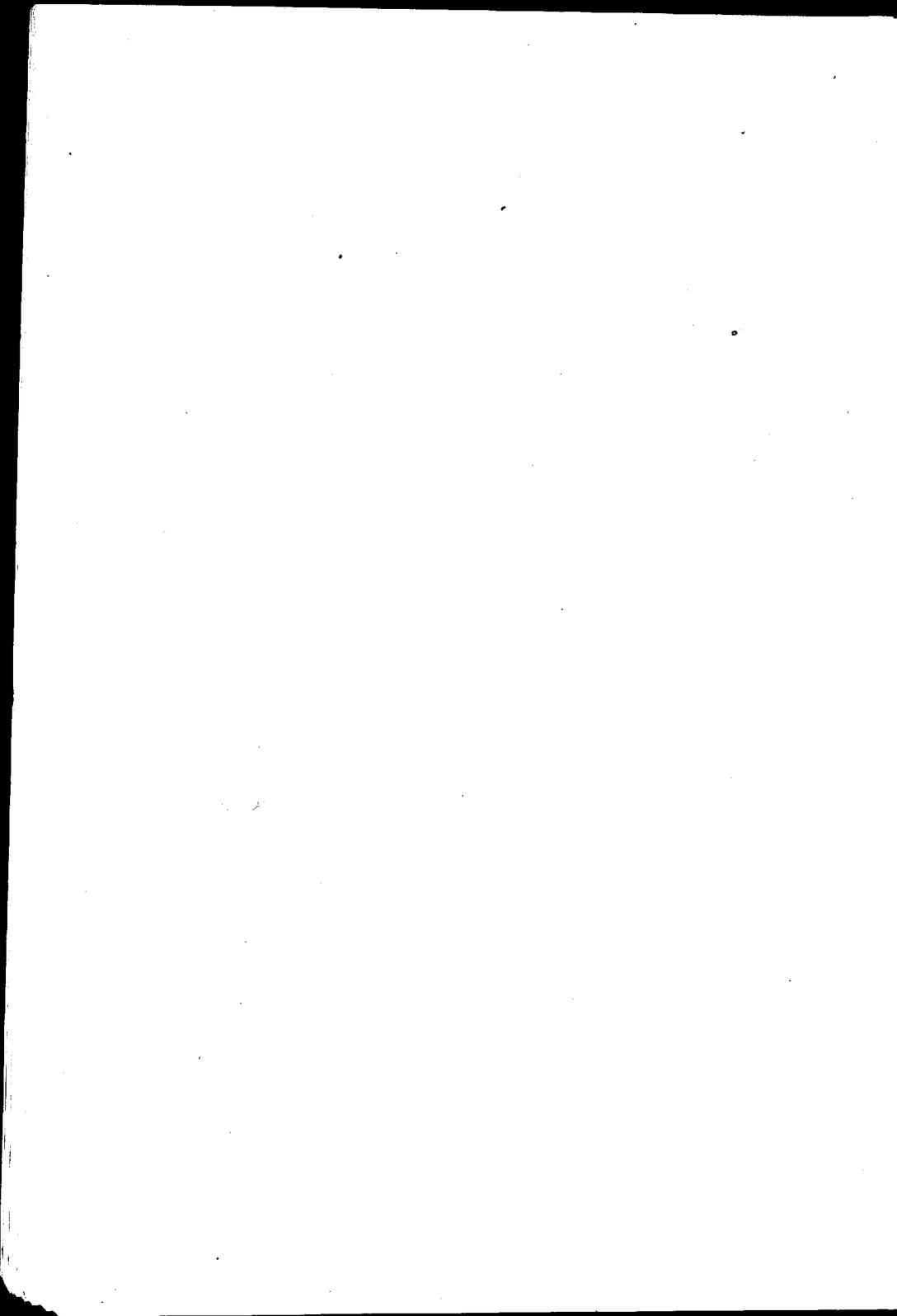
## PROFESORES HONORARIOS

- DR. D. 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. D. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURANOÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO SARMIENTO LASEIUR
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
	» RODOLFO DE GAINZA
Histología.....	» ALFREDO LANARI
Física Médica.....	» HORACIO G. PIÑERO
Fisiología General y Humana.	» CARLOS MALBRAN
Bacteriología.....	» PEDRO J. PANDO
Química Biológica.....	» RICARDO SCHATZ
Higiene Pública y Privada ...	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Semeiología y ejercicios clínicos	» 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).
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» 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.....	» ANGEL M. CENTENO
» Pediatría.....	» DOMINGO S. CAVIA
Medicina Legal.....	» ENRIQUE BAZTERRICA
Clínica Ginecológica.....	



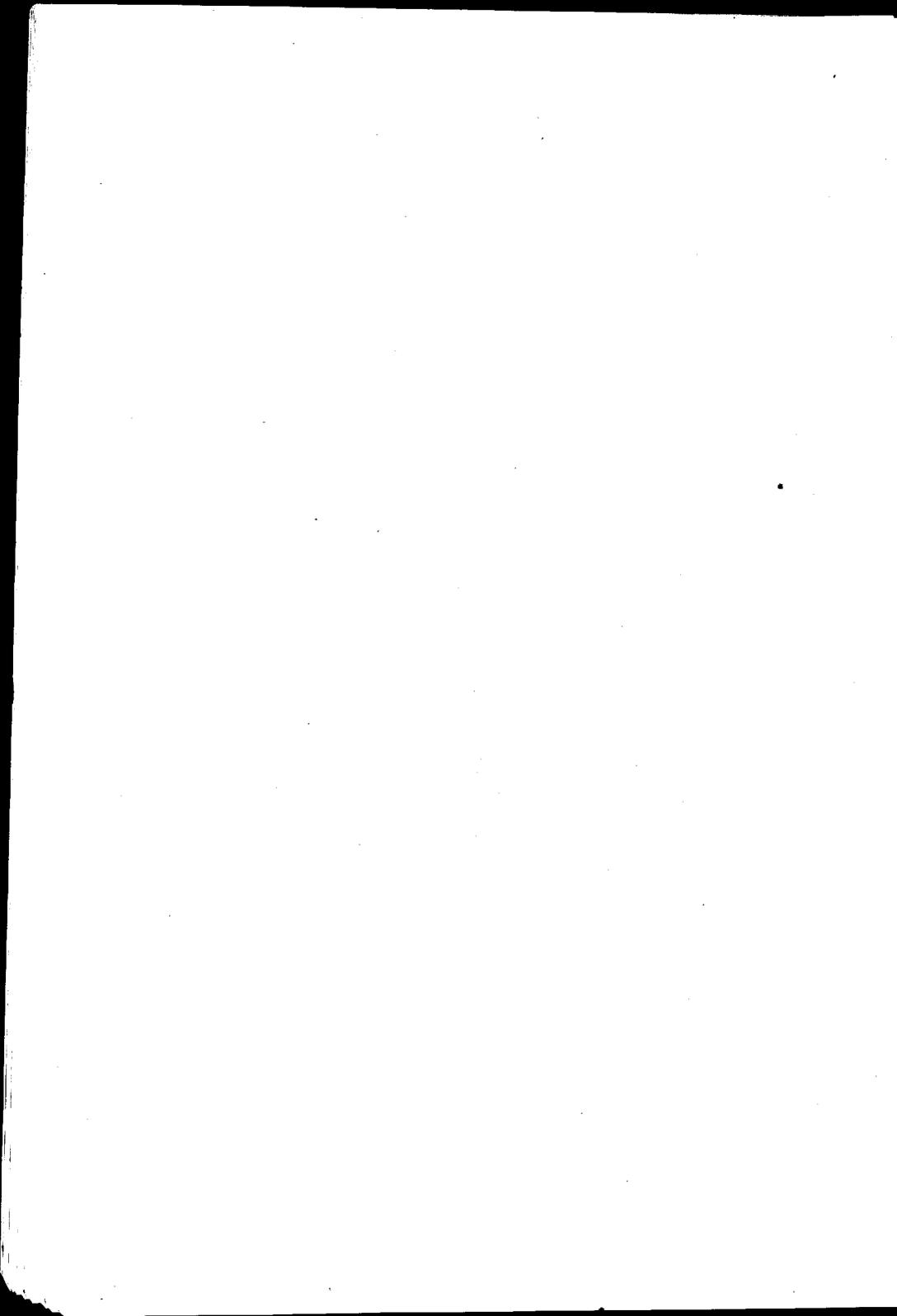
# ESCUELA DE MEDICINA

---

## Asignaturas

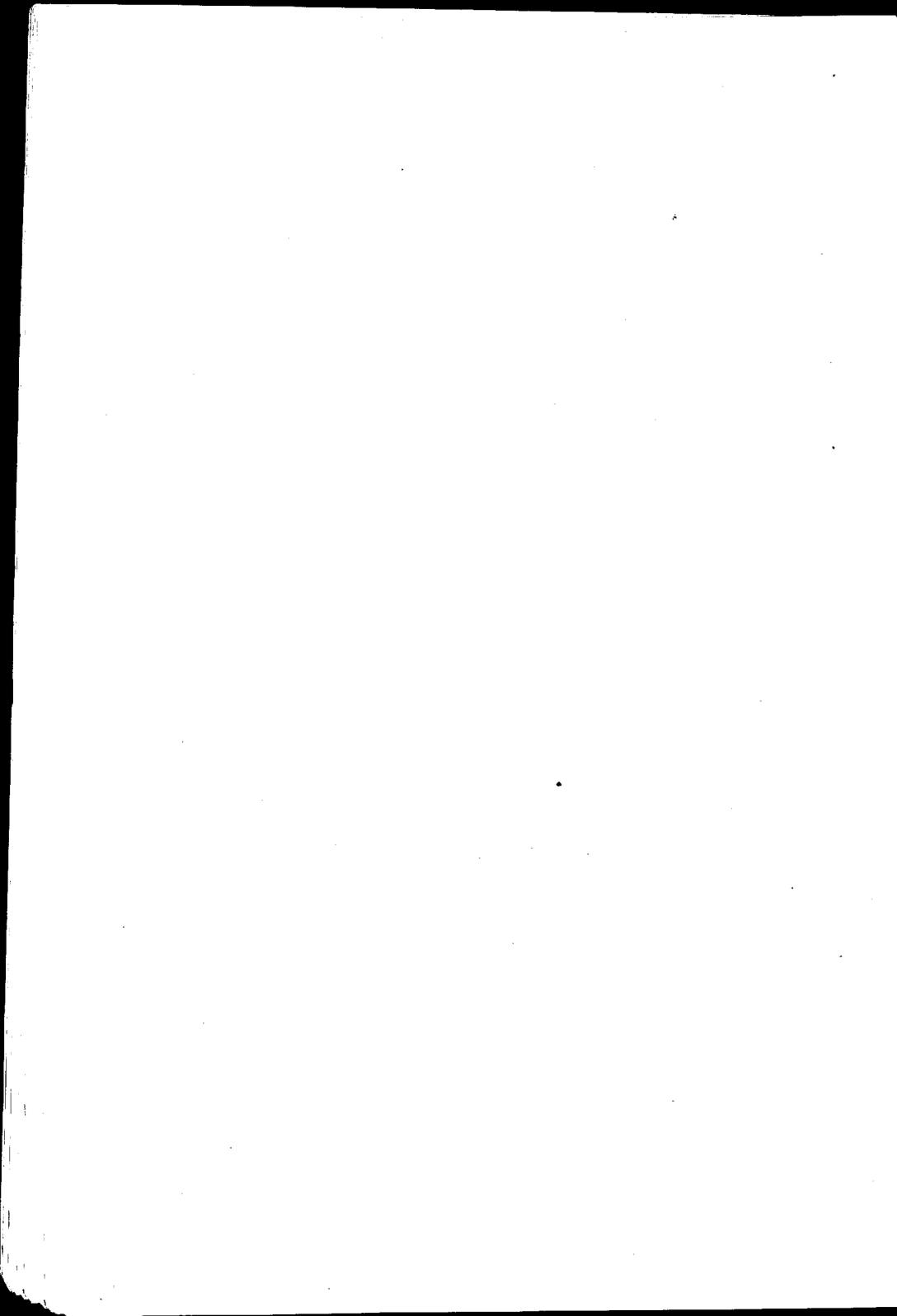
## Catedráticos extraordinarios

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



# ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología médica.....	DR. D. GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	" SILVIO E. PARODI
	" EUGENIO GALLI
	" JUAN JOSÉ CIRIO
	" FRANCISCO ROPILLAS
	" FRANK L. SOLBER
Fisiología general y humana.....	" BERNARDO BOUSSAY
	" RODOLFO RIVAROLA
	" SALVADOR MAZZA
Bacteriología.....	" BENJAMÍN GALARCE
Química Biológica.....	" MANUEL V. CARBONELLI
Higiene médica.....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Semeiología y ejercicios clínicos...	" ALFREDO VITÓN
	" PEDRO J. HARDOY
	" JOAQUÍN LLAMBIAS
Anatomía patológica.....	" ANGEL H. ROFFO
	" PEDRO ELIZALDE
	" JOSÉ MORENO
Materia médica y terapéutica.....	" PEDRO CASTRO ESCALADA
Medicina operatoria.....	" ENRIQUE PINOCCHIEITO
	" FRANCISCO P. CASTRO
	" CASTELFORT LUGONES
	" ENRIQUE M. OLIVIERI
	" ALEJANDRO CEBALLOS
Clinica dermato-sifilográfica.....	" NICOLÁS V. GRECO
	" PEDRO L. BALIÑA
	" JOAQUÍN CHEVERA
" génito-urinaria.....	" JOAQUÍN NIN POSADAS
	" FERNANDO B. TORRES
" epidemiológica.....	" FRANCISCO DESTÉFANO
	" ANTONINO MARCO DEL PONT
	" DANIEL THAMM
" oftalmológica.....	" ADOLFO NOCETTI
	" RAÚL ARGANARAZ
" oto-rino-laringológica.....	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTÍN CASTRO ESCALADA
	" FELIPE J. BASAVILBASO
	" ANTONIO R. ZAMBRINI
	" ENRIQUE FERREIRA
	" PEDRO LABAQUI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
Patología interna.....	" PABLO M. BARIARO
	" EDUARDO MARIÑO
	" ARMANDO R. MAROITA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLÉ
	" PEDRO CHUFRÓ
	" JOSÉ M. JORGÉ (H.)
	" OSCAR COELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" JORGE LEYRO DÍAZ
	" ANTONIO F. CELESIA
	" TOMÁS B. KENNY
	" GUILLERMO VALDES (H.)
" neurológica.....	" VICENTE DIMITRI
	" RÓMULO H. CHIAPPORI
	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO J. MORSALENE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEN
" medicina.....	" PEDRO J. GARCÍA
	" JOSÉ DESTÉFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" JUAN JACOBO SPANGENBERG
	" TULLIO MARTINI
	" CÁNDIDO PATIÑO MAYER
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
" pediátrica.....	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
" ginecológica.....	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. HOTTARO
	" JULIO IRRIBARNE
	" CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	" FAUSTINO J. TRONGÉ
	" JUAN B. GONZÁLEZ
	" JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
" obstétrica.....	" ENRIQUE A. BOERO
	" JOSÉ A. BRKUTTI
	" NICANOR PALACIOS COSTA
	" VICTORIO MONTEVERDE
	" JOAQUÍN V. GNECCO
	" JAVIER BRANDAN
Medicina legal.....	" ANTONIO PODESTÁ
Clinica Psiquiátrica.....	" AMABLE JONES



## ESCUELA DE PARTERAS

---

### Asignaturas

### Catedráticos titulares

#### *Primer año:*

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

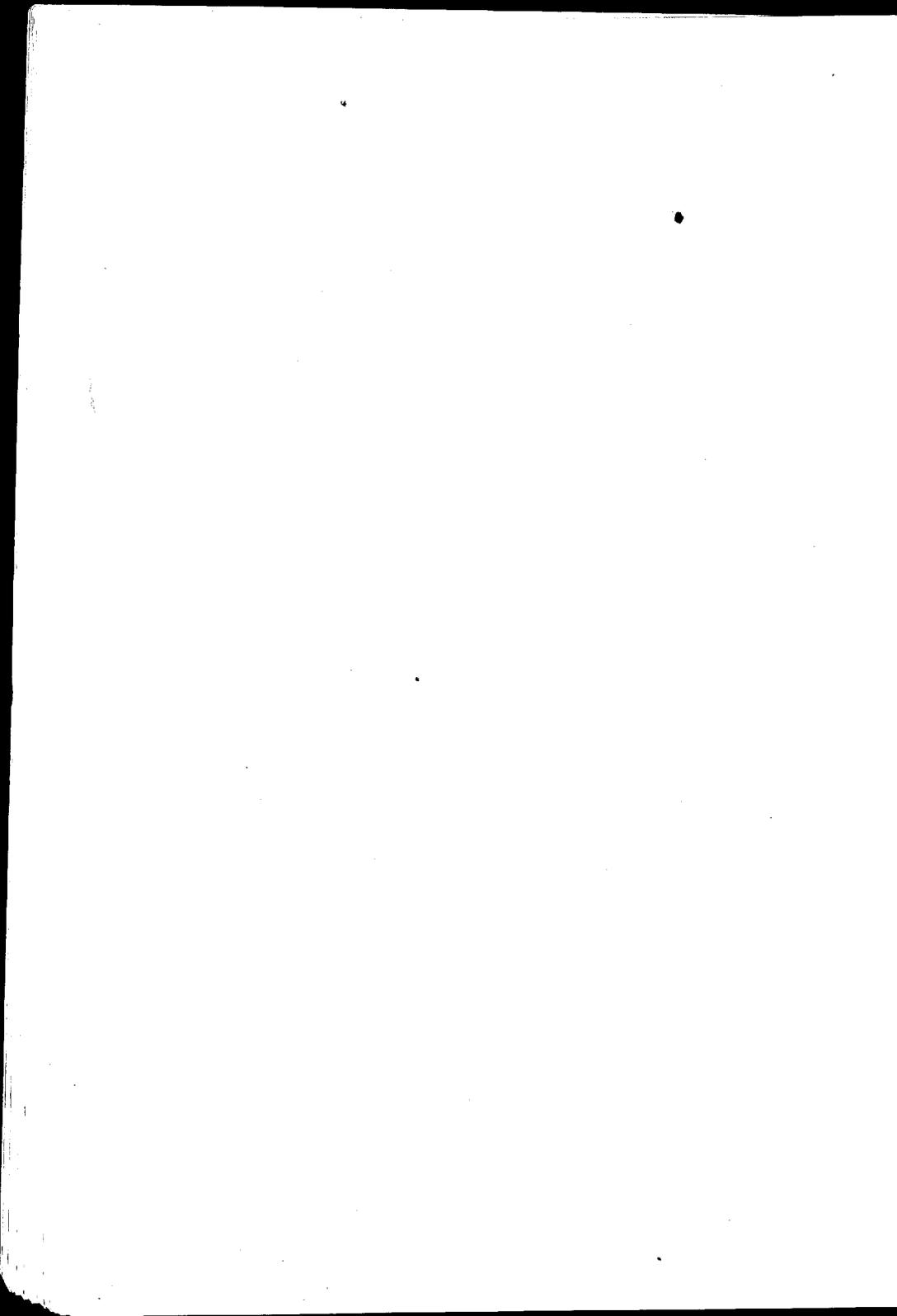
#### *Segundo año:*

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

#### *Tercer año:*

Clinica obstétrica..... » FANOR VELARDE

Puericultura..... » UBALDO FERNANDEZ



## ESCUELA DE FARMACIA

### Asignaturas

### Catedráticos titulares

Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas	DR. D. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química farmacéut. inorgánica	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal	» ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica	(Vacante).
Técnica farmacéutica (primer curso)	» J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación	» RICARDO SCHATZ
Química Analítica general	» FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial	SR. D. JUAN A. DOMINGUEZ
Técnica farmacéutica (segundo curso)	DR. D. J. MANUEL IRIZAR

### Asignaturas

### Catedráticos sustitutos

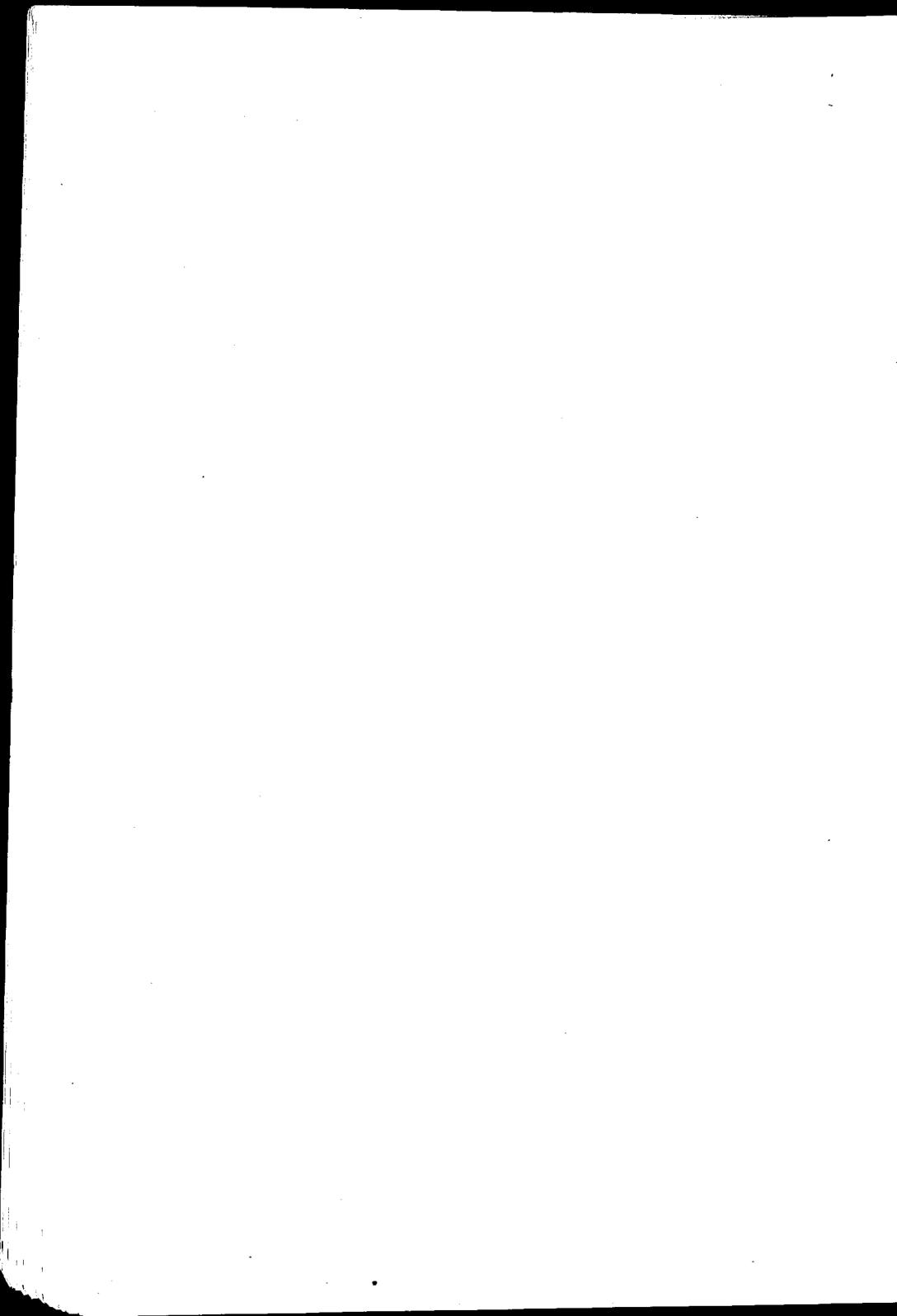
Zoología general, Anatomía y Fisiología comparadas	DR. D. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
Física farmacéutica	» TOMÁS J. RUMÍ
Química farmacéutica inorgánica	» ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES
Botánica y Micrografía vegetal	» ILDEFONSO C. VATTUONE
Química farmacéutica orgánica	{ SR. D. PEDRO J. MÉSIGOS
	{ DR. D. LUIS GUGLIALMELLI
	{ SR. D. RICARDO ROCCATAGLIATA
Técnica farmacéutica	» PASCUAL CORTI
	» CLEOFÉ CROCCO
Química analítica general	DR. D. JUAN A. SÁNCHEZ
Farmacognosia especial	SR. D. OSCAR MIALOCK

## DOCTORADO EN FARMACIA

### Asignaturas

### Catedráticos titulares

Complementos de Matemáticas.	---
Mineralogía y Geología	---
Botánica (segundo curso). Bibliografía, botánica argentina	---
Química analítica aplicada (medicamentos)	DR. D. JUAN A. SÁNCHEZ (suplente en ejercicio).
Química biológica	» PEDRO J. PANDO.
Química analítica aplicada (Bromatología)	---
Física general	---
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN.
Toxicología y Química legal	» JUAN B. SEÑORANS.



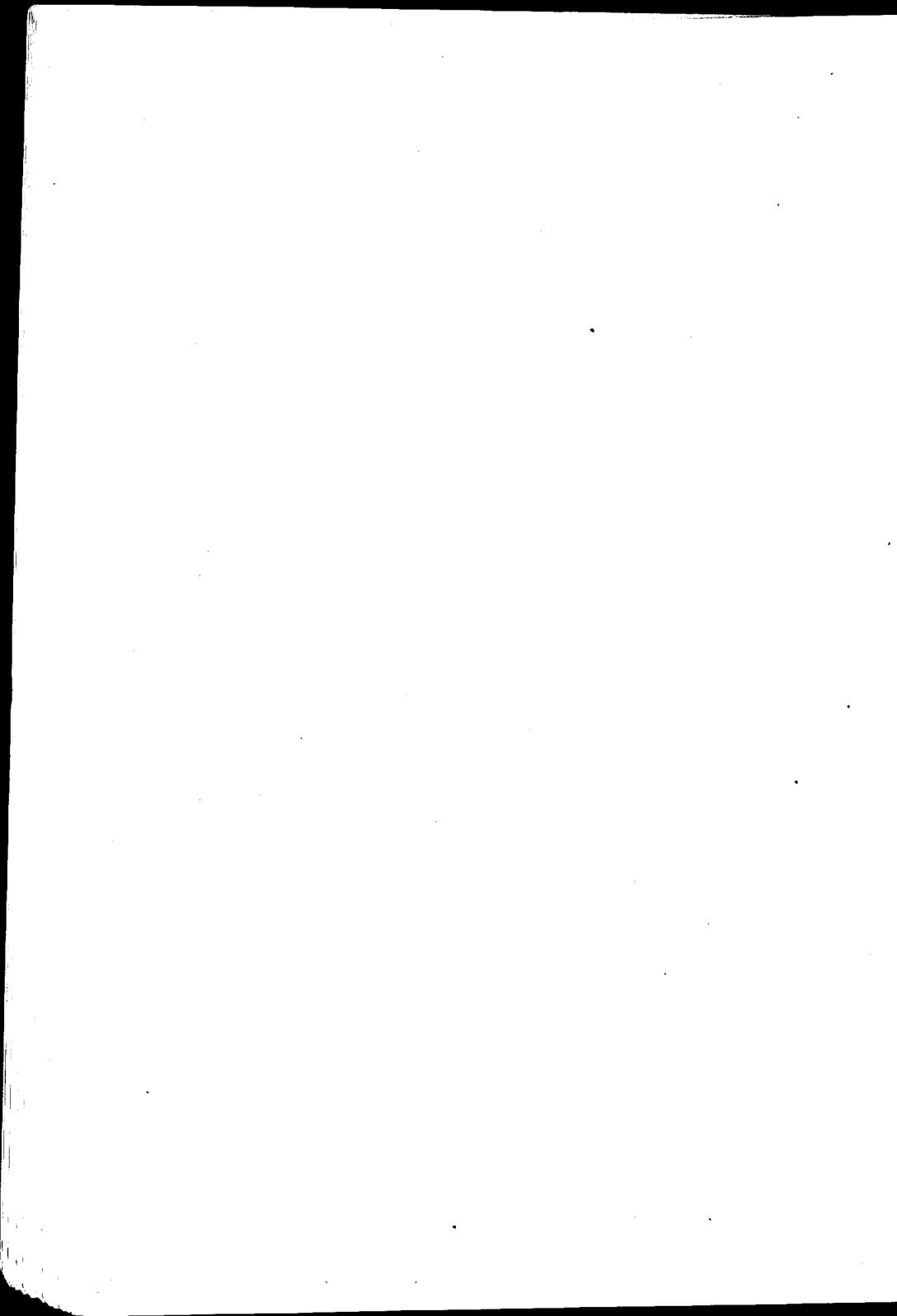
## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1. <sup>er</sup> año. ....	DR. D. RODOLFO ERAUSQUIN
2. <sup>o</sup> año.....	» » LEON PEREYRA
3. <sup>er</sup> año.....	» » N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis Dental.....	SR. » ANTONIO J. GUARDO

### **Catedráticos sustitutos**

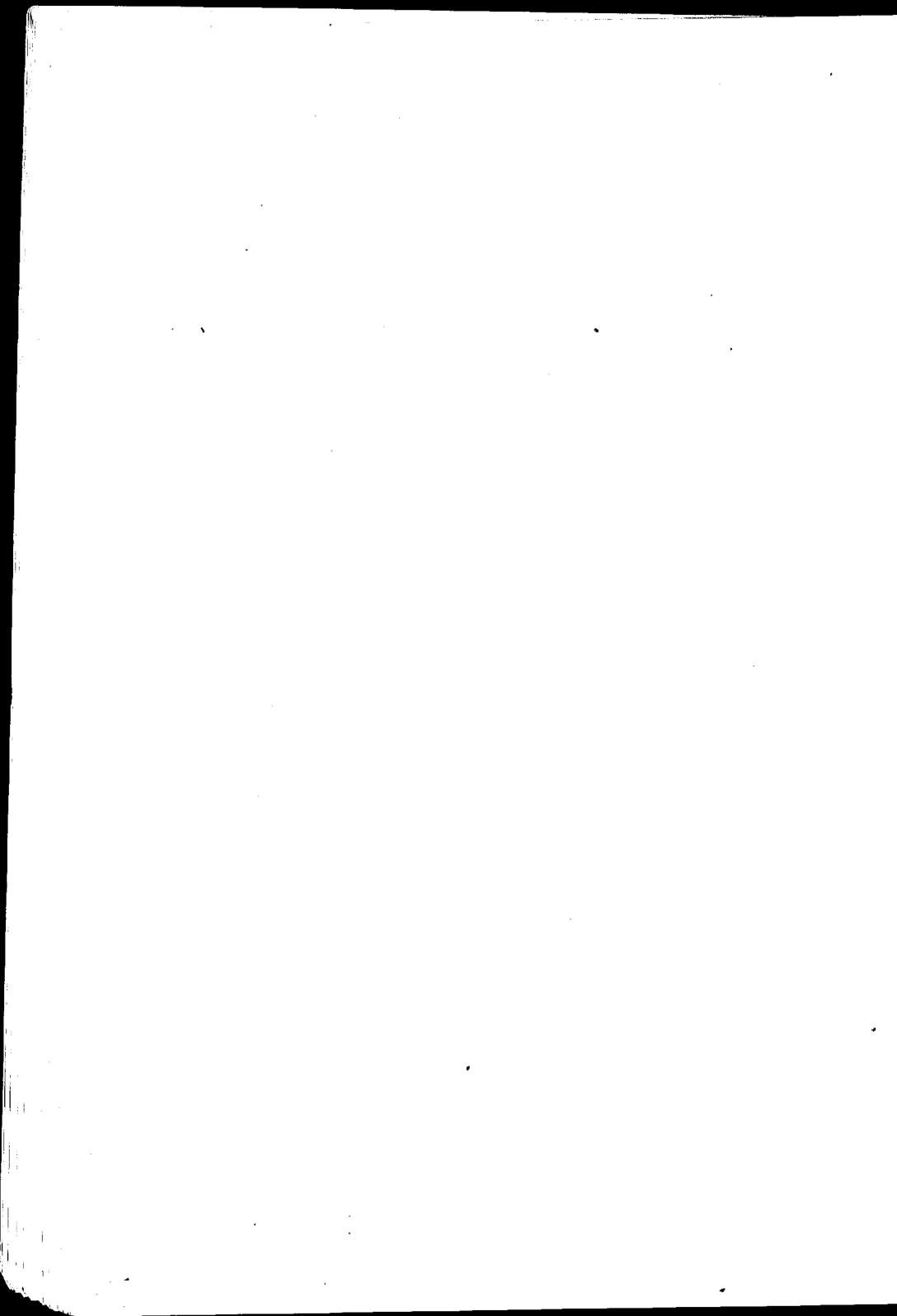
DR. D.	ALEJANDRO CABANNE
» »	TOMÁS S. VARELA (2. <sup>o</sup> año)
SR. »	JUAN U. CARREA (Prótesis)
» »	CORIO LANO BREA (Prótesis)
» »	CIRO DURANTE AVELLANAL (1. <sup>er</sup> año)



PADRINO DE TESIS

DOCTOR LUIS F. VILA

Jefe de Ginecología y Cirugía general del Hospital Rivadavia



SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

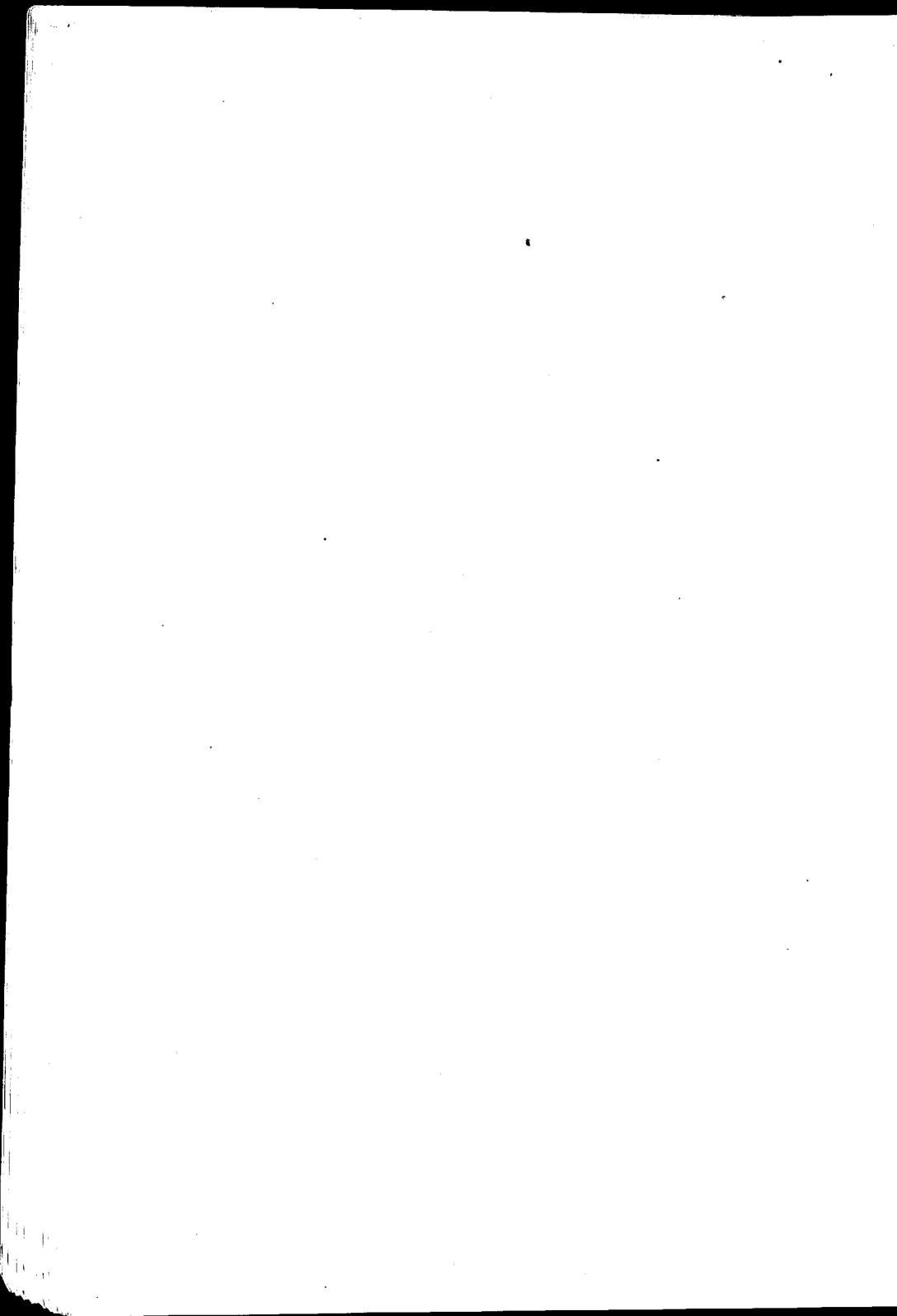
SEÑORES PROFESORES:



Siempre he pensado que la Ciencia Médica Argentina tiene entre sus muchos cultores verdaderos estudiosos y hombres de positivo valer, y he anhelado fervientemente que sus esfuerzos fueran considerados con sencilla buena fé, como merece todo lo que significa un progreso. Al leer esas publicaciones me he sentido orgulloso, porque he comprendido que tantos trabajos y tantos desvelos, van a aumentar el caudal ya considerable, base de la futura gran medicina de nuestra patria.

Al elegir este tema que presento a vuestra consideración, lo he hecho a base de trabajos argentinos, y he encontrado en ello la satisfacción de ver que la medicina extranjera ha producido más pero no mejor que la Argentina.

Lleve este trabajo mi sincero agradecimiento a todos los que me han enseñado.



## RESEÑA ANÁTOMO-QUIRÚRGICA DEL COLON ILEO-PELVIANO NORMAL

Al hacer esta breve reseña anátomo-quirúrgica del colon ileo-pelviano normal, no es otro mi objeto que de refrescar conocimientos viejos pero importantes, para poder comprender con claridad el objetivo de este trabajo.

El intestino grueso es la porción terminal del tubo digestivo. Por arriba es continuación del intestino delgado del cual se halla separado por la válvula ileo-cecal. En su parte terminal se abre en el ano.

Viene su nombre de griego, *yo retengo o detengo*, dado que en su interior se estacionan las materias fecales para sufrir el último proceso digestivo antes de ser expulsados al exterior.

Topográficamente, ocupa en su origen la fosa ilíaca derecha (ciego); se dirige hacia arriba por el lado derecho del abdomen, hasta llegar debajo del hígado (colon ascendente); donde tuerce formando un primer codo, codo hepá-

tico, para dirigirse transversalmente y remontar un poco, hacia el hipocondrio izquierdo (colon transverso). Llegado al nivel del polo inferior del bazo, tuerce de nuevo hacia abajo, formando un segundo codo, codo esplénico, y desciende para alcanzar la fosa iliaca izquierda (colon descendente). De allí, su trayecto deja de ser tan regular; recorre la fosa iliaca oblicuamente hacia abajo y hacia adentro, introduciéndose finalmente en la pequeña pelvis (colon ileo-pelviano) y desciende por la cara anterior del sacro terminando en el periné (recto) con el orificio anal.

De todo este amplio recorrido intra-abdominal solo nos interesa su porción ileo-pelviana en cuyo estudio me detendré un poco.

Es del dominio general las diversas nomenclaturas que ha sido objeto esta porción del intestino grueso, y para evitar confusiones, desecharé los nombres de colon iliaco o S iliaca del colon, asa-sigmoidea y asa-omega, quedándome sencillamente con el nombre de colon ileo-pelviano, que tiene la ventaja de indicar a esta porción cólica que desde la cresta iliaca, llega a la altura de la tercera vértebra sacra; factible de subdividir en colon iliaco, que descansa en la fosa iliaca, y colon pelviano, que está dentro de la pequeña pelvis, y cuya línea de separación sería la línea ignominada.

Su longitud es variable; pero en tesis general se puede decir que oscila entre 35 y 45 centímetros; no siendo raro encontrar medidas extremas de 58 y 62 centímetros.

El colon íleo-pelviano, como las demás partes del intestino está unida a la pared posterior del abdomen y de la pelvis, por un repliegue peritoneal; el meso-colon íleo pelviano. Este meso es sumamente amplio, detalle que hay que tener en cuenta pues facilita en mucho la técnica de la colectomía, permitiendo extraer como veremos más adelante con gran facilidad el colon ectasiado a través de la incisión de la pared abdominal.

Esta extraordinaria movilidad explica las grandes variedades que presenta el colon íleo pelviano en su situación, dirección y relaciones. No me detendré a estudiar en detalle estos tópicos porque no tienen aquí importancia práctica; pero sí hablaré al respecto de su peritoneo, sus vasos, sus linfáticos y sus nervios, puntos importantes que facilitarán la comprensión de la técnica operatoria.

El peritoneo del colon íleo pelviano recubre en toda su circunferencia al intestino; y por esto difiere fundamentalmente de la porción que le precede, colon descendente, al que solo recubre en tres cuartas partes adosándolo por su cara posterior directamente contra la pared abdominal sobre la cual descansa inmóvil. Esta disposición se encuentra en la mayoría de los casos; siendo raros aquellos en que se constata la existencia de un verdadero meso colon descendente. Veremos más adelante la importancia que esto tiene.

Ahora bien, al nivel del colon pelviano, la disposición de su peritoneo varía: en la primera porción, entre la cresta ilíaca y el borde externo del psoas (porción ilíaca)

su disposición difiere un poco del colon descendente, pues desde este punto va haciéndose un meso cada vez más largo, y llega a adquirir su amplitud máxima al nivel del segmento pelviano; y decrecer progresivamente hasta desaparecer al nivel del recto.

Las dos hojas peritoneales después de recubrir completamente como un manguito toda la superficie intestinal, se adosan una a la otra para hacer su inserción parietal muy regular, pero completamente fija bajo la forma S; que se extiende del borde externo del psoas a la cara anterior de la tercera vértebra sacra; y constituyendo al nivel de la arteria ilíaca izquierda primitiva o tal vez un poco por encima de su bifurcación una fosita infundibuliforme, denominada fosita intersigmoidea.

Cuando se practica una laparatomía, no siempre se encuentra el colon íleo pelviano ideal; y con Okinczye podemos distinguir cuatro tipos:

- 1.º Colon íleo-pelviano largo, con un largo meso, y cuya raíz se inserta en la parte más alta de la fosa ilíaca.
- 2.º Colon íleo-pelviano largo, con un meso corto, insertado muy abajo, en el estrecho superior de la pelvis.
- 3.º Colon íleo-pelviano corto, con un meso largo, insertado alto.
- 4.º Un colon íleo-pelviano corto, con un meso corto que lo adosa a la pared de la pelvis.

*Arterias.*—Las arterias del colon, proceden por una parte de la mesentérica superior; que irriga la mitad de

recha del intestino grueso; y de la mesentérica inferior que irriga la mitad izquierda. Solo nos interesa esta última.

Nace la mesentérica inferior, 3 o 4 centímetros por encima de la bifurcación de la aorta abdominal, y termina en la pelvis por medio de dos ramas, las arterias hemorroidales superiores. Desde su origen se dirige hacia abajo y hacia afuera, hacia la fosa ilíaca izquierda. De allí tuerce abajo y a la derecha, y ya en la excavación desciende por la cara anterior del sacro bifurcándose al nivel de la tercera vértebra sacra en sus dos ramas terminales, las hemorroidales superiores, que irrigan la cara anterior y posterior del recto. Estas terminan al nivel del ano, anastomosándose con ramas de la hemorroidal media rama de la hipogástrica, y la hemorroidal inferior rama de la pudenda interna. En su trayecto da ordinariamente dos ramas, raramente tres:

1.º La arteria cólica izquierda superior. Esta rama nace ordinariamente de dos maneras. O bien se desprende en forma de ángulo recto o ángulo muy agudo abierto hacia arriba. Algunas veces ascendente, otras vertical, contribuye en su primera porción a formar lo que se denomina arco vascular de Treitz. Sabemos que bajo este nombre se designa, la formación, mitad arterial y mitad venosa, constituida por la porción inicial de la arteria cólica izquierda superior, por un lado y por otra parte por la porción terminal de la vena mesentérica inferior. Su disposición es la siguiente: la arteria cólica se dirige

oblicuamente hacia arriba y a la izquierda; mientras que la vena, se dirige hacia arriba y a la derecha; se cruza pasando habitualmente la arteria por detrás. De allí alcanza bien pronto la arteria el ángulo esplénico del colon y da a ese nivel una rama para el colon transverso y una rama para el colon descendente; que se anastomosa más abajo con una rama ascendente de la cólica izquierda inferior.

Hasta aquí la disposición autedicha es la más frecuente, pero no es raro observar, que la cólica izquierda superior se divida antes de llegar al ángulo esplénico del colon en dos ramas. La rama superior se bifurca en una rama para la porción izquierda del colon transverso, y otras para el colon descendente. La segunda rama, rama inferior, constituye una arteria cólica izquierda media, que se anastomosa hacia abajo con la rama ascendente de la cólica izquierda inferior, y hacia arriba con la rama descendente de la cólica izquierda superior.

En semejantes condiciones existen anatómicamente tres cólicas izquierdas, a saber: 1.º Una cólica izquierda superior. 2.º Una cólica izquierda media; y 3.º Una cólica izquierda inferior de la que me ocuparé con más detención.

Téngase presente, que no existe propiamente hablando una cólica mediana independiente, sino que es en el 90 % de los casos rama de bifurcación de la cólica izquierda superior.

A pesar de esto, Hyrtl ha observado una cólica me-

diana independiente, que nacía de la íliaca primitiva; y Okinezyc otra, que procedía de la mesentérica superior; pero coexistiendo en semejantes casos con una mesentérica inferior de muy pequeño calibre, en el primero; y el

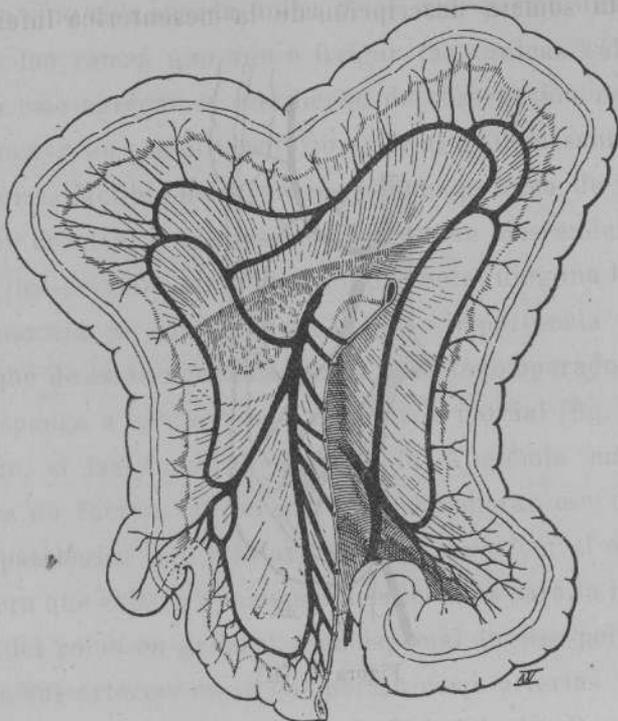


Figura 1

del segundo con la ausencia completa de la mesentérica inferior.

2.º La segunda rama de la mesentérica inferior es la cólica izquierda inferior; más bien dicho, el tronco común del cual emanan la cólica izquierda inferior y la arteria sigmoidea. La primera irriga la porción terminal del colon

descendente y la segunda el colon fleo-pelviano dividiéndose inmediatamente en dos o tres ramas, que van a anastomosarse con ramas de la hemorroidal superior (fig. 1).

Esta somera descripción de la mezentérica inferior y

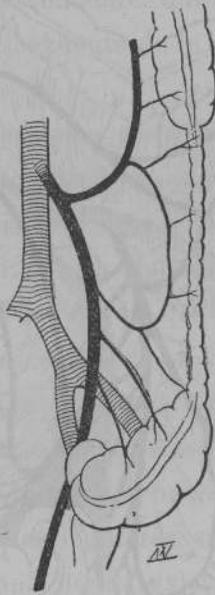


Figura 2 (H)

sus ramas, está en la práctica muy lejos de ser tan esquemática; a pesar de lo cual existe una diferencia enorme entre los tipos de vascularización del intestino delgado y grueso, que explica la mayor frecuencia de la falta de nutrición en las superficies anastomóticas, en el curso de las intervenciones sobre el colon, y sus gangrenas consecutivas.

Emana esto, de que, mientras en el intestino delgado

hay una abundancia y riquezas notables de anastomosis vasculares, debido a que sus arterias se expanden en muchas arcadas anastomóticas; las arterias del colon no forman sino una arcada única, de la cual parten directamente las ramas que van a irrigar las tónicas cólicas. Y si a esto agregamos este hecho de observación debido a Okinczyc, en que el territorio arterial de la mesentérica inferior es factible de atrofiarse por un proceso de inflamación crónica, y su consecuencia: colon descendente y colon íleo-pelviano atrofiados, sin presentar ninguna lesión inflamatoria; se comprenderá la gran importancia práctica que de estas nociones emana para todo operador que se disponga a efectuar una colectomía parcial (fig. 2).

Aún, si las constataciones de la Anatomía macroscópica no fueran suficientes para corroborar ese déficit fisiopatológico que más arriba hago mención; si aún se creyera que existen anastomosis suficientes para la irrigación del colon en general, y en especial del íleo-pelviano; y que sus arterias no se comportan como arterias terminales, las experiencias in vivo de Buy, Charpi, Begouin y Okinczyc no dejan lugar a duda.

Okinczyc se ha limitado a tres tipos de experiencias que para este estudio nos interesa especialmente, pues se refieren al colon descendente e íleo-pelviano.

1.º Ligadura de la cólica izquierda superior.

2.º Ligadura doble, sin resección a 3 centímetros de distancia sobre la anastomosis de la arteria del colon transverso y la cólica izquierda superior.

3.º Ligadura y sección de la arcada y del meso sobre una longitud de 8 centímetros.

He aquí resumidas sus conclusiones:

Experiencia primera: La ligadura de la cólica izquierda superior, es posible, y queda en general sin efecto, porque la anastomosis es suficiente para compensar por una de sus vías secundarias. La anastomosis parece ser entonces,

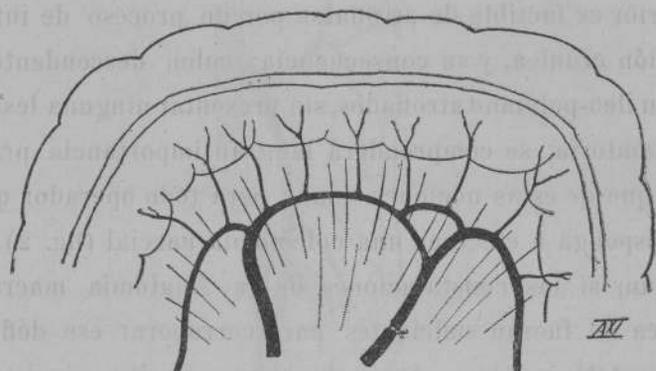


Figura 3 (H)

en cierta medida una anastomosis fisiológica, suficiente o por lo menos adecuada a su importancia; a condición de que no se le pida un trabajo desproporcionado a su calibre (fig. 3).

Experiencia segunda: Esta experiencia parece mostrar que la circulación puede hacerse por los vasos del intestino (fig. 4).

Experiencia tercera: Es la más instructiva y de mayor valor práctico. La sección del mesenterio sobre una longitud de 10 a 15 centímetros, trae siempre o casi siempre la gangrena del ansa correspondiente. Ahora

bien: si el meso se ha separado del intestino intacto muy cerca de él, la gangrena es fatal, a pesar de que el desprendimiento sea de pequeña extensión; pues se destruyen los vasos nutricios después de su anastomosis en arcadas, y la porción intestinal que queda aislada, no puede ser nutrida por la circulación colateral. Si la sección del meso se hace aún más lejos, por encima de la división en arca-

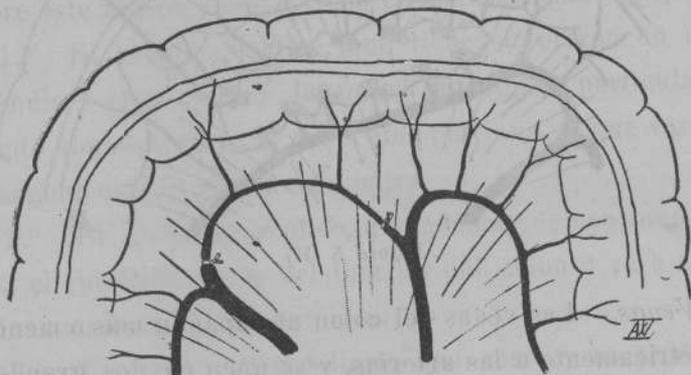


Figura 4 (H)

das de los vasos, la gangrena se producirá o nó, según la extensión de la sección. Y por lo tanto hay que tener en cuenta, la necesidad de cuidar la nutrición de las bocas intestinales, recordando que no se está seguro de obtener una buena nutrición, más allá de 1 centímetro de la sección (fig. 5).

Kümmel dice: que para encontrarse en buenas condiciones circulatorias, es mejor, y aún necesario, remontar una resección sobre el colon descendente, que detenerse en el colon pelviano.

En cuanto a las anastomosis arteriales parietales, se

puede concluir que no existen, pues los hechos lo confirman. El plano de clivaje entre las dos hojas mesocólicas es avascular, y las experiencias de P. Duval ratifican plenamente este principio.

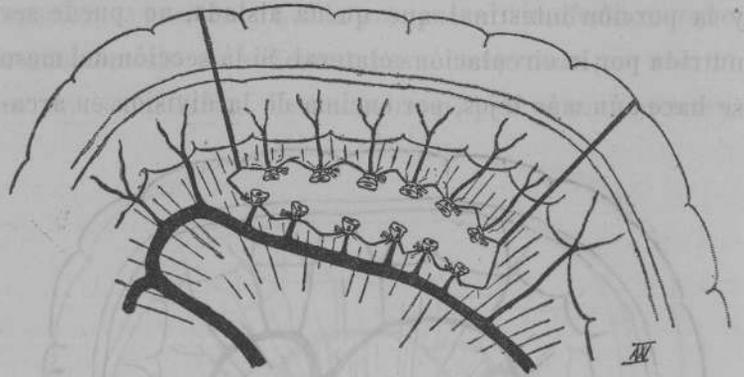


Figura 5 (H)

*Venas.*—Las venas del colon acompañan más o menos simétricamente a las arterias, y se unen en dos grandes troncos; la grande y pequeña venas mesaraicas. Pero lo más importante son sus anastomosis.

La primera está formada por pequeñas y abundantes venitas, que forman al nivel del colon y en especial del íleo-pelviano, pequeños plexos subperitoneales que se anastomosan con las venitas del peritoneo parietal, y que se les puede encontrar yendo del borde cólico al peritoneo parietal. Su sección no tiene importancia alguna.

La segunda que Schmidel considera más importante, consiste en una serie de anastomosis de las mesaraicas con las venas de otros órganos. Estas anastomosis que para muchos serían inconstantes, para Lejars y Tuffier

se encuentran siempre. Consiste en la anastomosis de las venas cólicas derechas e izquierdas, con la vena renal izquierda y las venas de la cápsula adiposa del riñón.

*Linfáticos.*—Los linfáticos, acompañan a las arterias y las venas.

Dobson y Jamieson, han publicado un buen estudio sobre este tópico, y los dividen en los siguientes grupos:

1.º El grupo epicólico, que tiene su origen en los apéndices epiloicos y la pared intestinal, particularmente abundantes en el colon ileo-pelviano y que van a desaguar en los grupos siguientes.

2.º El grupo paracólico, que además de continuarse con el epicólico, parte del interior del colon y va a terminar en la unión mesentérica.

3.º Un grupo intermediario que corre y se anastomosa a lo largo de las arterias.

Uniéndose a estos grupos, existe un grupo principal en el cual van a resolverse los grupos anteriores. Son tres cadenas. Aunque parezca semejante clasificación un poco esquemática, no hay de por sí grupos anatómicamente aislables; pues todos son comunes.

*Inervación.*—Los nervios que rigen los movimientos del colon proceden, unos del gran simpático y de sus ganglios, y todos ellos a excepción de los que van al recto y al colon pelviano emanan del tronco del gran simpático y pasando primero por los ganglios y los plexos terminan

en el intestino. Por otro lado recibe también, fibras nerviosas emanadas del vago y de los espláncnicos; de ahí que los movimientos normales del intestino grueso, sean movimientos reflejos, cuyas excitaciones periféricas, parten de la mucosa y peritoneo cólico para ir al plexo de Auerbach. Y como ratificando esto, existe este dato de observación: se ha notado que la introducción de agua caliente en el colon por el trayecto creado por una apendicostomía produce inmediatamente enérgicas contracciones peristálticas; fenómeno que no se produce con la introducción de agua fría. La mucosa del colon posee además una cierta sensibilidad táctil.

Pero hay un punto más importante a estudiar en la disposición del colon íleo-pelviano, que la práctica quirúrgica y radiológica nos lo muestran diariamente.

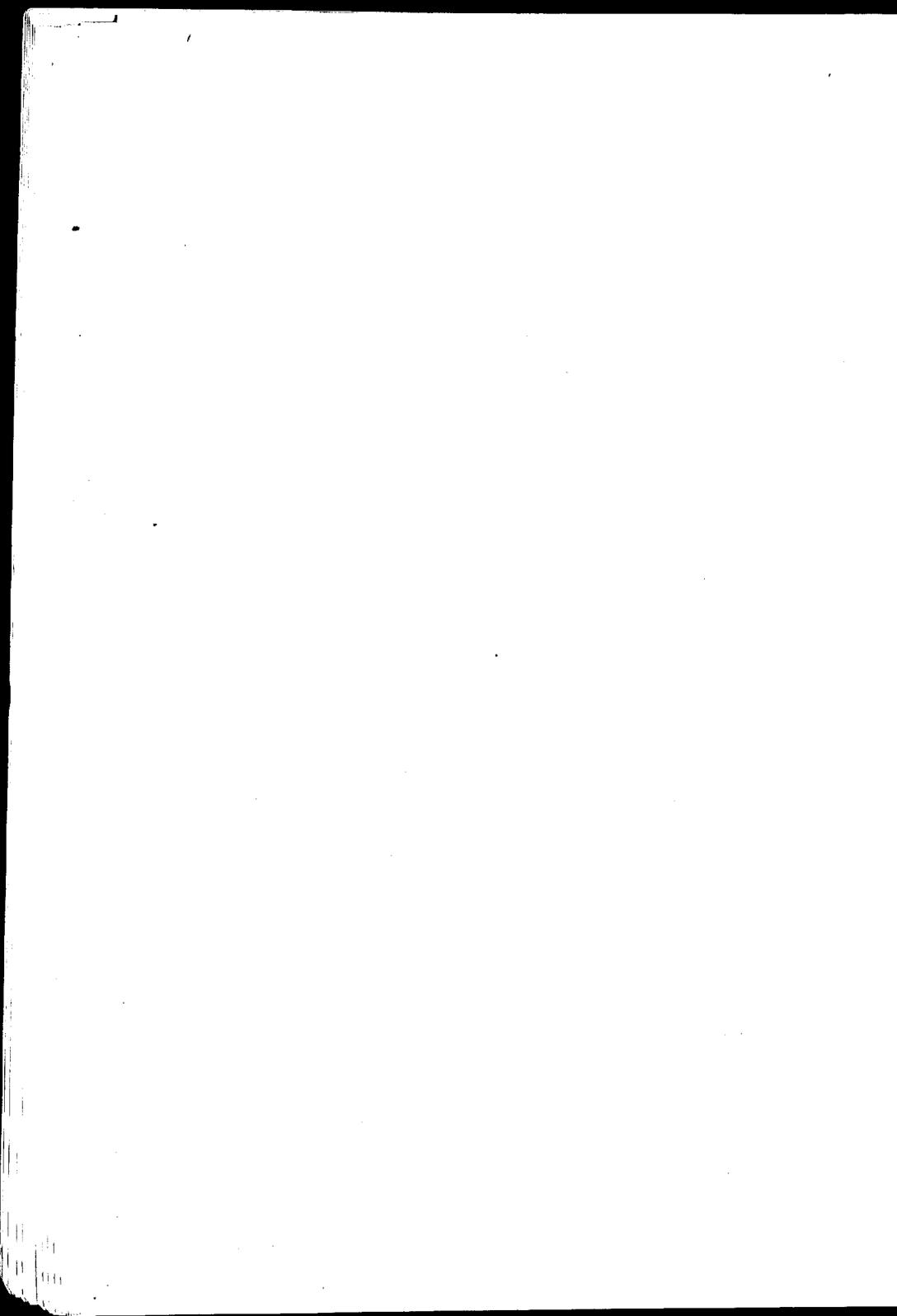
Como hemos visto más arriba el colon consta de tres porciones más o menos regulares y rectilíneas, y aunque en realidad no se encuentren literalmente así, tienen una disposición lo suficientemente recta para poder cumplir con facilidad su cometido. Pero esto, está lejos de ser constante. Generalmente se ve un aumento de su longitud real, con multiplicación de sus flexosidades. Todas las variaciones de forma, longitud, situación del colon son factibles de encontrar, y con mayor razón para el colon íleo-pelviano, porción como hemos visto es sumamente móvil.

En el colon transverso, también móvil, encontramos comunmente desplazamientos, ya sea hacia abajo, en for-

ma de arco, en forma de U, en forma de V, en una sinuosa S itálica, en W, en acordeón; para umbilicales, infraumbilicales, pubianas y hasta intrapélvicas; ya sea hacia arriba, más raras, en U invertida, en W sinuosa, etc., pasando delante del hígado. En el colon ileo-pelviano se ven desplazamientos análogos, pero que debido a su distinta posición y forma, varía; y así vemos colon ileo-pelviano enormemente largos y llenos de flexosidades plegados en sentido vertical, ocupando parte de la excavación pelviana y más de lo que normalmente le corresponde en la cavidad abdominal.

Estas ansas de gran longitud, gozan como es lógico, de una movilidad extraordinaria, facilitando la formación de plegamiento, codos, flexosidades, y en general, actitudes viciosas, que oponen múltiples pequeños obstáculos a la progresión de las materias fecales, determinando por lo tanto un éxtasis fecal.

---



## ALGO SOBRE ETIO-PATOGENIA

Poder establecer una patogenia que explique con claridad la génesis del megacolon ileo-pelviano del adulto, sería francamente un éxito muy halagüeño.

Pero si hace 20 años Duval decía, que la patogenia del megacolon era una cuestión nueva y que las opiniones sobre ella estaban muy controvertidas; podemos decir actualmente, que, si bien la cuestión no es nueva, las opiniones continúan como en esa época muy divididas.

Que existe un obstáculo en la evacuación de las materias fecales que trae aparejado, el éxtasis y la ectasia, no hay ya duda al respecto. Pero ésto trae a colación el siguiente problema a resolver: ¿La ectasia cólica es la causa primitiva? O es por el contrario consecutiva al éxtasis fecal? Si es lo primero, ¿cuál es su origen? Si depende de lo segundo, ¿cuál es su causa? Veamos algunas opiniones:

Para Hirschsprung sería debido a una anomalía de

desarrollo; lo que produciría la ectasia cólica. La dilatación excesiva del intestino, impediría la libre excursión de las materias fecales, produciéndose por consiguiente el éxtasis fecal; que terminaría por la formación de un fecaloma.

Mya cree, que la causa de la ectasia cólica, hay que buscarla en una malformación embrionaria; y dice, que la lesión primera que se presenta, es la dilatación del colon, acompañada bien pronto de una hiperplasia conjuntiva en las paredes cólicas. A esta lesión de colitis esclerosa primitiva se le agregaría secundariamente, una colitis intersticial difusa, con gran hipertrofia de la muscular y una arteritis obliterante; lo que traería por consecuencia el éxtasis fecal.

Genersich, cree que no entra en la génesis de esta afección ninguna enfermedad intrauterina, y que hay que buscar su causa en un defecto o anomalía de desarrollo del intestino grueso; asimilándola a otras ectasias orgánicas que tienen el mismo origen. Hace notar, que recién hacia el segundo mes de la vida intra-uterina, se hace la delimitación entre el intestino grueso y el delgado, y recién al tercer mes, los dos segmentos están bien formados. Pero en lugar de seguir su evolución paralela, uno de los segmentos o parte de él, puede ir más lejos, constituyendo una ectasia congénita.

Dicha dilatación constituye un entorpecimiento para la función normal del colon, comprometiendo su motilidad y por lo tanto el poder y la finalidad del peristaltismo.

cólico; trayendo como consecuencia lógica e inmediata el éxtasis intestinal y la acumulación fecal. Y entouces el intestino normalmente constituido tendría necesariamente que aumentar la energía de su funcionamiento para cumplir su cometido; cosa que haría hipertrofiando su túnica muscular.

Treves dice: la mayoría de los casos de dilataciones idiopáticas de los adultos, son simples dilataciones por encima de obstrucciones mecánicas incompletas. Y va hasta afirmar, que todos los casos de las llamadas dilataciones idiopáticas del intestino, no son tal cosa, sino que en ellas hay una obstrucción real.

Marfán escribe: nada prueba que la dilatación sea una modificación primitiva; desde que ella no ha sido jamás encontrada en un recién nacido. Hasta tener una amplia y exacta información, debemos considerarla como una modificación consecutiva a la constipación congénita; afección que está esencialmente ligada a la multiplicidad y exageración de las inflexiones de la S íleo-pelviana. El éxtasis de las materias fecales en el colon, es suficiente para explicar todas las series de hechos que se observan en el megacolon; la dilatación en particular, es probablemente debida a la distención producida por los gases de la putrefacción. La hipertrofia de las paredes es análoga a aquella que se produce en la vejiga, cuando existe un obstáculo en el curso de la orina; y debida en parte también a la colitis crónica.

Y para aumentar la diversidad de opiniones, Concetti

lleva más lejos el estudio de este tópicó y divide al megacolon en dos variedades:

1.º Aumento del diámetro interno del intestino, con hipertrofia de sus paredes.

2.º Dilatación simple congénita, de un segmento cólico, con dilatación e hipertrofia compensadora del segmento supra-yacente.

Para explicar su primera variedad, parte de la posibilidad de un desarrollo anormal del embrión, con formación de un colon enormemente dilatado, con sus paredes hipertrofiadas por la proliferación de las células embrionarias y del tejido conjuntivo de las paredes intestinales. Esta hiperplasia esclerosa, paraliza la acción de la musculatura cólica, la que a pesar de estar hipertrofiada e hiperplasiada concluye por no poder cumplir su función. Esta esclerosis, aumentando progresivamente ataca los vasos y llega así al punto culminante de su acción nociva. Esta colitis invasora, es asiento de nuevas poussés inflamatorias; concluyendo finalmente en una esclerosis cólica difusa.

Para explicar su segunda variedad piensa en la existencia de una aplasia subyacente al segmento dilatado con hipertrofia de las porciones supra-adyacentes. La atonía forzosa que es su consecuencia, trae un éxtasis fecal, lo que produce la hipertrofia del segmento ectasiado necesaria para hacer progresar las materias fecales.

Fenwick, considera la dilatación cólica como un hecho secundario y variable; siendo primitivo y fundamental, la

hipertrofia de las paredes. No admite la dilatación congénita, pues dice que nunca lo han probado que sea cierto ni la Clínica ni la Anatomía Patológica; y asegura que la dilatación del colon, es siempre secundaria y consecutiva a una obstrucción mecánica cualquiera. Reconoce tres variedades, a saber: 1.º Torsión o acodadura del colon ileo-pelviano o recto. 2.º Estrechez congénita subyacente del intestino grueso; y 3.º Una contracción espasmódica permanente en la porción terminal del colon.

Entre los autores americanos el Dr. Navarro ha publicado en los Boletines y Memorias de la Sociedad de Cirugía de París, su concepto que a continuación resumo:

Yo creo, dice, que es debido a un defecto de torsión del intestino grueso; éste se detiene en su evolución y entonces la soldadura de los mesos no se puede hacer; éstos persisten y el megacolon puede constituirse. Esto es un hecho que yo enuncié y no una hipótesis. La demostración de la existencia de este hecho; la falta de torsión y de adosamiento yo lo constato: 1.º En la existencia constante de un meso en el intestino ectasiado, ya sea la dilatación grande o pequeña; eso no es un meso normal, desde que no tiene sus caracteres; es espeso, más espeso, que al estado normal. 2.º En la mayor parte de los megacolon, el intestino ectasiado no está en su lugar normal; el ansa es más bien mediana, y la línea de inserción del meso no está en la fosa ilíaca, sino más cerca del raquis. 3.º Cuando el ciego toma parte en el proceso, es móvil y tiene un meso. Ahora ese meso no es adquirido, es el meso

embrionario que ha persistido. Yo anoto de paso la evidente malformación que presenta en algunos casos el meso del apéndice.

Partiendo de este hecho: la falta o defecto de torsión del intestino grueso y el adosamiento del meso, explican sin mayor esfuerzo todas las variedades del megacolon sigmoideo, desde que es evidentemente el ansa, que al estado normal, se fija la última.

El conocimiento de estos hechos nos da la razón de esta variedad de megacolon tan importante a conocer y sobre la cual yo ya he insistido: me refiero a los casos donde la última porción del colon pelviano, presenta abolladuras y otros tantos pliegues y válvulas entre esas abolladuras.

El adosamiento se ha hecho de una manera irregular, el meso no tiene en todas partes la misma altura; allí donde hay meso hay una ampolla; allí donde el meso ha desaparecido, el intestino se retrae y hay un pliegue.

Y entonces, entre el ansa francamente dilatada y el recto, se encuentra ese colon que no participa más que a medias del proceso, que presenta esas logettes donde se estacionan los coprolitos, los cuales son tan difíciles de sacar. Creo que los hechos que acabo de exponer son indiscutibles.

Ahora, entro en el dominio de la hipótesis: ¿Porqué en esos colon móviles, la ectasia se produce? ¿Hay, lo que es muy probable en esta detención de la evolución de los mesos, un detenimiento en la evolución de las tunicas

intestinales, una involución histológica como hay una involución anatómica? Eso explicaría muchos hechos señalados en la estructura del megacolon, y también el aspecto tan diferente que hay, entre un vólulus agudo del ansa omega, y el megacolon de dicha ansa. La cronicidad, no es suficiente para explicar ese enorme espesamiento de las paredes sobre todas las tunicas del intestino; y entonces se podría comprender las formas intermedias, desde que todos los megacolon no son parecidos; las tunicas intestinales no tienen siempre el mismo espesor; la hipertrofia muscular no es siempre tan considerable. Habrá tipos dependientes puede ser, al grado de involución.

Pero todo esto no son más que hipótesis. Yo no sé que la embriología haya podido llegar todavía a dilucidar este punto tan interesante del desarrollo del intestino; y el estudio histológico del megacolon, no está aún lo suficientemente adelantado, para poder basar opiniones definitivas (1913).

Como se puede ver el desacuerdo es grande, las teorías divergen hasta en sus puntos fundamentales y sobre todo no ponen en claro hechos importantes como serían el establecer su origen congénito o adquirido.

Sorrel en su libro «Stase Intestinale Chronique», se expresa sobre el megacolon de esta manera: es necesario decir una palabra sobre los fecalomas, cuyo estudio muchos unen a la enfermedad de Hirschprung. Es al nivel del colon pelviano, y en los casos de dilatación conside-

rable que se les observa. Él entiende que esos tumores fecales se forman en general detrás de un obstáculo, brida, acodadura, etc.; y pueden ser considerados como formas de éxtasis intestinal crónico descrito por Lane.

Sin duda, se le puede objetar, dice Sorrel, que nunca o casi nunca se les ve hasta que por su volumen han obturado completamente la luz del intestino, produciendo accidentes comparables a los descritos por Lane. Pero hay que tener en cuenta, que los felacomas se han encontrado siempre en la porción izquierda del colon, en que ya las materias fecales tienen un cierto grado de dureza, condición ésta que es necesaria para poder aglomerarse: y sobre todo que con este estado físico pierde gran parte de su toxicidad; no sucediendo lo mismo con las de la mitad derecha del colon; materias semilíquidas aún con pleno valor funcional y tóxico que pierden su agua para ser absorbidas y con ellas todo su material tóxico y bacteriano; de donde una intoxicación crónica, que trae con cierta precocidad los síntomas descritos por Lane.

Yo pienso que el éxtasis fecal izquierdo con retención fecal, trae aparejado un éxtasis fecal derecho consecutivo, comó consecuencia del impedimento que existe en el curso de las materias fecales y con ello, una reabsorción tóxica y bacteriana en el colon derecho lo que nos presenta fatalmente, dejando a un lado los síntomas de oclusión, la sintomatología precoz del éxtasis intestinal crónico de Lane. Esto que yo enuncio lo he podido observar en varios casos que he asistido en el servicio de cirugía del Hospital Rivadavia, donde concurro.

Marre, está de acuerdo en reconocer la importancia del éxtasis, y sobre todo, del éxtasis cecal en la génesis de los accidentes tóxicos del megacolon, y es al éxtasis, que es necesario atribuir toda una serie de accidentes, algunos de los cuales lo suficientemente graves para indicar el tratamiento operatorio radical.

Kojetzny, estudia la cuestión bajo otro punto de vista. Considera la longitud del ansa, y trata de averiguar en autopsias hechas en fetos, su existencia. Observa que solo en el 6 % el ansa pelviana es larga, alcanzando en algunos casos hasta el reborde costal; y en el 94 % restante queda relegada en su situación normal. Sobre 115 cadáveres de niños, cuya edad varía entre un mes y un año, solo encuentra en 7 el ansa larga, lo que da una proporción de 6.08 %. Curschmann, encuentra quince veces ansa sigmoidea larga, sobre 233 cadáveres autopsiados, lo que da una proporción del 6.44 %; proporción algo semejante a la encontrado por Kojetzny en sus autopsias sobre fetos y niños.

Entre nosotros Elizalde sobre 450 autopsias ha encontrado 6 casos de megacolon en el adulto; pero no especifica el número de ansas sigmoideas largas encontradas.

Hay que tener presente que en los niños solo son permanentes y duraderas, aquellas ansas de más grandes longitudes, pues después del nacimiento y en los primeros años, en que el crecimiento del cuerpo es muy rápido, ansas íleo-pelvianas relativamente grandes son fáciles de encontrar. Pero a medida que avanzan en la edad y que

el desarrollo corporal se completa, la proporción que se establece, entre el amplio y rápido desarrollo del intestino, y el pequeño del cuerpo durante la vida intra-uterina y los primeros años, se invierte, quedando las ansas ileo-pelvianas del tamaño normal.

Según Kojetzny, la patogenia del macrocolon, encuentra su explicación en un proceso de adaptación y lo explica más o menos en la siguiente forma: durante la vida intra-uterina, el meconio no es expulsado, pero el intestino delgado continúa haciendo progresar su contenido, que poco a poco pasa al intestino grueso no quedando al fin de la vida embrionaria en el delgado más que vestigios de su existencia. Dichas materias se van acumulando en el colon, el cual tendría que adaptarse para recibir una mayor cantidad que la normal y para ello crece en longitud. Por lo tanto en el colon ileo-pelviano todas sus variaciones de situación, longitud y forma, son formas transitorias de un proceso evolutivo hacia una disposición definitiva: colon ileo-pelviano corto.

Entonces, el colon en general, y el ileo-pelviano en especial, encontrándose en plena evolución; puede terminarse éstas en unas partes y en otras no, de tal forma que en aquellos segmentos en que no alcanza su desarrollo normal y proporcionado, es decir, que se hallan más alejados de su evolución completa, presentan anomalías duraderas. Y así, en el adulto, solo persisten aquellas ansas enormemente largas, como anomalías de adaptación a las funcio-

nes de reservorio o depósito de meconio del feto, y que en el adulto, se desarrollará un megacolon.

Ahora bien; ¿cómo se produce éste?

De toda la bibliografía que he consultado en busca de la explicación de esto, es en la bibliografía argentina, la única que he encontrado una explicación satisfactoria, y si no es completa, indica un camino a seguir; que como su mismo autor dice tratará de completar y ampliar en el curso de sus ulteriores investigaciones. Este es el trabajo del Dr. Pedro J. Elizalde. (Revista de la Asociación Médica Argentina, n.º 130).

«Aquí, haremos previamente un resumen de las lesiones histológicas encontradas y en las cuales nos apoyaremos para la interpretación del aumento de espesor de las paredes y su dilatación.

«Este resumen será de las lesiones de tres zonas distintas: 1.º, de la parte de máximo espesamiento; 2.º, de los límites; y 3.º, del colon no modificado. (Véase capítulo de Anatomía Patológica).

«En cualquiera de los segmentos examinados, encontramos siempre el mismo proceso desarrollado en diferentes grados; las paredes son asiento de un proceso inflamatorio crónico, al que pueden en algunos casos añadirse un proceso agudo de la serosa. La lesión dominante en el intestino, es una colitis crónica que se extiende a todo el colon. Ahora ¿quién produce este estado inflamatorio crónico? Indudablemente que causas tóxicas permanentes, de las cuales la más común es la constipación; pero,

no todo el intestino afectado por esta inflamación crónica, hipertrofia sus paredes, sino solo un segmento; por otra parte, los constipados son legión con el mismo proceso inflamatorio crónico, y, sin embargo, los megacolon distan mucho de tener la misma frecuencia que aquellos; luego la constipación no basta para ello; hace falta la intervención de algún nuevo elemento que se agrega a la constipación, para producir el efecto megacolon.

«Estas hipertrofias, no las hemos encontrado sino en ansas todas de una gran longitud, lo que quiere decir, que ellas representarían el elemento que nos hace falta para integrar la malmormación. Veamos por qué mecanismo.

«Estas ansas de gran longitud, con meso largo, gozan de una gran movilidad y por lo tanto permiten la formación de codos, flexuosidades, plegamientos, actitudes viciosas en una palabra, que oponen otros tantos pequeños obstáculos al progreso del bolo fecal, es decir, pequeñas resistencias que obligan a la musculatura a un trabajo mayor, el que sin gran esfuerzo es llenado en forma eficiente; y queda tal, en tanto que no aparezcan factores que impongan la necesidad de un mayor trabajo; pero, aparece en escena un factor representado por la constipación, producida ésta por cualquiera de las múltiples causas que la determinan, y ya, las condiciones cambian, produciéndose como consecuencia una serie de modificaciones que vamos a analizar; la constipación determina un éxtasis fecal, lo que, unido a anómalas posiciones del

ansa, obliga a la musculatura a un exceso de trabajo, para responder al cual como una adaptación funcional, determina una hipertrofia de sus fibras; este mayor trabajo se hace permanente si su causa también lo es, de tal manera que la lesión se hace progresiva.

«Conjuntamente con esta acción mecánica, suceden hechos de otro orden: la materia fecal progresando lentamente, o estancándose varios días producen fermentaciones que desempeñan una doble acción: por un lado los gases que producen una distensión, la cual, a su vez, es motivo de una mayor capacidad, nuevo factor de dilatación e hipertrofia, y por otro lado, una acción irritativa sobre la mucosa, por esos gases irritantes y por las toxinas que se absorben, esta irritación produce una inflamación de la mucosa, traducida por la infiltración leucocitaria y el estado catarral de las glándulas; como las causas persistan en forma permanente, el estado irritativo unido al tóxico que vicia las condiciones nutritivas del medio, determina un doble efecto; el de degeneración de los elementos nobles, diferenciados en sus funciones, como son las fibras musculares, y el de proliferación de los elementos conjuntivos, de funciones no diferenciadas ni especializadas, menos resistentes, que todo lo invaden progresivamente, hasta llegar en los casos de acción prolongada a predominar sobre las fibras musculares. El mecanismo de espesamiento de la pared de los vasos es exactamente el mismo y concomitante, lo que ya es un nuevo elemento de perturbación nutritiva que disminuye en otro tanto las

condiciones favorables para luchar, puesto que, al factor calidad se le añade el factor cantidad.

«Ahora, desde el punto de vista funcional, es fácil seguir la alternativa a que se haya sujeto.

«Suficiente la musculatura durante mucho tiempo, un buen día, al favor de cualquier causa o descuido, la evacuación del intestino no se hace durante más días de los convenientes, y las resistencias vencen entonces a la potencia, produciéndose una verdadera asistolia, traducida por un bolo fecal; hecho el tratamiento apropiado, se establece el equilibrio, y continúa de nuevo suficiente por un tiempo más o menos largo, con constipación permanente y todo su séquito de secuelas: fermentaciones, intoxicación, inflamación crónica, etc., hasta llegar a la que concluye con el sujeto, si antes no ha intervenido la mano bienhechora del cirujano, para extirpar de raíz la causa de todos estos trastornos.

«Cuando a la longitud con sus situaciones viciosas se le acoplan disposiciones especiales anómalas, se comprende fácilmente que una situación análoga haya podido hacer pensar a algunos autores, en la existencia de válvulas o formaciones que se le parezcan, como siendo la causa de todas las malformaciones megacólicas, cuando no es sino un factor más añadido al fundamental: la longitud del ansa».

Y después de otras breves consideraciones concluye:

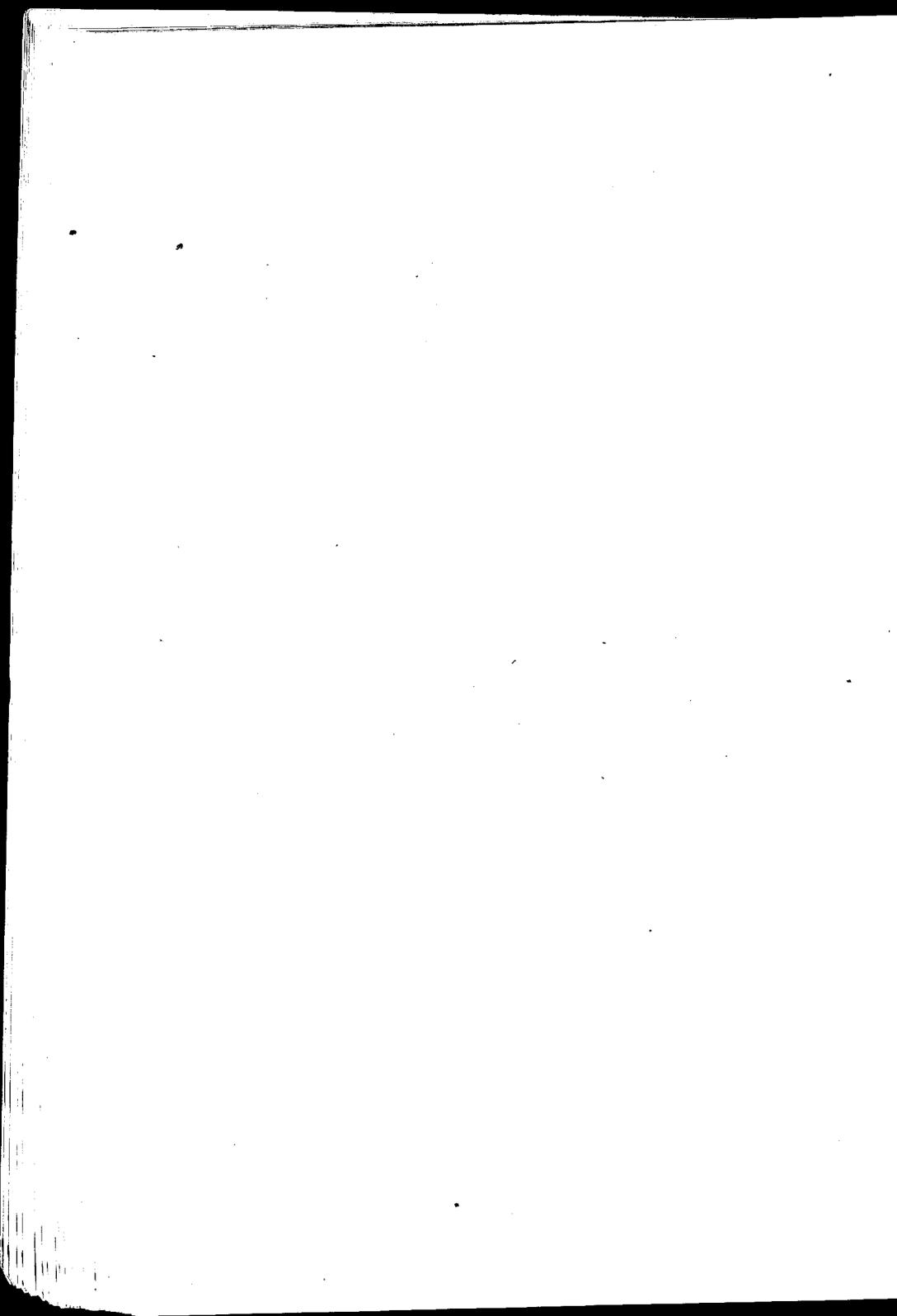
«El megacolon sigmoideo es una malformación adquirida. Para que él se produzca exige:

«1.º Un terreno, constituido por un ansa sigmoidea demasiado larga (*macrocolon*) que le permite adoptar por situaciones y posiciones viciosas que favorecen el éxtasis fecal, determinante de la hipertrofia.

«2.º La intervención de la constipación, producida por cualquiera de las múltiples causas que la determinan, y sus consecuencias, las fermentaciones; factor de dilatación e irritación que produce los estados inflamatorios crónicos, que conducen a la proliferación del tejido conjuntivo, la disminución del calibre de los vasos, y atrofia secundaria de las fibras musculares».

La teoría de Elizalde es seductora y completa. Explica con claridad la mayoría de las hipótesis que se plantean sobre este tema y satisface plenamente.

---



## ANATOMIA PATOLÓGICA

La ectasia cólica es fácilmente reconocible. En algunas su tamaño es mediano, pero en otras la ectasia es considerable; citando Fütterer un caso, que necesitó 16 litros de líquido para llenar el intestino dilatado; y Formad cuenta que a un enfermo que él tuvo ocasión de examinar le extrajo 47 libras de materias fecales.

Se concibe perfectamente que tamaños sacos intestinales, puedan llenar toda la cavidad abdominal, rechazando el paquete de intestino delgado y demás órganos abdominales hacia el diafragma flancos, y aún tórax.

Su longitud es variable, habiéndose encontrado como longitudes extremas de 88 y 90 centímetros. El diámetro y su circunferencia están, como se comprenderá enormemente aumentado, encontrándose términos medios cuyas dimensiones varían entre 16 y 24 centímetros.

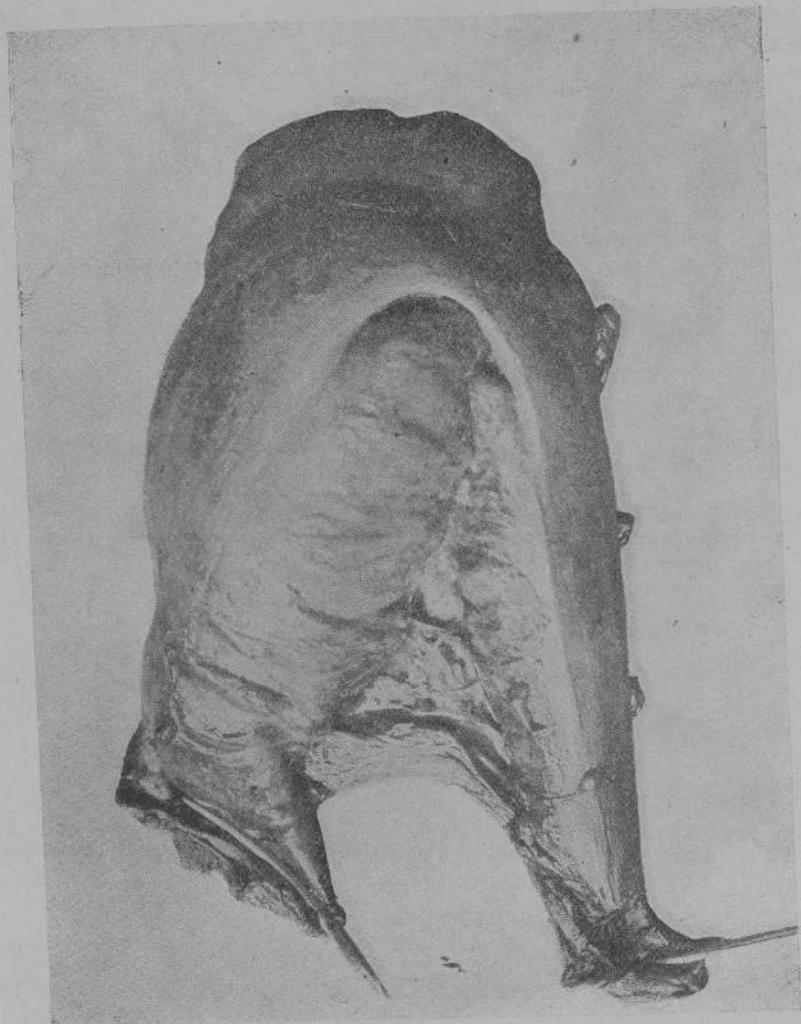
La consistencia es dura, debido al esclerosis de sus paredes y aún teniéndolos vacíos de las materias fecales

consistentes que contenían, no se deprimen ni adquieren un volumen siquiera aproximado a lo normal.

La forma es variable, pero dentro de tipos muy semejantes. Angosto en su parte superior, se continúa sin línea de demarcación con el colon descendente, y ampliándose poco a poco adquiere su volumen máximo en la porción pelviana, generalmente, del colon íleo-pelviano, e inmediatamente disminuye para continuarse con el recto, en forma de embudo. Son verdaderos sacos intestinales, colocados verticalmente en el abdomen, y que algunos de ellos lo ocupan desde la excavación pelviana hasta el diafragma; y dispuestos como en dos bolsas, cuya parte de reflexión la marca una ancha hendidura.

El colon descendente y el recto son macroscópicamente normales, y su examen histológico no revela nada de particular. En el megacolon, las bandeletas que caracterizan el intestino grueso, han desaparecido o son sumamente anchas. El peritoneo que recubre al colon generalmente no presenta nada de particular y solo raras veces un proceso de inflamación crónica caracterizado por pequeñas adherencias velamentosas fáciles de desprender. El meso-colon siempre es largo, amplio, explicando así la gran movilidad que los megacolon poseen. Las hojuelas peritoneales, están en general normales; pero a veces se puede observar en ellas placas lechosas de mesenteritis, y en otras uniformemente engrosadas. Los vasos, son gruesos, y en especial las arterias, debido a un proceso de peri-arteritis crónica; y en este estado es dable verlos con facilidad, hecho que permite

como veremos más adelante, al tratar de la técnica de la



• Figura 6 (B. A.)

colectomía, facilitar su aislamiento y ligadura individual (figs. 6, 7 y 8).

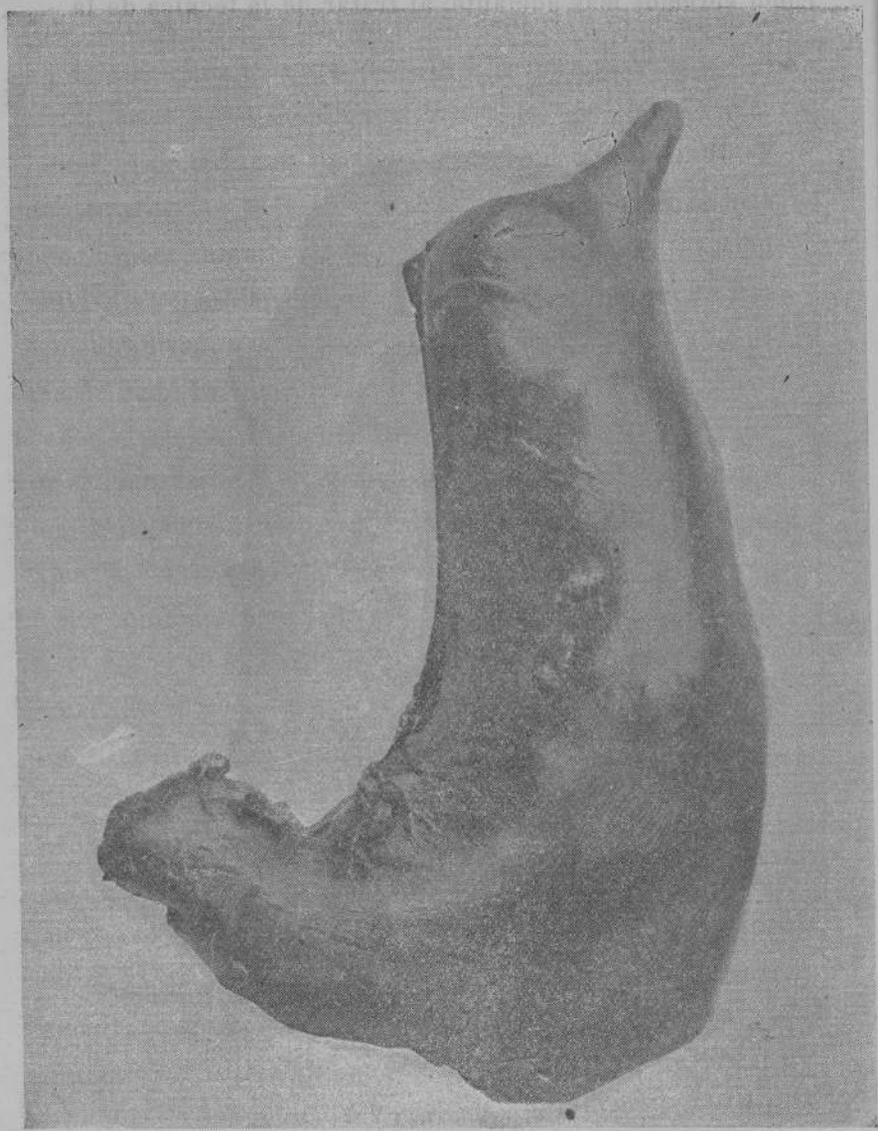


Figura 7 (B. A.)

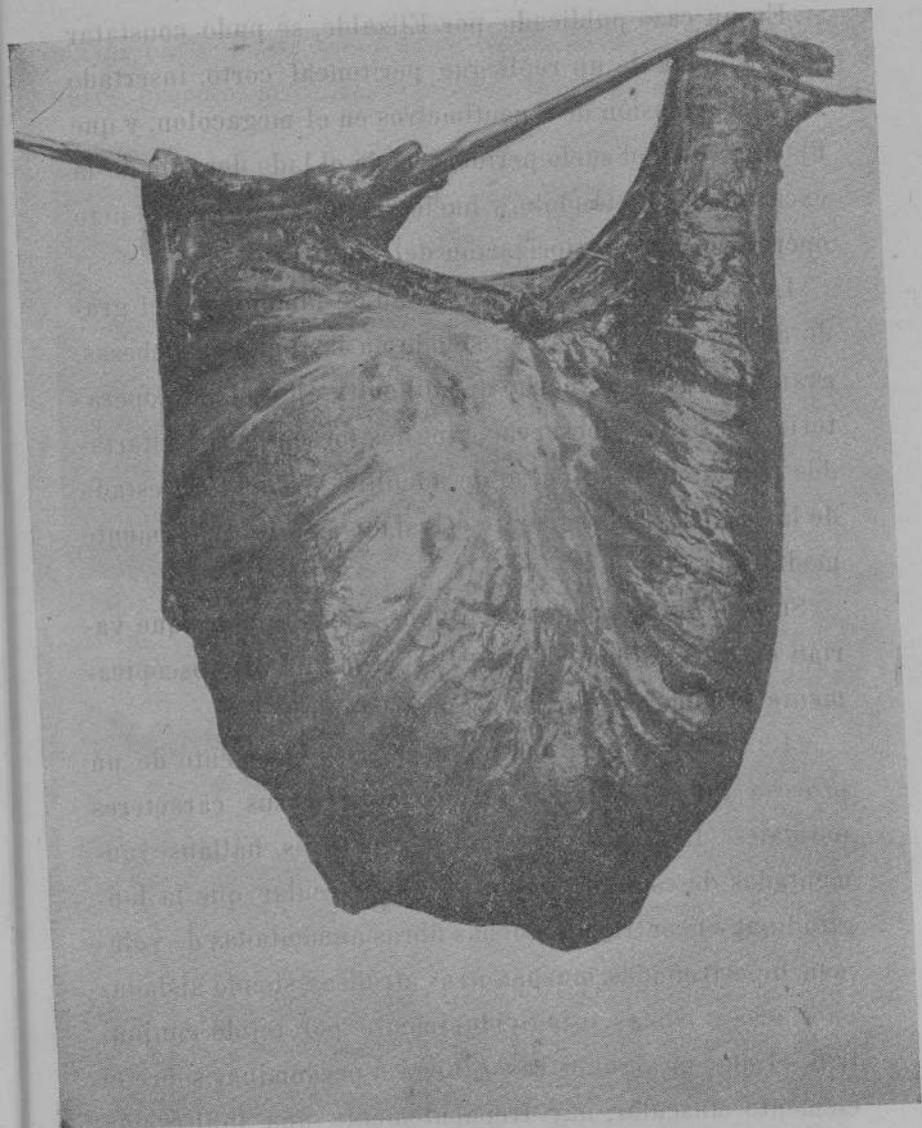


Figura 8 (B. A.)

En un caso publicado por Elizalde, se pudo constatar la existencia de un repliegue peritoneal corto, insertado en una extensión de 6 centímetros en el megacolon, y que fija a éste en el suelo perineal hacia el lado derecho de la excavación, sujetándolo, y haciendo difícil durante el acto operatorio, la exteriorización del ansa.

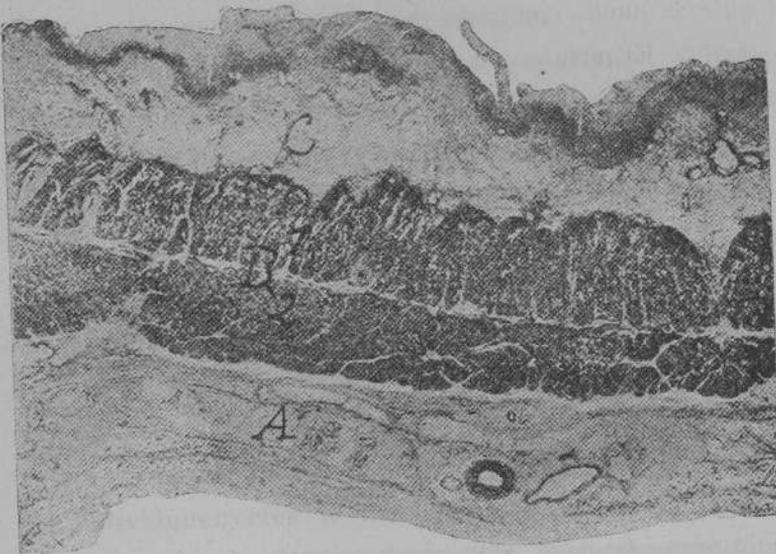
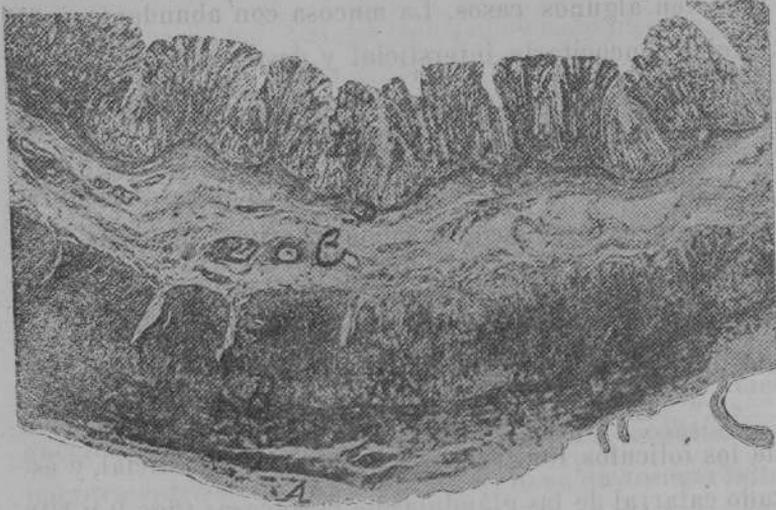
Los apéndices epiplóicos varían de tamaño con el grado de gordura del sujeto; siendo en las personas obesas, grandes y gruesos; hecho que dificulta algo el acto operatorio. No es raro observar ganglios mesentéricos infartados revelando un proceso de adenitis crónica. El estado de las paredes del segmento ectasiado está profundamente modificado.

Su espesor alcanza proporciones considerables que varían entre 8 milímetros y 1  $\frac{1}{2}$  centímetro. Microscópicamente se puede constatar según Elizalde:

«1.º El peritoneo en algunos casos es asiento de un proceso inflamatorio, en otros conserva sus caracteres normales. Las capas musculares, en todos, hállanse aumentadas de espesor, mucho más la circular que la longitudinal, encontramos muchas fibras aumentadas de volumen, hipertrofiadas, muchas otras atróficas, siendo aisladas en placas o islotes, e individualmente por tejido conjuntivo, el que en algunos casos, llega a predominar sobre el elemento muscular; hay frecuentemente una infiltración leucocitaria difusa.

«La submucosa, aumentada de espesor por proliferación del tejido conjuntivo que invade la muscular, con la

mayor parte de las veces, gran lesión de la pared de los vasos, procesos arteríticos crónicos, con infiltración leuco-



Figuras 9 y 10 (E.)

citaria peri-vascular. La muscular de la mucosa espesada, con lesiones esclerósicas. Los folículos tumefactos y ulcerados en algunos casos. La mucosa con abundante infiltración leucocitaria intersticial y destrucción frecuentemente total de las glándulas.

«2.º En las regiones próximas a los bordes, encontramos: un espesamiento de las capas musculares, con fibras hipertróficas y atróficas en menos cantidad, así como también una hiperplasia de tejido conjuntivo inter-fascicular; arteritis crónica, foliculitis crónica, infiltración leucocitaria intersticial y estado catarral de la mucosa.

«3.º En las partes no ectasiadas, existe: tumefacción de los folículos, infiltración leucocitaria intersticial, y estado catarral de las glándulas de la mucosa» (figs. 9 y 10).

---

## SINTOMATOLOGIA

Es excepcional, que un individuo portador de un megacolon nos lo presente por azar, viniendo a consultarnos por otra enfermedad; pues hay un síntoma que nunca falta y que en general les llama poderosamente la atención: la constipación pertinaz que lo caracteriza.

Este es un síntoma característico y constante; y hago recalcar este hecho, porque he leído en numerosos autores que consideran, al megacolon íleo-pelviano adquirido como si se tratara de la enfermedad de Hirschprung, y ven fatalmente en estos enfermos, unos constipados desde los primeros días de su vida, lo cual no es exacto y está muy lejos de la realidad. En varios casos publicados, y no son pocos, a pesar de que se haya tratado de investigar al respecto, buscando una constipación que datara de su infancia, no ha sido posible encontrarla así, desde que los individuos recién lo han notado 4, 5 ó 6 años atrás, habiendo pasado el resto de su vida perfectamente bien

y sin menor indicio en sus antecedentes, de constipación.

De 23 casos que publica Le Calmé en su tesis, solo 6 han sido constipados desde los primeros días de su vida; 13 han comenzado a serlo años antes de efectuar su asistoria cólica. Los restantes se ignoran.

Una vez que comienza a establecerse la constipación, es constante y progresiva. Hay casos en que períodos de mejoría alteernan con otros de agravamiento, pero a pesar de todo la constipación aumenta, y llega un momento que el intestino cargado de materias fecales y de gases se deja distender, y la asistolia cólica irreductible se instala, para no desaparecer sino cuando recurriendo al cirujano, se le extrae el bolo fecal. Y aquí de paso, haré un distingo entre estos enfermos según su clase social. Es sabido que aquellos enfermos de clase acomodada se cuidan y se observan; consultando al médico, quien al encontrarse frente a un caso semejante les prescribe toda una serie de laxantes, purgantes, enemas y hasta grandes lavados intestinales, acompañados de una dietética apropiada. Esta clase de enfermos, retardan su asistoria crónica y a veces hasta la evitan. Pero aquellos enfermos pobres, en que la vida de trabajo le es necesaria para comer, y que por lo tanto les es difícil ver al médico en oportunidad, y que si lo hacen, esas prescripciones médicas se cumplen mal o lo que es más frecuente no se cumplen; están abocados a asistolias cólicas; bolos fecales a repetición, que concluyen con ellos.

La constipación es en su principio pequeña, molesta;

los enfermos pasan frecuentemente un día o dos sin mover el vientre; y poco a poco el término de uno, o dos días se hace de tres, que pronto pasa a cuatro y llega con cierta brevedad a ocho y a quince días. Se instituye un tratamiento, y ya con él, no es posible dejarlo; son constipados para toda la vida; si no lo siguen o por negligencia no consultan médico alguno, la constipación aumenta y llega a la enorme cifra de un mes y más aún, como puede verse en el caso número uno operado en el servicio del doctor L. F. Vila, que pasó tres meses y medio sin mover el vientre.

Con esta constipación formidable, aparecen otras series de síntomas, unos subjetivos y otros objetivos, que son otras tantas manifestaciones de esta afección.

Conjuntamente con los progresos de la constipación, se puede notar en algunos enfermos crisis diarréicas, pero no son frecuentes; y solo se puede ver algunas deposiciones escasamente espontáneas, formadas por escílabos duros, que presentan caracteres especiales: ellos son emitidos en pequeñas cantidades, de evacuación penosa y terriblemente dolorosa, pequeñas emisiones que se hacen de tarde en tarde, tiempo que varía de caso a caso. Son pseudo-defecaciones, podemos llamarlos así porque en realidad no hacen más que engañar a los enfermos, y no completan la evacuación del intestino. Hay enfermos y son los más, que una vez hecha su asistolia cólica e insulado su bolo fecal ni siquiera se producen esas pequeñas descargas.

Ahora veamos qué otros síntomas acompañan a esta constipación: los gases intestinales; son muy abundantes y fétidos; y cuando el obstáculo es grande; y la presión es fuerte, el enfermo lo siente atravesar el obstáculo, y una vez emitido por el ano, a veces, en abundancia extraordinaria, son de un olor muy fétido, que como dice Begouin, «apestan la casa».

Estos gases son producto de las fermentaciones intestinales, intensificadas en estos casos. Como se comprenderá esta estancación de materias fecales y gases, trae aparejada una distensión abdominal considerable; que como están alojados en el colon, dará al abdomen el aspecto de estar encuadrado dentro de un marco. Una vez producida la debacle de gases, veremos que la distensión abdominal disminuye y que solo queda manifiesta en la porción izquierda del abdomen.

Hay en general, distensiones abdominales enormes, aún sin tener el carácter señalado anteriormente, distensiones que llegan a dar al abdomen el aspecto de un embarazo a término. Formad, publica un caso de un enfermo por él asistido, en el cual, el abdomen había adquirido una dimensión tal que le valió al individuo el epíteto de «hombre globo», hecho que aprovechaba para exhibirse en las ferias.

Esta distensión intestinal, es en general grave, pues causa sofocación, disnea extrema, cianosis por compresión torácica, que indica en general intervenciones de urgencia que evitarán una muerte próxima. Generalmente

cuando llega a un grado extremo esta distensión, es generalizada; pero en los casos poco pronunciados tiene situaciones variables, tan variables, como móvil desplazable es el ansa que los contiene. Así se les ve, en la fosa ilíaca izquierda, o desde ésta hasta el hipocondrio izquierdo o epigastrio. A veces transversalmente en el epigastrio; debido a la dilatación del colon transversal; otras veces alrededor de la región umbilical, etc.

Veamos cómo se produce esta distensión intestinal: Salvo en los casos complicados por una oclusión aguda o vólvulus en la cual la distensión es rápida; el desarrollo anormal del abdomen, se establece una manera progresiva. Este dato hay que tenerlo en cuenta, cuando se nos presentan casos (no raros por cierto) de mujeres de gran vientre por múltiples embarazos, o gran pániculo adiposo; capaces de ocultar en parte o en su totalidad, una distensión intestinal que comienza.

Los autores no nos dan datos sobre las dimensiones del abdomen en estos enfermos adultos; y es probable, que ellas deban ascender a cifras fantásticas, si se juzga por las expresiones que algunas veces han servido para calificar individuos portadores de esta afección; como el mote de que se había hecho acreedor, y la popularidad que le proporcionó el enfermo de Formad citado más arriba.

Otro signo que nos revela la inspección del abdomen, es la presencia de redes venosas peri-umbilicales o en los flancos, anastomosándose o nó con alguna red semejante

torácica. Ella nos revela la compresión de los grandes vasos venosos abdominales, porta y cava inferior respectivamente, y nos da una idea bastante clara del entorpecimiento que sulre la circulación de retorno de las partes declives del cuerpo; lo que traerá aparejado, su sintomatología, a forma de complicaciones inevitables; si no se pone pronto remedio a los progresos de la afección (edema de los miembros inferiores, ascitis).

Algunos autores han señalado la diástasis de los músculos rectos del abdomen.

También, es posible observar otros dos signos, que según algunos autores, son datos sumamente frecuentes. Estos son: la presencia de ansas intestinales visibles, y de movimientos peristálticos observados en las paredes del abdomen. Creo que estos son signos excepcionales, y solamente frecuentes de observar cuando estos enfermos se nos presentan con una complicación aguda.

Dice Duval, que estos signos, acompañan siempre a las grandes distensiones abdominales. Los movimientos intestinales, son lo más a menudo espontáneos, y si así no se presentan, se les puede observar provocándolos, con una ligera excitación sobre las paredes abdominales. No están localizados en una región abdominal determinada, y solo levantan la pared en una cierta extensión. A veces un ansa se hace más patente que las demás, pudiéndosele tomar entre los dedos. Otras veces los movimientos intestinales recorren el abdomen en todo sentido, transversalmente, verticalmente, oblicuos, etc. En otros [casos (son

los más raros) pueden quedar localizados en el mismo lugar, orientadas en el mismo sentido, y las ondulaciones son tan netas, que se ha podido notar con gran precisión el contorno de diferentes ansas, y hacer por ello, el diagnóstico topográfico exacto. (?) (Duval).

Estos movimientos son a veces indoloros o muy poco dolorosos; otras veces, coinciden con dolores abdominales espasmódicos, y cesan o disminuyen con las evacuaciones y se exacerban en los períodos de constipación.

La palpación, en los casos que se inicia la afección nos da en realidad muy pocos datos. Lo único que se obtiene en esa etapa de la enfermedad, es percibir por la palpación, una distensión gaseosa, con paredes depresibles, renitentes, y de consistencia más o menos uniforme. Ambas cuerdas cólicas son palpables, especialmente la izquierda; y es raro llegar a palpar algún pequeño tumor estercoral localizado en la fosa ilíaca izquierda. Comunemente no se percibe nada. El tacto rectal y la palpación bimanual son en estos casos más ilustrativas.

En los grados más avanzados, que son los que comunemente se nos presentan, el cuadro abdominal cambia; y es la palpación y el tacto rectal o bimanual combinados que nos aclaran el diagnóstico.

Se percibe por la palpación abdominal, un tumor de volumen y localización variable que difiere de un caso a otro. Cuando es relativamente pequeño se lo palpa en la fosa ilíaca izquierda; en otras ocasiones, colocado verticalmente en el flanco izquierdo ocupando la fosa ilíaca,

el flanco y el hipocondrio del mismo lado; en otros, transversalmente, desde la parte lateral del abdomen hasta alcanzar la línea media, y aún rebasando a ésta; en ocasiones es mediano, grande, supra-pubiano llegando hasta el epigastrio y el apéndice xifóideo. En aquellos casos en que la acumulación fecal llega al colon transversal, se puede palpar el tumor con una porción vertical y otra transversa menos pronunciada. Se comprenderá que el hecho en sí, no es tan esquemático pero si se estudia con atención, se verá que la representación gráfica de dichos tumores, pueden encuadrarse entre los tipos que más arriba describo.

Su tamaño varía con el grado de estancación fecal; pero en general, son masas voluminosas alargadas, oblongas, y que varían del tamaño de una naranja al de la cabeza de un adulto y aún más.

El carácter importante de estos fecalomas con respecto a su volumen, se refiere a los cambios que puede experimentar de un tiempo a otro. Disminuyen y aún desaparecen después de las grandes deposiciones y no es raro encontrar enfermos que han constatado ellos mismos su tumor y se quedan perplejos cuando éste ha desaparecido. Tan es verdad ésto, que algunos autores americanos, Griffith entre ellos, los ha clasificado entre los tumores fantasma. (?)

Su consistencia es dura y a veces llega a ser tan considerable que semeja una piedra. En otros, y esto es lo más común, comprimiendo la masa tumoral, se nota que

el tumor guarda la marca dejada por la compresión de los dedos, en forma de pequeñas depresiones, redondeadas. Para encontrar dicho signo, es necesario una condición especial que solo se encuentra en los fecalomas recientes, y solo raras veces en los antiguos; esa condición es: la pastosidad. Algunos han señalado también, la crepitación.

En general son tumores movibles, fácilmente desplazables, salvo que presente grandes dimensiones, pues en esos casos, como es natural su movilidad disminuye. Examinando al enfermo de pié el tumor es en general fácilmente palpable y sobre todo muy visible. En decúbito dorsal, los hechos varían sobre todo en aquellos tumores poco voluminosos en que el vientre en esas condiciones se vuelve plano.

Los tactos rectal y vaginal combinados, son de gran importancia práctica; sobre todo el primero, mediante el cual es posible de tactar con facilidad el tumor y, es factible en la mayoría de los casos, rechazando con la mano abdominal el paquete intestinal hacia arriba, tocar directamente el bolo fecal. Mediante el segundo, se puede, salvo lesiones coexistentes, notar su independencia del útero y anexos; dato importantísimo como se verá en el capítulo siguiente.

La percusión nos revela, en los casos de gran retención gaseosa, un timpanismo uniforme que enmascara la matitez o la submatitez que lógicamente nos debería dar el tumor; pero en los casos en que el timpanismo no existe o es poco pronunciado se puede constatar una submatitez

bastante manifiesta al nivel de la masa tumoral y que es factible de diferenciar percutiendo con atención, de la submatítez que nos daría una vejiga distendida o una formación neoplásica vecina.

Además de estos signos subjetivos y objetivos que es posible encontrar en estos enfermos y que depende de su tumor en sí; hay otros que es posible observarlos y que no han sido estudiados aún en esta afección con la detención que ellos se merecen, y que caracterizan individualidades clínicas. Son síntomas múltiples y que para su mejor comprensión voy a clasificar en diez grandes grupos; haciendo primero a manera de introducción, una breve reseña del concepto de la auto-intoxicación estercoral. (Copremia).

1.º Efectos de la presión ejercida por la acumulación fecal.

2.º Síntomas debidos a la dureza de las eses y de la dificultad en su expulsión.

3.º De la fiebre.

4.º Trastornos del sistema nervioso.

5.º Trastornos gástricos.

6.º Trastornos hepáticos y vesiculares.

7.º Trastornos respiratorios.

8.º Trastornos circulatorios.

9.º Trastornos urinarios.

10. Trastornos de los órganos genitales.

Las bacterias elaboran productos de putrefacción diferentes, de los cuales unos, son relativamente inofensivos y otros, son extraordinariamente tóxicos. Estos productos

tóxicos y bacterianos son en gran parte absorbidos, y en la mayoría transportados por la circulación porta al hígado, el que, activando su función antitóxica, los transforma en úrea, inócua. En estas condiciones la función antitóxica del hígado estará sensiblemente aumentada.

A pesar de ello, gran número de enfermos nos muestran que esa función neutralizadora antitóxica, no es suficiente, o si lo es, es imperfecta; y nos hacen pensar que la auto-intoxicación que ellos nos presentan es probablemente debida a la detención sensiblemente prolongada de las materias fecales en el intestino, y a las absorciones tóxicas en sí que de ello resulta, y no a la simple descomposición bacteriana; y que son llevadas al organismo por otras vías que no son las intra-hepáticas.

Pero en contra de esto; se han podido ver enfermos, y no son pocos, que no experimentan ninguna molestia por la retención prolongada de materias fecales. Pero recordemos que los venenos elaborados en el intestino pueden ser neutralizados y destruídos, en el curso mismo de su absorción. Además, los fenómenos de auto-intoxicación pueden producirse, si la retención de materias fecales altera con procesos ulcerosos o inflamatorios la mucosa del intestino. En estas condiciones, no solamente las absorciones serán más rápidas y más intensas que normalmente, sino que, el intestino no posee su epitelio, que es probablemente la primera barrera que el organismo posee para neutralizar y detener los tóxicos.

He dicho más arriba, que el hígado trabaja para neu-

tralizar en totalidad o en parte los venenos absorbidos. Cuando esta función se realiza en buenas condiciones, y el epitelio intestinal se muestra íntegro, casi seguramente la auto-intoxicación no se presenta o tarda en presentarse; pero aquí puede suceder algo análogo a la que me he referido con respecto al intestino; puede el hígado no estar sano. En estos casos una gran cantidad de toxinas intestinales llegarán por la porta al hígado, y con un gran poder tóxico, pues no han sido sino en parte neutralizadas por el epitelio intestinal; y, en estas condiciones, el hígado insuficiente, forzosamente las dejará pasar; llegarán al torrente circulatorio, y arrojadas por la sangre a todo el organismo producirán con más o menos precocidad y con síntomas más o menos aparatosos, una grave auto-intoxicación.

Y lo que he referido al hígado y al epitelio intestinal, es posible aplicarlo al riñón. Si esto sucede, el cuadro de la auto-intoxicación es complejo y grave.

En resumen: la producción por auto-intoxicación, de síntomas que se les pueda atribuir a diferentes órganos, depende del estado anatómico de estos órganos.

Si una parte del cuerpo presenta una lesión orgánica, ella será naturalmente más sensible que si fuera normal.

Hechas estas breves consideraciones pasaré al estudio de los diferentes grupos de síntomas que me he referido anteriormente.

1.º *Efectos de la presión ejercida por la acumulación*

*fecal.*—Es en la cavidad pelviana, que los fecalomas producen sus principales síntomas de compresión. Las pequeñas dimensiones de la cavidad, y la rigidez de sus paredes comparado al de las paredes abdominales aumentan los síntomas de compresión y aparecen en ella con una cierta precocidad, al mismo tiempo que son raros y tardíos en la cavidad abdominal. Veamos algunos:

*Hemorroides.*—Normalmente si la defecación se produce cotidianamente y con materias fecales de consistencia normal, los hemorroides no aparecen. Pero en estos enfermos, es fácil observarlos, pues las materias fecales son duras, y su expulsión es lenta y difícil. El aumento de la presión intra-abdominal, inseparable al acto de la defecación, es en estos momentos muy considerable y prolongada; y la ingurgitación exagerada de las venas hemorroidarias y sobre todo de las ampollas venosas de donde nacen, es grande. Por consiguiente las paredes de éstas se relajan y los hemorroides más o menos estables aparecen. Una vez ya instalados sufren todas las complicaciones de tal entidad mórbida (extrangulación, ruptura, dolores, ponsées inflamatorios, etc.) y concurren por ello a aumentar la constipación.

*Varicocele.*—Es difícil que en estos enfermos aparezca el varicocele como síntoma de compresión. Pero lo que es probable, es que si estos enfermos poseían un pequeño varicocele este aumente considerablemente de tamaño, con todas sus consecuencias.

*Edemas.*—La compresión por tumores fecales sobre los grandes vasos venosos del abdomen, y especialmente sobre sus grandes troncos originarios puede producir edemas de los miembros inferiores, del periné, pelvis y supra pùblico. No es raro, y ha sido citado por varios autores, el edema localizado en un solo miembro, y originado por la compresión aislada, de su gran tronco colector. La ascitis, ha sido observada solamente muy pocas veces, por lo que me parece que ha de ser excepcional. En esos casos se observaba la circulación colateral correspondiente. Las compresiones nerviosas, más frecuentes, dan síntomas más o menos vagos, como ser: el prurito anal y vulvar, o más localizado, como ser: la ciática uni o bilateral.

2.º *Síntomas debido a la dureza de las eses y a la dificultad en su expulsión.*—Cuando estos enfermos mueven su vientre, defecan, salvo raros casos de diarrea, materias secas y duras, verdaderos coprolitos que hacen que el acto sea sumamente doloroso, sobre todo si estas masas fecales están aglomeradas en pedazos un poco voluminosos. Ahora bien, su travesía por el esfínter anal, puede determinar la formación de una escoriación generalmente localizada en la parte posterior, y que llega bien pronto a ser una úlcera más o menos grande, superficial, de bordes netos y atrozmente dolorosa; dolor que trae aparejado la producción de un espasmo reflejo del esfínter y de los elevadores.

Siempre que la defecación sea seguida de un vivo do-

lor en la región anal, debemos pensar en la existencia de una ulceración; y veremos, que cuando tratamos de buscarla el ano sufre un espasmo muscular; siendo necesario a veces recurrir a la anestesia local para poder observarlo. No es raro en estos casos, que la existencia de una ulceración coexista con una rectitis más o menos pronunciada.

3.º *De la fiebre.*—El megacolon ileo-pelviano adquirido es siempre o casi siempre, una afección apirética.

Salvo la existencia de complicaciones o de afecciones intercurrentes, la fiebre se presenta raras veces. Cuando existe, la curva térmica no tiene ninguna característica; es por lo general una curva caprichosa; otras veces toma el tipo de fiebre intermitente pero ya al final de la afección, y coincide con otros signos como ser: vómitos, gran abombamiento del vientre, agitación, disnea, que atestiguan la intoxicación profunda que sufre el organismo.

4.º *Trastornos del sistema nervioso.*—La cefalea es un síntoma común, y se agrava en los períodos de oclusión, mejorando después de la evacuación espontánea o artificial del intestino. Se han observado neuralgias diversas (aparte de las producidas por la compresión) con los mismos caracteres que la cefalea; es decir, de origen evidentemente tóxico.

La fatiga mental y física, el insomnio, los sueños de todo orden se observan en estos enfermos y algunos de ellos nos cuentan que no descansan por la noche.

La neurastenia, la hipocondria, y varios otros tipos de locura, generalmente a forma depresiva han sido citados y las observaciones al respecto están lejos de ser raras. Muchos autores insisten actualmente sobre este punto que consideran de una importancia que hasta ahora no se le había concedido; y Morestín, Tuffier, Pauchet y Picquet, estudian estos fenómenos en una comunicación a la Sociedad de Cirugía de París; comentando substanciosamente los hechos y concluyendo el tratamiento radical que estos enfermos deben ser objeto.

5.º *Trastornos gástricos.*—De una manera general, en estos enfermos la anorexia es muy marcada. En algunos casos se ha observado hipo-clorhidria, en otros hiper-clorhidria, pero de las observaciones clínicas publicadas no se saca ningún dato fijo.

Los vómitos se encuentran en el tercio de los casos; a veces alimenticios quedan otras veces reducidos a simples regurgitaciones de mucosidades verdosas, ácidas y biliosas. En los períodos terminales de la afección se observan vómitos fecaloideos, que al principio son intermitentes y bien pronto se hacen continuos. En otros casos se ha observado que estos vómitos fecaloideos coinciden en el período de estado de la afección, con descargas diarréicas, sin que el enfermo presente una obstrucción completa. Pero esto es excepcional; los vómitos fecaloideos solo se presentan en la gran mayoría de los casos, en el último

extremo, coincidiendo con obstrucciones completas y viejas, abocadas a la muerte.

Los dolores son frecuentes. Por lo común generalizados a todo el abdomen, pueden sin embargo, quedar localizados en el territorio cólico y especialmente en el colon derecho. Ligeros y soportables algunas veces puede llegar en otros a ser de una agudez extrema; se exagera por la presión, por la constipación y la distención abdominal concomitante, y se calma por la evacuación del intestino.

Comunmente son intermitentes, en otros continuos, y puede manifestarse por crisis cólicas acompañados o no de gorgoteo y de contracciones intestinales; o bien, por crisis dolorosas comparables por su agudez, a aquellas que se producen en el vólvulus u oclusiones intestinales agudas. En otros casos por fin, no aparecen sino después de la administración de un purgante o una enema, y son la manifestación del exceso de contracción muscular que debe efectuar el intestino para vencer los múltiples obstáculos que se oponen a su evacuación.

Permítaseme que aquí al pasar, mencione los dolores articulares. Ellos han sido constatados, y son uno de los tantos exponentes de la intoxicación del organismo. Suaves y soportables en algunos casos presentan en otros una agudez extraordinaria, semejando verdaderas crisis reumatismales.

Señalaré en fin el hipo, signo excepcional y que sin embargo ha sido observado por Roux de Brignolles en una mujer de 50 años afecta de un megacolon.

6.º *Trastornos hepáticos y vesiculares.*—No es raro ver que estos enfermos presentan un tinte icterico ligero. Este tinte, a mi modo de ver, no es otra cosa que uno de los tantos síntomas de la auto-intoxicación que están sufriendo estos enfermos. Se ha podido observar también este síntoma en esos enfermos que presentan como complicación un catarro duodenal, y cuyo efecto es impedir el libre curso de la bilis hacia el intestino.

La congestión hepática y aún la cirrosis del hígado han sido notadas, atribuyéndoseles como causa la absorción exagerada de toxinas intestinales.

La litiasis biliar también ha sido señalada; pero probablemente se debe tratar de entidades mórbidas intercurrentes y no como resultado de esta afección.

7.º *Trastornos respiratorios.*—Estos enfermos es común observar que son disnéicos, sin que ninguna lesión pulmonar ni cardíaca nos sea revelada por el examen clínico. Esto es posible observarlo en el 15 % de los casos, sin que en realidad se trate de casos extremos. Es debido sin duda a la compresión del diafragma y de los pulmones por la dilatación intestinal; desde que la evacuación del intestino la hace desaparecer al menos momentáneamente. Algunos autores creen que se trata de fenómenos reflejos comparables a las crisis asmátiformes de los constipados. Esta disnea reviste diferentes formas: unas veces se presenta bajo el aspecto de un simple impedimento respiratorio, otras, se asemeja a la disnea de esfuerzo; y rara

vez, salvo en los momentos álgidos de la afección, llega a ser una disnea continua.

8.º *Trastornos circulatorios.*—Como testimonio de un cierto grado de reacción cardíaca, se ven muchas veces trastornos funcionales, entre los cuales los más frecuentes son: las palpitaciones y el claquement mitral; son debidas probablemente lo mismo que la elevación de la punta del corazón, a una ascensión anormal del diafragma a consecuencia de la distensión del intestino por los gases que contiene. No es raro también observar crisis dolorosas a forma de pseudo-angina del pecho; y trastornos vasomotores, como enfriamiento y cianosis de las extremidades, trastornos en general atribuidos a la auto-intoxicación.

También se ha señalado la elevación de la presión sanguínea, debido a una vaso-constricción refleja, fenómeno que desaparece por la regularización del intestino.

9.º *Trastornos urinarios.*—Durante las crisis agudas, las orinas se vuelven raras, oscuras, albuminosas, encontrándose a veces al microscopio, algunos cilindros y hialinos acompañados de leucocitos. Estas anomalías desaparecen tan pronto el intestino funcione regularmente; no son debidos en realidad a una lesión orgánica del riñón; ellas son únicamente la resultante de la acción ejercida sobre el epitelio renal por las toxinas intestinales absorbidas insuficientemente neutralizadas. Claro está que si estos fenómenos pueden ser determinados en indi-

duos con riñones sanos, adquieren una gran significación en aquellos sujetos cuyos riñones están enfermos y que en estas condiciones la uremia es una amenaza constante.

10. *Trastornos de los órganos genitales.*—En el hombre se ha observado la neuralgia testicular, el priapismo, la espermatorrea, la emisión espontánea de esperma en el acto de la defecación. Curshmann cita 5 enfermos que al mover el vientre emitían por la uretra un líquido que fué tomado primitivamente por esperma, y que examinado al microscopio se pudo constatar de que solamente se trataba de líquido prostático acumulado por la presión fecal y que era expulsado en el momento que el obstáculo que lo retenía desaparecía.

En la mujer, se ha notado que la compresión de los plexos venosos del útero y de la vagina, determinan la congestión de estos órganos y no es raro ver várices de los ligamentos anchos debidas a un éxtasis venoso por compresión. Puede haber además sensación de peso en el periné, prurito vulvar, leucorrea, crisis dismenorréicas, menorragias, metrorragias, trastornos menstruales y edema vulvar.

## DIAGNÓSTICO

Todos los enfermos que nos es posible observar, lo son por padecer un solo proceso morboso o varios asociados. Cuando se trata de una afección sola, si ésta se manifiesta por síntomas precisos y un cuadro clínico completo, rara vez dejan de proporcionarnos bases suficientes para formular un diagnóstico categórico; y cuando por excepción esto no es posible, se puede casi seguro obtenerlo mediante observaciones sucesivas y el estudio razonado del enfermo.

En cambio, en los casos en que hay asociaciones mórbidas o el proceso no presenta claros y bien manifiestos los síntomas fundamentales a la existencia clínica de la dolencia, la regla general es que haya verdaderas dificultades para efectuar el diagnóstico. En estos casos, suele ser que durante bastante tiempo, y en cada examen sucesivo nos proporcionen nuevos datos para rectificar los existentes y con ayuda de los cuales, se vayan abriendo

horizontes de juicio, y se obtengan bases para llegar a un diagnóstico claro en lo posible, y a la interpretación de lo que el enfermo nos presenta.

El diagnóstico clínico del megacolon es relativamente fácil desde que hay pocas afecciones que presentan como base fundamental estos dos signos tan manifiestos: constipación y distensión abdominal. Por lo tanto se han observado con poca frecuencia los errores de diagnóstico; y así se puede leer que Richardson diagnosticó una apendicitis; Brook un tumor sólido de ovario y Tuffier un quiste dermóideo del mismo órgano. Pero los errores que con más facilidad se han cometido, es confundir esta afección con la oclusión o la obstrucción intestinal; y en apoyo de esto, están los casos de Banks, Bristowe, Woolmer, Fitz, Schuckmann, Roux que en una estadística de 24 casos figuran 6 errores de diagnóstico en ese sentido. Como caso instructivo citaré un error de diagnóstico cometido tomando una gran dilatación de estómago por un megacolon. Esto es excepcional; lo más fácil es que el cirujano se imponga rápidamente del caso.

Hay otros en que esto no sucede así; claro está que son los menos; y que la presencia de una complicación ruidosa y de grave pronóstico le quita al médico, con su gran sintomatología aparatosa; una gran parte de las bases de juicio. A pesar de eso, hay muchos casos de grandes megacolon que han pasado desapercibidos. En apoyo de esto veamos lo que dice Elizalde que de 450 autopsias por él practi-

cadadas, ha encontrado 6 megacolon que habían pasado desapercibidos a los clínicos.

Yo pienso que esto es debido a la insuficiencia de un examen clínico completo.

La mayoría de los prácticos al hablar de megacolon, lo asocian inmediatamente a la idea de la existencia de un bolo fecal y en general nadie concibe un megacolon sin un bolo fecal. Este concepto está para mí, muy lejos de la realidad; pueden existir y, diré más, existen megacolon sin bolo fecal.

El concepto patogénico actual del megacolon, nos enseña perfectamente que para que haya un bolo fecal se necesitan dos condiciones imprescindibles en la textura anatómica e histológica del colon íleo-pelviano: dilatación e hipertrofia.

Si éstas son dos condiciones necesarias y primordiales, es de todo punto imposible que haya un bolo fecal sin que primitivamente y a veces con mucho tiempo de anterioridad no exista un megacolon. Por lo tanto se deberá hacer el diagnóstico sin la presencia del bolo fecal que nos indique con su gran sintomatología, constipación pertinaz y tumor abdominal, la existencia de un megacolon.

El bolo fecal es para mi modo de ver, el final de la evolución anatómica y clínica del megacolon, final inevitable si no se pone un remedio radical que quite la causa de raíz. El bolo fecal es algo así como la señal de que el mal ha llegado al límite tolerado por el organismo, e indica el comienzo de la impotencia fisiológica del colon.

Vemos que en los cardíacos el corazón se hipertrofia para cumplir su trabajo, hasta que llega un momento en que la presión sanguínea es tal, que el corazón impotente para cumplir su cometido se va dilatando poco a poco hasta que llega a la impotencia completa. Y de pequeña en pequeña asistolia, pasa a la hiposistolia y de allí a la gran asistolia a repetición que bien pronto se hace irreductible terminando con la vida del sujeto.

En el colon pasa lo mismo. Primero todo es fisiológicamente normal; solo existe un macro-colon capaz de cumplir fisiológicamente el cometido de hacer progresar las materias fecales hacia el recto; pero poco a poco este macro-colon hasta ahora capaz, se va haciendo fisiológicamente insuficiente. Su gran longitud con las múltiples flexuosidades que lo caracteriza son otros tantos obstáculos a la progresión de las materias estercoráceas hacia el recto. ¿Qué le sucederá entonces? Se hipertrofiará para cumplir su cometido, y poco a poco veremos aparecer en el sujeto, el síntoma primero, el que no falta nunca en sus antecedentes datando de un tiempo más o menos largo en el pasado clínico del enfermo: la constipación.

Cada día el entorpecimiento es mayor; ya no solo juega aquí un rol único la gran longitud del ansa; sino su hipertrofia defensiva.

Esta hipertrofia defensiva o compensatriz, es a mi entender un paso dado por el intestino del enfermo hacia su gran final; porque si en realidad solo fuera una simple hipertrofia de fibras musculares, todo andaría bien, sería

admirable. Pero los hechos están muy lejos de ser así. Los productos tóxicos y sépticos del contenido intestinal, ayudados por la constipación, actúan sobre las tunicas intestinales produciendo procesos inflamatorios que terminan con la esclerosis de la pared.

En estas condiciones y con dicha contextura, el elemento noble del intestino, la fibra muscular, por más hipertrofiada que esté no le es posible cumplir en forma su cometido, el cual se resiente enormemente. Hay más aún; si en un principio el intestino no se dejaba dilatar es porque no era apto aún ni fisiológica ni anatómicamente; pero con esta constitución histo-patológica, con esa invasión esclerosa en sus tejidos nobles su función se encuentra trabada, aumentan las dificultades funcionales y con ella el éxtasis; y si a esto unimos la presencia de una pared que ha llegado al sumun de su energía, pues empieza a decaer, y la existencia en esa pared de un tejido factible de distenderse; pasará aquí lo que en el corazón del cardíaco; que poco a poco irán produciéndose pequeñas asistolias (éxtasis) hasta que llegará a un final irremediable; la gran asistolia cólica irreductible, con su compañero que la caracteriza: el bolo fecal.

Conociendo este concepto del proceso evolutivo del megacolon ileo-pelviano adquirido, es seguramente posible hacer el diagnóstico del megacolon, antes que la asistolia cólica se produzca y el bolo fecal nos grite su existencia.

Hoy en día el médico, tanto en clínica médica como en

clínica quirúrgica, no está reducido a los solos medios de examen físico que nos ha legado la gran clínica del siglo pasado. Hoy en día tenemos un gran medio que antes no existía: los rayos X, y otro no menos despreciable aunque no del gran valor de aquel en la rectoscopia.

Es cierto que estos procedimientos de examen físico no están al alcance de todos los médicos; pero se tratará siempre que sea posible de practicarlos pues revelan datos preciosos que unidos a los síntomas que nos presenta el enfermo, pueden ser una base suficiente para sentar un diagnóstico, inferir un pronóstico, e indicar un tratamiento.

Hay en esta enfermedad un síntoma que nunca falta, y que cuando aparece indica el comienzo del mal que va a evolucionar en un tiempo más o menos corto: la constipación. Creo, que aunque los constipados sean legión, bien merece la pena se practique un examen radiológico a un individuo que ha pasado toda su vida perfectamente, moviendo su vientre cotidianamente, y que a una cierta edad empieza poco a poco y de una manera progresiva a ser un constipado cada vez más pertinaz. De esta manera haremos un diagnóstico precoz de la causa de su constipación, lo que permitirá encuadrar dichos fenómenos dentro de un tipo más o menos determinado, ver en que período evolutivo de su afección se encuentra e instituir un tratamiento apropiado.

Todo el mundo médico, tanto clínicos como cirujanos, están asistiendo al estudio cada vez más intenso y novedoso de aquel gran síndrome iniciado por Lane y que día

a día abarca más actividades; es el síndrome del abdomen crónico con todas sus variedades de: constipación ileal, acodadura ileal de Lane, ciego móvil, tifo ectasia, pericolicitis del colon ascendente y de los ángulos hepático y esplénico, alargamientos viciosos, ptosis enterales, etc., que tienen como síntoma más importante y característico; la constipación.

En presencia de un constipado nos encontraremos con la duda de si se trata el caso que se nos presenta a nuestra consideración de un síndrome megacólico que está evolucionando o si es una de las múltiples causas del síndrome crónico de abdomen. En esta duda, solamente por medio de los rayos X obtendremos el diagnóstico diferencial.

Además, el médico debe utilizar para su examen clínico, los rayos X, de la misma manera que lo hace con la percusión, auscultación, y laboratorio; sobre todo tratándose de afecciones intestinales en que los medios físicos nos dan datos nada más que mediocres y poco ilustrativos.

Bensaude y Sorrel en una publicación sobre la importancia del examen radiológico y rectoscópico en el megacolon, confirman esta manera de encarar la cuestión. Piensan que el estudio de los megacolon ha beneficiado con el examen radiológico y la rectoscopia, permitiendo hacer el diagnóstico más fácilmente que con los procedimientos clínicos empleados hasta ahora, y estudiar las lesiones en plena vida; dilataciones alguna de ellas monstruosas y con síntomas graves; y a su lado, otras en las cuales las le-

siones están reducidas al mínimo y los síntomas poco o nada acentuados.

La frecuencia de los megacolon parece desde que se usan sistemáticamente estos medios de examen, más grande que lo que habitualmente se pensaba y su historia es comparable a la de la dilatación idiopática del esófago, afección que está muy lejos de parecernos excepcional desde el empleo sistemático de los rayos X y de la esofagoscopia. Mostrando la presencia o ausencia de obstáculos mecánicos, la endoscopia está llamada a aclarar en cierta medida la patogenia todavía obscura del megacolon, en tanto que el examen radiológico ayudará a obtener de una manera precisa ciertas indicaciones terapéuticas mostrando los límites del segmento intestinal enfermo y permitiendo seguir el modo de progresión de las materias en las ansas anómalas.

Sentado esto, veamos cual será el procedimiento radiológico a seguir en la técnica del examen de estos enfermos.

Sabemos que existen dos grandes procedimientos: 1.º Ingestión de la substancia opaca, y el estudio de su evolución por el tubo digestivo. 2.º El enema de dicha substancia.

El segundo es el más simple y más rápido, pero no el más eficaz. En efecto, hecha la suspensión de bismuto o bario y previa evacuación completa del intestino por medio de enemas y purgantes o la extracción del bolo si existe; se procede a hacerla progresar en el intestino

grueso desde el recto al ciego, siguiendo con la pantalla todos los detalles y etapas en su progresión, hasta obtener la imagen completa de toda la longitud del colon. Hay que tener en cuenta que en los exámenes radiológicos per-rectum, que la cantidad de material en general necesario para llenar el intestino es mayor que la cantidad de materias fecales que normalmente contiene, y que por lo tanto en los exámenes practicados en estas condiciones suele aparecer el colon considerablemente dilatado. Pero a pesar de ello el megacolon diré usando una expresión común, «salta a la vista».

En efecto, se ve la S ílfaca enormemente dilatada y alargada, llena de substancia opaca, y que su calibre contrasta con el de las demás porciones cólicas; continuándose hacia arriba con el colon descendente y hacia abajo con el recto (fig. 11).

Claro está que esta continuidad es a veces difícil percibirla en el primer momento; pero por medio de compresiones adecuadas, guiadas por la imagen radioscópica, podremos extendiendo y separando el megacolon estudiar, su movilidad, su forma, su disposición, su situación, sus relaciones, sus dimensiones, y ver en qué punto se continúa con el colon ascendente y con el recto; y colocarlo por fin en una posición conveniente para sacarle una radiografía que nos sea ilustrativa. Recordemos ahora, el concepto de evolución del megacolon descrito al principio de este capítulo. Allí dije que en presencia de un gran constipado se nos plantea el dilema a resolver, de si se

trata de un síndrome megacólico que está evolucionando o estamos en presencia de un sujeto factible de encuadrar por múltiples causas dentro del síndrome crónico del abdomen, o si, nos encontramos en presencia de ambos síndromes asociados. En estos casos el examen radiológico es precioso por múltiples razones.

Observemos un momento la figura 12; veremos un macrocolon. El largo anormal del ansa íleo-pelviano de esa enferma no tendría en realidad nada de anómalo desde que es posible encontrar ansas íleo-pelvianas anormalmente largas. Pero en el estudio clínico del caso y la observación atenta de la placa hay dos hechos que me han llamado la atención y que dan a la radiografía un gran valor patogénico, diagnóstico y pronóstico. En efecto, la enferma gran constipada desde hacía tres años, había hecho en la actualidad un pequeño bolo fecal que fué extraído manualmente por mí en el servicio. La radiografía nos muestra desde el punto de vista anatómico al mismo tiempo que el alargamiento del intestino, un aumento bastante marcado de su diámetro transversal. Debo agregar que esta enferma no presentaba en lo que respecta al tiempo de la travesía del tubo digestivo, ningún trastorno, efectuándose en tiempo normal hasta llegar al colon íleo-pelviano.

Ahora bien; dato patogénico; en presencia de una enferma en estas condiciones de 38 años de edad, cuya constipación data de tres años, que ha hecho ya una pequeña asistolia cólica, y que el examen radiológico nos



Figura 11

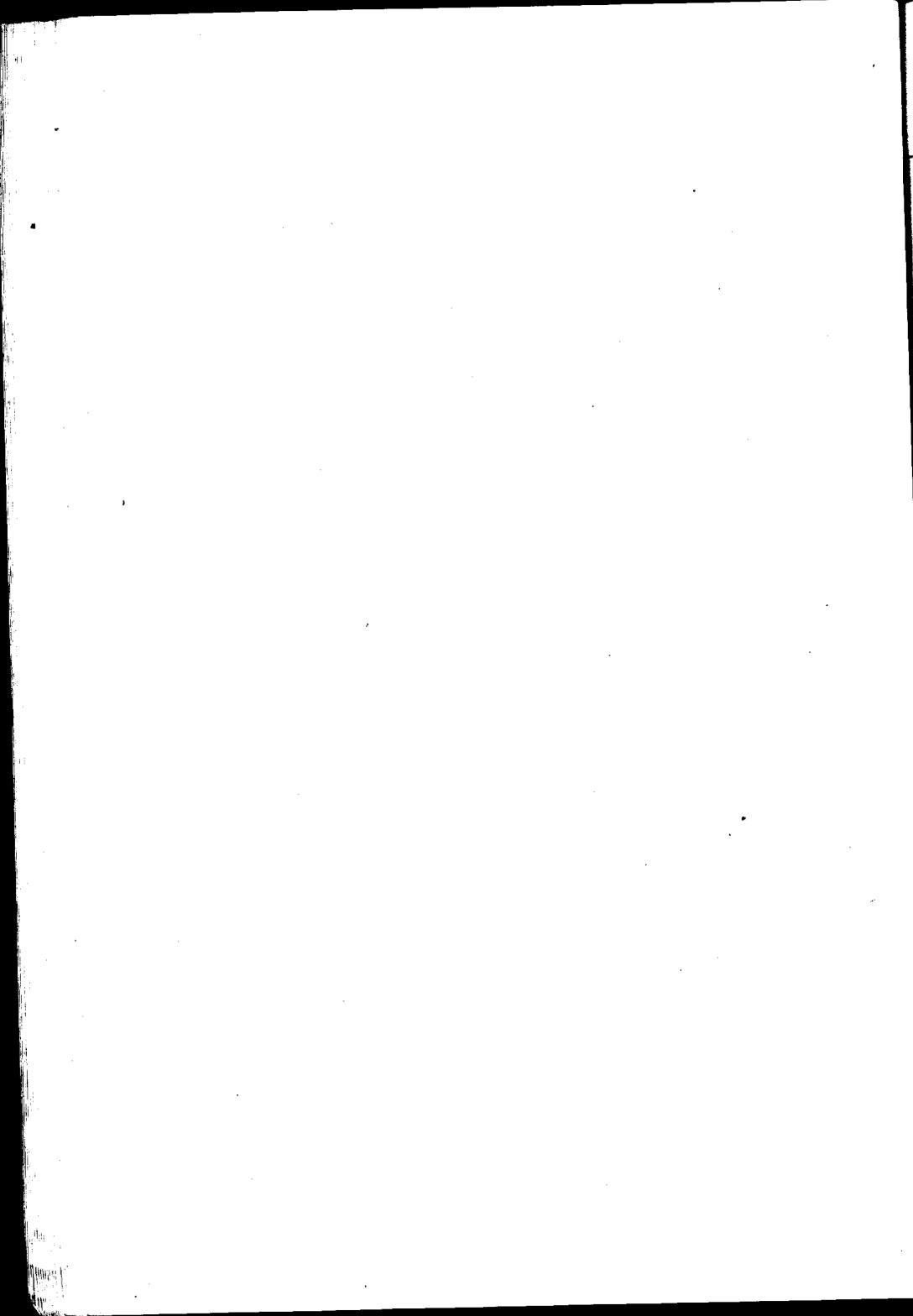
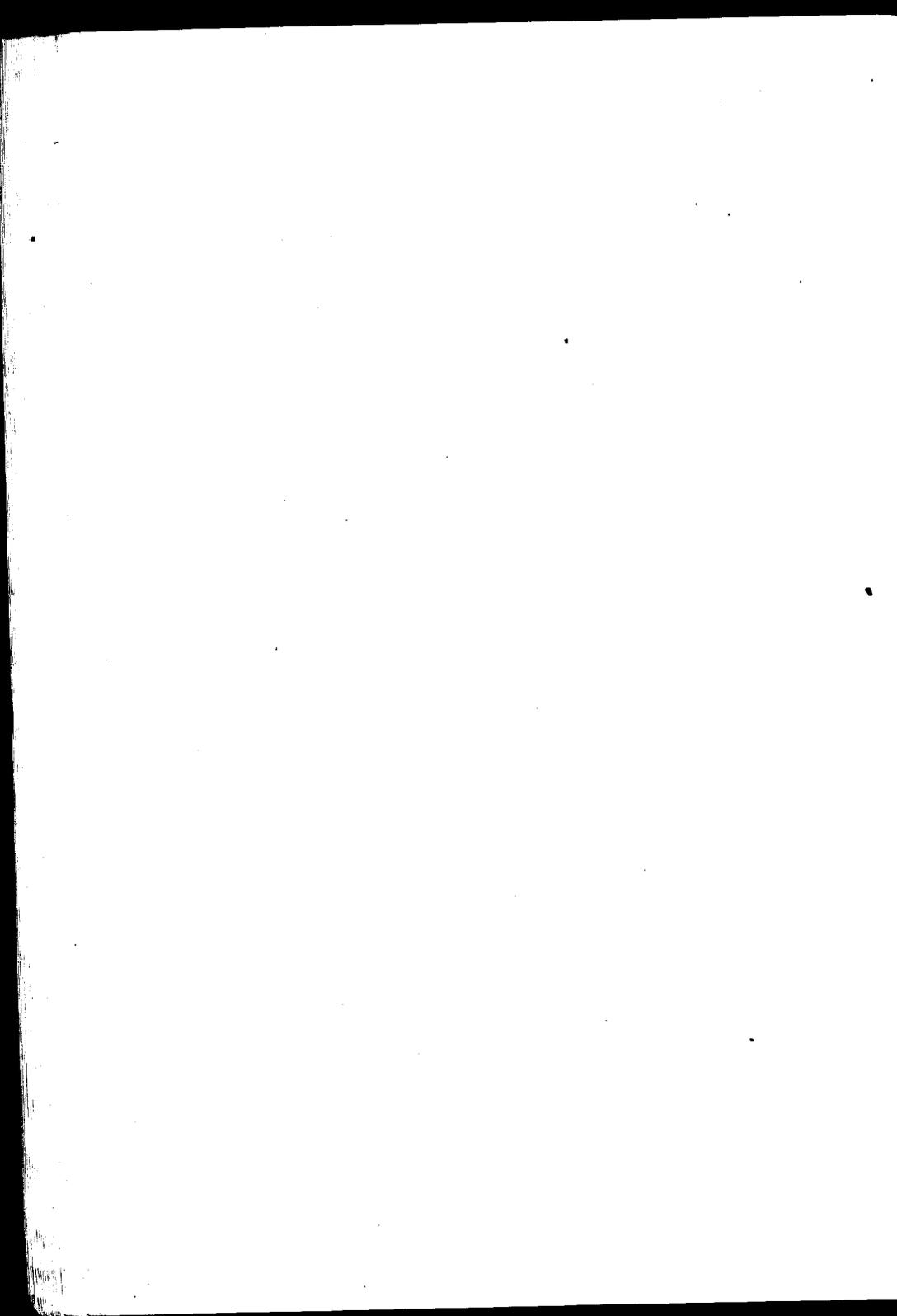




Figura 12



muestra primero que no existe ningún trastorno en la marcha funcional de su aparato digestivo y que sin embargo nos presenta un megacolon algo dilatado ya; para mí modo de ver, se impone el diagnóstico de un síndrome megacólico que está en plena evolución.

Ved entonces ahí el gran valor del examen radiológico en lo que al megacolon en sí se refiere. Sobre todo nos da derecho a pensar que la enfermedad de Hirschprung es una entidad mórbida distinta del megacolon ileo-pelviano del adulto, y que éste tiene muchos visos de ser adquirido.

He dicho más arriba, que el procedimiento del estudio del tubo digestivo por ingestión de la sustancia opaca es más eficaz. Ciertamente, de esa manera es a veces difícil llenar un gran megacolon, pero en los casos poco pronunciados es suficiente, pues en éstos el radiólogo puede con dicho procedimiento hacer el diagnóstico diferencial con un síndrome de abdomen crónico, diagnóstico sumamente importante, sobre todo en los casos precoces. De manera que en semejantes circunstancias es conveniente practicarlo sobre todo pensando, que es posible que ambos síndromes coexistan en el mismo enfermo.

Así vemos, que diferentes enfermos atacados de megacolon, presentan unos sus síntomas intestinales sin ninguna alteración del estado general; y otros, sus síntomas intestinales van acompañados de fenómenos generales de intoxicación.

Esto se explica de una manera general, y sobre todo por

el examen radiológico por ingestión; que en los primeros existe un éxtasis terminal, es decir de colon descendente e íleo-pelviano en que la vida bacteriana es limitada y las substancias tóxicas relativamente escasas y por lo tanto las absorciones intestinales pequeñas. En lo segundo, coexisten con un éxtasis generalizado o solamente inicial (ileal, cecal o de colon ascendente) en que las materias están constantemente en un estado semifluido por la continua llegada de líquido del intestino delgado, y en el que gracias a su difícil progresión, por las condiciones fisiopatológicas del caso, los bacterios pululan con facilidad produciendo gran cantidad de tóxicos; de donde la existencia de una intoxicación crónica precoz, que se manifiesta por la serie de síntomas clínicos que acompañan a los del megacolon, y que nos da un exponente de la intoxicación profunda que estos enfermos nos presentan. Los clásicos casos de fecalomas que quedan absolutamente silenciosos sin determinar trastornos de intoxicación durante períodos muy largos, son un apoyo de esta opinión.

En lo que respecta a las intervenciones quirúrgicas, el examen radiológico per-rectum nos mostrará en qué condiciones ha quedado el enfermo después de una de las múltiples operaciones que para tratar esta enfermedad se pueden practicar, y los defectos o ventajas que dichos procedimientos adolecen (figuras 13 y 14).

La rectoscopia, por cualquiera de los procedimientos conocidos, es concluyente. Previa evacuación del intestino, el rectoscopio penetra con facilidad hasta una altura



Figura 13

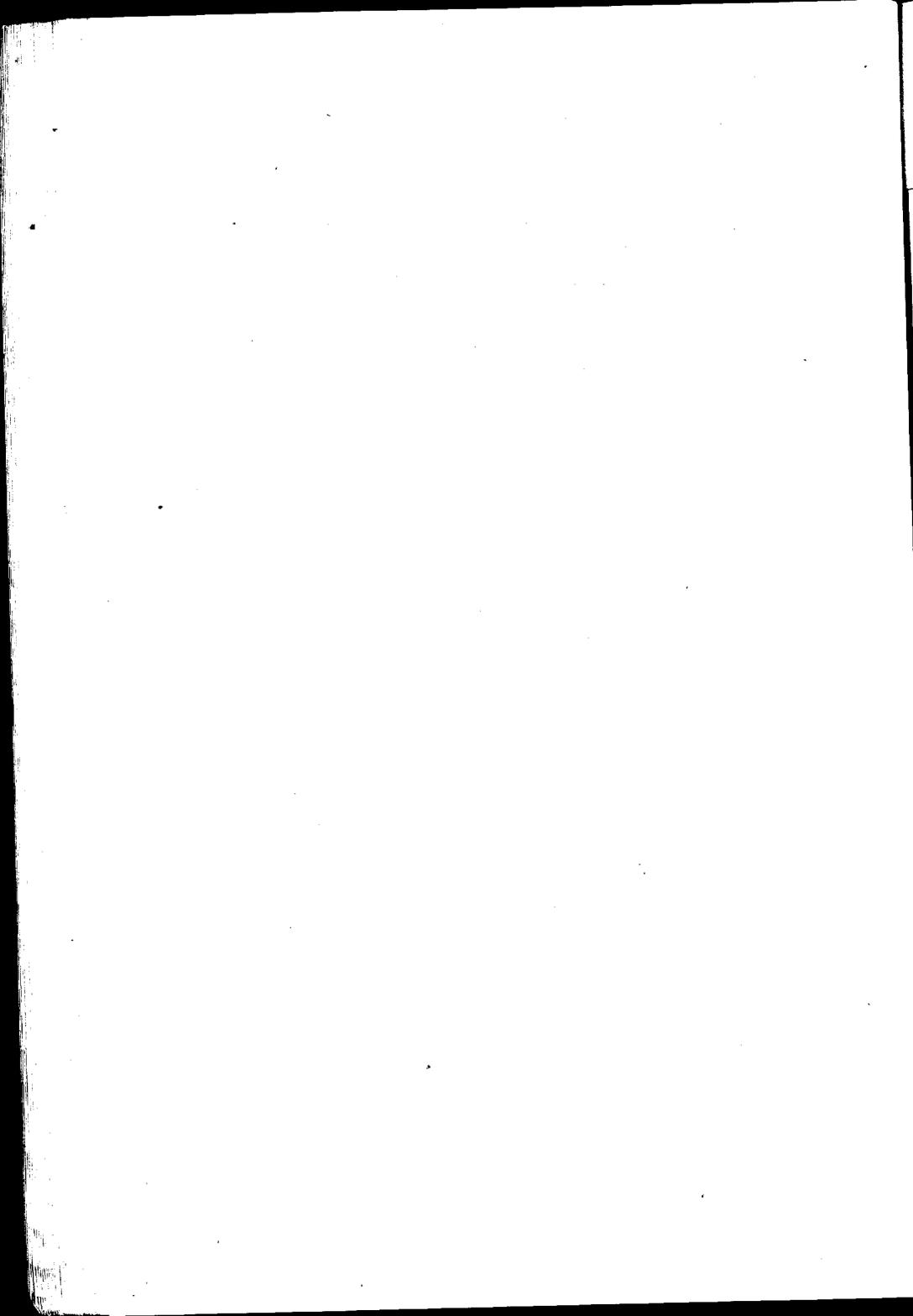
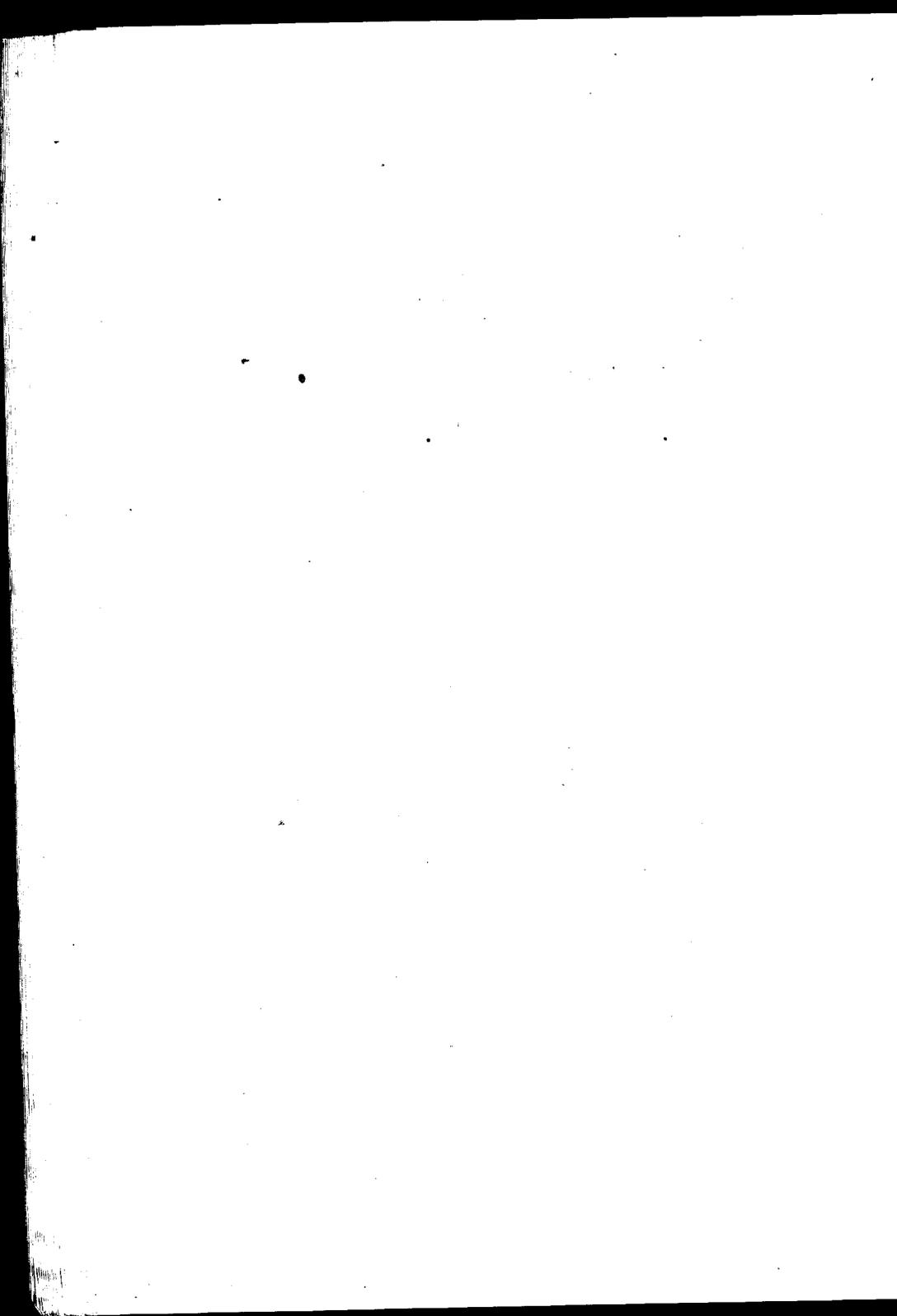




Figura 14



que varía en estos casos entre 20 y 25 centímetros. Inmediatamente se ve el ansa sigmoidea dilatada, que se extiende tan lejos como el rectoscopio nos lo pueda mostrar; las variaciones de calibre son entonces apreciables a simple vista, tanto en los megacolon a pequeña dilatación como aquellos en que la dilatación es considerable. En estos casos se puede introducir el rectoscopio a ciegas, porque ellos lo permiten; el instrumento penetra hacia adelante y a la izquierda con gran facilidad y a veces sin el control de la luz. Se encuentra entonces en una especie de bolsa formada por la S ilíaca y da la sensación como si se estuviera mirando en un cuarto oscuro cuya pared iluminada por una lámpara de mano, está representada en estos casos por la mucosa intestinal de un color rosado sumamente pálido; distinta del rosa vivo que nos presenta la mucosa del colon íleo-pelviano normal.

En otros casos, que son bastante frecuentes, el rectoscopio es detenido a una distancia variable pero siempre menor que en los anteriormente citados, y que puede variar entre 15, 12, 10 y aún 7 centímetros del ano. Observando se puede ver la existencia de un repliegue que varía en su situación, forma y dimensiones. Su localización y forma varían de caso a caso. Casi nunca anular y más bien en forma semilunar, en general está situado a la izquierda o hacia la derecha y preferentemente hacia adelante que hacia atrás. En estas condiciones para observar bien la dilatación, hay que hacer pasar por medio de maniobras adecuadas sobre el rectoscopio, el obstáculo

que nos presenta dichas formaciones, lo que nos permitirá observar con claridad el colon ileo-pelviano dilatado.

Hay que tener en cuenta entonces, que existen en cierto número de casos un repliegue demostrable por el examen rectoscópico y algunas veces también por el tacto rectal.

Veamos ahora cuál es la naturaleza de este repliegue y cuál es su rol.

Gray, Anderson y Connell la consideran como una depresión causada por una brida congénita, que normal en el feto, podría persistir en el adulto como una anomalía.

Perthes y más tarde Josselin de Young y Muskens, la consideran como una válvula verdadera haciendo salida en la luz del intestino, análogas a las válvulas en forma de diafragma o de media luna que a veces existen al nivel del recto.

Para otros, Jackson, Lane, etc., la presencia de esa válvula no haría más que traducir la existencia de una acodadura del intestino en este punto, y esta acodadura podría ser secundariamente fijadas por bridas, ya sea de origen infeccioso, o por una «hipertrofia de trabajo» como dice la escuela alemana.

Todas estas teorías son plausibles, y a mi manera de ver, solo se trata de un repliegue intestinal debido a una de las tantas acodaduras del colon ileo-pelviano largo. Preciando más el punto, creo; que será la expresión del repliegue terminal del megacolon, que se forma al continuarse éste con el recto. Si reflexionamos sobre lo que nos enseña

la Anatomía Patológica de esta afección veremos que es posible que así sea, pues en el megacolon hay alargamiento en el sentido longitudinal del órgano lo que trae por consecuencia múltiples acotaduras que se harán más patentes, consistentes y fijas debido a la hipertrofia y esclerosis de las paredes del colon ileo-pelviano. En apoyo de esta idea he encontrado estas dos series de hechos.

Strauss, ha observado en una mujer de 30 años afecta de un megacolon, que estudiado por el rectoscopio presentaba tres repliegues muy acentuados a 13, 17 y 19 centímetros del ano; y un hombre de 28 años que estudiado en la misma forma presentaba dos repliegues, uno a los 12 centímetros poco pronunciado y otro a los 15 muy pronunciado.

Sorrel y Bensaude publican cinco observaciones en las cuales 4 tenían un solo repliegue y uno tenía dos.

Estos hechos así estudiados no aclararían ningún concepto, pero hay un dato completamente demostrativo y es: que estos enfermos todos fueron laparotomizados, y en ninguno de ellos se encontró ni válvula que hiciera salida en la luz del intestino, ni brida o adherencia exterior que deprimiendo a la pared haya podido producirla. De manera que lo que digo más arriba es posible, siempre, bien entendido, que no existía algún proceso peritoneal inflamatorio viejo.

Por lo tanto pienso que no tienen en sí ningún rol patogénico como muchos han querido atribuirlo en la génesis del megacolon, pues para mi modo de ver los hechos

se suceden de esta manera: 1.º Gran longitud de ansa (Macrocolón); 2.º Hipertrofia y 3.º Dilatación (Megacolón) y como corolario, la formación de uno o varios acodamientos revelables por la rectoscopia que coinciden con la aparición de los síntomas clínicos.

Queda pues así estudiada la importancia y el valor del examen radiológico y rectoscópico en el estudio del megacolon íleo pelviano adquirido, y las múltiples bases que de ellos es posible sacar para efectuar un diagnóstico diferencial. Veamos ahora que con otras afecciones es posible confundir el megacolon del adulto y como haremos su diagnóstico diferencial.

Tanto el hombre como la mujer pueden presentarnos diversos procesos morbosos que simulen la existencia de un bolo fecal; pero la patología de la mujer es en este sentido más rica que la del hombre. La disposición genital tan diversa en los dos sexos unido a su distinto rol en la vida, hacen que los procesos patológicos que ellos sean asiento dependan de su intensidad e importancia funcional. La patología genital de la mujer tiene en cirugía una importancia enorme; ya sean sus lesiones de origen infeccioso o neoplásico que nos presentan formaciones de todo tamaño y acompañadas con una frecuencia no comparable pues es casi constante en la mujer, del síntoma constipación. Así que no serían raros los errores de diagnóstico en estas condiciones, ya en favor de los fecalomas o bien de alguna lesión útero-anexial.

Concurro desde hace varios años a un Servicio de Ci-

rnjía y Ginecología, y en muchas ocasiones me he encontrado en la necesidad de efectuar diagnósticos diferenciales en ese sentido; diagnósticos necesarios por la sintomatología un tanto semejante que ciertos enfermos nos presentan.

Célebres cirujanos han cometido errores de diagnóstico en ese sentido, y así vemos en la Literatura Médica, que Brook lo confunde con un tumor sólido de ovario, Tuffier con un quiste dermoídeo del mismo órgano, etc. Tal vez se pensará que esos errores son los menos, pero puedo asegurar que ¡cuantos errores, y seguramente son los más, no han sido publicados!. Siguiendo mi norma haré brevemente el diagnóstico con las afecciones que a mi manera de ver, pueden ser confundidas.

1.º *Fibro-miomas del útero.*—Tendremos en cuenta primero el pasado genital de la mujer; la posible existencia de hemorragias de fecha, intensidad y duración muy variables, ya en forma de menorragias o metrorragias. Se puede obtener a veces en los antecedentes de los enfermos, la existencia de esas hemorragias mucho antes de la aparición de un tumor apreciable; y cuando este dato existe, es de un valor considerable. Cuando el fibro-mioma ha adquirido un cierto desarrollo, la hemorragia es un síntoma precioso y por lo general nunca falta.

Hay que tener en cuenta que no todos los fibro-miomas presentan dichos síntomas de una manera característica. Los fibro-miomas a evolución sub-mucosa, son hemorra-

gíparos, y por lo tanto son los que habitualmente nos la presentan; no así los fibro-miomas a evolución subperitoneal y en los cuales no solo no dan hemorragias, sino que las reglas pueden haber quedado normales y lo que es más algunas veces disminuir en su abundancia.

La leucorrea es un síntoma por cierto poco ilustrativo.

Los dolores pueden faltar; o a veces ser muy precoces bajo forma de crisis dismenorreicas premonitoras de su período menstrual; pero a medida que el tumor se desarrolla y se vuelve apreciable, se ve aparecer un síndrome uterino diré, es decir, sensación de peso en el periné, dolores lumbo-sacros y constipación más o menos acentuada. En estas condiciones es factible la duda y aún el error; pero observando con más atención veremos que estos síntomas se acrecientan antes, durante y a veces después del período menstrual; cosa que en realidad no sucede con el bolo fecal que nos presenta una sintomatología creciente y progresiva.

La exploración física de la enferma nos da más datos de juicio, sobre todo en aquellas mujeres en que el fibro-mioma solo se revela por un aumento lento y progresivo del volumen del abdomen, sin ningún trastorno general, sin ningún desorden en sus funciones menstruales, y solamente por una constipación pertinaz con sensación de peso intra-abdominal. Muchas veces he podido observar enfermas en estas condiciones, llevando un fibro-mioma que llegaba a la vecindad del ombligo sin ningún trastorno funcional que le llamara la atención, y que solo ve-

nían a consultar por una constipación pertinaz que databa de una época más o menos reciente; hecho semejante al de aquellos fecalomas solitarios que más arriba me he referido. Es sobre todo en estos casos, que por el examen físico se hace el diagnóstico diferencial.

Lo primero y más importante es constatar por el tacto combinado con la palpación abdominal, que el tumor es uterino, es decir, que el tumor forma cuerpo con el útero. Esto es en ciertos casos sumamente difícil, sobre todo en aquellos tumores acompañados de reacción peritoneal, en que el tumor queda fijo, y por lo tanto es difícil de percibir por los dedos que tactan el cuello, los movimientos impresos por la mano abdominal. Hay más aún. A veces se observan grandes fibro-miomas pediculados colocados hacia atrás o a los lados del útero o remontando más o menos en la cavidad abdominal. Estos casos en manos de un observador poco experto hacen sumamente difícil el diagnóstico pues por el examen bimanual no se consigue a veces encontrar el pedículo del tumor, ya sea por que el tumor es muy grande o ya por que se encuentra muy enclavado en la pelvis; creciendo aún más las dificultades si se consigue tocar el fondo uterino al parecer independiente de la masa tumoral. Téngase en cuenta que me refero someramente a estos casos, y siempre tratando de ponerme en las condiciones más difíciles que se le puede presentar a un práctico poco experto para efectuar un diagnóstico diferencial. Se practicará la histerometría, la que nos mostrará un alargamiento de la cavidad uterina,

lo cual es un signo importante; agregando además los métodos exploratorios estudiados más arriba. Creo que en estas condiciones el diagnóstico se debe imponer,

2.º *Tumores sólidos y quísticos del ovario.*—Colocaré en esta categoría, los quistes dermóideos y mucóideos que son con mucho los más frecuentes, y los fibromas y sarcomas mucho más raros.

Estas neoplasias tienen en general un comienzo silencioso y lo más frecuente es que se nos presenten cuando ya han adquirido un desarrollo marcado. En esas condiciones los enfermos se nos mostrarán con una serie de síntomas subjetivos y objetivos, sumamente parecidos a los de los fecalomas, sobre todo si están enclavados dentro de la pelvis o han adquirido un desarrollo abdominal; y así veremos un aumento visible del vientre acompañado de dolores pelvianos, abdominales, crurales, debidos a fenómenos de compresión; y una constipación progresiva y creciente que depende de la misma causa. En estos casos los trastornos dispépticos son en general muy marcados. Con bastante frecuencia, y esto tiene su importancia, veremos que a los fenómenos antes descriptos, los enfermos nos presentan fenómenos dolorosos en el bajo vientre, casi siempre localizados en la misma zona con exacerbaciones más o menos violentas, y que son debidas por lo general a poussés inflamatorias periódicas, y a fenómenos más o menos duraderos de peritonitis parcial. Las elevaciones de temperatura son frecuentes.

Salvo complicaciones los medios físicos nos ayudarán a efectuar el diagnóstico pues el tumor aumentando de volumen acentúa los trastornos funcionales y entre ellos la constipación. La palpación permite reconocer el tumor, apreciar su forma, su volumen, su consistencia, su situación más o menos exacta con relación a la línea media, su movilidad, etc. Pero con estos tumores, sucederá lo que en los fibromas pediculados, sobre todo en los sólidos o quísticos muy tensos o que hayan sufrido un proceso peritoneal que enmascare su rentencia; y se tendrá para el diagnóstico de estas neoplasias, las precauciones señaladas para aquellos. En general, un tumor voluminoso un poco lateralizado, que rechaza el útero al lado opuesto e independiente de él, tiene muchas probabilidades de ser un tumor de ovario. Pero no siempre es posible de darse cuenta perfecta de esto, sobre todo en los tumores algo voluminosos enclavados en la pelvis y difíciles de separar de la matriz ya sea por su situación en sí o porque un proceso de pelvis-peritonitis los haya adherido íntimamente. En estos casos el estudio minucioso de los antecedentes genitales de la enferma nos darán muchas bases de juicio.

Es esta una afección en que los mejores clínicos de todas épocas han cometido los más grandes errores de diagnóstico con toda clase de tumores abdominales; así que no estará demás recomendar que se tenga mucha desconfianza y se evitará así errores groseros.

3.º *Cáncer del colon ileo-pelviano.*—Otra lesión que puede ser confundida con el megacolon y su bolo fecal, es el cáncer del colon ileo-pelviano. Más si estudiamos el caso clínico con prolijidad veremos que tiene un tipo evolutivo distinto del megacolon.

A pesar de que la constipación sea la regla en el cáncer, esta neoplasia tiene un comienzo insidioso de semanas y meses; con dolores más o menos vivos, fijos o variables, no del tipo de los cólicos, acompañados de verdaderas debacles diarréicas que alternan con la constipación; cosa excepcional en el megacolon. La melena es un síntoma frecuente y la sangre expulsada con las materias fecales es por lo general roja; pues la lesión está localizada en una de las porciones terminales del intestino. A veces la hemorragia puede ser más o menos abundante. El vientre está a menudo abombado; y en las estrecheces cancerosas hay por lo general accesos dolorosos durante los cuales se consigue ver dibujarse en las paredes del abdomen el relieve de las ansas intestinales contracturadas. Cuando se constata el tumor es en ocasiones movable, otras veces fijo, y si el vientre está muy distendido su palpación puede resultar difícil y aún imposible. Aquí como en todos los tumores cancerosos, los síntomas generales tienen una gran importancia y se traducen por una anemia progresiva y un adelgazamiento cada día más manifiesto. Al tinte pálido de los tegumentos, lo reemplaza bien pronto el color amarillo pálido propio del cáncer. La inapetencia se

acentúa cada día y bien pronto la caquexia se hace presente, y es terminal.

Esta es la marcha habitual del cáncer. En los enfermos en que la marcha es atípica, como en aquellos tumores malignos que no es raro ver evolucionar con buen estado general y sin síntomas subjetivos u objetivos muy manifiestos; la neoplasia comienza a hacerse patente por fenómenos de oclusión aguda; y si esto no sucediera el examen radiológico y rectoscópico nos encaminarán hacia el diagnóstico.

Los tumores esplénicos sólidos o quísticos y las esplenomegalias, pueden en ciertos casos hacernos dudar en el diagnóstico; pero esto es raro; pues por el examen atento, la percusión y la palpación, así como también el estudio de la fórmula hematológica y leucocitaria nos darán bases suficientes para orientarnos y sentar un diagnóstico preciso.

La peritonitis tuberculosa crónica, es otra de las afecciones que puede hacernos dudar. En su forma ascítica es fácilmente diagnosticada, teniendo en cuenta que la afección que nos ocupa sólo por excepción nos presenta ascitis. En la forma fibro-caseosa la diferenciación puede ser a veces dificultosa. Explorando el abdomen se percibe una sensación de dureza, de empastamiento, apreciable sobre todo en las regiones umbilical e hipogástrica, y no es raro percibir induraciones debidas a la aglutinación de las ansas intestinales, espesamiento del epiploon, que se nos revela en general por una especie de cuerda dispuesta

transversalmente. Por lo común hay líquido aunque en muy escasa cantidad. Los trastornos funcionales son múltiples; vómitos, diarrea, lenteria alternados de constipación, pérdida de apetito, adelgazamiento progresivo, fiebre, sudores, edemas fugaces; en los antecedentes algunas pousées agudas o subagudas, y sobre todo fenómenos pulmonares, pues las más de las veces la tuberculosis pulmonar es concomitante.

De los tumores sólidos y quísticos del mesenterio así como también los del riñón, especialmente los del izquierdo no me ocuparé, pues creo que las dificultades de diagnóstico son muy remotas.

---

## TRATAMIENTO

Según el concepto fisio-patológico y evolutivo del megacolon ileo pelviano adquirido debe practicarse primero el tratamiento médico y después recién el tratamiento quirúrgico.

En uno enfermo que hace una pequeña asistolia cólica y el exámen radiológico nos muestra la existencia de un macro-colon relativamente poco dilatado no se debe en estas condiciones practicarle una amplia resección cólica, por varias razones. La colectomía es una operación grave, y en esas condiciones no es posible ni razonable humanitariamente hacer correr el riesgo de morir a un enfermo que puede vivir aún muchos años y que prácticamente no presenta ninguna lesión que indique una tamaño intervención quirúrgica con cariz de urgencia y que por cualquiera eventualidad agena a la preparación habilidad y condiciones del cirujano pueda fracasar. Aún en los casos peores de copremia que puede presentarse

en estos enfermos que solo han hecho una pequeña asistolia cólica y que están en los albores de su mal, es cuando el tratamiento médico tiene su indicación con toda razón. Proceder en otra forma sería á mi entender hacerlo con demasiada premura y sin criterio práctico. Solo si los fenómenos tóxicos se acentuaran, si el enfermo no encontrara mejoría con el tratamiento médico (cosa verdaderamente excepcional a esta altura de la enfermedad) o que del exámen radiológico se pudiera obtener el dato del que emanara la indicación de una intervención quirúrgica mas o menos grave, entonces contemporizar tambien sería malo. Pueda ser que en estas condiciones las anastómosis intestinales ya sean de exclusión permanente o de exclusión temporaria estén indicadas, y cuyos resultados mas o menos halagüeñas dependerán sin duda alguna del criterio del cirujano que las ensaye. Creo que esto es una excepción. El megacolon en el comienzo de su período evolutivo rara vez da síntomas tan acusados de los cuales emanen la indicación de una intervención quirúrgica. Ese es mi modo de pensar, y así lo he llevado a la práctica en dos enfermas que se encuentran en esas condiciones habiendo hecho solamente una pequeña asistolia cólica, y que siguen actualmente con toda escrupulosidad el tratamiento médico prescripto.

El tratamiento médico tiene por fin producir la evacuación de las materias fecales, acto que el enfermo naturalmente no puede efectuar, y eso se obtiene por medio

de purgantes, enemas, lavados intestinales, masaje, electricidad, etc. Los purgantes solamente, dan pocos resultados positivos, lo mismo que los laxantes; y el enfermo en poco tiempo sufre una nueva estancación fecal. Los enemas, ya sean jabonosos, de aceite o aún de agua sola son mas prácticos, y producen casi siempre evacuaciones intestinales casi completas con la única condición de que sean cotidianos y que no se difiera un solo día en efectuarlos. El masaje, la electricidad etcétera unidas a una dietética apropiada ayudan al intestino con bastante eficacia. Todos estos medios en los casos que se inician son de una eficacia bastante apreciable, en los casos avanzados su valor es sencillamente paliativo y nulo. El enfermo invariablemente al cabo de un tiempo mas o menos largo hace su inevitable asistolia cólica. En resumen el tratamiento médico a practicar para que sea eficaz, se indicará a base de una dietética apropiada, enemas abundantes y cotidianos, a los que se agregará en los casos rebeldes los purgantes o laxantes de preferencia aquellos que actúen mecánicamente (aceite de ricino).

He dicho mas arriba, que hay que establecer un distinguo entre los enfermos de clase acomodada y los menesterosos. En general esta afección puede decirse es propia de estos últimos, y si en los primeros se observa es posible por medio de un tratamiento médico prolongar por mucho tiempo y aún a veces evitar la residiva de su asistolia cólica, cosa que no es posible en los segundos.

La razón es fácil de alcanzar: a la gente acomodada les es mas factible llevar a cabo metódica y cuotidamente un tratamiento médico tan molesto y necesario; no así a los pobres que unas veces por las necesidades de su trabajo y otras por verdaderas desidia hacen mal su tratamiento o no lo hacen, y están abocados por lo tanto a padecer bolos fecales o repetición. Es en estos enfermos que en su mayoría concurren a nuestros consultorios hospitalarios, en los que está indicada la intervención quirúrgica, no solo por las razones antes expuestas, sino que está perfectamente probado que el tratamiento médico produce mucho mayor porcentaje de mortalidad que el tratamiento quirúrgico.

En apoyo de esto leamos la estadística de Tuffier que dice bien a las claras que en el megacolon aún tratado médicamente la terminación habitual es la muerte.

Sobre 56 casos de muerte en enfermos portadores de megacolon las defunciones están repartidas así:

26 por obstrucción intestinal.

11 por colitis.

8 por terapéutica quirúrgica.

3 por síncope.

3 por causas desconocidas.

2 por neumonia.

1 por asistolia.

1 por caquexia.

Veamos la estadística de Le Calmé sobre 14 casos fallecidos:

- 5 por obstrucción intestinal.
- 4 por causas desconocidas.
- 3 por terapéutica quirúrgica.
- 1 por colitis.
- 1 por síncope.

Resumiendo vemos que sobre 70 defunciones de megacolon hay:

11 por terapéutica quirúrgica.

59 por complicaciones o no tratados; de donde el tanto por ciento es el siguiente:

15,73 % por terapéutica quirúrgica y 84,28 % por complicaciones o no tratados.

Delmas dice sobre este punto que la sola cuestión importante a tratar que no está aun completamente resuelta y que ofrece un gran interés del punto de vista práctico es aquella que se refiere al tratamiento.

La dietética en el megacolon ileo-pelviano está sobre todo basada sobre la observación de una higiene alimenticia de las más rigurosas; el masaje, la electricidad, la hidroterapia pueden ejercer una mejoría pasajera, y los lavados intestinales tienen a veces una cierta eficacia; pero no hay que olvidar que el tratamiento médico no parece dar resultados verdaderos, y que la intervención quirúrgica es la que solo nos ofrece reales ventajas.

Ciertos autores niegan, es verdad, la oportunidad de la operación y se declaran partidarios convencidos del tratamiento médico. Según Brentan, los mejores resultados operatorios serían aquellos que se obtendrían haciendo

una simple laparotomía exploradora y el cierre inmediato de lo pared abdominal (!), como fué hecha en los casos de Kümmel, Rehr, Kredel, Lennander, etc. Sin ser hostil al tratamiento quirúrgico Kredel estima que el tratamiento del megacolon debe ser ante todo médico; cuando esta terapéutica es insuficiente, la operación es necesaria y es útil entonces intervenir lo más rápidamente posible, sin esperar a último extremo, desde que entonces el pronóstico es siempre desfavorable.

En el curso de estos últimos años médicos autorizados se han pronunciado en favor de la intervención quirúrgica; y ella en manos de hábiles cirujanos está dando tan felices resultados que los métodos operatorios no tardarán en triunfar.

*Tratamiento quirúrgico.*—Muchos procedimientos operatorios han sido ideados; algunos con indicaciones precisas y otros cuya oportunidad se discute aún actualmente. Me ocuparé brevemente de los primeros; y prestaré mayor atención a los últimos, pues aquellos solo están indicados en presencia de accidentes agudos es decir, que actúan sobre complicaciones graves y que no admiten otras intervenciones, mientras que los segundos son procedimientos curativos que actúan directamente sobre el megacolon, verdadera causa del mal, y cuya eficacia y bondad para muchos es discutible.

Entre los primeros, tenemos la punción y la colostomía que el cirujano solamente utiliza en las oclusiones

agudas que en el curso evolutivo del megacolon se presenta como complicación. La primera solo se practicará por excepción pues es una intervención incierta é insegura; la segunda es más racional; la cecostomía y la apendicostomía son las que se deberán elejir; pues tienen un pronóstico más benigno y que practicadas en presencia de accidentes de complicación aguda con gran retención de gases y estado general grave, son más facilmente toleradas por el paciente, drenan bien el intestino y permiten al cirujano tratar posteriormente en una segunda sesión al megacolon con toda tranquilidad.

La laparotomía simple es en otros casos un gran recurso. Hay una complicación que se presenta con relativa frecuencia y que es debida en general a la gran longitud del ansa ileo-pelviána: es el vólvulus de dicho segmento cólico. Se suele presentar en unos una sola vez, no siendo raro observarle en otros, a repetición, sobre todo en aquellos enfermos que una vez curado su vólvulus no se les ha practicado o no se dejan practicar la operación radical. En estos casos la simple laparotomía permitirá al operador efectuar la destorsión del ansa y si hay gangrena su resección. Cuando el vólvulus es simple, es decir no hay gangrena la simple laparotomía es salvadora, y permitirá en una segunda sesión efectuar la operación radical; pero en aquellos vólvulus en que hay gangrena, en la mayoría la muerte es la consecuencia. Si esto no existe y la acumulación fecal es grande e irreductible puede tentarse a beneficio de una simple laparo-

tomía la espresión del ansa íleo-pelviana; y si esto aún no fuera posible por el mal estado general del enfermo el ano cecal contra-natura estaría indicado y sería salvador.

A la otra categoría de operaciones pertenecen aquellas que se practican con el fin de obtener la cura radical del megacolon. Entre estas tenemos dos grandes categorías: 1.º Aquellas que tratan la lesión (megacolon) dejándola en su lugar, como son: la colopexia, la coloplegadura, y las anastómosis intestinales ya sea de exclusión temporaria o definitiva y 2.º Aquellas que tratan de curar estirpando la lesión megacólica y que están representadas por la colectomía parcial, que varía de tipo según el abocamiento que se les da a sus cabos (TT. TL. LL. tifo-sigmoideo en Y.-)

La colopexia y la coloplegadura son operaciones benignas, pero son inútiles y sus resultados funcionales nulos fracasando sistemáticamente. Esto es lógico que así suceda pues no remedian la verdadera causa, y dejan la ectasia cólica en su lugar.

Entre las anastómosis tenemos: aquellas de exclusión temporaria como es la tifo-sigmoidostomía LL., la tifo-sigmoidostomía en Y, la íleo-sigmoidostomía LL, y la íleo-transverso-colostomía LL, y aquellas de exclusión permanente como; la íleo-sigmoidostomía y la íleo-transverso-colostomía ambas con sección del íleo, cierre de la válvula íleo cecal y abocamiento íleo-cólico TL. o LL.

La tifo-sigmoidostomía, está destinada a crear una derivación del curso de la materia fecal poniendo el

colon en reposo, es decir excluyéndolo y efectuándolo así un drenaje eficaz del intestino. Es de una buena y lógica concepción de técnica fácil, y entre las intervenciones quirúrgicas del intestino grueso una de las de pronóstico mas benigno dando resultados funcionales excelentes.

No es lo mismo que la íleo-sigmoidostomía ni la íleo-colostomía, operaciones muy en boga actualmente, teniendo estas inconvenientes que aquellas carecen. En efecto, la íleo-sigmoidostomía a pesar de lo que se ha dicho, presenta muy a menudo diarreas muy extenuantes y de difícil detención que pueden durar mucho tiempo, lo que ha hecho que los cirujanos trataran de eludirla practicando otras anastómosis como ser: la íleo-tranverso-colostomía LL o TL. Pero como se comprende están estas clases de operaciones en mi concepto firmemente contra indicadas como tratamiento del megacolon íleo pelviano adquirido, y no son lógicamente posibles desde que existe en la mitad izquierda del colon y especialmente en el íleo pelviano una lesión anatómica e histológica irreducible, hipertofia, esclerosis y dilatación que forzosamente se debería excluir del paso de las materias fecales para obtener un éxito operatorio, curativo y funcional, cosa que así en realidad no se obtiene y que trae aparejado como consecuencia fatal e inmediata su obstrucción, con los graves peligros consecutivos como si se tratara única y simplemente de un enfermo no operado. Además, no en todos los casos la terminación del íleon es lo suficientemente libre para poder llevar con facilidad la boca

ileal tan alto como está el colon transverso, inconveniente que obliga al cirujano a abrir una boca en pleno ileon a cierta distancia de su porción terminal trayendo como consecuencia la inutilización funcional no despreciable por cierto, de dicho segmento apto para la absorción alimenticia, y con dicha disposición un mayor riesgo de obtener y provocar descargas diarreicas, inconveniente que se debe tratar de evitar. Hay mas aún; al elevar la boca ileal hacia el colon transverso y quedando el ileon en gran parte fijo por el mesenterio, lo ponemos en una disposición anómala delante o mezclado con el paquete de ansas delgadas, lo que podría conducir a la formación de alguna acodadura ó torsión de grave pronóstico.

La ileo-sigmoidostomía LL, está probado en gran número de casos que deja de ser una operación ideal; pues la experiencia de muchos cirujanos expertos prueba que en la inmensa mayoría de los casos, salvo aquellos de obstáculo infranqueable en el gran circuito cólico, queda sin efecto útil; pues las materias progresan en gran parte por los colones, es decir por su vía natural en lugar de pasar por la neo-boca, y dejando por lo tanto el fin de ella, que es inutilizar el gran circuito cólico, sin efecto.

Para evitar estos inconvenientes y asegurar el buen funcionamiento de la boca anastomótica y asegurar la exclusión del gran circuito cólico en totalidad o en parte; se ha ido a seccionar el ileon por abajo de la anastómosis y hacer una implantación, sea en el colon íleo pelviano lo

mas alto posible, o bien si la lesión lo permite, en el colon transverso.

Las operaciones realizadas bajo esta técnica son ya bastantes numerosas y permiten juzgar como defectuosa este concepto de la exclusión, aplicado a los megacolon. La diarrea puede detenerse en cuanto el intestino se adapta; pero las materias fecales empiezan a retenerse en la bolsa ileo pelviana dilatada y la oclusión se establece de nuevo. A la acción misma del reservorio megacólico con paredes duras, inextensibles, esclerosadas, se une la acción fisiológica del anti-peristaltismo normal del grueso intestino que hace que las materias fecales refluyan hacia la boca anastómica y al intestino grueso excluido.

Se comprenderá la gravedad de esta complicación pensando que si la sola dilatación del colon ileo pelviano con estacamiento fecal produce un estado de intoxicación bien manifiesto, cual no será el agrado formidable de esterco-remia y toxidad general del organismo que tenga esa gran bolsa de materias fecales fermentadas y endurecidas. Eso no sería nada si la facultad de ese nuevo gran ciego artificialmente creado, de evacuar su contenido se realizara; pero por lo general no es así, sino que es asiento de procesos inflamatorios, ulcerosos, pericólicos y hasta peritoneales, que lo acodan, lo alteran en su musculatura y esclerosan sus paredes, y teniendo por resultado final el mismo que aquel megacolon que se quizo curar y que no se ha conseguido más que generalizar. Las complicaciones en estas condiciones se presentan rápidamen-

te: las materias fecales, acumulándose poco a poco en ese divertículo cólico, lo dilatan, lo hinchan, lo maceran, inflaman y ulceran con secreciones irritantes producto de las fermentaciones inevitables con formación de gases; producen grandes dolores y acumulándose intoxican el organismo formando también fecalomas peligrosos. El final será que se terminará con el enfermo en la mesa de operaciones para practicarle una fístula que sea derivativa y de seguridad, sin haber conseguido el éxito deseado.

Esto que he referido en el párrafo anterior está muy lejos de ser fantasía, pues Lardenois ha publicado en 1908 varios casos semejantes que él ha observado, citando en especial uno que se trataba de un enfermo, en que un hábil cirujano le había practicado una íleo-sigmoidostomía con sección del íleon, perfectamente hecha, y que dado los graves trastornos que presentó después, hubo necesidad de practicarle una fístula, fístula que no tardó en transformarse en un verdadero ano contra natura por el que se eliminaba continuamente una abundante cantidad de materias fecales.

Los inconvenientes de estas operaciones paliativas han llevado poco a poco a los cirujanos a practicar operaciones más racionales.

La tifo-sigmoidostomía no presenta en estos casos los peligros temibles de la íleo-sigmoidostomía ni de la íleo-transverso-colostomía. La adaptación funcional del intestino es mucho más rápida. No hay duda que este apre-

ciable resultado se obtiene por la conservación del segmento terminal del intestino delgado por encima de la anastómosis, segmento como se sabe, es de absorción importante para los líquidos intestinales, contribuyendo a secar las materias que deben pasar por la boca anastomótica.

Además, conserva el funcionamiento de la válvula íleo-cecal que es una especie de exclusiva que permite el paso periódico de las materias que vienen del intestino delgado, y evita así la progresión demasiado rápida y previene por lo tanto la producción de las diarreas postoperatorias.

La anastómosis en estas condiciones, practicada con buen criterio y buena técnica permite sea franqueada con facilidad, no crea divertículos con sus consiguientes peligros; puede el intestino evacuar libremente su contenido y con él, los gases y secreciones que se produzcan. Esta es la gran ventaja de la tifo-sigmoidostomía, ventaja que no presentan las otras operaciones.

Pero si en realidad es mejor en cuanto al drenaje y al funcionamiento fisiológico del intestino se refiere, la creo en los casos de megacolon con los mismos defectos de todas las exclusiones y anastómosis, pues deja como todas ellas la enfermedad, que es el megacolon en su lugar, sin la más mínima esperanza de que se cure y con la certeza de que el fecaloma se volverá a reproducir tantas veces como sea extraído. Y esto que digo sobre la tifosigmoidostomía simple, lo hago extensivo a la tifo-

sígmoidostomía en Y; y agregaré además que sus creadores Lardenois y Okinczic, la han ideado y aplicado a los enfermos que padecen los tipos de afecciones englobadas en el llamado abdomen crónico y no para los que están afectados de un megacolon.

A propósito de la tifo-sígmoidostomía en Y, me voy a detener un momento, pues he visto practicar una colectomía parcial con abocamiento tifo-sigmoideo en Y en un megacolon ileo pelviano adquirido en el Servicio de Cirugía General y Ginecología del doctor E. Beláustegui en el Hospital Rivadavia.

El operador con un criterio práctico realmente encomiable, agregó a la tifo-sígmoidostomía en Y, una colectomía parcial, estirpando así el anusa megacólica. Me explicaba así su concepción: Se trataba de una enferma portadora de un gran megacolon ileo pelviano adquirido, que había hecho asistolias cólicas a repetición y que presentaba un estado tóxico realmente alarmante, con éxtasis intestinal generalizado. Bajo anestesia general se le extrajo manualmente el bolo fecal; y se le propuso la intervención radical, cosa que la enferma aceptó. Ahora bien; practicar la colectomía parcial TL. hubiera sido correr el riesgo de la formación de una bolsa en el cabo proximal con la consiguiente acumulación fecal. Este mismo inconveniente se presentaba si el abocamiento fuera LL. Pensó hacer la TT. pero la diferencia de los diámetros de las bocas le hizo pensar que aplicando a la simple colectomía parcial la forma de anastomosis

de la tifo-sigmoidostomía en Y, obtendría una coatación más regular de la boca cecal con la boca rectal. más fácil de suturar, pues no tendría que hacer el fruncido; y al mismo tiempo obtenía una exclusión parcial de la parte inicial de los colon con un mejor drenage intestinal como tratamiento del éxtasis generalizado que intoxicaba tan seriamente a la enferma. Así lo hizo, la sutura ceco-rectal fué perfecta, porque los diámetros de ambas bocas eran sensiblemente del mismo tamaño. La anastómosis colo-rectal TL., tal vez resultó algo rígida por ser algo corto el cabo cólico. Esto se subsanaría haciendo la anastómosis colo-rectal TL. un poco más alta o substituyendo ésta por una anastomosis colo-cólica TL. con el colon descendente o ciego.

La concepción es en realidad brillante, pero desgraciadamente el resultado práctico positivamente bueno que se obtendría no se pudo apreciar, pues la enferma falleció al sexto día de peritonitis; hecho imputable a que al abrir el ciego salió gran cantidad de materias fecales; debido a que no se había practicado con la escrupulosidad que estos casos requieren los grandes lavados intestinales que se habían indicado.

Tal vez en aquellos casos de megacolon, asociado a un éxtasis muy pronunciado y grave; o en aquellos en que el megacolon sea muy grande y que las secciones intestinales de la colectomía parcial queden muy distantes debido a la necesidad de una muy amplia resección y que resulte de ello una mayor dificultad para el aboca-

miento T T; puede digo, que en estas condiciones la anastomosis en Y sea un gran recurso no despreciable, pero de excepción.

La colectomía parcial con una tifo-sigmoidostomía en Y, es una operación mucho más grave que la simple colectomía, pues en esta última solo tenemos dos bocas sépticas abiertas por la sección intestinal y en un segmento cólico (descendente e ileo-pelviano) mucho más fácil de obtener limpio de materias fecales; pues con lavados intestinales abundantes y bien hechos, se obtiene con una seguridad casi matemática un intestino perfectamente limpio de excremento, hecho que como veremos más adelante es de capital importancia. No sucede así con el ciego, pues es la parte del intestino grueso más difícil de limpiar; primero por su situación tan declive y poco accesible, y segundo por el continuo aporte de materias sépticas que del íleon llegan continuamente a él. Además, en el abocamiento tifo-sigmoideo en Y, tenemos no solo las dos bocas de sección cólicas de la colectomía parcial, sino también la boca cecal, casi fatalmente séptica y una cuarta boca que necesitamos abrir para el abocamiento T L del colon descendente. Como se ve, el número de superficies sépticas expuestas, es mucho mayor, es el doble de las que se obtienen practicando la simple colectomía parcial con cualquiera de los abocamientos T T, T L o L L, y por lo tanto mucho mayores los riesgos de una infección peritoneal. Por eso pienso que la colectomía parcial con

abocamiento tifo-sigmoideo en Y es un procedimiento de excepción y de pronóstico mucho más grave.

La colectomía parcial T T, es para mi modo de ver la operación de elección; pues bien practicada se obtiene un resultado ideal.

No hace mucho tiempo esta intervención era considerada como una operación gravísima que aún en manos de cirujanos hábiles y escrupulosos daba un alto porcentaje de mortalidad. Esto es francamente descorazonador y no es de extrañarse que a muchos cirujanos les haya ido mal y que por lo tanto trataran de no practicarla.

El error a mi modo de ver, parte de los hechos siguientes: Teniendo en cuenta la gravedad del pronóstico operatorio, solo la practicaban los cirujanos en casos extremos; siendo éste un primer factor que elevaba el índice de mortalidad; pues enfermos en malas condiciones difícilmente resistían una amplia resección cólica. Además, muchos de los enfermos colectomizados, por no decir la mayoría recidivaban su lesión; segundo factor que hacía que la colectomía parcial fuera tenida por una operación mediocre y aún mala. Si agregamos a esto lo incierto de la técnica a desarrollar, unido a un concepto patogénico, anátomo e histo-patológico deficiente, de donde pienso, que emanan los fracasos y los éxitos mediocres unidos a la elevada mortalidad de la colectomía parcial, nos explicaremos con toda facilidad el porqué de las dificultades en su aceptación.

Ya en el año 1902 Duval consideraba las entero-anos-

tomosis como una operación paliativa; y decía que la colectomía parcial era para él la operación ideal y la que solamente podía curar. En su segunda Memoria publicada en el año 1909 estudia especialmente los resultados operatorios de 94 intervenciones y nos da un 34.2 % de mortalidad. Las anastomosis eran 16 con 4 muertes; las colectomías 23 con 5 muertes inmediatas y una alejada. Más tarde presenta 14 casos con 3 muertes; total 37 intervenciones con 9 muertes o sea un 24.35 % de mortalidad casi un 10 % menos que siete años antes.

En 1911 Gayet y Patel nos presentan una estadística de 6 anastomosis con una muerte y 13 resecciones cólicas con 5 muertes lo que nos da un 38 % de mortalidad.

La mortalidad elevada de la colectomía, según se desprende de la estadística del cirujano francés, no debe tomarse como un argumento en favor de la anastomosis, pues esa estadística nos indica el resultado operatorio inmediato, refiriéndose solamente a los enfermos recobrados después de haber sido sometidos a una intervención quirúrgica ya sea anastomosis o colectomía. Los resultados funcionales son los que hablarían en favor de ella; pero eso no lo dice, pero se puede asegurar que no han de ser buenos. Pauchet en 1913 publica dos casos de anastomosis intestinales practicadas sobre el megacolon y cuyo resultado fué nulo.

Tampoco debemos condenar a la colectomía. A pesar de todo lo que se haya dicho, es la operación más lógica; y vuelvo a agregar; tenía en su contra el concepto un

tanto obscuro de la patogenia y anatomía patológica de esta afección lo que unido a la técnica tan incierta, hacía dudar un tanto de su eficacia. Ello debía progresar.

Tan es así que Petit en la sesión del 8 de Enero de 1913 de la Sociedad de Cirujía de París exclamó: «La « technique de la colectomie, encore un peu flottante « come nous le verrons plus loins mérite, en effet, d'être « précisée et doit s'améliorer dans l'avenir».

Las palabras de Petit se han cumplido. Cabe el honor a la ciencia médica argentina que ella sea la que haya dado ese gran paso. En «La Semana Médica» de Buenos Aires n.º 24 del año 1917 el doctor Guillermo Bosch Arana ha publicado una técnica operatoria para efectuar la colectomía parcial en los megacolon ileo-pelviano adquiridos.

Es el procedimiento de Bosch Arana el fruto de un estudio minucioso y detallado, y revela en su autor un conocimiento teórico práctico completo sobre el punto que trata. Quiera creer que los cirujanos argentinos han de encontrar en él una doble satisfacción: el de poder tratar quirúrgicamente por la resección del ansa dilatada los megacolon que a sus manos lleguen con una seguridad de técnica y de resultado funcional que hasta ahora no se tenía, y el de ver con orgullo que la cirugía de todo el mundo le debe a un cirujano argentino este éxito tan brillante. Yo por mi parte hago votos para que este éxito nuestro tenga un eco sincero entre los cirujanos de nuestro país, que se estudie, que se lleve a la práctica, que no

se condene por simples prejuicios, y para lo que hoy en día es un anhelo real firmemente cimentado por unos cuantos casos operados con éxito tenga en un futuro no lejano la saución general que coronaría esa esperanza. Y si se tiene que modificar (su autor ya lo ha hecho en parte) veamos con regocijo que un tal procedimiento argentino ha servido de base para fundameetar un progreso que es la ley de todas las ciencias.

Con este procedimiento modificado actualmente por su autor en ciertos detalles como el que se refiere al drenaje cólico, debe desaparecer sin duda alguna los temores realmente fundados hasta ahora. Actualmente no existe para los cirujanos el pretexto de una técnica de colectomía parcial poco precisa; primer factor que elevaba el tanto por ciento de mortalidad. Ahora se podrá intervenir precozmente los megacolon con la convicción de que bien preparado el enfermo y siguiendo la técnica de la colectomía con la minuciosidad especificada por su autor se tendrá una mayor seguridad de éxito inmediato y alejado que era otro factor que aumentaba antes el porcentaje de los insucesos.

Ya no se deberá practicar la colectomía en dos tiempos, pues conociendo la técnica de Bosch Arana ha perdido toda su indicación. Fitz, Gregoire y Schmidt, decían en 1913 en el mismo congreso de la Sociedad de Cirujía de París que más arriba hago mención, que la colectomía en dos tiempos no es sino una operación de técnica pasajera; y en el mismo congreso Duval, Marre, Chapple, Ko-

jetzny (de Kiel), Pauchet, Tuffier, Morestin, Petit y Picquet declaran unánimemente que la operación a practicarse debe ser en un solo tiempo.

TÉCNICA DE LA COLECTOMÍA. — Transcribo de Bosch Arana la técnica de la colectomía por él ideada, y que nosotros hemos practicado en dos casos con éxito verdaderamente brillante.

*Primer tiempo.* — Insición de la pared abdominal. La incisión a emplear es la infra-umbilical mediana, que da amplio campo y fácil acceso a la pelvis menor, pudiendo extenderla por encima del ombligo si el caso lo requiere.

*Segundo tiempo.* — Exploración, exteORIZACIÓN y movilización del megacolon. Una vez abierta la cavidad abdominal, se presentará espontáneamente el megacolon a la vista del operador, que se deberá explorar en toda su magnitud, reparar sus detalles anatómicos, su estado, su meso, etc. Se le exterioriza fácilmente, por tener un gran meso, largo, móvil y libre; se le recibirá en compresas y se harán tracciones del extremo inferior y del superior para descubrirlo en su totalidad.

Resueltos a resecarlo, se le atacará ampliamente a cuyo fin se hará una buena movilización. Sucede con frecuencia que el megacolon abarca en su dilatación la última porción cólica del descendente, y estando ésta fija por su corto meso a la pared abdominal posterior, habrá

que proceder en tales casos a su movilización, pues si resecáramos el ansa exteriorizada simplemente por las tracciones, dejaríamos una parte del colón enfermo (colón descendente), que sería el principio de una recidiva. La resección deberá ser amplia, llegando a extirpar todo el colón enfermo, y para obtenerlo es necesario seccionar y debridar el meso del descendente por su parte externa, en donde se continúa con el peritoneo parietal, en el ángulo formado por el colón y la pared lateral del abdomen, a fin de movilizarlo hacia la derecha de su sitio normal, y exteriorizarlo hasta llegar a ver el colón sano, sin preocupaciones de su diámetro reducido en relación con el del colón pelviano, para la futura anastómosis T T.

Esta preocupación fuerza a algunos cirujanos a abandonar en el vientre parte del megacolón, con el propósito de obtener después una facilidad en la sutura, dado los diámetros sensiblemente iguales, lo que les acarrea, en nuestro modo de pensar, el fracaso de la operación en un tiempo más o menos largo. La movilización del colón descendente es de una técnica muy sencilla, por cuanto él no posee un verdadero meso, sino que se encuentra recubierto por el peritoneo en sus dos terceras partes, estando el resto en relación directa con la pared abdominal posterior. Una vez seccionada la hoja peritoneal externa, el colón se moviliza fácilmente por tracciones hacia la derecha; las arterias cólicas van adosadas con la hoja mesentérica interna, movilizadas sin peligro de las mismas.

El abandono de una pequeña porción de colón enfermo,

es lo suficiente para que la recidiva operatoria sea posible, porque deja la ectasia cólica esbozada para un fu-

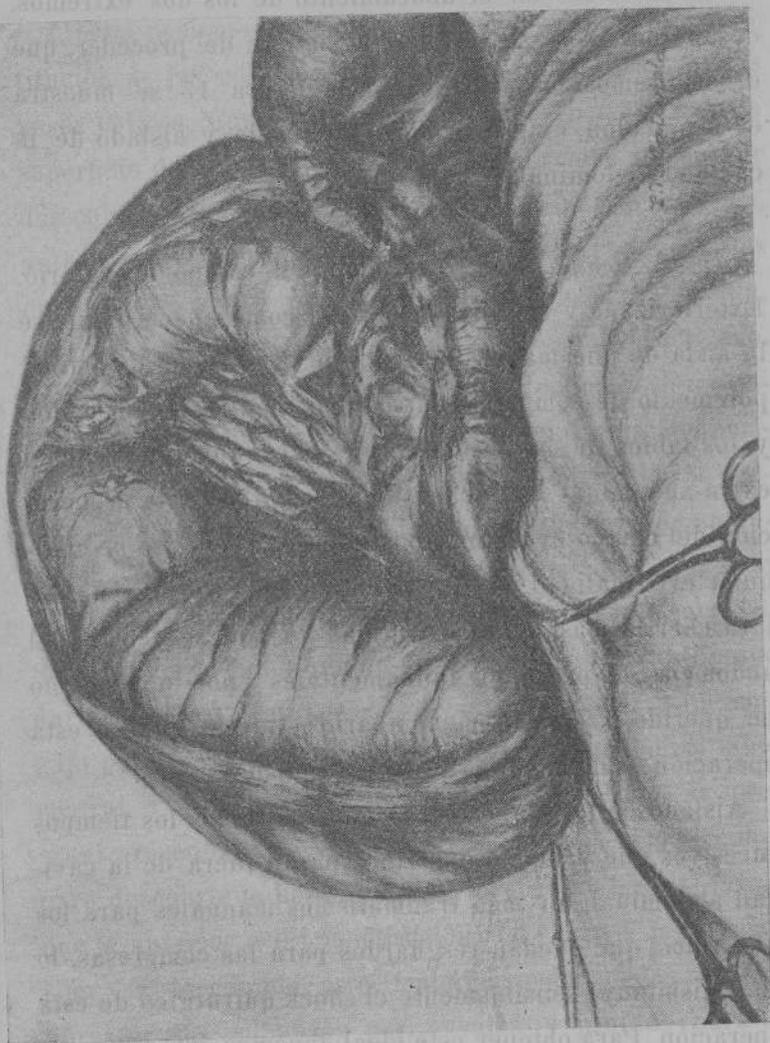


Figura 15 (B. A.)

turo próximo; en cambio, con amplias resecciones se extrae todo el megacolon, se ataca de lleno el mal y se

deja al enfermo en condiciones ideales para evacuar su vientre.

La dificultad en el abocamiento de los dos extremos, desaparece si se sigue nuestra manera de proceder, que describiremos más abajo. En la figura 15 se muestra el megacolon exteriorizado, movilizado y aislado de la cavidad abdominal.

*Tercer tiempo.* — Preparación del campo operatorio. Exteriorizada y movilizada el ansa como queda dicho, se la aísla de una manera perfecta de la cavidad abdominal por medio de compresas introducidas entre el megacolon y los labios de la herida, lo que hará una intervención extra-abdominal con sus grandes ventajas. Esta preparación del campo operatorio nos pondrá a cubierto de cualquier eventualidad en el transcurso operatorio, y no dejará caer la más mínima cantidad de sangre dentro del abdomen. Son preceptos fundamentales y por lo mismo no he querido pasar sin mencionarlos, puesto que en esta operación es donde ellos se hacen indispensables.

Aislado de tal manera el megacolon, todos los tiempos sucesivos que vamos a describir, pasan fuera de la cavidad abdominal sin más traumatismos manuales para los intestinos, que quedan resguardados para las compresas, lo cual disminuye sensiblemente el shock quirúrgico de esta operación. Para obtener este ideal, tenemos que preparar bien el segundo tiempo, esto es, movilizar ampliamente el megacolon en su porción superior, es decir, su en conti-

nuidad con el colón descendente y llegar a un límite que estaría indicado en el encuentro del colon normal.

*Cuarto tiempo.*—Sección del meso ileo pelviano, constitución de los colgajos peritoneales y ligaduras de sus vasos cólicos. Con el fin de dejar bien peritonizada la superficie de sección del meso acostumbramos a preparar dos colgados peritoneales de uno y otro lado del mismo, antes de proceder a la ligadura de los vasos, con los cuales cerramos y peritonizamos la superficie cruenta, invaginando todas las ligaduras que se han practicado. Se procederá en la siguiente forma: Reclinado el megacolon hacia arriba, se pone a la vista la hoja del peritoneo mesentérico de ese lado, y con el birturi se lo secciona delicadamente a unos tres centímetros de su inserción cólica, costeando así diremos a esta; y trazando una semicircunferencia como puede verse en la figura 16. Se tendrá especial cuidado de no herir las arterias que darían sangre. Una vez seccionada, se disechará un colgajo peritoneal de unos dos centímetros, tomando el labio central. Con la hoja del meso del lado opuesto se hará igual procedimiento, se reclinará hacia abajo el megacolon para descubrir la hoja opuesta y proceder en igual forma que la anterior a la constitución del colgajo peritoneal. Una vez terminado este trabajo, quedarán las arterias libres de sus cubiertas peritoneales y prontas para ligarlas distintamente (figura 16).

Desnudas las arterias se harán muy visibles, se pro-

cederá a pinzarlas individualmente para ligarlas en su cabo central y luego seccionarlas entre la pinza y la li-

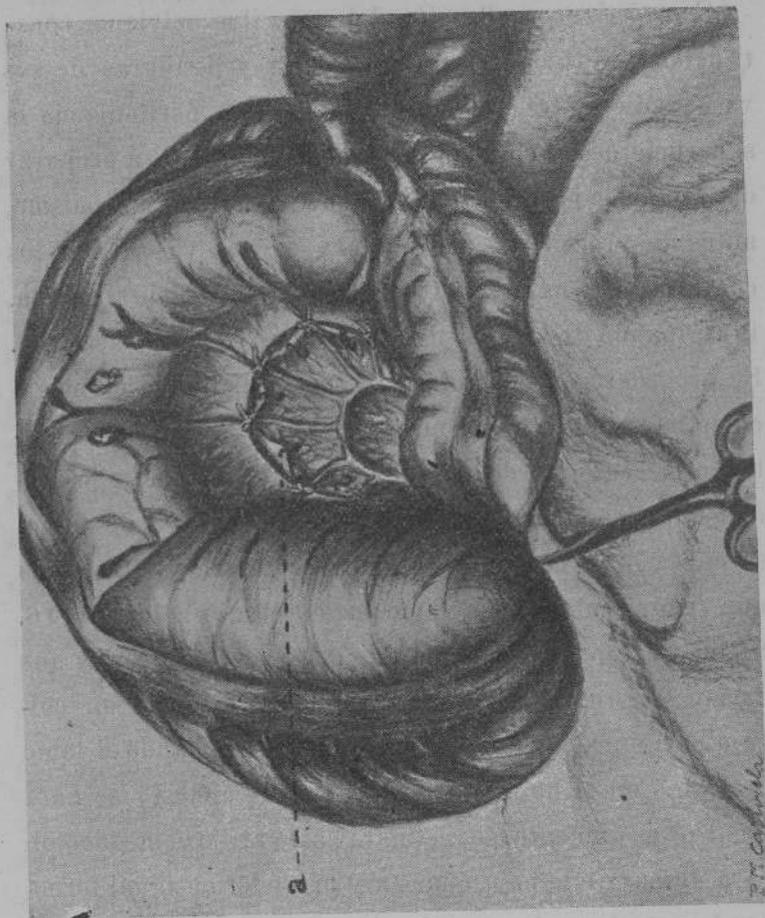


Figura 16 (B. A.)

gadura. Practicadas estas con cautela y orden, no deberá verse sangre derramada en el campo operatorio, pues la pinza y la ligadura son maestra de ellas.

En este tiempo, el cirujano no tendrá que preocuparse

de la precaria irrigación del segmento rectal, como su-

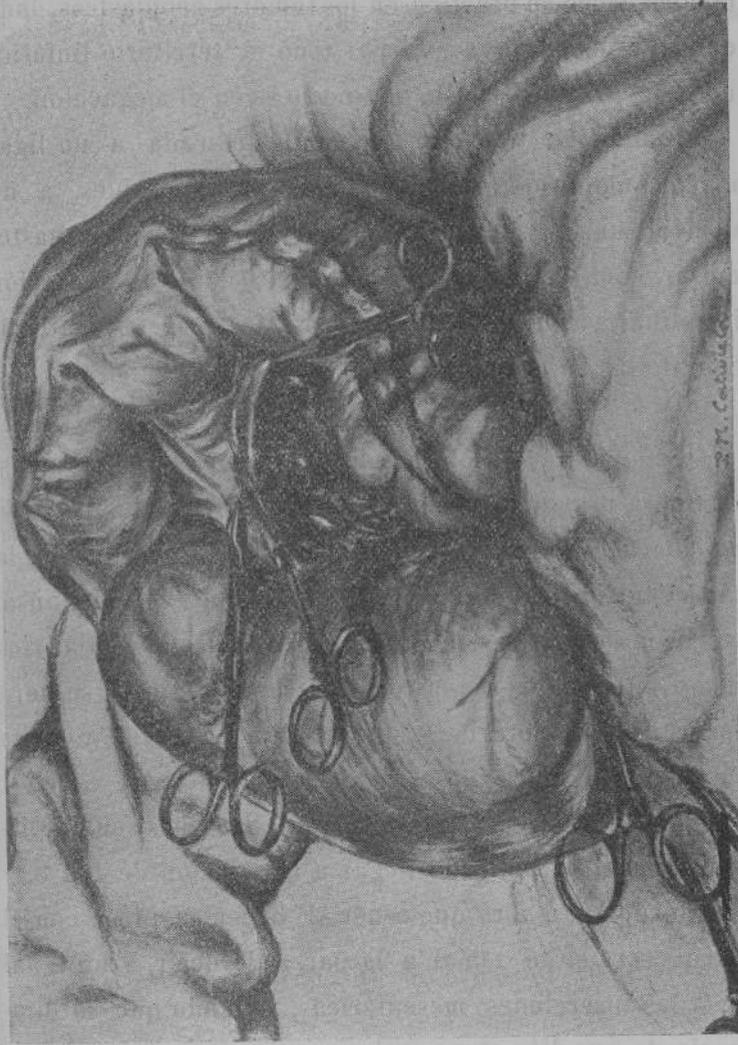


Figura 17 (B. A.)

cede en las resecciones cuando el intestino es asiento de una lesión maligna; por cuanto las ligaduras se colocarán en las ramificaciones de los segundos arcos arteriales de

las cólicas y en manera alguna sobre sus troncos principales, como se practica en los tumores neoplásicos, dado que en estos se busca extirpar todo el territorio linfático metastásico de su meso, que no lo es en el megacolon.

La atención del cirujano será dedicada a no ligar mayor número de arterias que las indispensables, a fin de dejar una perfecta irrigación de los extremos a anastomosar, como se indica en cualquier clase de resección intestinal asegurando en tal forma la perfecta cicatrización de las suturas (fig. 17).

*Quinto tiempo.*—Colocación del clamp a tres ramas. El tipo a usar debe ser el modelo mayor y mas potente. Su colocación se hará por el procedimiento ordinario, la rama central introudeida en el medio del vuelo del ansa, servirá a las dos ramas externas para apretar y fijar los cabos intestinales a anastomosar, a la vez que se hará hemostasia temporaria, lo que facilita la sutura y evita pérdidas sanguíneas en el tiempo siguiente.

Como hemos dicho anteriormente, los cabos son de distinto diámetro; pudiendo llegar a la relación de 1 a 3, y el cuidado que habrá que tener al hacer su presa con el clamp, será el de tomar a la par, vale decir, a un igual nivel las inserciones mesentéricas, dejando que la diferencia de sus diámetros se haga aparente en el extremo del mismo y en el borde libre del intestino. La figura 18 muestra el clamp colocado, con los diámetros intestinales de dimensiones desiguales.

Colocado el clamp y efectuada la coprostasia ordinaria deberá tomarse por arriba y a dos centímetros de él e independientemente los dos intestinos mediante clámps



Figura 18 (B. A.)

sencillos, con el propósito de proceder en el tiempo siguiente a la resección intestinal entre estos y el de tres ramas.

Es de recomendar que el clamp sencillo que toma el cabo inferior, diremos rectal; sea lo mas potente posible

por cuanto deberá tomar el megacolon con sus paredes



Figura 19 (B. A.)

duras y espesas, que no se dejarán sujetar bien, pudiendo

soltarse el intestino si no se toma esta precaución, una vez hecha la sección. Es bueno pues asegurar la presa del clamp para evitar posibles contratiempos (figura 18 y 19).

*Sexto tiempo.*—Secciones intestinales. Tiempo séptico, en el que hay que aislar el campo atentamente y en especial el clamp principal y sus vecindades, para evitar contaminaciones.

Sujetos los intestinos en la forma expresada, se procederá a la sección y ablación del megacolon. Las secciones se harán con tijera, a igual distancia de los clamps dejando un centímetro de cabos intestinales para poder hacer la sutura anastomótica. (Figura 20).

Al hacer las secciones, el ayudante irá absorbiendo con una gasa el contenido séptico que pudiera haber quedado entre los clamps no obstante la coprostosía practicada.

Ejecutadas las secciones, el megacolon quedará libre y se le sacará del campo operatorio. Al finalizar este tiempo se deberá hacer una limpieza minuciosa de los extremos intestinales con gasa húmeda en éter.

*Séptimo Tiempo.*—Sutura intestinal sero-serosa de fruncimiento. Abocamiento término-terminal. Nosotros empleamos el catgut fino N.º 0, y una aguja recta costurera, de diámetro mediano pero larga, porque es tomada fácilmente y se la maneja con más fuerza, pudiendo ha-

cer con ésta, dos pasadas seguidas sobre el cabo a frun-

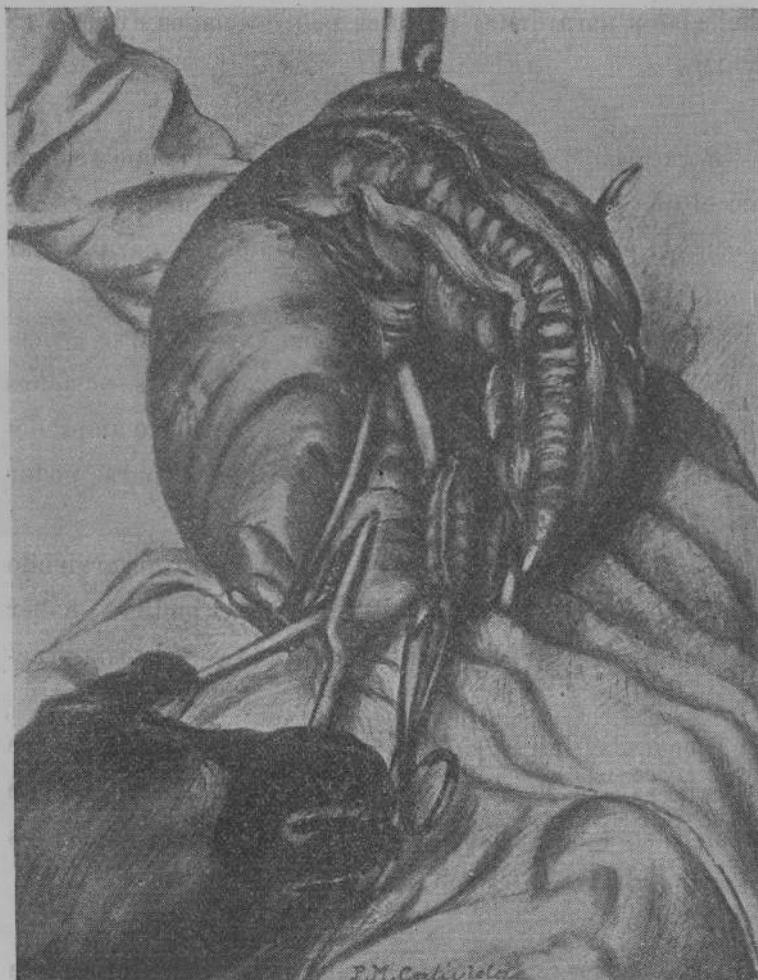


Figura 20 (B. A.)

cir sin soltarla; al igual que las costureras practican un rápido hilván.

Adoptamos el catgut, porque no es eliminado por los tejidos como acontece con el hilo, habiendo tenido oportunidad de observar en un colectomizado, que al cabo de un mes y medio nos presentó en la mano un segmento de hilo expulsado con las materias fecales. Es muy natural que el hilo, deje ulceraciones al caer a la luz del intestino ocasionando un largo proceso cicatrizante. Hemos constatado lo dicho bajo el rectoscopio.

La sutura sero-serosa posterior, es la primera que deberá practicarse y en la cual el cirujano tendrá que vencer dos dificultades; 1.º Los diferentes espesores de las túnicas intestinales en las bocas a anastomosar, pues; la de arriba es normal, la de abajo siempre está muy espesada y esclerosa. 2.º Los distintos diámetros de las mismas.

La primera dificultad se salva fácilmente haciendo puntadas más profundas en el cabo espesado; tomando parte de la musculosa y haciendo en realidad una sero-muscular, lo que viene a beneficiar a la sutura, pues resulta de mayor resistencia; la que no zafará tanto más, cuanto que el fruncido que hace le obliga a disponer de mayor fuerza.

La segunda, aún cuando sea la que algunos cirujanos evitan haciendo una anastomosis término-lateral, latero-lateral o término-terminal usando un procedimiento como el de Billroth I; nosotros creemos que se puede salvar sin tropiezos y sin dificultades mayores ejecutando la sutura de fruncimiento, para lo cual al practicar la primera

sutura posterior, sero-serosa; deberá hacerse con la aguja una sola pasada en el extremo menor, para dos en el

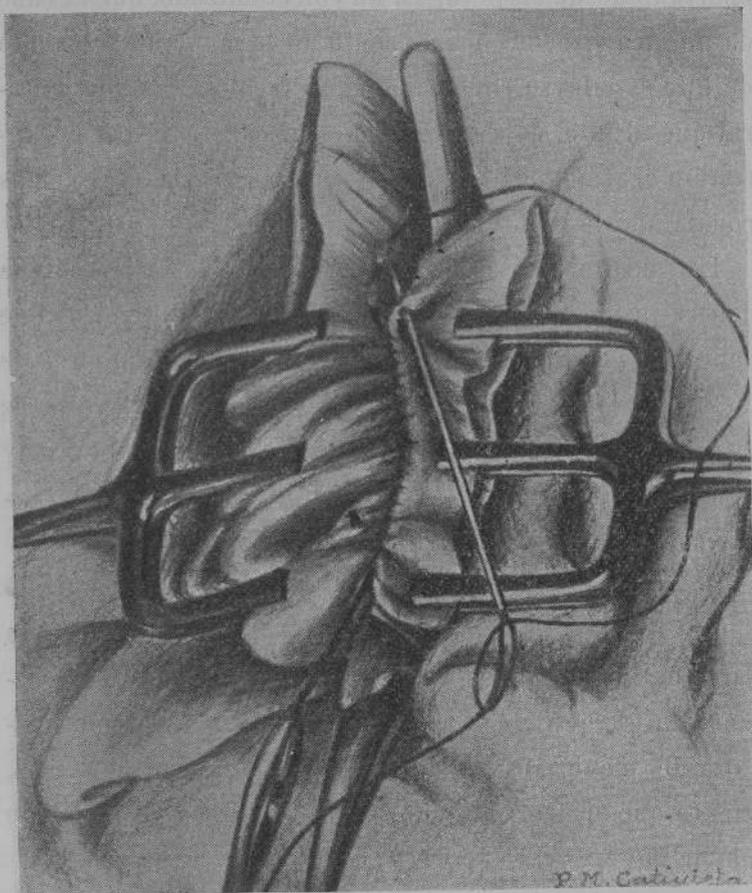


Figura 21 (B. A.)

mayor, viendo y calculando a medida que avanza la sutura de llegar a igualar ambos diámetros al finalizar la primera semi-circunferencia.

En la figura 21 se hace evidente los detalles de ella y

las pinzas a 3 ramas modelo del Dr. Del Valle que aparecen en ella, sirven para evertir los cabos a fin de que la sutura se practique cerca del clamp sin dificultades, debidas a la profundidad de la misma, Obsérvese en ella, los fruncidos que ha hecho la sutura, en su mitad terminada sobre el cabo mayor y falta de ellos en el extremo menor.

Es natural, que si el clamp a 3 ramas permaneciera cerrado durante la ejecución de esta sutura, el fruncido no se haría; es por eso que hay que entreabrir la rama que mantiene al cabo inferior (diámetro mayor) a medida que vaya avanzando la sutura y permitir de ésta suerte, el buen fruncimiento, a la vez que el buen afrontamiento. Antes de entreabrir el clamp, es de buena prevención colocar temporariamente un clamp de seguridad por debajo del mismo a objeto de evitar que se escape al interior del vientre o vierta materia fecal sobre el campo operatorio.

Como he dicho; es indispensable para la mejor ejecución de esta sutura, que los cabos estén parejos hacia el eje del clamp con el propósito de que la diferencia de sus diámetros se haga aparente en el extremo del mismo, de esta manera se podrá dirigir a las puntadas en relación con la diferencia real de los diámetros que el operador observa a medida que se ejecuta la sutura sero-serosa de fruncimiento.

Terminada la semi-circunferencia posterior, se dejará la aguja enhebrada con el hilo envuelto en gasa, para ter-

minar con ella después de hacer los tiempos siguientes, la semi-circunferencia anterior.

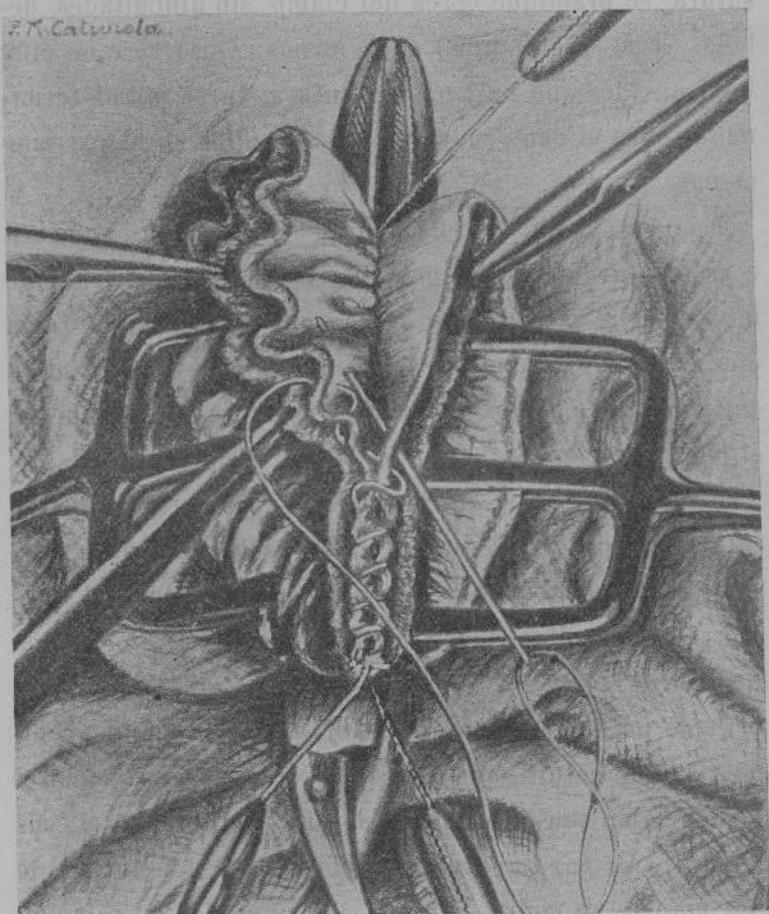


Figura 22 (B. A.)

*Octavo tiempo.*—Sutura posterior sero muscular de seguridad. Se practicará esta sutura con fines de un mejor afrontamiento anatómico, a la vez de hemostasia y segu-

ridad, puesto que tomando las capas musculares espesas hará una unión firme.

Esta sutura se la practicará en la semi-circunferencia posterior solamente, y comprenderá las capas serosas y musculares de ambos extremos dejando libre la mucosa, la que, deberá ser tomada con la tercera sutura que veremos en el próximo tiempo. Se la practicará a surjet continuo, siguiendo siempre la maniobra del fruncido, la que, contribuirá al afrontamiento perfecto de las capas que atraviesa.

En la figura 22 se demuestra las características de la sutura cuya demostración se hace más fácilmente, que la mejor descripción hecha por una hábil pluma.

*Noveno tiempo.*—Sutura mucó-mucosa en su mitad posterior perforante y hemostática en la anterior. Esta sutura tomará a la mucosa dejada libre por la sero-muscular posterior practicada en el tiempo precedente; una vez que ha terminado con la semi-circunferencia posterior; pasará directamente a completar el cierre de la boca anatómica en la semi-circunferencia anterior, para lo cual se hará perforante, de mucosa a serosa y de serosa a mucosa, de ambos cabos respectivamente, evertiendo sus labios hacia afuera como se acostumbra a hacer usualmente en toda anastomosis, por lo que evito entrar en detalles inoficiosos.

En la semi-circunferencia anterior no tiene ninguna particularidad digna de mención, a excepción del frun-

cido que se irá efectuando a medida que se la practicará, cuidando que al concluir el cierre de las bocas, ellas se afronten correctamente sin excesos ni defectos.

*Décimo tiempo.* — Sutura sero-muscular anterior. Se hará con la aguja enhebrada que se ha dejado envuelta en gasa después de hacer la primer sutura posterior y ella afrontará las superficies serosas de la semi-circunferencia anterior, invaginando a la perforante ejecutada en el tiempo precedente. Es, por otra parte, la tercer sutura común a toda anastomosis usual.

*Undécimo tiempo.* — Sutura sero-serosa anterior. Se practicará por último otra sutura sero-serosa en la semi-circunferencia anterior, superpuesta a la precedente que le servirá de refuerzo.

En resumen: el abocamiento queda establecido mediante tres suturas superpuestas que de la serosa a la mucosa serán:

1.º Sero-serosa . . . . .	} Posterior
2.º Sero-muscular . . . . .	
3.º Muco-mucosa . . . . .	
1.º Perforante común . . . . .	} Anterior
2.º Sero-muscular . . . . .	
3.º Sero-serosa . . . . .	

quedando de esta manera un abocamiento firme, fuerte y hemostático a la vez que anatómico.

Si a pesar de estas suturas, quedara alguna superficie no muy bien peritonizada, nosotros no tenemos reparo en



Figura 23 (B. A.)

hacer puntos aislados de refuerzo sero-serosos a fin de garantizar una anastomosis perfecta (fig. 23).

*Duodécimo tiempo.*—Peritonización del meso ileo-pelviano. Este tiempo y el siguiente se dedican a la toilette

del meso seccionado. Deberá practicarse una sutura de adosamiento con los dos colgajos peritoneales tallados al

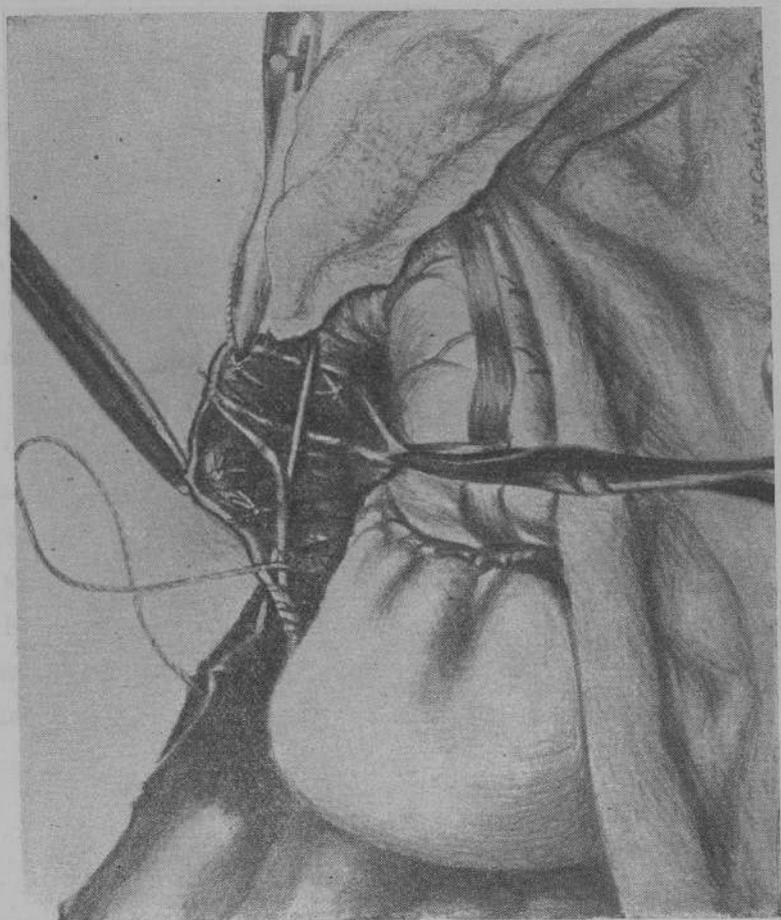


Figura 24 (B. A.)

comenzar la operación (4.º tiempo), invajinando con ella a las ligaduras arteriales de las cólicas. Terminada ésta, no se verá superficie cruenta al descubierto y la continuidad de la hoja peritoneal de un lado del meso con la del

otro, se hará por adosamiento de sus serosas sin mostrar superficies desperitonizadas (fig. 24).

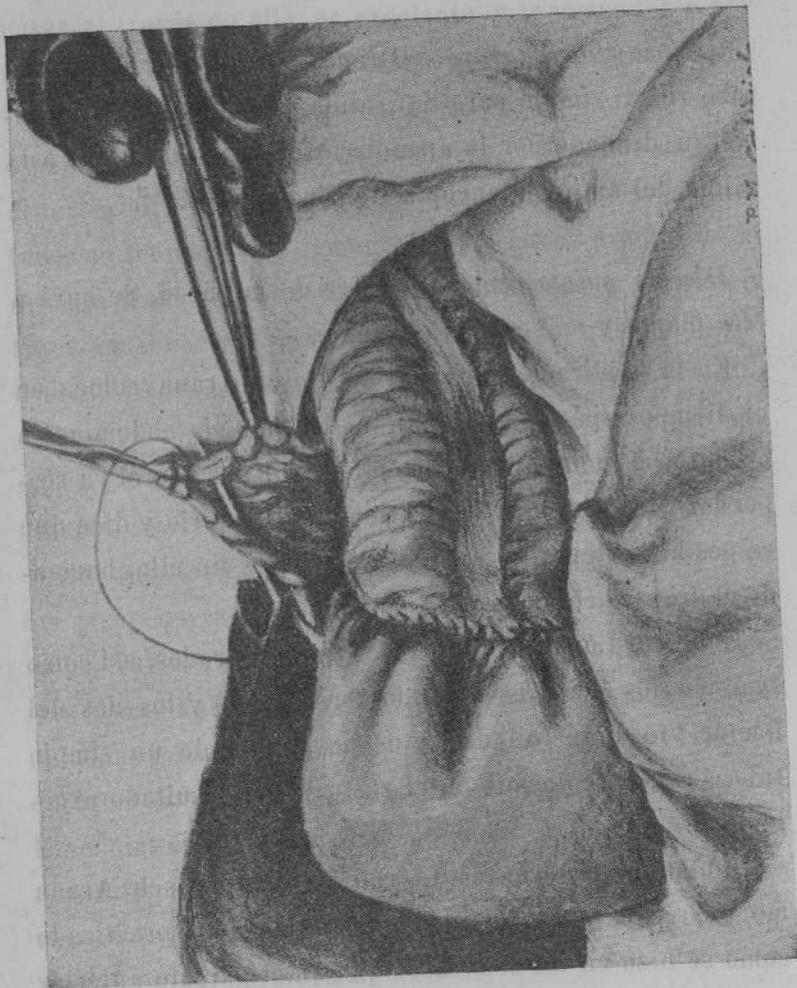


Figura 25 (B. A.)

*Décimo tercero tiempo.*—Cierre del espacio libre entre el meso y el intestino. Tomando la parte media del meso con una pinza (fig. 25), se lo tiende en dos partes iguales; la aguja lo irá tomando y adosando hasta cerrar comple-

tamente el espacio existente que pudiera ser causa de extrangulaciones internas.

*Décimo cuarto tiempo.*—Drenaje rectal. Se colocará un tubo rectal simple para dar salida a los gases que no hubieran drenado por la apendicostomía. Se lo fijará a la salida del ano con leucoplast o con un punto.

*Décimo quinto tiempo.*—Cierre de la pared. Se hará a tres planos y no se dejará drenaje.

En la publicación original de Bosch Arana coloca en un tiempo especial el drenaje cólico por vía abdominal a espensas de una apendicostomía; y al final de él ya sospechaba la inutilidad de tal tiempo operatorio y dice que es posible obtener los mismos resultados sin ella, haciendo el drenaje cólico trans-anastomótico.

El doctor López Molina en dos casos operados, así como también los dos casos del doctor Lamón y los dos del doctor Viñas, fueron drenados por medio de un simple tubo de goma colocado en el recto y con resultado excelente.

Hablando posteriormente con el doctor Bosch Arana me expresaba que el simple drenaje cólico practicado como se hizo en los seis casos que en el párrafo anterior me he referido era bueno y suficiente pero que el drenaje trans-anastomótico era de mayor seguridad, lo que es lógico y plausible.

En suma el drenaje cólico es indispensable; la apendi-

costomía puede suprimirse; el simple tubo de drenaje introducido en el recto hasta el nivel del anastómosis y sin pasar al través de ella, es excelente, y recomendable por su simplicidad y en ambos casos operados por el doctor López Molina hicieron su post-operatorio a vientre plano, espeliendo continuamente gases y en el segundo de ellos al tercer día se produjo una descarga diarreica por el tubo, no teniendo que lamentar el no haber practicado el drenaje trans-anastomótico. Claro está que con el drenaje trans-anastomótico se obtiene una mayor seguridad, en el drenaje de los gases; pero a veces su introducción es difícil y para efectuarlo es conveniente inyectar por el mismo, unos cien gramos de glicerina a fin de franquear sin dificultades la neo-boca.

La anestesia, en general depende del operador; y en los casos operados en el servicio del doctor Decoud, dos se les suministró cloroformo-éter; uno, cloroformo, uno éter y tres anestesia raquídea (estovaina-cocaína) y al final unas gotas de éter; en los operados en el servicio del doctor Vila así como también los de los doctores Lamón, Finochietto, Ceballos que son siete casos, la anestesia usada fué el éter (Ombredan); y en los operados en los servicios de los doctores Viñas y Copello la anestesia empleada fué el cloroformo.

Para que el procedimiento tenga franco éxito, deberá usarse la técnica descripta pues es la más racional y de resultados positivamente buenos. Deberá researse ampliamente el megacolon, como su autor lo indica, seccio-

nando su porción superior en pleno colon descendente sano lo que evitará la residiva y dará elasticidad a la boca anastomótica evitando así su estrechez por retracción cicatricial del tejido fibroso del megacolon, que formaría la neo-boca, si la resección no se hiciera lo suficientemente amplia. Es preferible dejar más parte enferma si fuera necesario, en el cabo rectal que en el cabo cólico. La sección inferior se efectuará lo más bajo que sea posible. Para efectuar la unión de los cabos se usará la anastomosis término terminal (TT), teniendo en cuenta la proporción de ambas bocas entre sí para efectuar el fruncido tomando ya sea una puntada de un lado y dos de otra o una y tres etc., efectuando esto en los tres planos de sutura, y con catgut fino.

La anastomosis látero-lateral (L. L.) no deberá practicarse, pues es de difícil ejecución en estos casos, sobre todo si la resección es muy amplia, y los fondos de saco que quedan, especialmente el cólico, da lugar a estencamientos fecales que lo dilatan y esclerosan, teniendo, en consecuencia, resultados funcionales malos o mediocres. Lane, que ha trabajado mucho sobre este punto, opina así; pues ha obtenido en sus colectomizados con abocamiento L. L., muy mediocres resultados por la causa que más arriba dejo apuntada, habiendo observado un caso en el que la bolsa superior (cólica) se había transformado en un verdadero saco, que llenaba el Douglas, acompañado de una serie de trastornos funcionales muy marcados.

La anastómosis T. L. no deberá tampoco practicarse, pues se acoda fácilmente, funciona con dificultad y puede ser asiento de fenómenos de obstrucción aguda de grave pronóstico. Lane perdió tres colectomizados en estas condiciones.

CUIDADOS OPERATORIOS. — Antes de operar a un enfermo de megacolon, debemos asegurar el éxito quirúrgico llenando estos dos objetivos principales: 1.º que el megacolon esté vacío de materias fecales, y 2.º que esté lo más aséptico posible.

Para obtener esto se procederá de la siguiente manera: Si existe un bolo fecal se le extraerá manual o instrumentalmente (aparato de Finochietto). Hecho esto, se le administrará grandes enemas de aceite o agua jabonosa seguidos de grandes lavados con agua hasta que ésta salga limpia de residuos fecales. Esto se deberá hacer cotidianamente hasta el día que se resuelva operar, agregando tres o cuatro días antes dos grandes purgantes de 80 a 100 gramos de aceite de ricino. Un olvido en la administración de este tratamiento, puede ser de graves consecuencias. La administración por vía bucal en los días anteriores al acto quirúrgico de substancias medicinales, con el objeto de aseptizar o por lo menos disminuir la virulencia de la flora microbiana intestinal; es una utopía, y no se conseguirá el fin deseado. Media hora antes de la intervención, se le practicará al enfermo un gran y abundante lavado intestinal hasta que el agua

salga perfectamente clara. Obrando en esta forma, se obtendrá un intestino limpio de materias fecales y lo suficientemente aséptico, como no se obtendría con la administración de sustancias medicamentosas.

Así lo hemos practicado en los dos enfermos operados en el Servicio del doctor Vila, y en ambos, al abrir el intestino, no hemos observado ni rastros de materias fecales, y solamente un poco de agua, residuo del lavado preoperatorio.

**CUIDADO POST-OPERATORIO.** — Lo que más requiere la atención del cirujano, es el perfecto drenaje de los gases, el mantener constante de un buen estado general y cuidar el corazón. Para esto se tendrá especial atención en que el tubo rectal no se ocluye o se tape o le salga inconscientemente al enfermo. Procediendo así, los colectomizados harán su post-operatorio a vientre plano y con un estado general excelente, que llama la atención debido a la magnitud de la operación. Al sexto día se le extraerá el drenaje cólico.

Por lo demás, estos enfermos requieren las indicaciones terapéuticas y cuidados post-operatorios generales de todos los pacientes laparotomizados.

**RESULTADOS OPERATORIOS.** — Los resultados operatorios inmediatos con la técnica de Bosch Arana, son excelentes, y los resultados funcionales alejados son magníficos.

Publico en este trabajo 17 casos operados en distintos Servicios de Cirujía, que son los que he podido reunir hasta ahora, con una sola defunción inmediata, lo que arroja un porcentaje de mortalidad de un 5,88 %, bien distinto por cierto de aquel 34,2 % que publicaba Duval hace veinte años y de aquel 38 % que publican Gayet y Patel hace siete años, operados exclusivamente con la técnica de Bosch Arana. Esto en cuanto a los resultados inmediatos.

En cuanto a los resultados funcionales alejados, puedo asegurar que ha sido brillante, como se puede ver leyendo las historias clínicas que al fin inserto.

Sobre todo, para obtener esto no deberá olvidarse el que trate de practicar esta intervención de reseca, si es posible, algo de colon descendente sano, que de hacerlo dejando en el cabo superior colon enfermo, y así tendrá la satisfacción de ver coronada de éxito su intervención.

Si la resección cólica ha sido suficiente, obtendrá por el examen radiológico post-operatorio una imagen radiográfica como el de las figuras 13 y 14, unido a un resultado funcional excelente, pues ya no habrá constipación, y si la hay es escasa, y el estado general mejorará visiblemente. Si la resección cólica fuera defectuosa e insuficiente por haber dejado una porción de colon descendente enfermo, se verá por el examen radiográfico que el intestino se nos presenta con una forma elíptica, que va aumentando insensiblemente de diámetro, de arriba abajo, confundiéndose hacia arriba y hacia abajo, sin ninguna

línea de demarcación con el colon descendente y con el recto.

Nosotros, en las dos únicas intervenciones que hemos practicado al respecto, con arreglo a esa técnica, hemos tenido muy en cuenta ese detalle tan importante, y un franco éxito ha coronado ambas intervenciones. La primera mueve su vientre día a día, y en el segundo hubo al principio una incontinencia de materias fecales, debido a una gran desgarradura del esfínter anal, que la había producido al extraerle manualmente un bolo fecal en otro hospital. Posteriormente se le hizo una rafia del ano y de los elevadores, y actualmente mueve su vientre con regularidad. Cuando pasan 48 horas sin hacerlo, media cucharadita de café de magnesia calcinada, tomada por la noche, les produce al día siguiente dos a tres deposiciones moldeadas. Ha engrosado la primera 18 kilos, la segunda en un mes 6 kilos; tienen gran apetito y se encuentran satisfechísimas de haberse intervenido.

La colectomía parcial T T es, hoy en día, la única operación curativa que existe sobre el megacolon, pues extirpa el ansa enferma, que es la fuente de todo el mal; restablece las funciones evacuadoras del intestino, y no sólo cura a los enfermos, sino que éstos, en testimonio de su curación, no solamente regularizan su función intestinal, sino que engruesan inmediatamente, su apetito crece día a día, las asimilaciones son cada vez mayores, y todas las molestias más o menos acentuadas que padecían, desaparecen.

**OBSERVACIONES CLINICAS**



### Observación I

6-6 1917

HOSPITAL RIVADAVIA

SERVICIO DEL DOCTOR LUIS F. VILA

N. V. — 59 años, casada, argentina, costurera. Cama 5.

*Antecedentes hereditarios.* — Padre muerto cardíaco. La madre murió de un bolo fecal. Eran 4 hermanos; los tres primeros han muerto, ignora de que.

*Antecedentes personales.* — No recuerda haber padecido ninguna enfermedad en su primera infancia. Regló por primera vez a los 11 años, muy abundante, dolorosa de 4 días de duración; se casó a los 17 años; tuvo un aborto espontáneo y 10 hijos, embarazos, partos, puerperios normales. A los 19 años paludismo, tipo terciana, le administraron quinina y curó al mes. A los 23 años fiebre tifoidea. A los 26 años nuevamente paludismo; hizo tratamiento quinínico y curó al mes y medio (terciana). A la misma edad sarampión. A los 35 años empezó a notarse constipada constipación que ha ido en aumento hasta entrar en la:

*Enfermedad actual.*— Dice que en Octubre del año pasado su constipación se agravó y empezó a sentir dolores muy agudos en el trayecto del colon ascendente y transversal, pasó 15 días sin mover el vientre; tomó unos laxantes y mejoró. A fines de Diciembre fué la última vez que movió su vientre — empezó a sentir náuseas, cólicos muy fuertes, anorexia marcada y malestar general — adelgazó mucho — y al mismo tiempo notó que se le había formado un tumor abdominal «grande como si fuera una criatura». Vió a un médico el que la indicó purgantes y enemas con resultado negativo, pues el agua salía clara. Él 16 de Marzo después de dos meses de obstrucción intestinal, ingresa al Hospital de Clínicas. Sala 10. Cama 27 donde le administraron durante 14 días enemas y purgantes y el día 10 de Abril después de tres meses de oclusión bajo anestesia general la intervinieron. A los 10 días fué dada de alta, y dice la enferma que su tumor persistía y que no movía su vientre. Le indicaron enemas diarios y el agua salía ligeramente sucia mientras que su tumor no se modificaba. Pasaron dos meses y en esas condiciones ingresa a este hospital a la Sala VI (Clínica Médica) de donde es enviada a este servicio al que ingresa con el siguiente:

*Estado actual.*— Mujer regularmente conservada con un estado tóxico manifiesto.

Cráneo, cara, cuello y tórax nada de particular.—  
*Abdomen:* Inspección: Se nota un tumor alargado mediano aunque ligeramente lateralizado hacia la izquierda

que se extiende desde la sínfisis púbica hasta el epigastrio no se desplaza con los movimientos respiratorios — no cambia de forma. Lo restante del abdómen abombado. Se palpa un tumor que se extiende desde el pubis hasta el borde costal izquierdo continuándose desde este nivel hacia abajo y a la línea media y de allí desciende hasta la cresta ilíaca para elevarse de nuevo hasta el epigastrio. Es muy movable, fácilmente desplazable para todos lados, de consistencia pastosa, guarda la impresión de los dedos. Colon y ciego lleno de materias fecales. No hay puntos dolorosos determinados. Percusión-matitez al nivel del tumor; en las demás partes del abdómen hay un gran timpanismo.

*Aparato digestivo.* — Escasos vómitos mucosos y regurgitaciones ácidas-anorexia. Tacto Rectal: Se nota un gran repliegue del recto al través del cual se percibe el tumor; desplazado éste hacia arriba, se consigue salvar el obstáculo y se toca un bolo fecal.

*Aparato genital.* — Menopausia-Tacto bimanual, matriz desplazada contra el pubis y rechazada hacia la vulva está como emparedando la vagina.

*Diagnóstico.* — Megacolon íleo pelviano-bolo fecal.

El día 8 bajo anestesia general, extracción manual del bolo fecal. El día 9 se le administran 100 gramos de aceite de ricino, dos enemas de aceite y uno jabonoso-15 deposiciones abundantes. El día 10 una enema jabonosa y dos de agua, el último sale aún teñido. El día 11, 70 gramos de aceite de ricino, una enema jabonosa

y dos de agua, 7 deposiciones; el último enema sale casi claro. Desde el día 12 hasta el 16 se le administran tres enemas diarios uno jabonoso y dos de agua y 50 gramos de aceite de ricino. El 17 se practica exámen radiológico per-rectum observándose un gran megacolon íleo pelviano con ansa sumamente plegada; 24 horas antes de la operación se le administran 100 gramos de aceite de ricino y tres enemas, en el último el agua sale clara.

*Operación.*—Media hora antes gran lavado intestinal hasta obtener repetidas veces el agua clara. Anestesia general. Eter (Ombredan) Doctor López Molina. Laparotomía mediana infra-umbilical-gran megacolon íleo pelviano, se explora y se exterioriza, meso largo con placas lechosas y algunos ganglios; mega a paredes gruesas y duras se resuelve practicar una colectomía parcial; aislamiento perfecto del campo operatorio, sección de ambas hojuelas del meso, se hacen dos pequeños colgajos se pinzan individualmente las arterias se ligan y se seccionan entre la pinza y la ligadura, se practica coproestasia, se coloca la pinza de tres ramas tomando en cabo superior colon sano, sección a tijera, se saca el mega del campo operatorio, sutura en tres planos uno a tres, toilette del meso, se coloca un simple tubo de drenaje en el recto, y se cierra el vientre en tres planos.

*Post-operatorio.*—Suero (hipodermoclisis) aceite alcanforado etc. La enferma hizo un post operatorio excelente con buen pulso, vientre plano, a los 6 días se extrae el tubo rectal, a los 8 días los puntos, a los 15 días se

levanta moviendo su vientre diariamente con un estado general visiblemente mejorado, con gran apetito. Se le tuvo en la sala un mes en observación habiendo aumentado 9 kilos.

*Mayo de 1918:* hace diez meses que fué operada y la enferma nos fué a visitar al hospital: está desconocida; ha aumentado en total 20 kilos.

---

## Observación II

21-2 1918

HOSPITAL RIVADAVIA

SERVICIO DEL DOCTOR LUIS F. VILA

F. M; 58 años, argentina, viuda, planchadora. Cama 8  
*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Antecedentes personales.*—Siempre ha sido sana, regló por primera vez a los 14 años. Se casó a los 16, 6 hijos dos muertos, uno por accidente, otro por p<sup>ar</sup>alisis general. A los 40 años menopausia. Nunca ha sido constipada.

*Enfermedad actual.*—Comienza hace 4 años con constipación progresivamente creciente, hace un año y medio primer bolo fecal que se lo extrajeron manualmente, quedó con incontinenia de materias fecales, despues ha hecho tres bolos mas extraídos manualmente.

*Estado actual.*— Enferma emaciada con un tinte amarillento generalizado y precario estado general.

*Abdómen.*—En flanco derecho se palpa cuerda cólica ascendente. Se palpa un tumor pastoso alargado, libre, móvil, alojado en la fosa ilíaca izquierda y flanco del

mismo lado. Abdómen timpánico. No hay dolor a la palpación ni puntos dolorosos especiales. Hígado borde superior cuarto espacio intercostal, borde inferior reborde costal. Ap. digestivo anorexia, hace 25 días que no mueve su vientre ni expele gases por el tacto rectal se nota la presencia de un repliegue de forma semilunar duro y grueso. Franqueado este se toca un bolo fecal. El ano presenta una gran desgarradura ántero-posterior con ectropion de la mucosa rectal. Ap. genital: desgarradura de primer grado de la orquilla vulvar, por el tacto bimanual se nota la presencia de un tumor de consistencia pastosa que guarda la marca de la impresión digital. Ocupa el fondo de saco lateral izquierdo y posterior no es doloroso es móvil; Útero pequeño rechazado hacia el pubis.

*Diamóstico.*—Megacolon íleo pelviano en asistolia cólica-bolo fecal.

*Tratamiento.*—Enemas de aceite y grandes lavados intestinales, 60 gramos aceite de ricino. Se consigue disolver el bolo que se elimina. No se puede practicar examen radiológico pues la enferma no retiene el enema opaco. Se resuelve practicar una colectomía parcial, para lo cual se prepara a la enferma con aceite de ricino y grandes lavados intestinales.

*Marzo 2, Operación:* una hora antes gran lavado intestinal hasta obtener agua perfectamente clara.

Op. doctor López Molina-Anestesia Eter Ombredan; Laparotomía mediana infra-umbical; se explora: gran co-

lon íleo pelviano dilatado, paredes gruesas, duras, meso corto, grueso, con placas lechosas esclerosado. Una vez exteriorizado y examinado el mega, se resuelve practicar una amplia resección: buen aislamiento campo operatorio se seccionan ambas hojillas peritoneales del meso, se hacen dos pequeños colgajos, se individualizan las arterias terminales que se pinzan y ligan seccionándolas entre ambas, coproestasia de los cabos a seccionar y del mega, se colocan pinzas de tres ramas; sección a tijeras, se saca el megacolon del campo operatorio; intestino limpio, no hay rastros de materias fecales, solamente tiene un poco de agua residuo del lavaje preoperatorio, se tocan los bordes con éter, se sutura en tres planos con fruncido uno a dos; se hace la toilette del meso, se coloca tubo rectal simple fijándolo con tres puntos al orificio anal; se cierra el vientre en tres planos sin drenaje; duración op. una hora, diez minutos.

*Post-operatorio.*—Excelente, a vientre plano. Al día siguiente la enferma pide de comer, pues dice que tiene mucho apetito. Pulso bueno. A los 3 días descarga diarreica por el tubo. Se extrae a los 6 días el tubo rectal; a los 8 días los puntos, a los 15 se levanta, mueve su vientre diariamente y hay incontinencia fecal por lo cual se resuelve practicarle una rafia del esfínter y de los elevadores, cosa que se practica un mes más tarde. La curación es buena y la enferma ha mejorado visiblemente aumentando 6 kilos.

### Observación III

HOSPITAL RAMOS MEJÍA  
SERVICIO DEL PROFESOR D. DECOUD (B. A.)

J. R., 27 años, soltero, argentino.

*Antecedentes hereditarios y personales.*—Buenos.

*Enfermedad actual.*—Constipado desde hace 7 años, tiene que tomar laxantes y enemas. La constipación se acentúa gradualmente, viéndose obligado a aumentar las dosis de los laxantes en forma correlativa. Poco tiempo despues, hace un bolo fecal que le extraen en el servicio del Dr. Chutro. Algunos meses más tarde recidiva del bolo y extracción manual bajo anestesia clorofórmica. A pesar de ello no mejora; necesita tomar grandes dosis de aceite de ricino (100 gramos) y enemas de 3 y más litros para limpiar su intestino una sola vez al día, tiene fenómenos de estercoremia crónica, cefaleas, náuseas y perturbaciones gástricas. Un nuevo bolo lo hace ingresar al servicio del profesor Decoud.

*Estado actual.*—Sujeto en buen estado y vigoroso. Presenta un tumor que ocupa el bajo vientre; diagnosti-

cado bolo fecal se le extrae por el ano. Días más tarde una radioscopia con enema revela un megacolon. Se instituye un tratamiento preoperatorio.

*Julio 20, 1915.*—*Operación:* anestesia cloro y éter. Se constata un megacolon sigmóideo con un bolo del tamaño de una naranja alojado en el divertículo de la porción más dilatada. Colectomía parcial por la técnica descrita. Apendicostomía y tubo rectal.

*Julio 27.*—Se sacan los puntos. Suit op.; apirético sin meteorismo intestinal y vientre plano; cura por primera.

*Agosto 23.*—La fístula apendicular cierra espontáneamente; mueve su vientre bien. Un año más tarde el enfermo por carta se muestra muy contento de la operación, pues mueve su vientre todos los días y con toda regularidad. Dos años más tarde continúa admirablemente; solo rara vez ha usado purgante o enema.

---

### Observación IV

HOSPITAL RAMOS MEJÍA

SERVICIO DEL PROFESOR DECOUD (B. A.)

A. R., 35 años, casado, argentino.

*Antecedentes hereditarios y personales.*—Buenos.

*Enfermedad actual.*—Ha sido siempre constipado. Desde hace siete años se acentúa la constipación, teniendo que usar laxantes, magnesia a dosis masivas y enemas. Sin estos remedios pasaba 15 días sin evacuar su vientre, experimentando las consecuencias de la estercoremia crónica: enfriamiento de las extremidades, cefaleas, sudores, sequedad de la piel, pérdida del apetito y de fuerzas. En este intervalo, ha tenido pequeños bolos que él mismo deshacía con el dedo o con un palito, ayudado con enemas. Desde un año a esta parte su constipación aumenta, debiendo recurrir a 100 grs. de aceite de ricino cada dos o tres días y a más de 10 enemas diarios de tres y cuatro litros. Con todo no consigue impedir la formación de bolos, uno de los cuales tiene que ser extraído por un médico.

Ha tenido unà vez fenómenos agudos de dolores, retención de gases, etc., que indican un vólvulus frustró.

*Estado actual.*—Sujeto en buen estado general, piel trigueña seca, lengua saburral. Ingresó al servicio después de 20 días de constipación con un tumor en el hipogastrio como una cabeza de adulto, desplazable, indoloro. Se diagnóstica bolo fecal y se extrae por el ano. Días después, una radioscopia con dos litros de agua bismutada vése una sombra que ocupa la pelvis y el hipogastrio, como un útero de seis meses, pasando por encima del ombligo.

*Julio 28, 1915.*—*Operación:* Anestesia, cloroformo. Colectomía, colon íleo-pelviano y 10 centímetros de colon descendente por la técnica descripta. Cura por primera.

*Agosto 30.*—Mueve su vientre bien. Mejor resultado que el caso anterior por la mayor cantidad resecado de megacolon.

*Mayo 1917.*—La curación es perfecta a la fecha.

---

### Observación V

HOSPITAL RAMOS MEJÍA

SERVICIO DEL PROFESOR D. DECOUD. (B. A.)

L. P. 38 años, argentino.

*Antecedentes hereditarios y personales.*—Sin importancia.

*Enfermedad actual.*—Constipado desde hace cinco años, trastornos gastro-intestinales y ligera constipación, en su principio; más tarde se acentúa la sequedad. Recurre a laxantes, enemas y purgantes cada vez más fuertes, pues los efectos disminuyen con el uso. Hace quince días no mueve el vientre, ingresando al servicio con un bolo fecal que es extraído en el servicio.

*Estado actual.*—Sujeto en regular estado de nutrición. Órganos internos, respiratorios y circulatorios, bien. El bolo fecal ha sido extraído, mueve su vientre con enemas y purgantes. Se instituye tratamiento previo. Una radioscopia maestra un colon enorme. La rectoscopia muestra igualmente una amplia cavidad.

*Mayo 10, 1916.*—*Operación:* Anestesia al éter. Colectomía, por la técnica descripta, apendicostomía,

Cura por primera, La pieza anatómica muestra una mesenteritis retractil crónica.

*Junio 12.*—El enfermo mueve todos los días su vientre sin enemas ni purgantes. Ha engordado visiblemente. La fistula apendicular ha cerrado espontáneamente.

*Septiembre 7, 1916.*—Por carta me anuncia se encuentra muy bien. Moviendo regularmente su vientre sin dificultad.

*Enero 18, 1907.*—Por carta me anuncia se halla bien y contento de su operación. Sigue moviendo su vientre regularmente y se despide muy agradecido a las atenciones recibidas.

---

## Observación VI

HOSPITAL RAMOS MEJÍA  
SERVICIO DEL PROFESOR D. DECOUD (B. A.)

F. O., 56 años, soltero, argentino.

*Antecedentes hereditarios y personales.*—Buenos.

*Enfermedad actual.*—Constipación crónica, tratada por purgantes, enemas; y medicamentos varios, sin modificar su estado. La constipación se establece francamente e ingresa al servicio con un bolo fecal de gran tamaño, el cual es extraído por el ano, mediante la cureta apropiada para estos casos.

*Estado actual.*—Sujeto en buenas condiciones; bien desarrollado. Órganos internos respiratorios y circulatorios, bien. Se instituye tratamiento pre-operatorio.

*Agosto 7, 1916.*—*Operación:* Anestesia, local infiltrativa; insuficiente por lo que fué necesario darle cloroformo y éter. Laparotomía mediana; constatado el megacolon, se ejecuta la colectomía, abocando los cabos intestinales por anastómosis T. T., usando el procedimiento de Billroth I°. Apendicostomía y tubo rectal.

*Agosto 12:* Los días siguientes ha habido un poco de meteorismo abdominal, ligeros cólicos intestinales que no han tenido mayor importancia. Para evitar estas molestias post-operatoria, recomendamos colocar el tubo rectal a través de la anastomosis con el fin de drenarlos directamente al exterior.

*Agosto 19.* — Persiste la fistula apendicular, que es cerrada sin dificultad con anestesia local simplemente.

*Noviembre 20,* — Por carta me comunica que su estado, si bien ha mejorado, moviendo más regularmente su vientre, hay días que está constipado, recurre a laxantes débiles, con lo que consigue un efecto. En este caso no hemos tenido la mejoría absoluta de los anteriores y creemos será debido a la técnica de anastomosis y a la insuficiente resección. Con todo, los resultados son satisfactorios según propias declaraciones del enfermo.

*Febrero 6, 1917,* — El enfermo escribe y me comunica que lo pasa bien, moviendo su vientre hasta 15 ó 20 días todas las mañanas, pero que de vez en cuando necesita tomar un purgante a dosis comunes, con lo que consigue de inmediato un efecto. «He engordado algo más.»

## Observación VII

HOSPITAL RAMOS MEJÍA  
SERVICIO DEL PROFESOR DECOUD (B. A.)

L. R., 30 años, argentino.

*Antecedentes hereditarios y personales.*—Bueno.

*Enfermedad actual.*—Constipación crónica, rebelde a todo tratamiento médico. Ha hecho el año anterior otro bolo fecal que fué extraído. Ingresa al servicio con un nuevo fecaloma: es extraído en la sala.

*Octubre 23, 1916.*—Operación: Anestesia, raquídea ideal. Laparotomía infraumbilical, aparece un enorme megacolon íleo-pelvíano. Debridamiento de la última porción del descendente. Colocación del clamp a tres ramas. Colectomía. Al seccionar el extremo inferior, el clamp que era sencillo, soltó al intestino y se derramó cierta cantidad de materias fecales; que debido a un olvido del enfermero no había sido extraída por el enema evacuador dos horas antes del momento quirúrgico. No obstante este percance, la suit, fué buena dada la preparación del campo operatorio por medio de las compresas. Sutura tér-

mino-terminal con diámetros desiguales eu la proporción del 1 x 3. Apendicostomía y tubo rectal común.

*Octubre 24.* — 80 pulso, no hay temperatura, estado general bueno. Se queja de dolorcitos de barriga al nivel de la anastomosis como si se asemejaran a cólicos intestinales.

*Octubre 26.* — Extracción de la sonda apendicular y rectal.

*Octubre 31.* — Extracción de los puntos pared abdominal, ha movido espontaneamente su vientre.

*Noviembre 15.* — La apendicostomía se ha cerrado espontaneamente, movimientos de vientre diarios sin ayuda de enemas o purgantes.

### Observación VIII

HOSPITAL RAMOS MEJÍA

SERVICIO DEL PROFESOR D. DECOUD (B. A.)

A. M., argentino, agricultor, 63 años, casado.

*Antecedentes hereditarios.* — Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — Siempre ha sido sano y ha podido trabajar sin dificultades físicas. Antecedentes específicos.

*Enfermedad actual.* — Hace diez años comienza su dolencia con sequedad de vientre, que en el transcurso de los años se hace más intensa, lo que le obliga a tomar purgantes y enemas frecuentes. Desde cinco años hasta el presente ha tenido cuatro bolos fecales a repetición, no obstante el tratamiento médico y dietético. Las cantidades de purgantes son a dosis excesivas, al igual que los enemas, a pesar de los cuales la repetición del fecaloma se presenta por lo que ingresa al servicio.

*Enero 20, 1917.*—Extracción del bolo por el ano.

*Estado actual.* — Sujeto bien desarrollado, piel seca, escaso pániculo adiposo. Corazón: ligera miocarditis.

Pulmones: bronquitis crónica. Abdomen: timpánico, se percibe el abultamiento del megacolon con movimientos peristálticos.

*Rectocospía.*—Amplia cavidad, tratamiento pre-operatorio de desinfección, lavajes y tónicos cardíacos.

*Febrero 7.*— Operación: Anestesia intrarraquídea, terminando con éter al cerrar la pared abdominal. Se constata un gran megacolon I.P., que se extirpa por la técnica descrita. Abocamiento T.T. con diferencia de 1 a 2. Drenaje cólico. trans-anastómico con sonda esofágica. Sutura de la pared.

*Febrero 9.*— El enfermo ha tenido un post-operatorio excelente. No hay meteorismo. Pulso bueno. Satisfactorio drenaje cólico.

*Marzo 1.º*— Mueve su vientre espontáneamente, se levanta de la cama, buen apetito. Cura por primera.

### Observación IX

HOSPITAL RAMOS MEJÍA

SERVICIO DEL PROFESOR D. DECOUD (B. A.)

J. A., 42 años, viudo, empleado, argentino.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin mayor valor.

*Antecedentes personales.*—Constipación crónica desde 5 años a esta parte, que se vuelve pertinaz no obstante el tratamiento médico. Ha tenido tres asistolias cólicas a bolos fecales, extraídos por maniobras manuales al través del ano. Ingresa al servicio con un fecaloma notable, que es extraído en el servicio el 15 de Febrero del corriente año. Tratamiento pre-operatorio.

*Estado actual.*—Sujeto medianamente constituido. Cara típica de estos enfermos intoxicados crónicos. Órganos internos: circulatorios y pulmonares, bien. Abdomen tímpanico.

*Rectocospía.*—Amplio megacolon ileo-pelviiano.

*Febrero 28, 1917.*—Operación: Anestesia intrarraquídea ideal, completada al final de la intervención para hacer el toilet del abdomen con éter (20 gr.). Laparato-

mía infra-umbilical mediana. Se constata el megacolon I.P., que se extirpa por el procedimiento habitual del servicio. Sutura T.T.

Apendicostomía y tubo rectal común como drenaje cólico. Sutura pared abdominal.

*Marzo 4.º*— Vientre plano. No hay dolores. Pulso 80, sin temperatura. Drena la sonda apendicular; estado general excelente.

*Marzo 6.*—El enfermo no ha evolucionado bien; hay dolores en el vientre y está algo timpanizado. Los días subsiguientes no mejora su estado; al sexto día de la operación el timpanismo aumenta; no tiene movimientos de vientre y hay ligera temperatura. Todo hace pensar en una posible peritonitis.

*Marzo 7.*—Se constata la peritonitis; se opera abriendo la incisión infra-umbilical y se drena la cavidad. El estado es gravísimo y el desenlace fatal acontece dos días después.

*Autopsia.*—Algunos de los puntos de la sutura anastomótica han fallado, y se encuentra gran cantidad de materias fecales pastosas y algunos cropolitos en los extremos de las ansas seccionadas. Gran peritonitis. Los extremos suturados están bien, no hay gangrena en ellos, lo que nos indica la buena irrigación sanguínea que han tenido.

La boca anastomática era permeable después de la operación, habiéndose constatado que los gases pasaban sin dificultad antes de cerrar el vientre. La apendicosto-

mía se encuentra bien. La peritonitis ha tenido su iniciación en la sutura de abocamiento. Cabe, por tanto, preguntarnos: ¿cuál será su causa? Difícil es decirlo con precisión. Varios factores pueden haber entrado en juego. En primer término, creemos que el intestino no ha estado bien preparado, dado que se encontraron materias fecales y coprolitos en la autopsia, y que bien pudieron forzar la anastomosis, dilatándola, y ocasionando la ruptura de la sutura con la consiguiente complicación mortal. Los tres días subsiguientes de bienestar, abogarían esta manera de interpretación. En segundo término, consideramos que las suturas pudieron ser infectadas durante el acto quirúrgico, ocasionando una supuración o absceso de la pared del intestino a su mismo nivel y que las hubiera hecho fracasar. En último término, queremos dejar establecido que la boca anastomótica pudo ser estrecha, aunque permeable, y que la inflamación del proceso cicatricial la hubiera ocluido, ayudado por la falta de limpieza del intestino, como queda establecido en el primer considerando o término.

De la autopsia se deduce claramente que el punto de partida de la peritonitis, ha sido la boca anastomótica y no de otra parte. Se excluye, por tanto, defectos en la apendicostomía o la infección por los medios y las maniobras quirúrgicas, que hubieran dado un cuadro peritoneal inmediato, al igual que la gangrena de los extremos anastomosados por falta de irrigación sanguínea.

De los considerandos se deduce que, para colocarse a

cubierto de tan grave eventualidad, fluyen las siguientes conclusiones: 1.º asegurar la buena preparación del enfermo; 2.º meticulosidad y asepsia rigurosa en las suturas, y 3.º establecer un drenaje trans-anastomótico permanente por medio de un tubo.

Actualmente estamos haciendo contruir un dispositivo como el empleado en la clínica del doctor J. W. Mayo, pero adaptable a los megacolon. con un macho grande y una hembra más chica (botón de Murphy) al objeto de simplificar la técnica y drenar al mismo tiempo el intestino grueso.

---

### Observación X

HOSPITAL ÁLVAREZ

J. T., 45 años, argentino, casado, agricultor.

*Antecedentes personales.*—Ha sido hombre fuerte y trabaja como agricultor. Constipado habitual; recurre siempre a enemas y purgantes. Hace 10 años, en el Hospital de Clínicas, le extraen el primer bolo fecal. Su constipación va aumentando con los años. Hace dos meses que no mueve su vientre, por lo que ingresa al servicio.

*Estado actual.*—Sujeto bien desarrollado, tinte terroso presenta un vientre voluminoso, timpánico, y se constata a la observación clínica un tumor con los caracteres de un fecaloma. En Diciembre 15 de 1915, con anestesia raquídea se le procede a extraer el bolo fecal. Los días siguientes; se emplean para preparár al enfermo con grandes enemas y purgantes.

*Diciembre 23.*—Operación, operador doctor Lamou. Eter. Insición infra-umbilical mediana. Se reconoce un mefacolon íleo pelviano. Se le exterioriza y aísla. En este momento se reconoce el apéndice y se practica una apen

dicectomía. Se procede a la colectomía con abocamiento TT, con maniobra de fruncido. Peritonización del meso. Cierre de la pared en tres planos y colocación de sonda rectal por todo drenaje cólico.

*Pos-operatorio.*—Bueno, un poco de hipo y meteorismo; vientre algo doloroso.

Al séptimo día, se sacan puntos y se da purgante teniendo varias deposiciones.

Dado de alta 15 días después, con un estado general bueno, teniendo que tomar una cucharadita de magnesia diariamente para evacuar con regularidad su intestino.

El 15 de Febrero de 1916; regresa quejándose de dolor en la fosa ilíaca izquierda, haciendo cuatro días que no mueve su vientre. Se constata, efectivamente, la presencia de un pequeño bolo, siendo extraído manualmente bajo anestesia raquídea.

Desde entonces, el enfermo mejora día a día su estado general, teniendo evacuaciones diarias y habiendo conseguido aumentar 12 kilos. Es dado de alta el 24 de Marzo.

*Consideraciones.*—Creemos que en este caso, ha habido insuficiente resección del ansa enferma, causa de su residiva tan inmediata.

---

## Observación XI

HOSPITAL ÁLVAREZ

B. M., 35 años, argentina, soltera sirvienta.

*Antecedentes personales.*—Sarampión y fiebre tifoidea. Refiere la enferma que desde los 17 años comenzó a notar su constipación, teniendo que recurrir a purgantes y enemas. Ha sufrido repetidas éxtasis en el transcurso de su vida, habiendo tenido temporadas de bienestar intestinal sin usar purgantes. Hace 16 años se le extrae el primer bolo fecal, por procedimientos médicos. Su segunda asistolia cólica le aparece hace 4 años y esta vez se recurre a la anestesia clorofórmica dado el tamaño del tumor.

*Estado actual.*—Ingresa al servicio, porque en el transcurso de 8 días, no ha movido su vientre, a pesar del uso de purgantes o enemas. A la inspección del vientre se nota un abovedamiento, y por la palpación se constata un feecaloma enorme. La enferma ha enflaquecido y su cara de color terroso pálido; indica la intoxicación crónica común de todos estos pacientes.

Con anestesia raquídea, se extrae el gran bolo por el ano. Los días siguientes se prepara la enferma para el acto quirúrgico.

*Mayo 18, 1916.*—Operación: operador doctor Lamón. Eter. Incisión infra-umbilical. Aparece el megacolon, se le exterioriza y tracciona. Se reconoce el apéndice extirpándolo; Se aísla el campo operatorio y procede el cirujano a efectuar la colectomía. Aproximadas las bocas intestinales para anastomasarlas y como ellas coinciden no es necesario recurrir a la maniobra del francido. Sutura y peritonización del meso. Sutura pared en tres planos. Sonda rectal común, como único drenaje cólico.

*Post-operatorio.*—Ha tenido algunos vómitos, el pulso está bueno con regular tensión y en número de 90.

Al día siguiente tiene 34 y 90 pulsaciones, no hay shock. Diez y seis días después, es dada de alta: tiene una evacuación diaria tomando una píldora laxativa.

---

## Observación XII

HOSPITAL RAMOS MEJÍA

SERVICIO DEL PROFESOR VIÑAS (B. A.)

F. R., 52 años, argentino, viudo, peón, Bragado.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Antecedentes personales.*—Siempre sano, sarampión, no hay venéreas, buen etilista y fumador.

*Enfermedad actual.*—Desde hace un año, mueve difícilmente su vientre y lo hace por espacio de dos y tres días. Hace tres meses la dificultad aumentó a tal extremo que desde esa fecha no ha logrado mover su vientre, coincide con ello la aparición de un tumor, en el hipogastrio que fué aumentando de volumen.

*Estado actual.*—Sujeto bien constituido, órganos internos normales. Se constata un gran tumor en el vientre con los caracteres de un fecaloma. No se puede extraer el bolo fecal por los procedimientos usuales y el profesor Viñas en Mayo 24 de 1916, practica la laporotomía y hace la expresión del tumor ayudándose con enemas y maniobras combinadas.

*Junio 8.*—Gran dificultad para mover su vientre a pesar de las grandes dosis de purgantes.

*Junio 22.*— Operación. Cloroformo. Laparotomía infra-umbilical, reconocido el megacolon, se le reseca en una amplia extensión, abocamiento TT. por el procedimiento de Billroth 1.º Sutura pared en tres planos. Drenaje rectal común. No se hace apendicostomía.

*Agosto 1.º*— Se extraen los puntos, cicatriza por primera. Se le administra aceite y mueve abundantemente.

*Agosto 31.*— El enfermo mueve bien su vientre, aunque con alguna irregularidad. Estado general excelente. Apetito conservado. Este enfermo fué presentado por el Profesor Viñas a la Sociedad de Cirujía, en excelente estado de salud a los dos meses de operado.

*Marzo 12, 1917.*— Me escribe el enfermo contestando a una mía y dice: «Que del vientre ando bien. Me encuentro mucho mejor que antes de operarme, engordar no; me encuentro con el mismo peso, que cuando vine.»

---

### Observación XIII

HOSPITAL RAMOS MEJÍA  
SERVICIO DEL PROFESOR VIÑAS

N. M., 27 años, argentino, soltero, carpintero.

*Antecedentes hereditarios.*— Nada de particular.

*Antecedentes personales.*— Hasta los 22 años es sano. No hay venéreas. Regular fumador y bebedor.

*Enfermedad actual.*— Hace un año empieza a mover irregularmente su vientre, pasando 6 y 7 días sin ir de cuerpo. Dolores de cabeza, peso en el vientre y acumulación de gases. Las materias fecales son duras y escasas.

*Estado actual.*— Buena constitución y desarrollo adiposo escaso. Organos internos, normales. Abdomen abovedado. Rectocospía, Megacolon.

*Tratamiento.*— Se le hace el médico, sin resultado.

*Mayo 7, 1915.*— Operación. Cloroformo. Laparatomía infraumbilical mediana. Se constata el megacolon IP. el colon ascendente y el transverso normales. Se efectúa una resección completa de todo el trozo dilatado, anas-

tomosando los cabos término-terminal. No se deja drenaje, se cierra la pared en tres planos. Tubo rectal.

*Julio 16.* — Curado de su operación, buen estado general. Aumentó de peso 8 kilos.

Este enfermo fué presentado por el Profesor Viñas a la Sociedad de Cirugía después de operado; permaneciendo bien y moviendo su vientre a los tres meses de la intervención.

*Marzo 8, 1917.* — El enfermo continúa bien, mueve su vientre regularmente y toma magnesia cuando necesita, obteniendo un buen resultado. No pasan dos días sin defecar. Conserva buen apetito y mantiene su peso de 65 kilos. No tiene dolores al vientre y se muestra agradecido en la carta que me escribe a los médicos que lo operaron.

---

### Observación XIV

HOSPITAL RAWSON

SERVICIO DEL DOCTOR ENRIQUE FINOCHIETTO (B. A.)

J. R., 22 años, ruso, jornalero.

*Observaciones.*— Su enfermedad data de dos años, comenzando por no poder mover el vientre, constipación pertinaz que dura actualmente, mueve su vientre cada 6 ó 7 días y con ayuda de purgantes. Esto constituía su único síntoma hasta hace dos meses en que siente dolores en todo el vientre, pesadez y sensación de reflexión del estómago que acompaña al dolor. Vientre depresible por igual, dolor a la palpación profunda en la f. i, d, no se palpa nada anormal, gorgoteo en la fosa.

*Sigmoideoscopia.*— No se observa nada anormal. Dice que cuando al cabo de sus cinco o seis días de constipación, mueve el vientre; salen escibalos escasos, a veces más blandos, pero siempre poca cantidad. Ha tenido frecuentes cefaleas, calmadas en parte por las defecaciones; caimiento, desgano. Apetito bueno. Se palpa intenso gor-

goteo en ambas fosas ilíacas, donde las asas están dilatadas y son dolorosas a la palpación.

*Diciembre 6, 1916.*—*Operación.*—Operador R. F., Ayudante doctor Gismondi. Anestesia. Eterómetro. Incisión infra-umbilical, paramediana izquierdo. Ciego con poca pericolicitis, colon nada, no se exploran bien los ángulos. La ilíaca larga, de paredes espesadas, con algunas placas de mesosigmoiditis retractil, ligeramente adematosa, estrecha al dejar el borde del ilíaco izquierdo, se dilata a medida que se acerca al recto, donde alcanza un diámetro triple al de la extremidad superior. No gánglios. Se decide resecar el colon sigmoideo, arriba se secciona donde termina el descendente y abajo a unos 6 centímetros del Douglas en plena porción dilatada, para poder trabajar fuera del vientre. Sección y ligaduras del meso, contra el ansa, para aprovecharlo. Sutura T. T., haciendo la perforante primero, tomando más del cabo, distal para salvar la diferencia. Después seroserosa y sobre ella otro plano de puntos en U. Se usaron clamps Lino. El mesocolon ilíaco es dividido en dos, en la extensión de cinco centímetros, la mitad superior se pasa a derecha de la anastomosis y la inferior a izquierda, fijándolas en la mitad posterior de la anastomosis para protegerla. El meso pasado en esa forma ocupa casi por completo el orificio retroanastomótico, por lo que no lo cerramos más herméticamente. Apéndice libre, grueso, se reseca en la forma habitual. Lino. Cierre de la pared en la forma habitual.

Apéndice con gran hipertrofia de la mucosa. En su

fondo había un pedazo de cáscara de huevo y un verme.

La porción reseca es de 27 centímetros de largo y de un diámetro máximo de 6 centímetros.

*Diciembre 7.*—Está bien. Ha sido colocado en Trendelenburg,

No contractura. Ha orinado. Ha expulsado gases.

*Diciembre 8.*—Ventre algo timpanizado.

*Diciembre 9.*—Anoche expulsó bastantes gases. Ventre menos abovedado. Buen estado.

*Diciembre 12.*—Excelente estado. Ventre deprimido. Expulsa muy bien sus gases.

*Diciembre 14.*—Cama horizontal. Aceite ricino.

*Diciembre 16.*—El purgante hizo buen efecto a las 5 horas. Ayer defecación espontánea.

*Enere 18, 1917.*—Después de la operación tuvo una o dos defecaciones espontáneas y moldeadas, pero desde ellas sino toma purgantes, no defeca, y la eliminación de gases es limitada. Cuando toma ricino, y ello tiene que ser en la misma proporción que antes de la operación, tiene algunas defecaciones líquidas pero nunca sólidas. No sangre, no dolor. El estado general decae, y sobre todo lo moral.

*Sigmoidoscopia.*—A los 22 centímetros del ano se vé la anastomosis, orientada hacia abajo y a la derecha, se ven porciones de los hilos de lino. El sitio de la anastomosis está francamente estrechado, su luz tendrá un diámetro de dos centímetros, y al pasar un hisopo, no parece muy extensible. Enemas, purgas. No quiere reingresar.

## Observación XV

HOSPITAL ALVAREZ  
SERVICIO DEL DOCTOR A. CEBALLOS

Nicolás M. argentino. 45 años, soltero.

*Antecedentes hereditarios y personales.*—Sin importancia.

*Enfermedad actual.*—Constipado desde hace 8 a 10 años, evacuaciones escasas cada 2 o 3 días. La constipación se acentúa cada vez más, pero cede a los purgantes; cefaleas continuas decaimiento general. Hace tres meses pasó 15 días sin mover el vientre y notó la aparición de un tumor del tamaño de una naranja situado al lado izquierdo del vientre. En 4 meses solo ha movido 4 veces el vientre previo enema abundante; desde entonces el tumor ha aumentado de volumen considerablemente.

*Estado actual.*—Hombre bien desarrollado, piel amarillenta y sudorosa. Constipación pertinaz.

*Abdomen.*—Abovedado desde la región del ombligo para abajo donde se ve una saliencia visible del tamaño de un huevo de avestruz; a la palpación: tumor intra-abdominal; tamaño, cabeza de feto a término, alargado longitudinalmente, desde 4 dedos encima de pubis hasta 4 bajo

apéndice xifoides y lateralmente hasta 3 dedos bajo borde costal ambos lados; consistencia pastosa, irregular, móvil, fácilmente desplazable y está situado detrás de pared abdominal sin ansas interpuestas. Mate a la percusión presionando sobre él, deseos de orinar y de defecar.

*Diagnóstico.*—Bolo fecal del colon izquierdo.

*Tratamiento.*—Se intenta bajo anestesia raquídea la extracción manual del bolo con resultado negativo. Enemas inyecciones de hipofisina, se consiguen algunas deposiciones pero el tumor no disminuye. En estas condiciones se decide la intervención.

*Mayo 2, 1917.*—*Operación.*—Anestesia general. Éter. Incisión izquierda de 12 centímetros. Megacolon de la S ilíaca conteniendo un bolo; meso largo, facilita la exteriorización. Coproestasia por encima y por debajo del tumor. Pinzas Kocher donde se trazará la sección. Ligadura arterias cólicas media e inferior (sigmoideas) sección del intestino a termo. Se tocan bordes intestinales con iodo. Toilette del meso. Sutura T T con fruncimiento en la proporción uno a dos; drenaje rectal trans-anastomótico; drenaje en el Douglas (24 horas); al 4.º día se saca tubo rectal; operación extra-abdominal.

Las consecuencias post-operatorias han sido las más simples; cura por primera; se levanta a los 14 días y mueve su vientre espontáneamente. Hace dos meses y medio de la operación y ha aumentado 8 kilos; buen apetito, mueve su vientre diariamente sin ayuda de ningún agente y en forma completamente normal.

## Observación XVI

HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR

SERVICIO DEL DOCTOR OSCAR COPELLO

S. V., 89 años, argentino, soltero, peón de campo.

*Anecedentes hereditarios y personales.*—Sin importancia.

*Enfermedad actual.*—Hace 6 años empieza a sentirse constipado y ha hecho 5 bolos, el último extraído a mano. Estado general bueno; está bien conservado. En el abdomen se palpa un bolo fecal en el colon descendente e ileo-pelviano.

Se decide la intervención y 8 días antes se empieza a preparar a el enfermo, como es de práctica (enemas y aceite ricino).

*Diciembre 27.*—Bajo anestesia general clorofórmica. Laparotomía izquierda, megacolon ileo-pelviano, se exterioriza incendiando para librarlo el peritoneo del espacio parieto-cólico izquierdo. Sección hojillas peritoneales del meso, ligadura y sección individual de los vasos; coproestasia de los cabos; se coloca pinzas de 3 ramas; se sec-

ciona arriba en pleno colon sano cerca del ángulo esplénico, abajo al nivel línea innominada, sutura T T en tres planos con buen fruncido del cabo inferior en la proporción de 1 a 4. Toilette del meso; drenaje trans-anastomótico gracias a un enema de aceite; cierre de la pared en tres planos.

*Post-operatorio.*—No hubo accidentes ni fiebre; se retira el drenaje cólico a los 6 días; cicatrización per priman.

*Enero 17.*—Alta en excelentes condiciones; mueve el vientre todos los días y dice encontrarse admirablemente.

---

### Observación XVII

HOSPITAL DE CARIDAD (ROSARIO)

SERVICIO DEL DOCTOR MIGUEL A. LLANOS

D. M., argentino, 53 años, casado, jornalero.

*Antecedentes hereditarios y personales.*—Madre muerta por bolo fecal. Siempre ha sido sano.

*Enfermedad actual.*—Comienza hace diez años empezándose a notar constipado, constipación que ha ido en aumento hasta hace 4 años que hizo su primer bolo. En el término del año ha hecho 5 ataques, ingresando al hospital ocupando la cama 22.

*Estado actual.*—Enfermo profundamente intoxicado, estercoremico, tinte terroso, demacrado vómitos biliosos, pulso lento, con intermitencias, base pulmonares congestionadas, enorme, timpanismo abdominal, no hay gases por el ano, psiquis alterada, estado semi comatoso. Se resuelve intervenir de urgen practicándole un ano cecal lo que produjo una verdadera descarga gaseosa prolongada mejorando inmediatamente el enfermo. Bajo anestesia, raquídea al 5º día extracción manual del bolo

fecal y a los dias subsiguientes enemas combinados por ambos anos con lo cual se consigue desocupar completamente el intestino. Un mes mas tarde resueltos a practicar la operación radical, el doctor F. Chiossone, lo interviene practicándole una colectomía parcial Bosch Arana. Anestesia raquídea, al último éter.

*Post-operatorio.*—Al tercer dia gran descarga diarreica y despues ha evolucionado normalmente sin fiebre. Dos meses mas tarde bajo anestesia eterea cierre del ano contra natura y apendicectomía y el 10 de Diciembre el enfermo abandonaba el servicio libre de una dolencia que lo molestaba desde hace 10 años.

---



## CONCLUSIONES

1.º El Megacolon íleo pelviano del adulto, es una afección adquirida.

2.º La causa etiológica que origina el Megacolon íleo pelviano adquirido debe buscarse en un proceso de involución anatómico o histológico.

3.º El concepto patogénico que rige el proceso evolutivo del Megacolon íleo pelviano adquirido, queda definido en:

1.º Macrocolon. — 2.º Hipertrofia. — 3.º Dilatación. — 4.º Asistolia cólica (bolo fecal).

4.º El tratamiento del Megacolon íleo pelviano adquirido, depende del período evolutivo en que se encuentra la afección.

5.º El tratamiento médico encuentra su indicación siempre que no haya aparecido la asistolia cólica, y si esta ha aparecido, solamente en aquellas enfermos en

que por sus medios de vida puedan continuarlo escrupulosamente.

6.º Una vez que haya hecho su aparición la asistolia cólica (bolo fecal), el único tratamiento curativo del Megacolon íleo pelviano adquirido es el tratamiento quirúrgico. En los enfermos cuya vida les impida seguir escrupulosamente el tratamiento médico y que por ello están abocados a bolos fecales a repetición, se deberá practicar el tratamiento quirúrgico precoz.

7.º Decidido el tratamiento quirúrgico, se practicará única y exclusivamente la colectomía parcial por el procedimiento Bosch Arana, previa extracción del bolo fecal si existe.

8.º Las colectorías parciales con abocamientos TL, LL, ó tifo sigmoídeo en Y, así como aquellas con bolo fecal in situ, son procedimientos de excepción con mayores dificultades técnicas y peor pronóstico operatorio.

9.º Sólo se practicará la colectomía parcial en los Megacolon íleo pelviano sin complicaciones.

10.º En presencia de una oclusión aguda en un portador de un Megacolon íleo pelviano adquirido, solo se deberá practicar el ano cecal, dejando para un segundo tiempo la operación radical. En presencia de un vólvulus se hará la detorsión del ansa y si hay gangrena su resección.

EDUARDO L. VILA

Mayo de 1918.

Buenos Aires, Mayo 20 de 1918

Nómbrese al señor Consejero Dr. Marcelo Viñas, al profesor titular Dr. Avelino Gutiérrez y al profesor suplente Dr. Antonio F. Celesia, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA

*J. A. Gabastou*  
Secretario

Buenos Aires, Mayo 29 de 1918

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3415 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

*J. A. Gabastou*  
Secretario



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

El pronóstico en las colectomías parciales depende más del estado de integridad anatómica del resto del intestino grueso que de la técnica operatoria.

*Marcelo Viñas.*

### II

¿A qué causas se atribuye la formación de bolos fecales, después de la ileo-colostomía, en el segmento de colon situado por debajo de la anastomosis?

*Arémino Gutiérrez.*

### III

Complicaciones agudas del megacolon y su tratamiento.

*A. F. Celesia.*



## BIBLIOGRAFIA

---

*Advertencia.*—En los datos bibliográficos van involucrados el megacolon ileo pelviano adquirido y la enfermedad de Hirschsprung, ante la imposibilidad en que me he encontrado para separarlos.

---



## BIBLIOGRAFÍA ARGENTINA

---

- Arana M. N.*—Megacolon congénito.—Tesis Nac., 1909.
- Bosch Arana G.*—Tratamiento quirúrgico del megacolon ileo pelviano adquirido. Técnica de la colectomía.—Sem. Méd. Arg., n.º 24, 1917.
- Ceballos A.*—Colectomía parcial por bolo fecal.—Rev. Asoc. Méd. Arg., tomo XXVI, pág. 471.
- Del Valle y Bosch Arana G.*—Dos casos de megacolon sigmoideo adquirido tratados por la colectomía.—Rev. Asoc. Méd. Arg., 1915, tomo XXIII, pág. 959.
- Elizalde P.*—Megacolon sigmoideo.—Rev. Asoc. Méd. Arg., 1915, pág. 287.
- Elizalde P.*—Sobre cuatro casos de megacolon sigmoideo.—Rev. Asoc. Méd. Arg., 1915, pág. 576.
- Finochietto R.*—Bolos fecales.—Rev. Asoc. Méd. Arg., tomo XXVII, pág. 873.
- Foley G.*—Megacolon congénito.—Sem. Méd. Arg., tomo XXII, 1, 1915, pág. 613.
- Galdos M.*—Megacolon en el adulto.—Tesis Nac., 1916.
- Mascheroni H.*—Enfermedad de Hirschsprung.—Tesis Nac., 1917.
- Olmos J. E.*—Enfermedad de Hirschsprung, megacolon. Enfermedad de Mya, ectocolon. Dilatación idiopática del intestino grueso.—Tesis Nac., 1910.
- Palacios G.*—Extasis intestinal. Su tratamiento quirúrgico.—Tesis Nac., 1916.

*Soto M.*— Tratamiento quirúrgico del bolo fecal inaccesible por el recto.—Tesis Nac. 1911.

*Sarhy A.*—Bolo fecal.—Tesis Nac., 1913.

*Vinas M.*—Megacolon.—Prensa Méd. Arg., 1915, Septiembre 10, pág. 143.

*Vinas M.*—Un caso de megacolon.—Prensa Méd. Arg., • 1916-1917, pág. 172.

*Zubizarreta A.*—Megacolon congénito.—Sem. Méd. Arg., 1905.

## BIBLIOGRAFÍA EXTRANJERA

- Albert.*—Ein Fall von Dilatatio et hypertrophia coli, der sog. Hirschsprungschen, Krankheit.—Alemanna Svenska Läkarettidning, 1906, n.º 14.
- Ammom V.*—Die angeborenen chirurgischen Krankheit des Menschen.—Berlin. 1842.
- Baginsky.*—Demonstration des Präparates eines Falles von Hirschsprungschen, Krankheit.—Berliner Klin. Wochenschr., 1904, pag. 1252.
- Bard.*—Le mégarectum Dilatation idiopatique d'origine congenitale.—Semaine Med., 1910, n.º 48.
- Baron.*—Über zwei Fälle von Hirschsprungscher Krankheit.—Jahrb f. Kinderheilk, 65, 1907, pag. 741.
- Barth.*—Hochgradige Kotstauung infolge sine durch zu langes Mesocolon Zustandgekommenen Darmverlagerung Wagners.—Arch. d. Heilk, 1870.
- Baumgartner.*—Le megacolon.—Presse Med., 1907, n.º 60.
- Beighing.*—Megacolon congenitum.—La clin. med. ital.—Jahrg 40, pag. 1.
- Beneke.*—Diskussion Sitzung der ärztlichen Verein zu Marburg.—Müchner Med. Wochenschr., 1910, 30.
- Berglinz.*—Megacolon congenito.—La Clin. Med., 1900.
- Bergmann.*—Zur Kasuistik der Erkrankungen der Flexura sigmoidea.—Prager Med. Wochenschr, 1904, n.º 26.
- Bernheim-Karrer.*—Über einen Fall von Hirschsprungscher Krankheit.—Verhandl d. 23. Versamml d. Gessellsch f. Kinderheilk, Stuttgart, 1906.

- Berry.*—Dilatation and rupture of the pathol. soc. of. London 45, 1894, pag. 84.
- Bertelsmann.*—Verhandl d.—Deutsch. Gessellsch. f. chir., Berlin, 1905.
- Berti.*—Contributo alla casuistica della dilatazione congenita del colon.—La Pediatra, 1895, pag. 136.
- Bessel-Hagen.*—Zur Pathologie der Hirschsprungscher Krankheit. Sitz. d. fr. Vereinig d. chirurgen Berlins.—Deutsche Med. Wochenschr., 1908, n.º 34.
- Biermans.*—Zur operativen Behandlung der Hirschsprungschen Krankheit.—Deutsche Zeitschr f. chir., 105, 1910.
- Billard.*—Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge.—Weimar, 1829-37.
- Bing.*—Zur Kenntnis der Hirschsprungschen Krankheit und ihrer Aetiologie.—Arch. f. Kinderheilk, 44, 1906.
- Bittorf.*—Zur Pathogenese der Angeborenen Stuhlverstopfung. (Hirschsprungschen Krankheit).—Münchener Med. Wochenschr., 1906, n.º 6).
- Björkstén.*—Ein Fall von Kongenitaler Dilatation des Kolon bei einem Kinde.—Jahrb. f. Kinderheilk, 55, 1902.
- Blochmann.*—Eine wichtige Form von funktionellen Darmverschluss ein Säuglingsalter und ihre Bezeichnungen zur Hirschsprungschen Krankheit.—Berliner Klin. Wochenschr, 1911, n.º 13.
- Boguljobow.*—Die idiopathische Dilatation des Dickdarms (Hirschsprungsche Krankheit) Russ.—Arch. f. Chir., 1908. Ref. Zentralbl. f. Chir., 1909.
- Borelius.*—Verhandl d. Deutsch Gessellsch f. Chir.—Berlin, 1905.
- Bossowski.*—Zur Symptomatologie und Therapie der kongenitalen Anomalien der Flexura Sigmoidea bei Kinderd.—Klin. Therap. Wochenschr., 1899, VI, Jahrg.
- Braun.*—Verhandl d. deutsch Gessellsch f. Chir., 34.—Kongr., Berlin, 1905.
- Braun.*—Zur operativen Verhandlung der Kongenitalen Dilatation des Kolons (Hirschsprungsche Krankheit) Verhandl d. Gessellsch.—Deutsch. Naturf. u. Ärzte zu Cassel, 1904, I, II, pag. 143.
- Brentano.*—Über einen Fall von Hirschsprungscher Krankheit.—Verhandl d. deutsch Gessellsch f. Chir., Berlin, 1904.
- Bristowe.*—Clinical lecture on the consequences of long conti-

- nuell constipation. — Brith. Méd. Journ., 1855, pag. 1085.
- Brock.*—Congenital hypertrophy and dilatation of the sigmoid flexure.—Brith. Méd. Journ., 1905, 1035.
- Brüning.*—Zwei Fälle von Hirschsprung'scher Krankheit. Med. Gessellsch. in Giessen.—Deutsche Med. Wochenschr., 1905, n.° 10.
- Cadel.*—Dilatation idiopathique du gros intestin.—Lyon Med., 1905.
- Cohen Brach.*—Über einen Fall von Ektasie des Dickdarms.—Verhandl d. 20 Versamml d. Gessellsch f. Kinderheilk. in Cassel, 1903.
- Calme, Le.*—Le Megacolon ou Maladie de Hirschsprung.—These, Paris, 1908.
- Chapmann.*—Displacement of liner by dilated sigmoid flexure.—Brit. Med. Journ., 1878.
- Chatin.*—Das Hidropneumokolon neues Zeichen der Hirschsprung'schen Krankheit (Megakolon).—Livre jubilaire du Prof. J. Teissier, 1910. Ref. Arch. f. Kinderheilk, 57, 1911.
- Cheadle.*—A Clinical lecture on the patologic and treatment of chronic constipation in childhood, and its sequel atony and dilatation of the colon.—Lancet, 2, 1886-1064.
- Cheynisse.*—La dilatation idiopathique ou congenital du colon.—Sem. Med., 1904.
- Chiari.*—Demonstration eines Falles von Hirschsprung'scher Krankheit.—Verhandl. Deutsche pathol. Gessellsch. Breslau, 1904.
- Clarke.*—Discussion.—Clinical. Soc. of London Brit. Med. Journal, 30 Mayo 1896.
- Clemens.*—Über die Hirschsprung'sche Krankheit Med. Gessellsch in Chemnitz.—Münchener Med. Wochenschr, 1907, n.° 50.
- Ulutton.*—Trasaction of the Clinical Society of London. 30, 1897.
- Collin.*—Modifications topographiques des organes splachniques avec dilatation du colon transverse chez un enfant de onze mois.—Bibl. Anat., 1904.
- Concetti.*—Über einige angeborene, bei Kindern die habituelle Verstopfung hervorrufende Missbildungen des kolon.—Arch. f. Kinderheilk, 27, 1899.
- Culan.*—Le megacolon congenital.—These. Paris, 2 Marzo de 1910.
- Curschmann.*—Die Anomalien der Lage.—Form un Grösse des Dickdarms, und ihre Klinische Bedeutung.—Arch. f. Klin. Med., 53, 1894.

*Cade-Roubier et Martin.*—Enorme estase du gross intestin par sténose fibreuse du cõlon pelvien (megacolon Syntomatique).—Bull. de la Soc. Med. des Hosp. de Lion, 1912, pág. 1467.

*Ceriné et Delaforge.*—Un cas de Maladie de Hirschsprung; son examen radioscopique.—Arch. des. Malad. de l'appareil digestif et de la nutrition. Enero, 1909, n.º 1.

*Clark.*—Considerations chirurgicales sur les lesions congenitales et acquises conduisant a la constipation inveterée.—The Journal of the American Med. Assoc. 6 Agosto de 1910. Tomo 55, n.º 6, pág. 449-455.

*Cunco.*—Journal Chirurg. Marzo, 1914.

*Dagnini.*—Sopra un caso di enorme dilatazione del Siliaco Bollettino della Scienza Med. di Bologna, 1898.

*Danziger.*—Beitrag. Zur Kenntnis der Hirschsprungschen Krankheit.—Inaug. Diss. Göttingen, 1907.

*Delcourt.*—Dilatation congenitale du colon.—Journ. Med. de Bruxelles, 1905.

*Delkeskamp.*—Über Volvulus der Flexura digmoidea bei Hirschsprungscher Krankheit.—Münchener Med. Wochenschr, 1906.

*Doberauer.*—Zur chirurgischen Rehadlung schwerer habitueeller, obstipation.—Prager Med. Wochenschr, 1907, n.º 36 y 37.

*Duhamel.*—Über die Erweiterung flexura sigmoidea coli, insbesondere die Angeborene Erweiterung Inaug. Diss.—Strassburgo, 1899.

*Duval.*—De la dilatation diteidio pathique du gros intestin.—Rev. de Chirurg., 27.

*Duval.*—Les resultats opératoires dans le traitement du megacolon Rev. de Chirurg.—Paris, XL, 1909, pág. 506-521.

*Duval.*—Chirurgie du cõlon pelvien (cancer excepté). XXVI Congre Français de Chirurg.—6-11 Oct. de 1913.

*Duval et Gregoire.*—Dos cases de megacolon tarites par la colectomie.—Buel. et Mem. Soc. de Chirurg. Paris, 14 Enero de 1913, pág. 2.

*Edsall.*—Case of Congenital dilatation of the colon.—Arch. of. Pediatr., 20.

*Eisenhart.*—Kongenitale übermässige Entwicklung des Sromann Darmverschluss.—Zentralbl. f. inn Med. 1894, n.º 49.

*Enderlen.*—Ein Fall von Hirschsprungscher Krankheit.—Würzburger Ärzteabend Münchener Med. Wochenschr, 1903, número 39.

*Escherich.*—Ein Fall von Kongenitaler Dilatation des colons.—Mitteil d. Ver d. Ärzte in Steiermark, 1901, n.º 5.

*Escherich.*—Demonstration des Anatomischen Präparates eines Falles von Hirschsprungescher Krankheit Gessellschaft f. inn Méd. Kinderheilk in Wien.—Wiener Med. Wochenschr, 1906, número 2.

*Epstein-Chiari.*—Soc. des Méd. Allem de Bohême. Junio 20 de 1906.—Presse Med., 8 Agosto 1906.

*Favalli.*—Caso di ipertrofia con dilatazione del colon.—Gaz. Méd. di Milano, 1846.

*Federn.*—Ein Ungewöhnlicher Fall von Kotgeschwulst. Prot. d. K. K. Gessellsch d. Ärzte in Wien.—Wiener Klin. Wochenschr, 1901, n.º 7.

*Feuton.*—Constipation in enfants and Young childrens.—Edimburg Med. Journ., 1903.

*Fenwick.*—Hipertrophy and dilatation of the colon in infancy.—Brit. Med. Journ. 2, 1900, pag. 564.

*Fenwick.*—Mal. de Hirschsprung.—British Med. Journ., 1.º Sep. de 1900.

*Fischl.*—Diskussion Wissenschaftl Gessllsch deutsch. Azte in Böhmen. Prager.—Med. Wochenschr., 1906.

*Fischl.*—Die Hirschsprungesche Krankheit Handb. d. Kinderheik v. Pfandner Schlossmann.—3-1910-2. Anfl. P. 156.

*Finkelstein.*—Lehrbuch der Säuglingskrankheiten.—2 Nálfte, 1908 u. 1911, pag. 159.

*Fuizio.*—Magacolon congénito.—La Med. Ital., 1906, n.º 1.

*Fitz.*—The relation of idiopathic dilatation of the colon to phantom tumor and the appropriate tratement of suitable case of these affection by reseccion of the sigmoide flexure.—Amer. Journ. of Med. Soc., 1899.

*Fleming.*—Raport of a case of congenital dilatation of the colon; operation recovery.—Colorado Med. Journ. I, 1903 a 1904.

*Flesch und Peteri.*—Ergebnisse von Magenuntersuchungen mittels Röntgenstrahlen in Säuglings und späteren Kindesalter.—Zeitschr f. Kinderheik. 2, 1911.

*Fletscher and Robinson.*—A case of dilatation of the large intestine.—Clin. Soc. of London. Lancet 5, Mayo 1905.

*Fletscher and Robinson.*—A case of idiopathique dilatation of the rectum and of the colon as for as the hepatic flexure Brit. Med. Journ., 16 Febrero 1907.

*Franke.*—Diskussion.—Verhandl. d. deutsch. Gessellsch. f. Chir. Berlin, 1905.

*Von Frey.*—Über chronische Darmstenose infolge Abknickung der Flexure sigmoidea.—Bruns Beitr. Z. Clin. Chir. 17, 1896.

*Friedheim.*—Demonstration eines Falles von Hirschsprungscher Krankheit Sitzung. d. ärztl. Vereins in Hamburg. Deutsche.—Med. Wochenschr. 1904, pag. 1365.

*Friedrich.*—Demonstration eines Falles von Hirschsprungscher Krankheit Sitzungsber. d. Ärztl. Vereins zu Marburg. Münchner.—Med. Wochenschr. 1910, n.º 30.

*Fritz.*—Über einen Fall von Hirschsprungscher Krankheit. Budapest. Cwosi Ujsag., 1910, n.º 42, Bailage.

*Frommer.*—Zur Käsnistik der Anomalien des Dickdarms.—Arch. f. Clin. Chir., 67, 1902.

*Fütterer und Middeldorpf.*—Ein Fall von grossen Kongenitalen Divertikeln der flexura sigmoidea.—Virchows Arch., 106, 1886.

*Finney.*—Congenital idiopathie dilatation of the colon. Transact. of the Amer.—Surg. Ass., 1908, Vol. XXVI, pag. 475, 516.

*Gaume.*—Obstruction intestinal por matières stercorales. Mort. Autopsie.—Rev. mens. de malad. de l'enf., 4, 1886.

*Ganjoux.*—Existe-t-il une maladie de Hirschsprung? Arch. de Med. des. enf., 1908, pag. 721.

*Gay.*—Prolonged constipation Sacculated colon.—Transact. of the path. soc. of London, 5, 1854.

*Gee.*—A case of idiopathic dilatation of the large intestine.—St. Bartholomews Hospital Reports., 20, 1884.

*Genersich.*—Über Angeborene Dilatation und Hypertrophie des Dickdarms.—Jahrb. f. Kinderheilk., 37, 1894.

*Germer.*—Ein Fall von Hirschsprungscher Krankheit durch entero anastomose gehalten.—Deutsche Zeitschr. f. Chir., 89, 1907.

*Gersung.*—Über ein Symptom bei Kottumoren.—Wiener Klin. Wochenschr., 1896, n.º 40.

*Giordano.*—Traitement chirurgical de la colon-ectasie. Arch. Internat de Chir. I, 1903.

*Göbell.*—Zur chirurgischen Therapie der Obstipation.—Med. Klin., 1910, n.º 45.

*Goodhart.*—A case of ulceration with hypertrophy and dilatation of the colon. Perforation and Peritonitis. Transact. of the clin.—Soc. of London, 14, 1881.

*Güppers.*—Über ein Fall von angeborenen Abknickung des Dickdarms in Rücksicht auf die sogenannte Angeborene Dilatation und Hypertrophie. Arch. f. Verdauungs Krankheit, 5, 1899.

*Gordon.*—Case of Hirschsprung disease.—Brit. Med. Journ., 1910.

*Gourévitch.*—Zur Kasuistik der Hirschsprung'schen Krankheit. Prager.—Med. Wochenschr., 1904, 47 y 48.

*Graanboorn.*—Über die Hirschsprung'sche Krankheit (Megacolon Congenitum) Weckblad van het Nederlandson Tijdschr. voor Geneesk, 1905, n.º 7.

*Grey.*—A case of long standing constipation.—Brit. Med. Journ., 1905.

*Griffith.*—Congenital idiopathic dilatation of the colon.—Amer. Journ. of Med. Soc., 118, 1899.

*Gruber.*—Ungewöhnliche Lage einer Abnorm grossen flexura sigmoidea coli.—Virchows. Arch., 56, 1872, pag. 432.

*Grüneberg.*—Demonstration eines Falles von Chronischer Darmerweiterung Münchner.—Med. Wochenschr, 1901, pag. 1334.

*Guinon et Reubsart.*—Un cas de mal de Hirschsprung.—Arch. de Med. des enf. XI, pag. 188, 1908.

*Hand and Stewart.*—A case of dilatation of the colon. Sitz. d. Philadelphia Pædiatr.—Soc. 12 Diciembre 1899, Pædiatrics., 9, 1900.

*Haushalter.*—Dilatation du colon transverse chez un enfant de onze mois.—Rev. Med. de l'Est., 1904.

*Hawkins.*—Remarks on idiopathic dilatation of the colon.—Brit. Med. Journ., 1907.

*Hedlung.*—Bidrag til Kännedom om Hirschsprung's sjukdom Hygiea, 1908.—Ref. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. de Med. u. Chir. 12, pag. 593.

*Heimann.*—Demonstration eines Falles von Kolondilatation.—Jahrb. f. Kinderheilk, 60, 1904, pag. 432.

*Heller.*—Über die sogenannte Hirschsprung'sche Krankheit.—Verhandl. d. Gesselsch. deutsch Naturf. u. Ärzte in Köln, 1908.

*Heller.*—Discussion Medizinische Gesellschaft in Kiel.—Münchener Wochenschr, 1911, n.º 14.

*Heller.*—Über den volvulus sigmoideum und die Hirschsprung'sche Krankheit.—Ebens. 1911, n.º 20.

*Hellwich.*—Ein Beitrag zur Kenntnis der Hirschsprung'schen Krankheit.—Ebenda. 1908, n.º 46.

*Henoch.*—Beiträge zur Kinderheilkunde.—Berlin, 1861, pag. 123.

*Henoch.*—Vorlesungen über Kinderkrankheiten.—Berlin, 1899, pag. 527.

*Herrnigham and Clarke.*—Idiopathic dilatation of the sigmoid flexure.—Brit. Med. Journ., 1.º Dic., 1894.

*Herrnigham and Clarke.*—St. Bartolomews Hosp. Reports, 1895, 31.

*Heubner.*—Lehrbuch der Kinderheilkunde.—2, 1911.

*Heybroek.*—Ein Fall mit allen Symptomen der Hirschsprung'schen Krankheit Nederl.—Tijdschr. v. Geneesk, 2, 1911, pag. 783.

*Hichens.*—A case of chronic constipation ending fatally and associated with enormous dilatation of the sigmoid flexure.—The Lancet, 1898, Oct. 29.

*Hilbert.*—Ein Fall von Hirschsprung'scher Krankheit bei einem Erwachsenen. Verein f. wissenschaftl. Heilk. in Königsberg.—Deutsche Med. Wochenschr., 1905, n.º 50.

*Hirschsprung.*—Stuhlträchtigkeit Neugeborener infolge von dilatation und Hypertrophie des Kolons. Kasuist. Mitteilg in d. Gesellsch f. Kinderheilk.—Zu Berlin 1866. Jahrb. f. Kinderheilk. 27, 1888, pag. 1.

*Hirschsprung.*—Die Angeborene Erweiterung und Hypertrophie des Dickdarms. Pädiatrische Arbeiten.—Festschr f. Henoch, Berlin, 1890.

*Hirschsprung.*—Erweiterung und Hypertrophie des Dickdarms.—Verhandl d. 16 vers d. Gesellsch f. Kinderheilk in München., 1899.

*Hirschsprung.*—Weitere Erfahrungen über die Angeborene Dilatation und Hypertrophie des Dickdarms.—Hospitalstidende, 1899, n.º 7.

*Hirschsprung.*—Dilatation congenitale du côlon (Megacolon congenitum).—Traité des maladies de l'enfance publi sous la direct. du Mm. Graucher et Comby. Tome II, Paris, 1904.

*Hobbs et De Richemond.*—Pneumatose intestinale considerable due à un retrecissement congenital probable du gras intestin.—La Med. Mod., 1898, Nov. 23.

*Huë.*—Dilatation congenitale du gros intestin.—Normandie Med., 23.

*Hughes.*—Transaction of the Path.—Society of Philadelphia, 1887, 13.

*Hertz.*—Constipation et troubles intestinaux que s'y rattachent.—Traduct. franç., Paris, 1912.

*Hutinel et Nobecourt.*—Dilatation congenitale du colon.—Malad. des enf., tome II, pag. 334.

*Ibrahim.*—Ein Beitrag zur Pathogenese der Hirschsprungschens Krankheit.—Deutsche Med. Wochenschr., 1905, n.º 23.

*Ito und Soyesima.*—Beitrag zur operativen Behandlung der Hirschsprungschens Krankheit.—Deutsch. Zeitschr. f. Chir., 90.

*Jacobi.*—American Journ. of Obstetrics, 1869.

*Jacobi.*—Clinical lectures of pediatric constipations.—Arch. of Pediatr., n.º 1893.

*Jahannessen.*—La dilatation hypertrophique du gros intestin chez l'enfant.—Rev. mens. des Malad. de l'enf., 18, 1900.

*Jahannessen.*—Dilatation und Hypertrophie des Dickdarms beim Kinde Norsk.—Magazin for Lægeviders., 1900, n.º 3.

*De Josselin de Jong und Muskens.*—Über megacolon congenitum (Hirschsprungschens Krankheit).—Grenzgeb d. Med. u. Chir., 21, 1910.

*Judd.*—Congenital idiopathic dilatation of the colon (Hirschsprung diseases).—Portieth Annual Meeting of the Minnesota State. Med. Assoc. held. at St. Paul, 6 y 7 Dic., 1908.

*Judd.*—Reprinted from.—The Journ. Lancet, 1.º Enero, 1909.

*Judd.*—Collector papers by the Staff of Ste. Mary's hospital Mayo Clinic Rochester, 1905-1909. Philadelphia and London, 1911, pag. 274-279.

*Kansch.*—Operativ geheilter Fall von Hirschsprungschens Krankheit Freie Vereinig d. Chir., Berlin. 190 — Sitzung Zentralbl. f. Chir., 1911, n.º 5, pag. 159.

*Kien.*—Kasnistik der Colonektasien bei Kindern. Strassburger.—Med. Zeitung, 1904, tome 5.

*Kleinschmidt.*—Hirschsprungschens Krankheit under dem Klinischen Bilde unstillbaren Erbrechens Monatsschr f. Kinderheilk, 9, 1910, tome 7.

*König.*—Diskussion Altonaer ärztl Verein Münchner Med. Wochenschr, 1901, n.º 33.

*Koepfer.*—Zur Kenntnis der Hirschsprungschens Krankheit.—Monatsschr. f. Kinderheilk, 6, 1907.

*Kohts.*—Über einige Fälle von Hirschsprungschens Krankheit in Kindersalter.—Therapie der Gegenwart. Mayo, 1908.

*Konjetzny.*—Zur Pathogenese und Pathologischen Anatomie

der Sogenannten Hirschsprungschcn Krankheit. Med. Gesellsch in Kiel. — Münchner Med. Wochenschrift, 1911, n.º 14.

*Konjetzny.* — Über die Hirschsprungschc Krankheit und inne Beziehungen zu Kongenitalen und erworbenen Form und Lageanomalien des colon sigmoideum. — Bruns. Beitrag Z. Klin. Chir., 73, 1911, tomo I.

*Kraske.* — Demonstration eines Fálles von Hirschsprungschcr Krankheit Oberrhein. — Ärzctetag zu Freiburg Münchner Med. Wochenschr, 1906, n.º 49.

*Kredel.* — Über die Angeborene Dilatation und Hypertrophie des Dickdarms (Hirschsprungschc Krankheit). — Zeitsch. f. Klin. Med., 53, 1904.

*Kümmell.* — Ein Fall von Hirschsprungschcr Krankheit, 73. — Versamml. Deutsch Naturf und Ärzte in Hamburg, 1901.

*Kienböck.* — Sur l'S iliaque allongé et mobile. — (Munich Med. Woch). 14 Enero 1913.

*Langmead.* — Transaction of the Clin. Soc. of London, 39, 1906.

*Lejars.* — Maladie de Hirschsprung Bull. et. mem. de la Soc. de Chirurg., Paris, 1907.

*Lejars.* — Les formes graves de la constipation et leur traitement chirurgical. — Semaine Med., 6 Dic. 1911, n.º 49.

*Lejars.* — La stase intestinale chronique. — Semaine Med., 24 de Mayo 1911.

*Lane.* — The operative treatment of chronic constipation. London, 1909.

*Lengemann.* — Chronischer Trommelbauch durch Colonblähung. — Verhndl. d. Deutsch. Gesellch. f. Chir., 36, Kongress, 1907.

*Lennander.* — Fall von angeborener dilatation und Hypertrophie der flexura sigmoidea bei einem Kinde. — Nordisk Med. Arch., 11, 1900.

*Levi.* — Congenital dilatation of the colon. The Philadelphia Pediatric Society. — Arch. of. pediatr., 20, 1903, pág. 935.

*Link.* — Die Hirschsprungschc Krankheit bei Erwachsenen. — Inaug. Diss. Königsberg, 1908.

*Little and Gallaway.* — A case of enormuss dilatation with hypertrophie of the colon, especially of the sigmoid portion. Transact of the pathol. — Soc. of London, 3, 1851.

*Lossen.* — Über die idiopathische Erweiterung des Oesofagus. Grenzgeb d. Med. u. Chirurg., 12, 1903, pág. 331.

*Löwenstein.* — Über die Hirschsprungschc Krankheit. Sammelreferat Zentralbl. f. Allg. Path. und Path. Anat., 13, 1907, n.º 23.

*Lacun.*—Two case of idiopath dilatation of the colon.—Lancet, 1899, 11 de Marzo.

*Madelung.*—Diskussion.—75, Versamml. d. Naturf. u. Arzte in Cassel, 1903.

*Marchand.*—Demonstration in d. Med. Gesellsch in Leipzig.—Münchener Med. Wochenschr., 1903, n.º 8.

*Marfan.*—De la constipation des Nourissons et en particulier de la constipation d'origine congenital.—Rev. mens. de Malad. de l' enf., 1895.

*Martin.*—On so-called idiopathic dilatation of the large intestine Montreal Med. Journ., 1897, n.º 9.

*Money and Paget.*—A case of so-called idiopathic dilatation of the colon.—Transact of the Clin. Soc. of London, 21, 1888.

*Morris.*—A case of faecal occumulation in the rectum and colon.—Brit. Med. Journ., 18 Dic. 1886.

*Mouges.*—Un case de maladie de Hirschsprung. — Marseille Med., 1907.

*Mülberger.*—Über die Dilatatio et Hypertrophia coli Hirschsprung Zeitschr. of. Klin. Med., 57, 1905.

*Murray.*—Idiopathic dilatation of the colon.—Annals of Surgery, 1903.

*Mya.*—Due osservazione di dilatazione ed ipertrofia congenita del colon (megacolon congenito).—Lo Sperimentale, 1894.

*Morestin.*—Dilatation idiopathique du colon et du rectum.—Bull. Soc. Chir., 22 Marzo 1910, pág. 362.

*Mauclair.*—A propos du megacolon.—Bull. Soc. Chir., 28 Enero 1913, pág. 108.

*Mümmery Lockardt.*—Diseases of the colon., 1910, pág. 61.

*Mümmery Lockardt.*—Cases of intractable constipation treated by operation.—Soc. Medic. London, 1911-12.

*Navarro.*—Beitrag Zur Kenntnis der Kottumoren und des chronischen Volvulus.—Zentralbl. f. Chir., 1899, n.º 46, pág. 1233.

*Navarro.*—Sur le megalolon.—Bull. Soc. Chir., 25 Marzo 1913.

*Neter.*—Ein Fall von Hirschsprung'scher Krankheit.—Verein f. inn Med. in Berlin.—Deutsch. Med. Wochenschr., 1909.

*Neter.*—Die Beziehungen der Kongenitalen Anomalien des S. Romanum zur habituellen Verstopfung im Kindesalter (zur Hirschsprung'schen Krankheit) und zum Volvulus flexure sigmoidea der Erwachsenen.—Arch. f. Kinderkheil., 32, 1901.

*Neter.*—Zur Pathogenese der Hirschsprungschen Krankheit. —Münchener Med. Wochenschr., 1907, n.° 37.

*Neugebauer.*—Zur Diagnostik der Hirschsprungschen Krankheit Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 35, Kongress Berlin, 1906.

*Neugebauer.*—Nur Diagnose und Therapie, der Hirschsprungschen Krankheit.—Arch. f. klin. Chir., 82, 1907.

*Nikolajzen.*—Hypertrophie und dilatation des Kolons bei Kleinen Kindern. Norsk Magazin for Lægevidens Kaben, 1900, n.° 3.

*Oestreich.*—Demonstration eines Präparates von Kongenitaler Dilatation und Hypertrophie des Dickdarms. Gesellschaft. d. Charité Ärzte.—Berliner. Klin. Wochenschr., 1893, n.° 35.

*Osler.*—On dilatation of the colon in young children.—Arch. of. pediatr., 10, 1893.

*Ockinczyk.*—Atresie congenitale du colon ses rapports avec la maladie de Hirschsprung.—Rev. Chir., 1909, n.° 12.

*Peacock.*—A case of fatal constipation form excessive dilatation of the colon. Transact. of the pathol.—Soc. of London, 23, 1872.

*Pennato.*—Intorno ad alcuni casi di malattie dell'addome, enorme dilatazione dell'Siliaco.—Rivista veneta di scienze mediche, 1887.

*Pennato.*—La dilatazione idiopatica del colon.—La Clin. Med. Ital., 1902, n.° 1.

*Perthes.*—Hirschsprungsche Krankheit. Med. Gesellsch. Zu Leipzig.—Münchener Med. Wochenschr., 1903, n.° 6.

*Perthes.*—Zur Pathologie und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit (Megacolon congenitum) Verhandl. d. deutsch. Gesellschaft. f. Chir. 34, Congress. Berlin, 1905.

*Perthes.*—Zur Pathologie und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit. (Megacolon congenitum).—Arch. f. Klin. Chir., 77, 1905.

*Petiwalsky.*—Zur Hirschsprungschen Krankheit.—Arch. f. Klin. Chir., 86, 1908.

*Pfisterer.*—Obstipation infolge Darmabknickung. Beitrag zur Lehre von der sogenannten «Hirschsprungschen Krankheit». —Jahrb. f. Kniderheit., 65, 1907.

*Pippnigsköld.*—Ein Fall von kolossaler Dilatation des Coecum und colon Finska läkaresällskopets handlingar, 12, 1880.

- Pitt.*—Local dilatation of the sigmoid flexure.—*Transact. of the Path. Soc. of London*, 46, 1895.
- Pluyette.*—Maladie de Hirschsprung.—*Marseille Med.*, 1905.
- Porro.*—Sopra un caso singolarissimo di patologia embrionaria.—*Milano*, 1871.
- Puls.*—Zur Kenntnis die Hirschsprungschen Krankheit.—*Bronns Beitrag zur Klin. Chir.*, 69, 1911.
- Patel.*—VI Congrei Nat. d'Obst. Giucc. et Pediatr.—*Toulouse*, 1910.
- Patel.*—Chirurgie du colon pelvien (cancer excepté).—*Cong. fr. de Chir.*, Oct. 1913.
- Pauchet.*—Traité du Megalolon.—6 obs. pers. *Bull. Soc. Chir.*, 17 Dec. 1912, pag. 1486.
- Piquet.*—*Bull. et Mem.—Soc. Chir., Paris*, Enero 1913.
- Ranpold.*—Hypertrophie des Dickdarms und Erweiterung desselben.—*Med. Korrespondenzbl. d. Württemberg Ärzte.—Vereins*, 17, 1847.
- Rehn.*—Diskussion—73, Versamml deutsch Naturf. u. Ärzte in Hamnurg. 1901.
- Reinach.*—Weitere Mitteilung über einen Fall von Hirschsprungscher Krankheit-mi-Obduktions befund Münchner Gesellschaft f. Kinderheilk. *Monatsschr. f. Kinderheilk.*, 9, pag. 39. Referate.
- Richardson.*—*Transact of the Amer.—Surgical Association*, 15, 1897.
- Richardson.*—A case of idiopathic dilatation of the colon.—*Boston Med. and surgical Journ.*, 144, 1901.
- Riether.*—Darmverschluss durch einen Kottumor bei einen drei Tage alten Kinde, Wiener.—*Klin. Wochenschr.*, 1894, n.º 4.
- Roersch.*—Note sur la maladie de Hirschsprung avec deux observation personells.—*Scalpel.*, 1910, n.º 39.
- Rolando.*—Megalocolon congenito.—*Gaz. degli Osped.*, Enero, 1908.
- Rolleston and Howard.*—A case of chronic dilatation of the colon.—*Transact of the clinical Society of London*, 29, 1896.
- Roser.*—Verhandl d. IV Chirurgen Kongres, 1875.
- Roth.*—Zür Pathologie und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit.—*Arch. f. Klin. Chir.*, 81, 1896.
- Rothmann.*—Ein Fall von Dickdarmdivertikel. — *Berliner Med. Gesellsch. Berliner Klin. Wochenschr.*, 1896, n.º 6.
- Le Roy des Barres.*—Sur un case de dilatation dite idiopathi

que du gros intestine avec dilatation de la vessie.—Gaz. des Hosp. 2, 1903, pag. 871.

*Rosenstiel.*—Beitrag Zur Kenntniss der Hirschsprungsehen —Krankheit Zurich., 1911.

*Schreiber.*—Über die idiopathische Dilatation des Colon.—Verein f. wissenschaft. Heilk. i. Königsberg.—Deutsche Med. Wochenschr., 1906, n.º 30.

*Schreiber.*—Über die idiopathische dilatation des colon.—Arch. f. Verdauungskrankh., 13, 1907.

*Schreiber.*—Archiv für Verdauungskrankheit., 1907, XIII, pag. 101.

*Schreiber.*—Der Wert der Reкто-romanoscopie., 1908, pag. 42.

*Schwartz.*—Dilatation du colon pelvien Maladie de Hirschsprung.—Bull et Memm. de la Soc. de Chir., 1907, n.º 28.

*Schwartz.*—Discussion sur le Megacolon.—Soc. Chir., Paris, 1900.

*Sorrel y Benzaude.*—Six cas de Megacolon.—Arch. des Malades de l'app. digestif et de la nutrition, tomo VIII, pag. 1, 1915.

*Strauss.*—Proctosigmoidoscopy, 1910.

*Sampson, von.*—Einiges über den Darminsbesonde die flexura sigmoide coli.—Arch. f. Klin. Chir., 44, 1892.

*Severi.*—Lo sperimentale, 1884.

*Schepetmann.*—Ein fall von Hirschsprungseher Krankheit. Vereint d. Arzt in Halle a. S.—Münchener Med. Wochenschr., 1911, n.º 47.

*Schlantzký.*—Megasigmoideum.—Berliner Klin. Wochenschr., 1012, p. 43.

*Schmidt.*—Über Hirschsprungseher Krankheit insbesondere ihre chirurgische. Behandlung.—Brun. Beitr. z. Klin. Chir., 61, 1909.

*Schmieden.*—Über die Therapie der Hirschsprungsehen Krankheit. Freie.—Verein d. Chir., Berlin 15 Junio 1908. Deutsche Med. Wochenschr, 1908, n.º 40.

*Schnitzler.*—Resektion der flexura sigmoidea wegen Hirschsprungsehe Krankheit bei einen dreijährigen Knaben.—Wiener Klin. Wochenschr., 1907, n.º 25.

*Schönstadt.*—Demonstration eines Falles von Hirschsprungseher Krankheit.—Berliner Med. Gesellsch. Münchener Med. Wochenschr., 1907, pag. 1507.

*Schuckmann, V.*—Zwei Fälle von Hirschsprungseher Kran-

kheit bei Erwachsenen.—Deutsche Med. Wochenschr., 1907, n.º 6.

*Seller.*—Demonstration des Präparates eines dilatierten Dickdarms.—Gem. Tagung d. Niederheim, Westfall u. Südwestamtschr. Kinderärzte Zentralbl. f. Kinderheilk, 1905, n.º 8.

*Shukowski.*—Über angeborene Dilatation des Dickdarms mit Hypertrophie der wand des ganzen Darmes duodenumstenose und innerer Hernie.—Medizinskoje Obosrenije, 1903, n.º 7.

*Silberberg.*—Über angeborene Coloner Weiterunfi.—Zentralbl f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 6, 1903, pág. 881.

*Sommer.*—Ein Beitrag zur Hirschsprungsehen Krankheit.—Deutsche Med. Wochenschrift, 1909, n.º 31.

*Springer.*—Die Operationsmethoden der Hirschsprungsehen Krankheit.—Wissensch. Deutscher Ärzte in Böhmen, 12 Febrero 1908.—Münchener Med. Wochenschr., 1908, n.º 11, pág. 597.

*Stewart and Hand.*—Dilatation of the colon. Arch. of Pediatr., Marzo 1900.

*Stirnemann.*—Hirschsprungsee Krankheit und Megacolon Congenitum Korrespondenzbl f. Schweiz Ärzte, 1905, n.º 18, página 569.

*Strrhan.*—Rare malformation of the large intestine resulting in fatal strangulation.—Lancet, 2, 1983, pág. 1245.

*Strabel.*—Kasuistischer Beitrag zur Pathologie und Therapie der Hirschsprungsehen Krankheit.—Inag. Diss., Leipzig, 1900.

*Tchernow.*—Megacolon congenitum non est congenitum sed acquisitum.—Jahr. f. Knid., 1906, pág. 6.

*Tarozzi.*—Malattia de Hirschsprung e megacolon idiopatico.—Riforma Med. 3., 1902, pág. 446.

*Thompson.*—A case of aberrant functional chronic intestinal obstruction Lancet, 28 Mayo 1907.

*Tittel.*—Über eine Angeborene Missbildung des dickdarms. Wiener klin.—Wochenschrift, 1901, n.º 39.

*Tordeus.*—Observation de tumeur stercoral nort; autopsie.—Journ. de Clin. et de Therap., mf., 1902, n.º 188 y 189.

*Torkel.*—Angeborene hochgradige Erweiterung des Dünndarms ohne Stenose.—Deutsche Med. Wochenschr, 1905, n.º 9, página 344.

*Treves.*—Idiopathic dilatation of the colon Lancet, 1, 1898, página 276.

*Treves.*—The Lancet.—1908, tomo I, pág. 276.

- Tschernow.*—Ungewöhnlich umfangreicher «Dickdarms» Kindern.—Jahrb. f. Kinderheilk, 64, 1906, pag. 811.
- Tuffier.*—Dilatation congenitale dite idiopathique du colon.—Bull. et memoires de la Soc. de Chir., 1907, n.º 34.
- Turner.*—Removal of the sigmoid colon for congenital idiopathic dilatation.—Brit. Med. Journ., 1907.
- Valagussa.*—Contribuito allo studio della patogenesi del megacolon congenito.—Riv. di Clin. Pediatr., Dicembre 1903.
- Variot.*—Gros ventre par distension du colon.—Presse Med., 1907, n.º 95.
- Vermey.*—Ein Fall von Hirschsprungescher Krankheit.—Nederl. Tijdschr. v. Gyneesk., 1, 1910, pag. 1141. Ref. Monatsschr. f. Kinderheilk, 9, Heft 4.
- Verse.*—Über die chronische Dilatation des dickdarms im höheren Alter. Münch. Med. Wochenschr., 1909, pag. 654.
- Wagner.*—Megacolon Hirschsprung disease. Surgery gynecology and obstetric. Enero, 1908.
- Walker and Griffith.*—Congenital dilatation and hypertrophy of the colon fatal at the age of 11, years.—Brit. Med. Journ., 1893, pag. 230.
- Walker and Griffith.*—Hirschsprung disease, Lancet.—Clin., 19 de Febrero 1910.
- Wallmann.*—Divertikelbildung.—Virchows. Arch., 14, 1858.
- Walther.*—Developpement exagéré de la dernière portion de l' S iliaque.—Ball. de Soc. Anat. de Paris, 1888.
- Walsch.*—Chronic constipation due to sigmoidia rectum. North-western Lancet, 13, 1894.
- Weiss.*—Angeborene Dilatation des Kolon Gesellsch. d. Ärzte in Wien., 1.º Marzo 1907. Wiener, Klin. Wochenschr, 1907, n.º 10.
- Weil.*—Contribution a l'etude de la Mal. de Hirschsprung.—Tesis. Nancy., 1910.
- Wichern.*—Über Veränderungen des Kolon im Röntgenbilde bei chronischer obstipation.—Sitzungsber. d. Leipziger Med. Gesellschaft. Münchner. Med. Wochenschrift., 1910, n.º 33.
- Wilkie.*—Über Hirschsprungesche Krankheit Allg. Wiener.—Med. Ztg. 55, 1911.
- Wilms.*—Demonstration eines Falles von Hirschsprungescher Krankheit.—Med. Gesellschaft zu Leipzig. 23 de Julio 1905. Münchner Med. Wochenschr., 1905, pag. 2061.
- Wilms.*—Der Ileus. Abschnitt 7. Hirschsprungesche Krankheit.—Deutsche Chir., 1906, 46.

*Witzenhausen.*—Die Phimose. eine wichtige ursache innerer Erkrankung. der Knaben.—Münchener Med. Wochenschr., 1907, pag. 1082.

*Woolmer.*—Two case of extreme dilatation of the sigmoid flexure.—Brit. Med. Journ., 3 Junio, 1890.

*Zenoni.*—Über das angeborene Megakolon. — Anatomische und Klinische Beobachtungen. Arch. f. Kinderheilk., 40, 1905.

*Zesus.*—Die Hirschsprungsche Krankheit.—Fortschr. d. Med., 1906, n.º 2.

*Zesas.*—Die Hirschsprungsche Krankheit Sammelreferat.—Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 12, 1909.

*Zoepffel.*—Über die Anatomischen Verhältnisse des Darmes beim echten Megacolon gegenüber dem Pseudomegakolon Inang. Diss.—Strassburgo, 1909.



