



Año 1917

Núm. 3263

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# MOVILIDAD ANORMAL del CIEGO

## T É S I S

PRESENTADA PARA OBTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**JUAN DUBARRY**

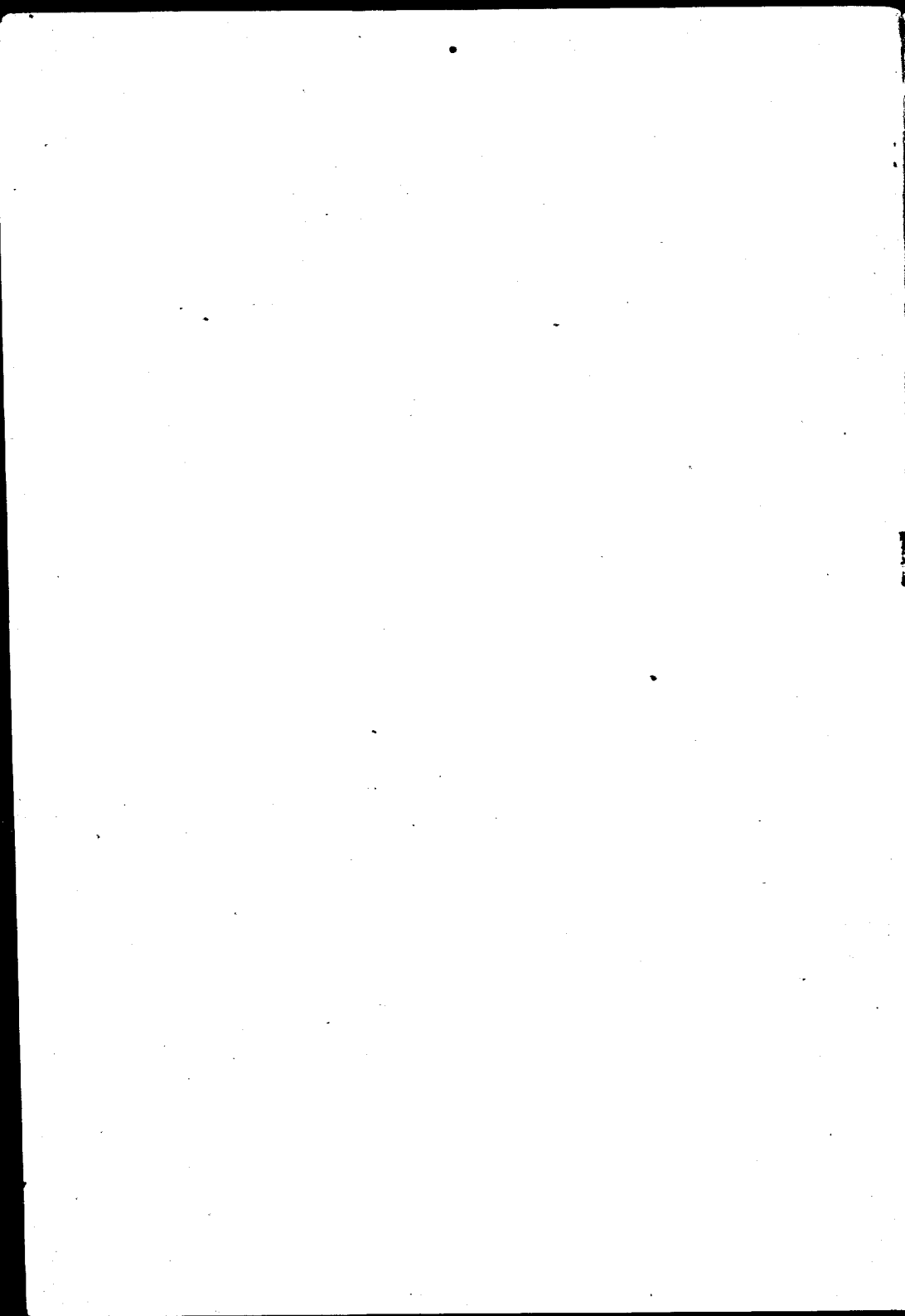
Ex-practicante Externo del Hospital Ramos Mejia  
Ex-practicante menor interno del Hospital Teodoro Alvarez  
Ex-practicante mayor del Hospital de Niños Expósitos  
Ex-practicante mayor interno del Hospital Juan A. Fernandez



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI  
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

*M. B. M. 10*



# MOVILIDAD ANORMAL del CIEGO



Año 1917

Núm. 3263

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

# MOVILIDAD ANORMAL del CIEGO

T É S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

por

JUAN DUBARRY

Ex-practicante Externo del Hospital Ramos Mejia  
Ex-practicante menor interno del Hospital Teodoro Alvarez  
Ex-practicante mayor del Hospital de Niños Expósitos  
Ex-practicante mayor interno del Hospital Juan A. Fernandez



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI  
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

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

Artículo 162 del R. de la F.

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

### Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

### Miembros titulares

1. Dr. D. EFFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " JOSÉ PENNA
5. " " LUIS GUEMES
6. " " ELISEO CANTON
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. " " DIOGENES DECLOUD
18. " " BALDOMERO SOMMER
19. " " DESIDERIO F. DAVEL
20. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. " " DOMINGO CABRED
22. " " ABEL AYERZA
23. " " EDUARDO OBEJERO

### Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL  
DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS



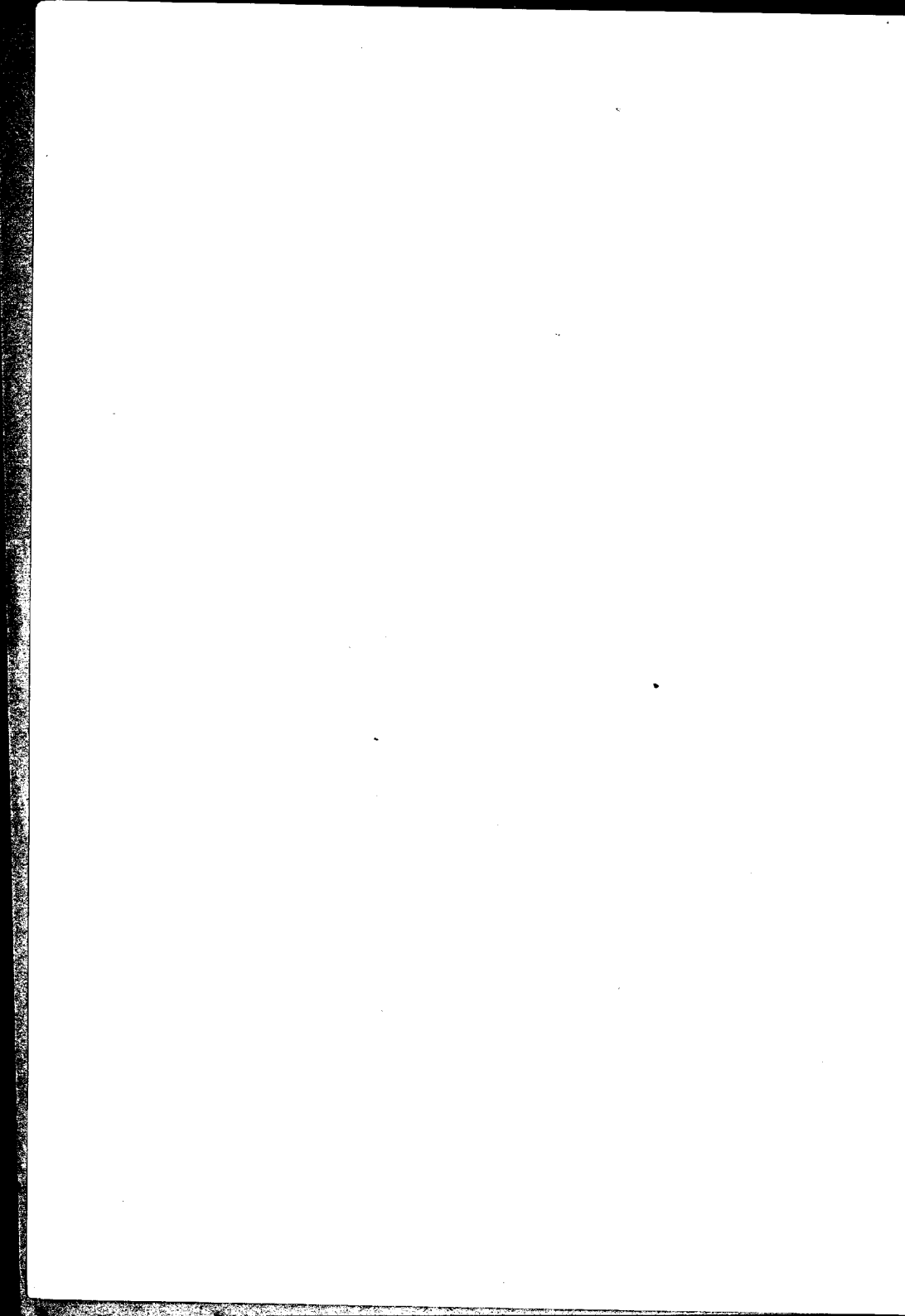
# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## ACADEMIA DE MEDICINA

### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLIVINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO VIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO



# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## **Decano**

DR. D. E. BAZTERRICA

## **Vice Decano**

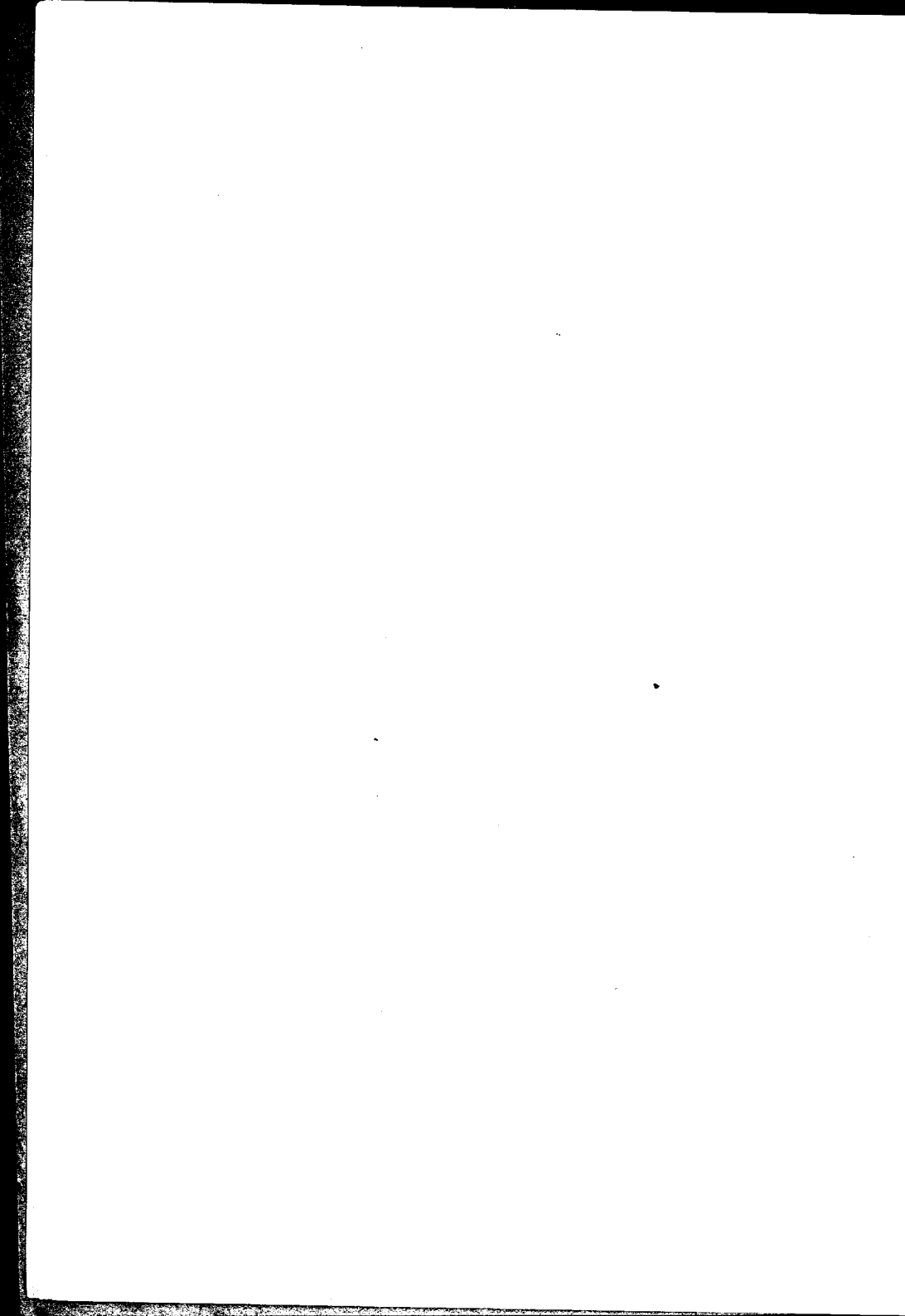
DR. D. CARLOS MALBRAN

## **Consejeros**

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA  
.. .. ELISEO CANTON  
.. .. ANGEL M. CENTENO  
.. .. DOMINGO CABRED  
.. .. MARCIAL V. QUIROGA  
.. .. JOSE ARCE  
.. .. EUFEMIO UBALLÉS (con He.)  
.. .. DANIEL J. CRANWELL  
.. .. CARLOS MALBRAN  
.. .. JOSE F. MOLINARI  
.. .. MIGUEL PUIGGARI  
.. .. ANTONIO C. GANIOLLO (Suplente)  
.. .. FANOR VELARDE  
.. .. IGNACIO ALLENDE  
.. .. MARCELO VINAS  
.. .. PASCUAL PALMA

## **Secretarios**

DR. D. P. CASTRO ESCALADA  
DR. D. JUAN A. GABASTOU



## ESCUELA DE MEDICINA

---

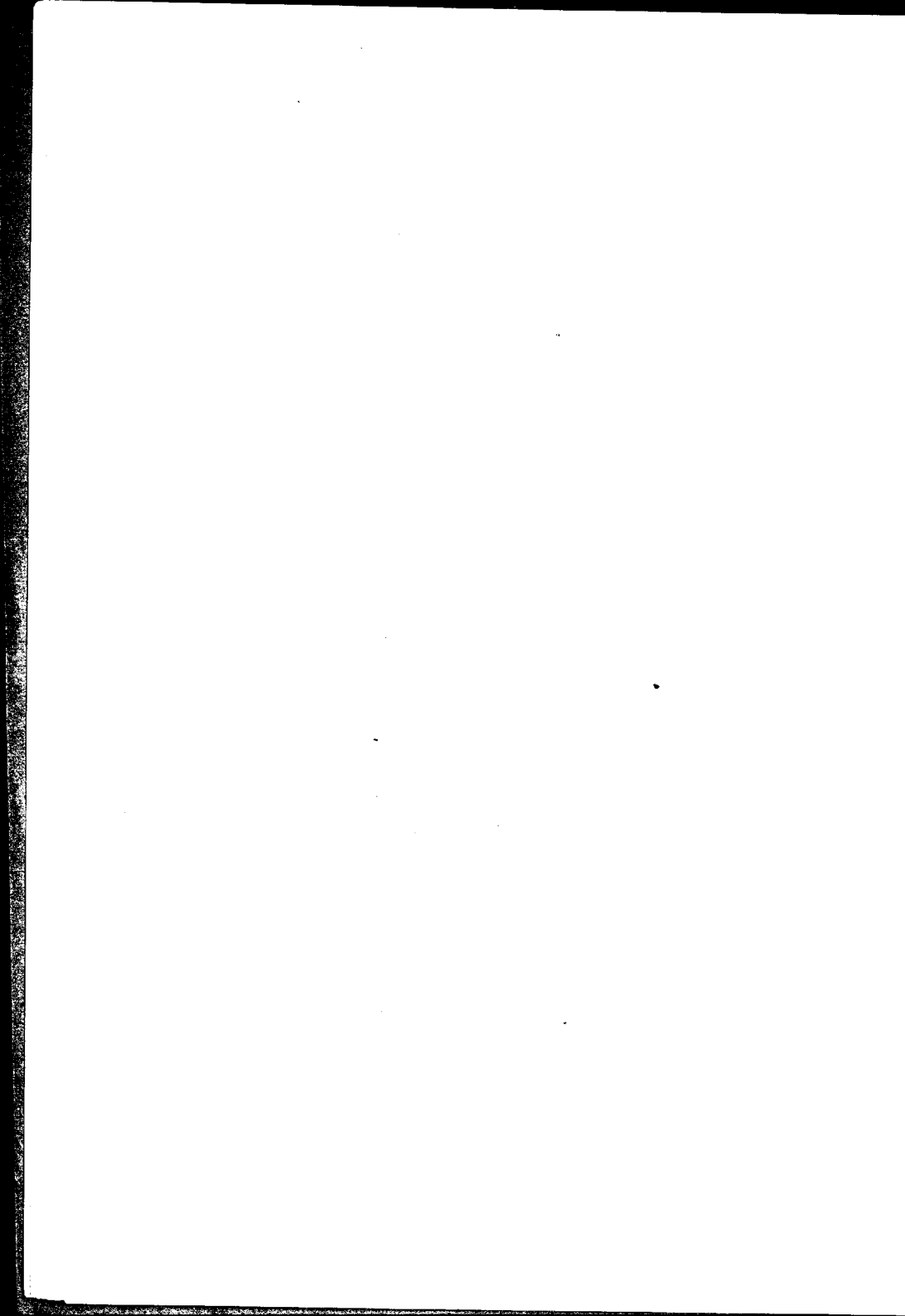
### PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE  
" JUVENCIO Z. ARCE  
" PEDRO N. ARATA  
" FRANCISCO DE VEYGA  
" ELISEO CANTON  
" JUAN A. BOEIM  
" FRANCISCO A. SICARDI



## ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica .....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica .....	.. LUCIO DURANONA
Anatomía Descriptiva .....	.. RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva .....	.. R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva .....	.. JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva .....	.. PEDRO BELOU
Histología .....	.. RODOLFO DE GAINZA
Física Médica .....	.. ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana .....	.. HORACIO G. PISERO
Bacteriología .....	.. CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica .....	.. PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada .....	.. RICARDO SCHATZ
Semiotología y ejercicios clínicos ...	{ .. GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ .. DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica .....	.. AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica .....	.. TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica .....	.. JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa .....	.. DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria .....	.. LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica .....	.. BALDOMERO SOMMER
.. Génito-urinarias .....	.. PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental .....	.. JUAN B. SENORANS
Clínica Epidemiológica .....	.. JOSÉ PENNA
.. Oto-rino-laringológica .....	.. EDUARDO OBEJERO
Patología Interna .....	.. MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica .....	.. Vacante
.. Médica .....	.. LUIS GUEMES
.. Médica .....	.. LUIS AGOTE
.. Médica .....	.. IGNACIO ALLENDE
.. Médica .....	.. ABEL AYERZA
.. Quirúrgica .....	.. PASCUAL PALMA
.. Quirúrgica .....	.. DIOGENES DECOUD
.. Quirúrgica .....	{ .. ANTONIO C. GANDOLFO
	{ .. MARCELO T. VISAS
.. Neurológica .....	.. JOSÉ A. ESTEVES
.. Psiquiátrica .....	.. DOMINGO CABRED
.. Obstétrica .....	.. ENRIQUE ZARATE
.. Obstétrica .....	.. SAMUEL MOLINA
.. Pediatría .....	.. ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal .....	.. DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica .....	.. ENRIQUE BAZTERRICA

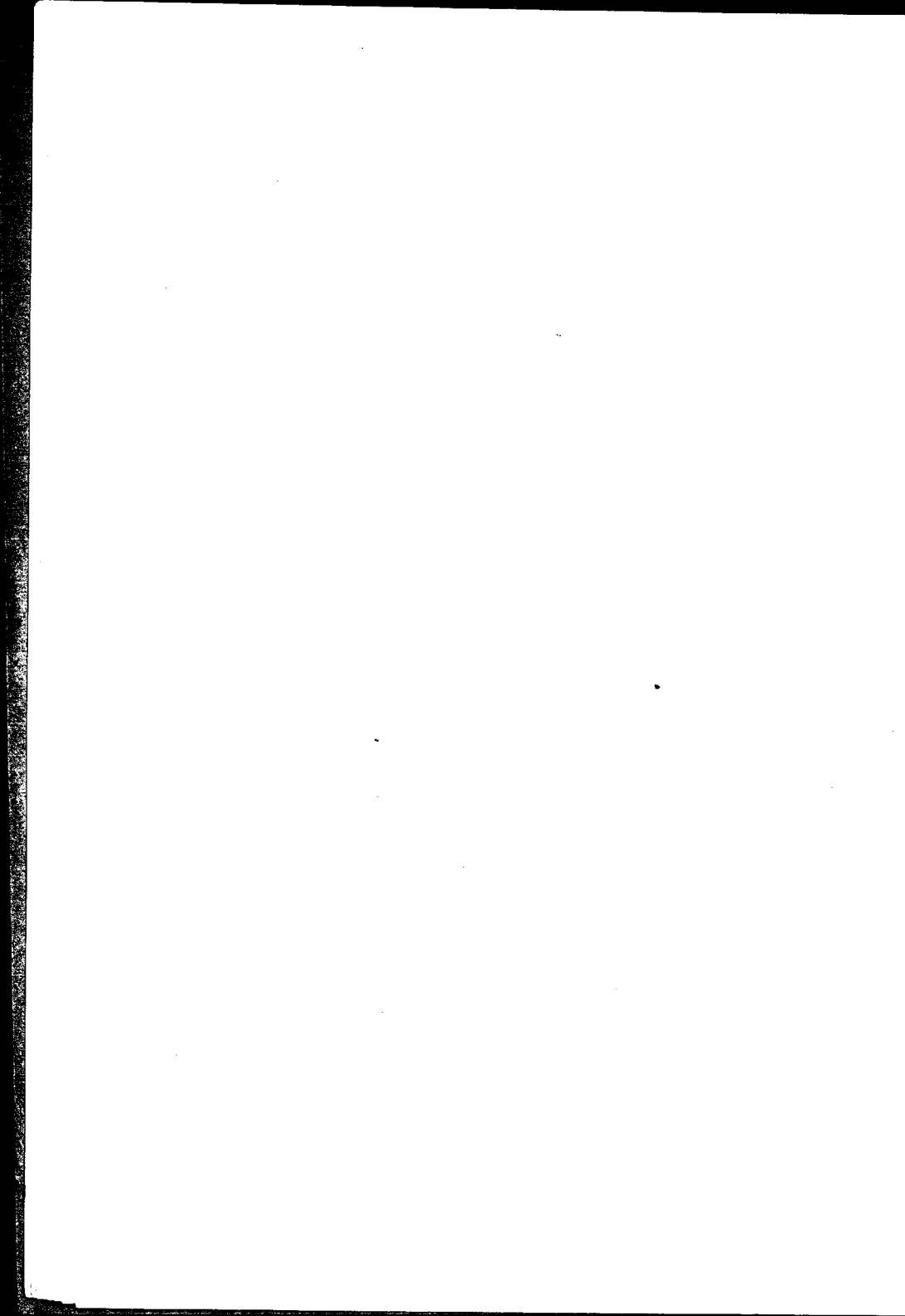


# ESCUELA DE MEDICINA

---

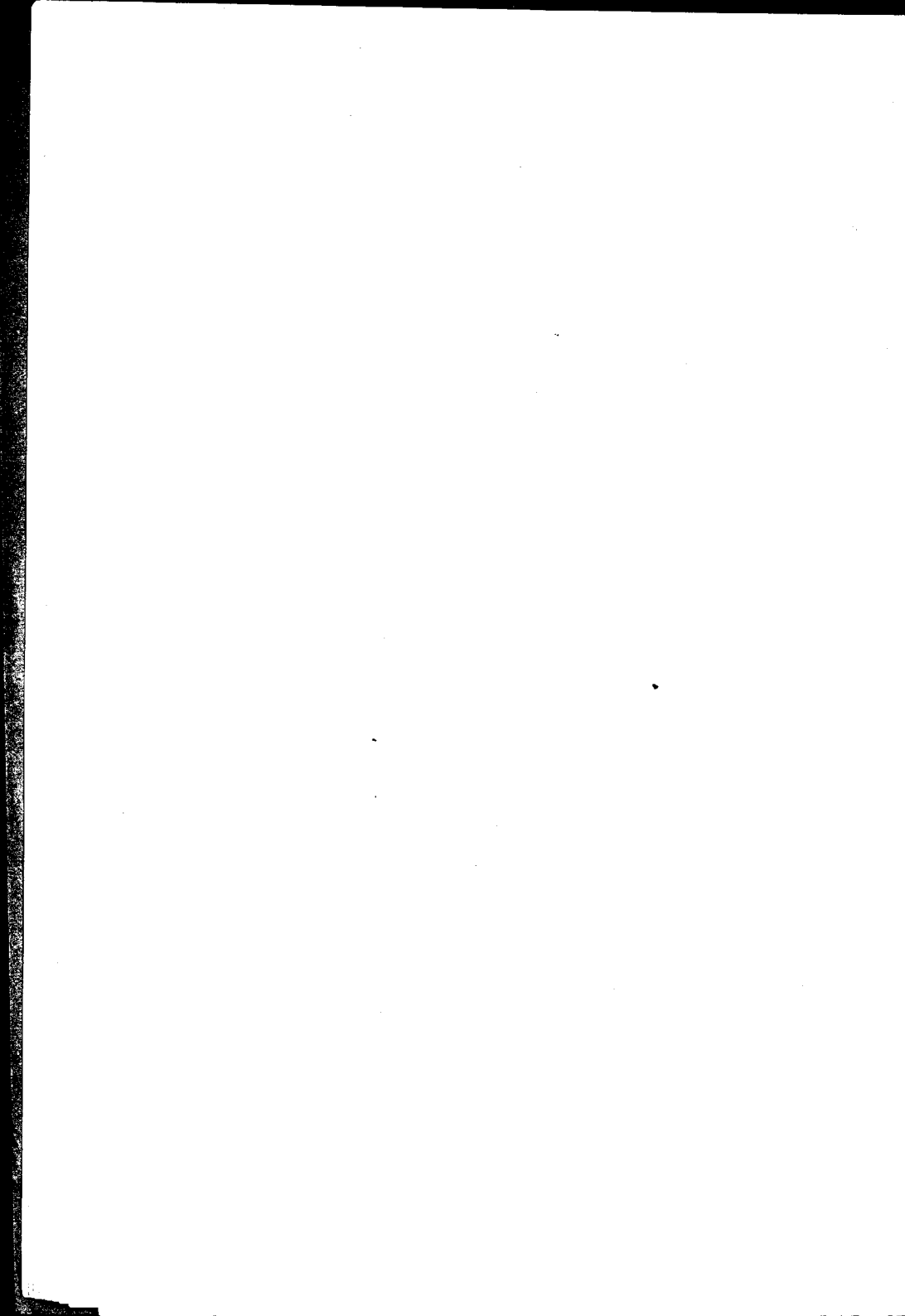
## PROFESORES EXTRAORDINARIOS

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Zoología Médica .....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología .....	„ JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica .....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología .....	„ JUAN CARLOS DELEFNO
	„ LEOPOLDO URTARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica .....	„ JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica .....	„ JOSÉ F. MOLINARI
„ Médica .....	„ PATRICIO FLEMING
„ Dermato-sifilográfica .....	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
„ Gólito urinaria .....	„ BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica .....	„ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica .....	„ ANTONIO F. PISERO
	„ MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica .....	„ FRANCISCO LLOBET
	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología Interna .....	„ RICARDO COLON
Clínica oro-rino-laringológica .....	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica .....	„ JOSÉ T. BORDA
	„ BENJAMIN T. SOLARI



## ESCUELA DE MEDICINA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Botánica Médica .....	Dr. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica .....	" GILBERTO SEIBER
Anatomía Descriptiva .....	" SILVIO F. PARODI
	" EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana .....	" FRANK L. SOLER
	" BERNARDO HOUSSAY
	" RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología .....	" GERMAN ANSCHUTZ
Química Biológica .....	" SALVADOR MAZZA
Higiene Médica .....	" BENJAMIN GALARCE
	" FELIPE JUSTO
	" MANUEL V. CARBONELL
Semiotología y ejercicios clínicos .....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
	" ALFREDO VITON
Anatomía Patológica .....	" JOAQUIN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia .....	" ANGEL H. ROFFO
Medicina Operatoria .....	" JOSE MORENO
	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
	" CARLOS ROBERTSON
Patología externa .....	" FRANCISCO P. CASTRO
	" CASTELFORT LUGONES
	" ENRIQUE M. OLIVER
	" ALEJANDRO CEBALLOS
	" NICOLAS V. GRECO
	" PEDRO L. BALISA
	" FERNANDO R. TORRES
" Epidemiológica .....	" FRANCISCO DESTEFANO
	" ANTONINO MAIRO DEL PONT
" Oftalmológica .....	" ENRIQUE B. DEMARIA (en ejer.)
	" ADOLFO NOCETTI
" Oto-rino-laringológica .....	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTIN CASTRO ESCALADA
Patología Interna .....	" PEDRO LABAQUI
	" BONIFAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARIARO
	" EDUARDO MARINO
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SASSINI
Clinica Quirúrgica .....	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHITRO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANZIVAR
	" VICENTE DIMIPRI
	" ROMULO H. CHIAPPORI
	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" JUAN JACOBO SPANGENBERG
	" MAMERTO ACUSA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
" Ginecológica .....	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONCE
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GARASTOU
	" ENRIQUE A. BOERO
	" JOAQUIN V. GNECCO
Medicina Legal .....	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA

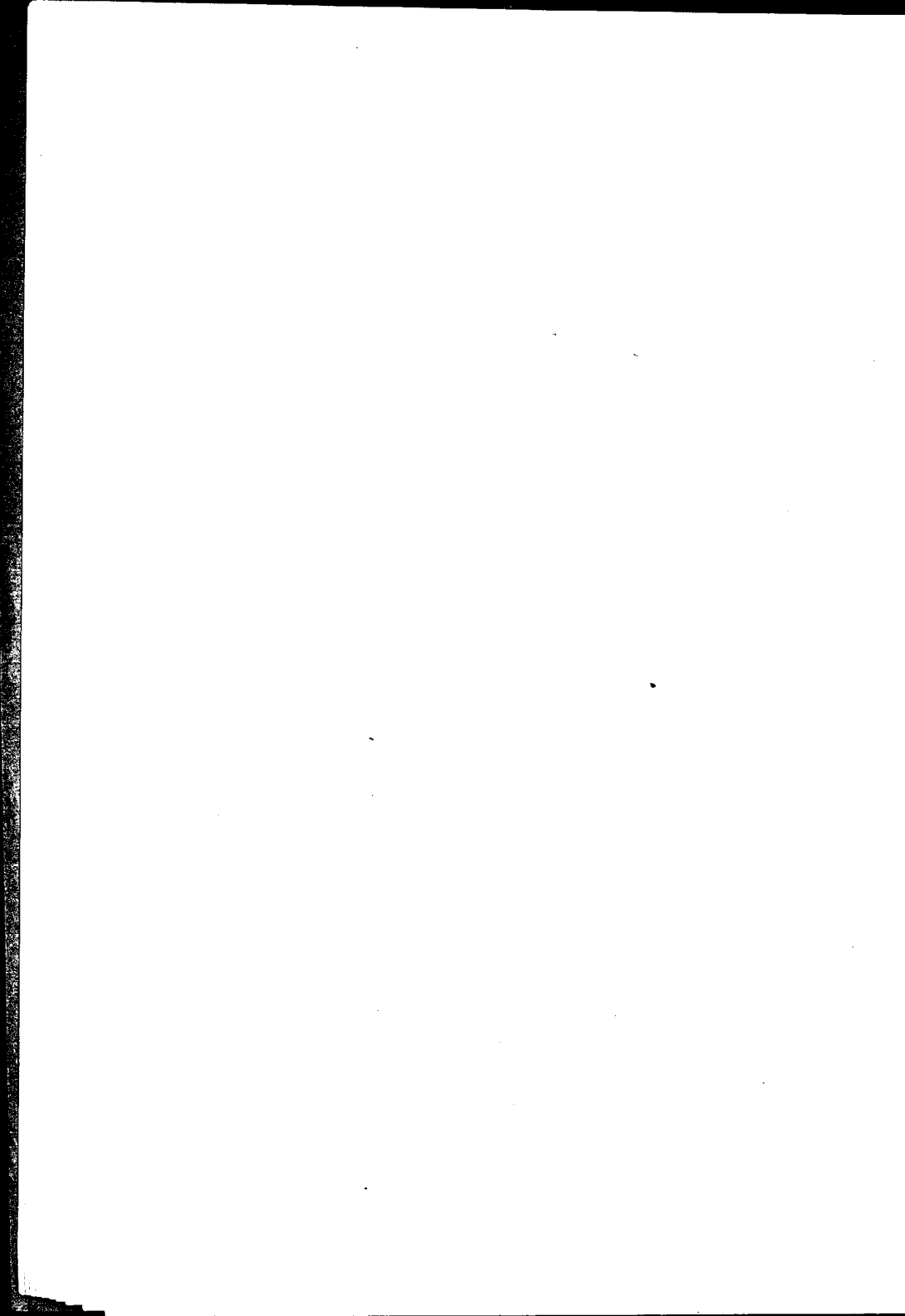


## ESCUELA DE PARTERAS

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc. ....	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico .....	„ MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica .....	„ FANOR VELARDE
Quericultura .....	„ UBALDO FERNANDEZ

---

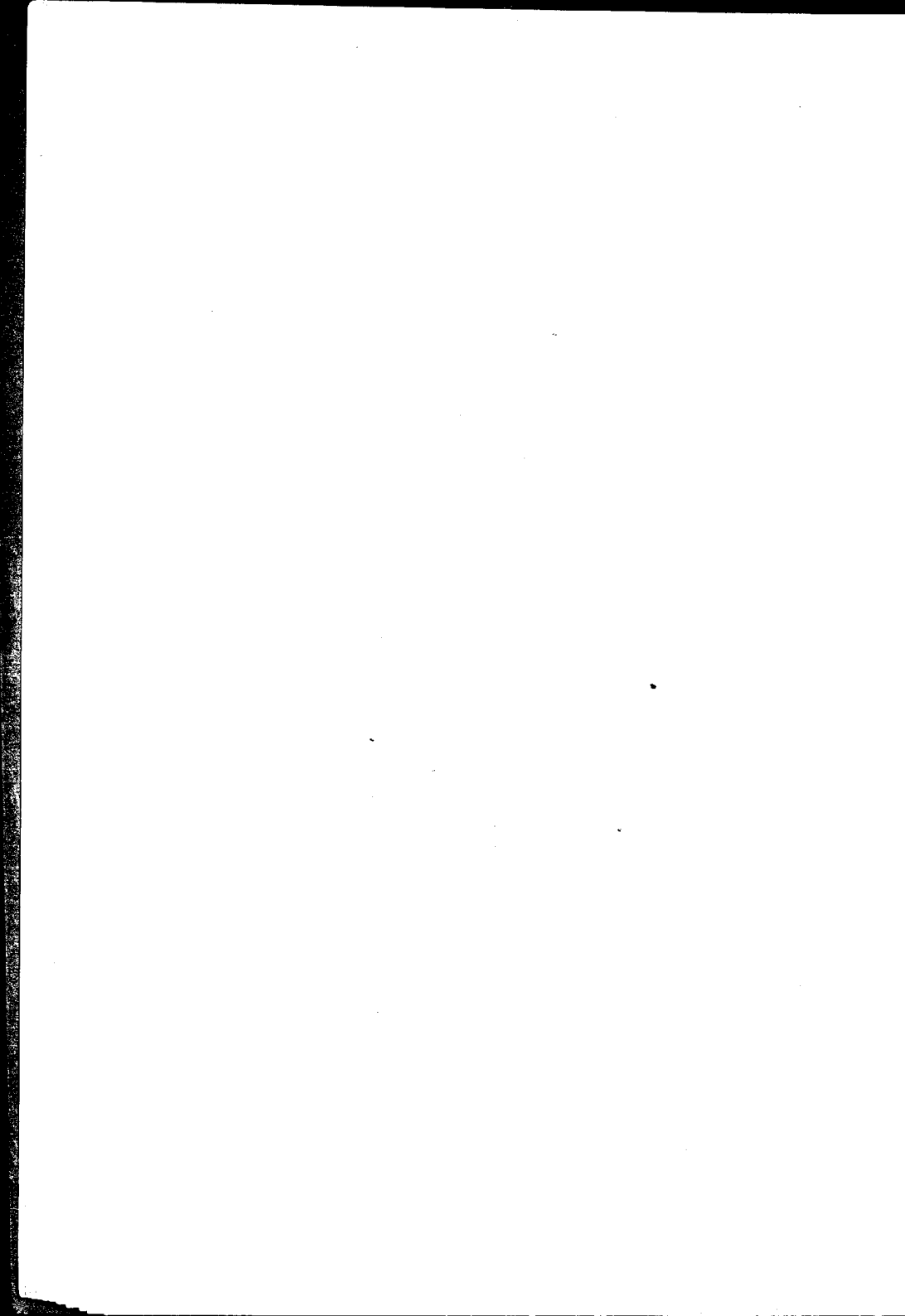


## ESCUELA DE FARMACIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada .....	Dr. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía .....	„ ADOLFO MUJICA
Química Inorgánica aplicada .....	„ MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada .....	„ FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	Sr. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica .....	Dr. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso) .....	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica Farmacéutica .....	„ J. MANUEL IRIZAR
Química Analítica y Toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas .....	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas .....	„ RICARDO SCHATZ

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Técnica farmacéutica .....	Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas	„ PASCUAL CORTI
Física farmacéutica .....	„ OSCAR MIALOCK
Química orgánica .....	Dr. TOMAS J. REMI
Química analítica .....	Sr. PEDRO J. MESIGOS
Química inorgánica .....	„ LUIS GUGLIALMELLI
	Dr. JUAN A. SANCHEZ
	„ ANGEL SABATINI
	„ EMILIO M. FLORES



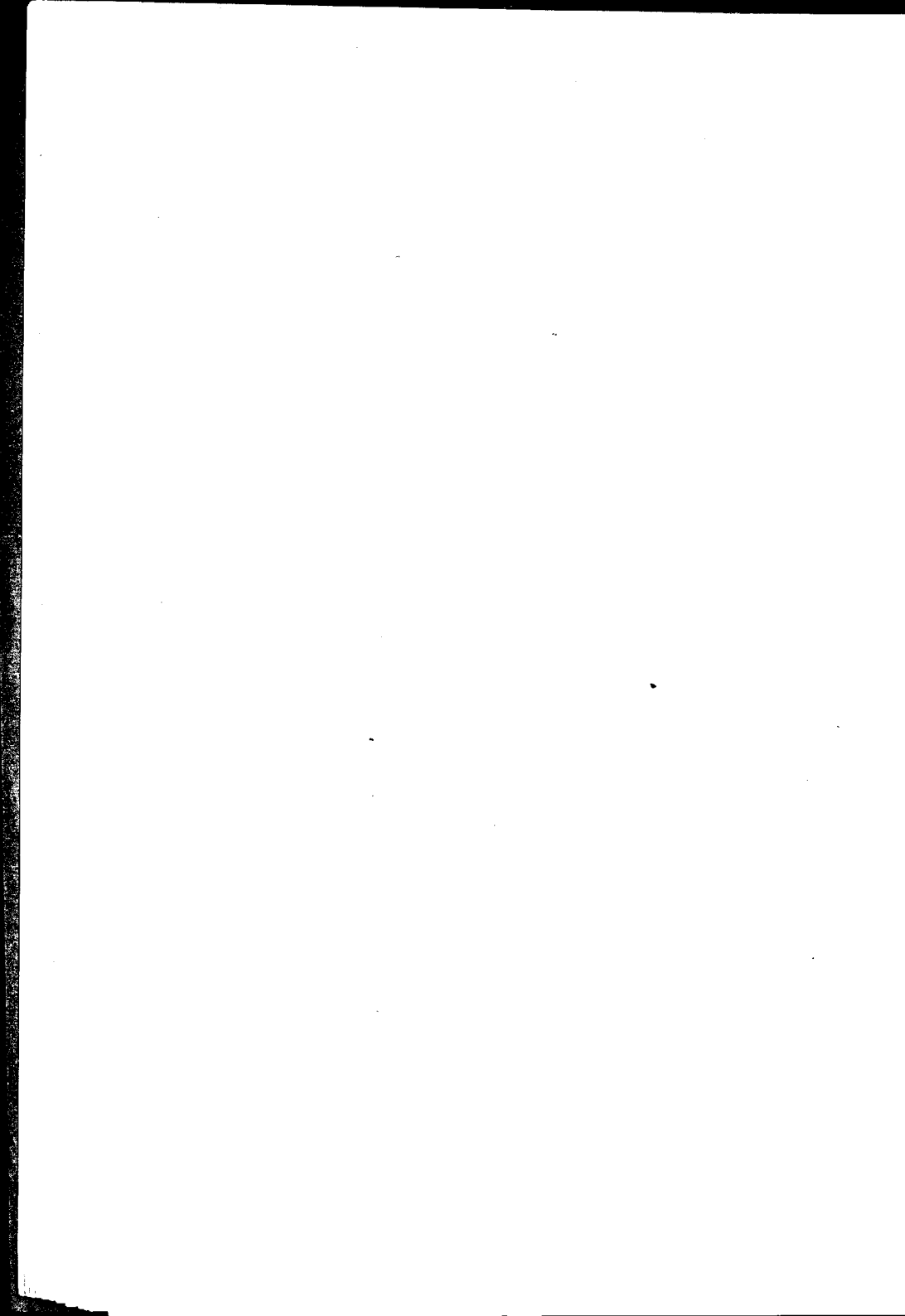
## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1er. año .....	DR. RODOLFO ERAUZZUIN
2.º año .....	„ LEON PEREYRA
3er. año .....	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental .....	SR. ANTONIO J. GUARDO

### **Catedráticos suplentes**

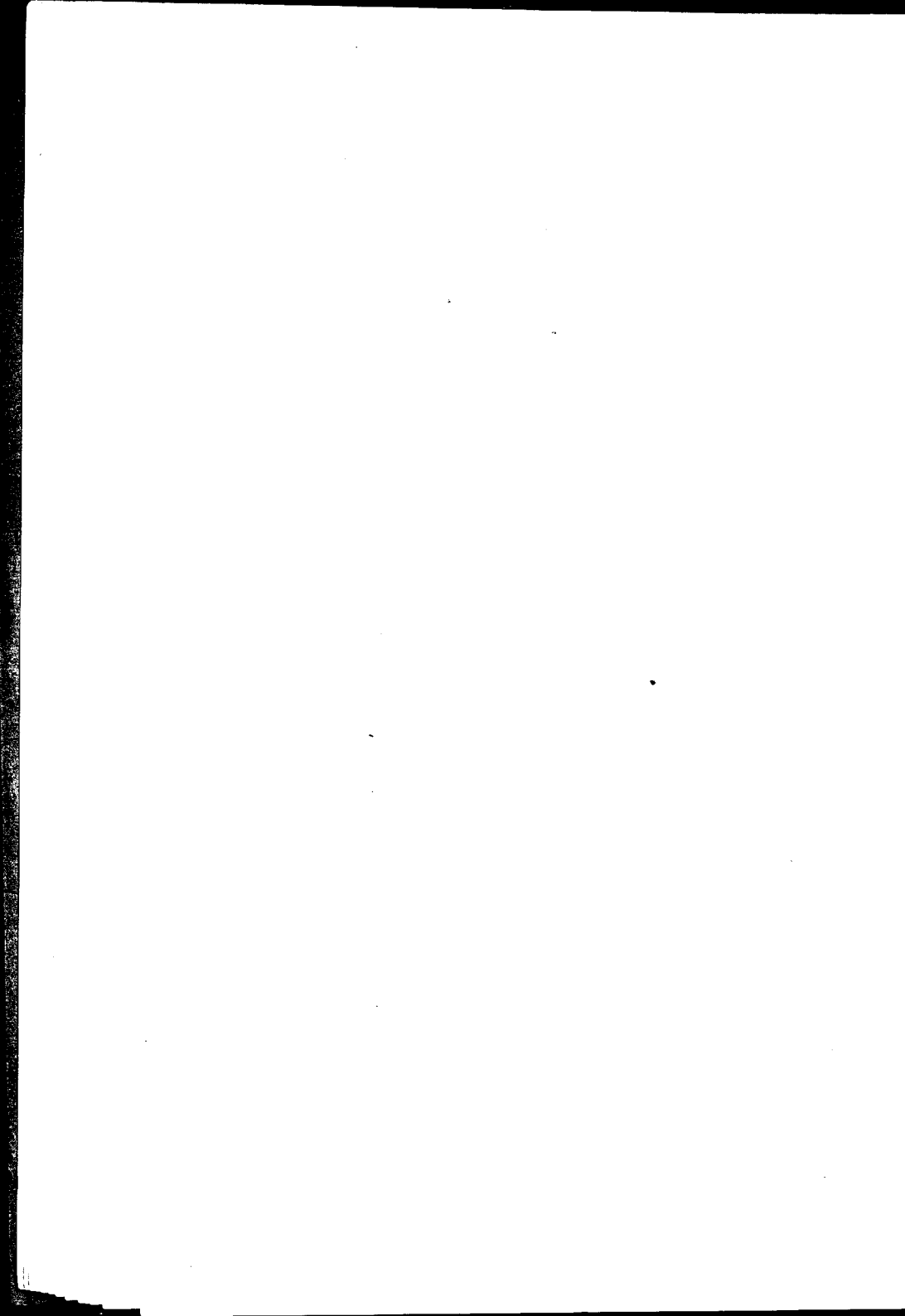
DR. D. ALEJANDRO CABANNE  
DR. D. TOMÁS S. VARELA (2.º año)  
SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)



PADRINO DE TESIS:

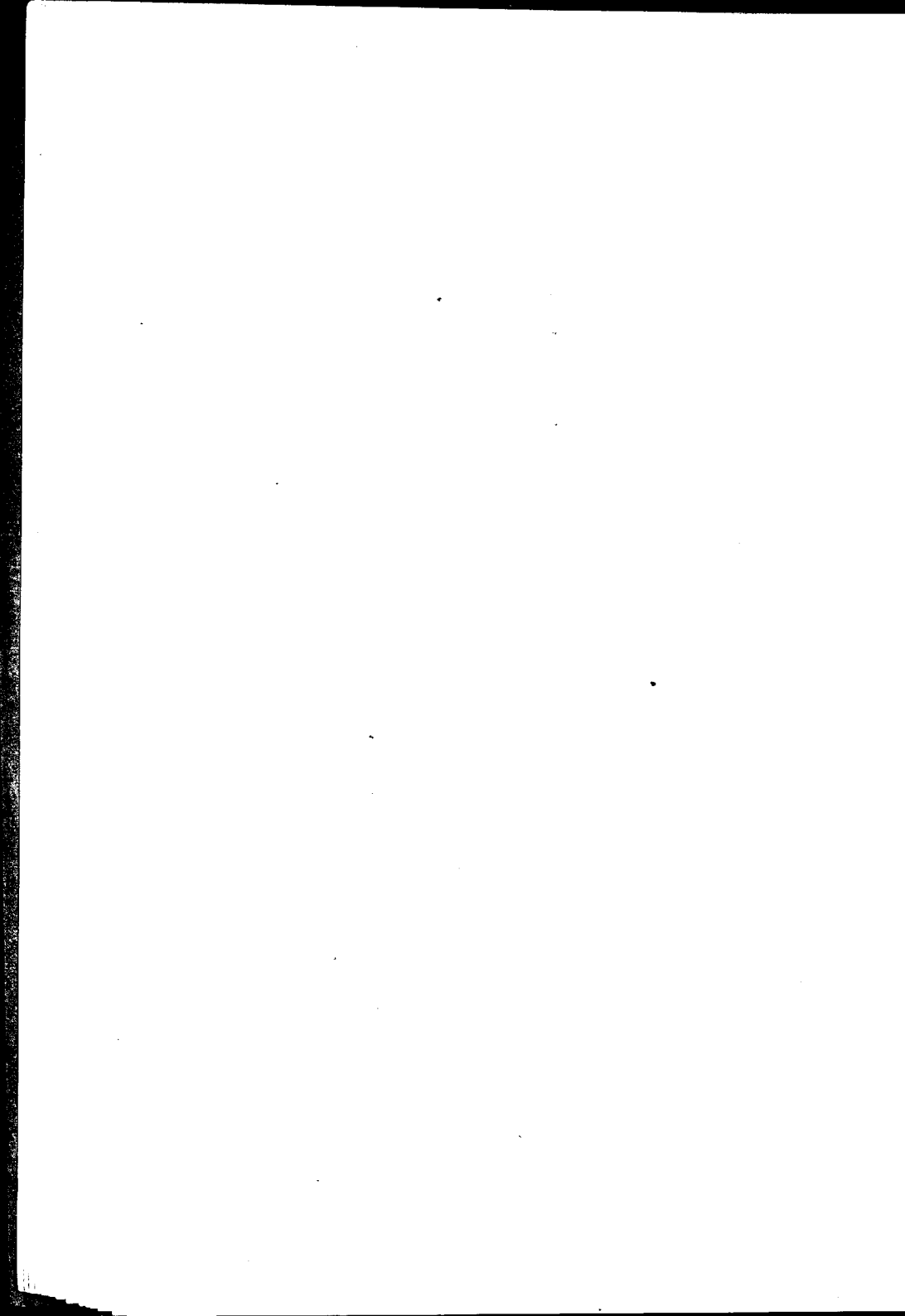
DOCTOR ALEJANDRO CEBALLOS

Profesor suplente de Patología externa  
Cirujano del Hospital T. Alvarez



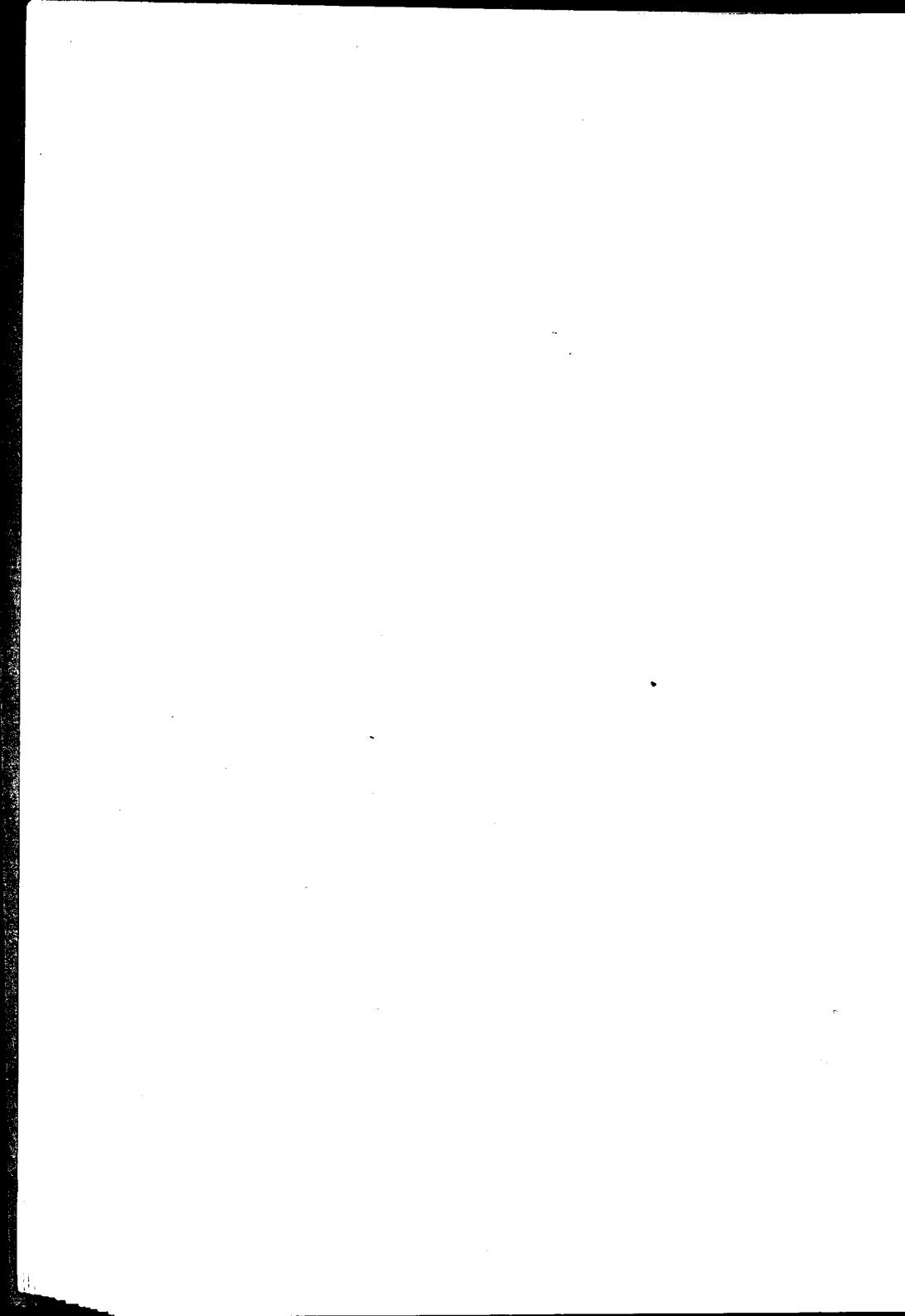
A MIS QUERIDOS PADRES

GRATITUD



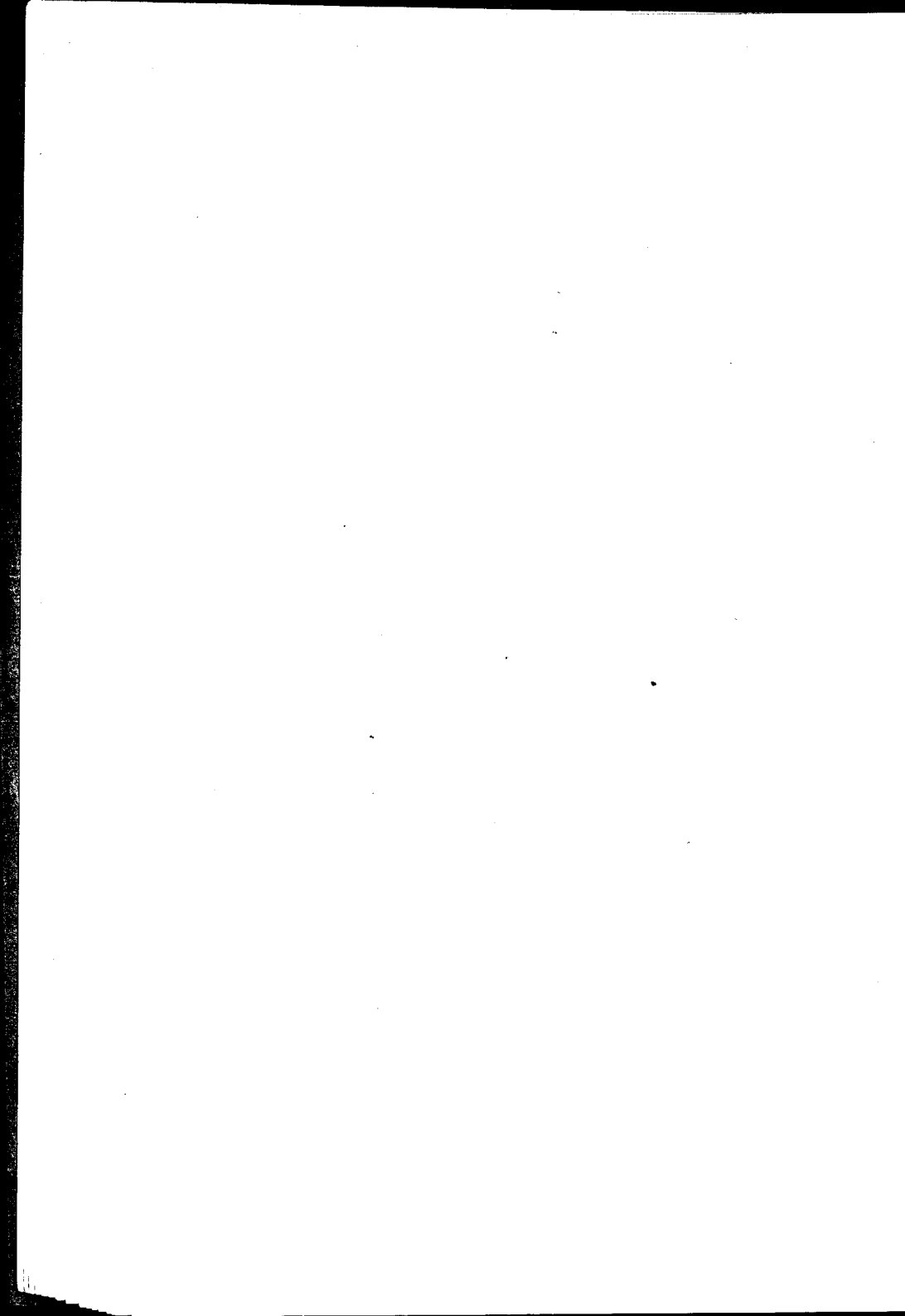
AL DR. RÓMULO S. NAÓN  
Embajador Argentino en Washington

ADMIRACIÓN Y RESPETO



A MIS HERMANOS Y HERMANAS

CARIÑOS



A LOS MIOS Y A MIS AMIGOS

GRATOS RECUERDOS...



Señores Académicos :

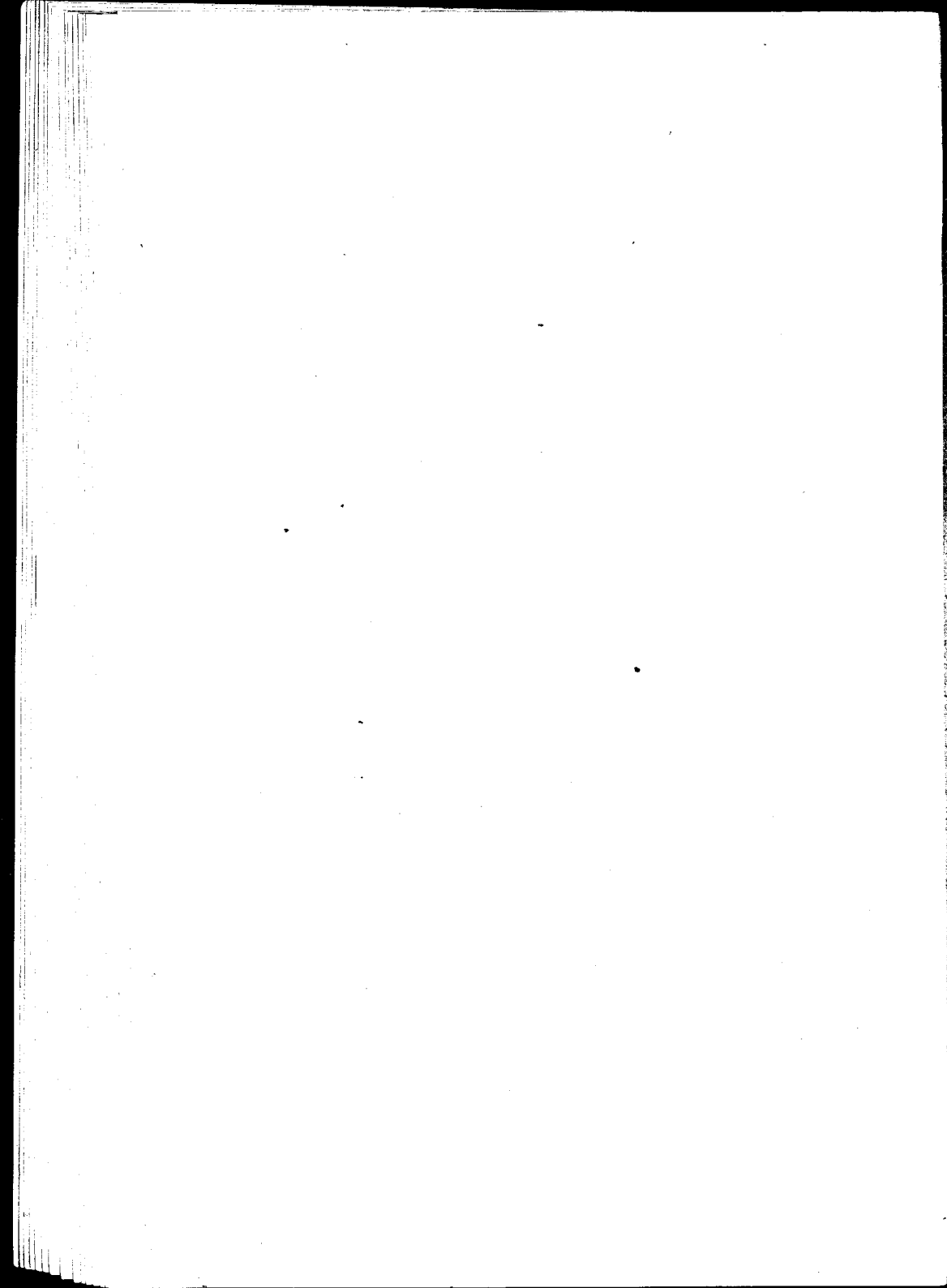
Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Presento a vuestra consideración este modesto trabajo con la convicción de que juzgaréis con benevolencia la inexperiencia que en él se vislumbra, propio del que recién sale de las aulas y que deberá llevarme en la senda llena de promesas, pero también de incógnitas.

Habitualmente en estos renglones se expresa el agradecimiento a los que supieron inspirar en todo momento y circunstancia, amor y confianza al trabajo paciente y metódico, a veces rudo, pero yo en la imposibilidad de reunir sus nombres (¡son tantos y tan queridos!), sólo diré una frase de un distinguido profesor.

«Permitidme que al empezar una vida nueva estreche en un abrazo a todos aquellos que con sus cariños o sus atenciones, supieron hacerme grata la existencia ».



## Prólogo

Para que la movilidad del ciego constituya una alteración capaz de traducirse en síntomas subjetivos y objetivos, es necesario que ella sea tan exagerada que produzca por este mismo hecho alteraciones de la pared del órgano, que permita su dilatación y cause dificultad en la contracción necesaria para la expulsión de su contenido. Es decir, que se una a su excesiva movilidad la typhlectaxia constituyendo en esta forma y por esa causa un reservorio del contenido intestinal y produciendo el éxtasis de la materia excrementicia. La movilidad del ciego se acompaña necesariamente de alteraciones del colon ascendente y de todos los segmentos del intestino grueso y aún de la parte terminal del delgado, causando sobre todo alteraciones estáticas que dificultan la circulación de las materias.

Es muy difícil poder sostener la movilidad del ciego, exagerada se entiende, como una entidad mó-

bida independiente, puesto que ya normalmente el ciego es móvil; pero la exageración de estas circunstancias produce alteraciones secundarias, como ser, formación de membranas pericólicas, acodaduras y torsiones parciales del ciego, angulaciones del intestino delgado y del ángulo sub-hepático, que originan un conjunto de síntomas entre los cuales merece citarse en primera línea la constipación tenaz, el adelgazamiento y los fenómenos de intoxicación que derivan de esta constipación.

Las membranas de perienteritis o de pericolitís, hoy tan frecuentemente encontradas, son causadas por lo común por reacciones inflamatorias que derivan de la irritación crónica que determina la ecstasia de la materia y por lo tanto, las alteraciones de la pared que es su consecuencia.

Las anormalidades del ciego y del colon ascendente entran en primera línea como productoras de la constipación crónica tenaz y así vemos a las enfermas en que hemos diagnosticado «ciego móvil», permanecer la comida bismutada en el ciego hasta las diez y ocho horas de la ingestión. En una enferma hemos observado esta detención cuando el recorrido, hasta el intestino delgado se había efectuado solo en seis horas; además esa enferma mostraba una imagen distinta a cada cambio de posición ante la pantalla radioscópica, porque el ciego

se desplazaba recorriendo desde la fosa ilíaca derecha hasta la izquierda y hasta la pequeña pelvis. Todos los órganos excesivamente móviles por «meseo» largo o por cualquier otra circunstancia causan dolores al desplazarse por los tironeamientos que causan y así tenemos que aún la vesícula biliar por la sola circunstancia de ser móvil y desplazable produce fenómenos dolorosos debido a torsiones o a codaduras del cístico o aún a la inflamación de las paredes que origina el «sejour» de la bilis.

En nuestro concepto la movilidad del ciego en forma exagerada es capaz de producir un verdadero estado patológico, porque su desplazamiento produce dolores por las torciones y vólvulos parciales que impiden su fácil vaciamiento y como consecuencia de esto las materias estancadas dilatan la cavidad del órgano y alteran sus paredes.

Hemos dicho que las alteraciones del ciego producen en la mayoría de los casos alteraciones del colon ascendente y aún de los otros segmentos del colon, y esto explica claramente, primero porque las inflamaciones de las paredes se propagan a los segmentos vecinos y segundo porque al moverse el ciego produce dislocaciones de los otros segmentos y causa también la ptosis y las alteraciones de la forma normal.

Que esta movilidad exagerada del ciego es ca-

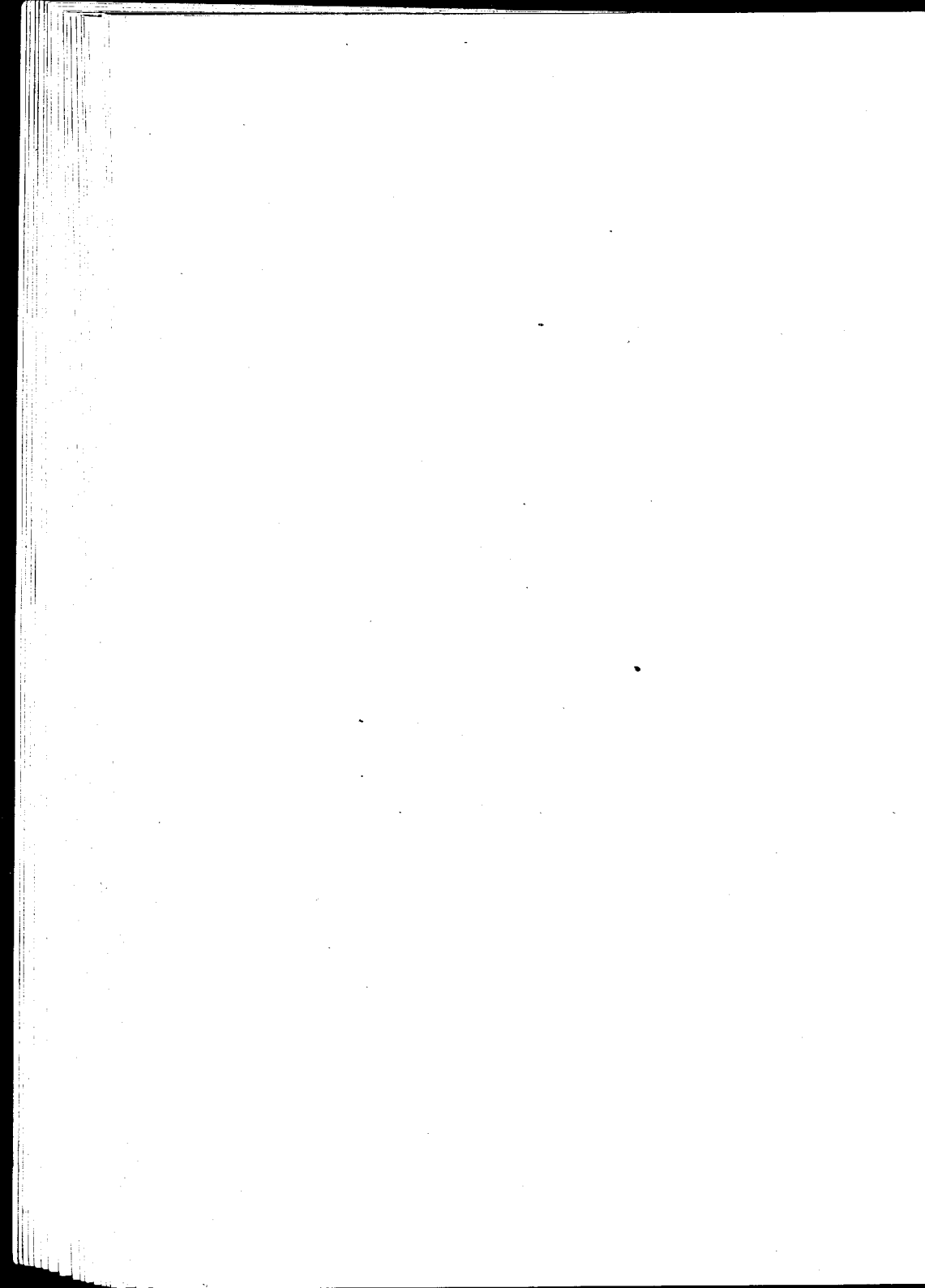
paz de causar síntomas permanentes, lo hemos comprobado en los casos diagnosticados como apendicitis crónica y que después de resecado el apéndice han continuado con sintomatología semejante. Últimamente se le ha atribuído estos hechos a las circunstancias de haber dejado in situ las membranas de pericolitis; pero posteriormente hemos observado igual circunstancia aún después de la resección de esta membrana, que raras veces llegan a ser tan resistentes como para dificultar el vaciamiento del ciego.

Hemos tenido la contraprueba de lo que sostenemos, es decir, de que la movilidad es capaz aún por sí sola de producir alteraciones permanentes en el hecho de haber mejorado enfermos, desaparecidos los dolores y aumentando de peso, en quienes habíamos comprobado que la situación del ciego era en la pequeña pelvis y a quienes practicamos la cecopexia y que examinados luego a la pantalla han demostrado la corrección de situación que conseguimos por la pexia que se acompañó de una desaparición de los síntomas.

---

Nosotros creemos que el ciego exageradamente móvil entra con gran frecuencia en la producción del conjunto de síntomas que constituyen lo que

se ha llamado el «síndrome abdominal crónico» y que tiene tanta importancia en su producción como las membranas pericólicas y perientéricas, y como las alteraciones del colon transversal y descendente. Por otra parte, en el tratamiento de la constipación crónica y la intoxicación que de ella deriva debe tenerse en cuenta las alteraciones del colon derecho del ciego y tenerse en cuenta también que estas alteraciones pueden en un principio curarse por operaciones benignas, sin recurrir a la colectomía, según las ideas de Lane, que a pesar de los perfeccionamientos de la técnica y de los buenos resultados constituye siempre una operación grave. En el curso de este trabajo estudiaremos la anatomía, sintomatología y el tratamiento del ciego móvil.



## CAPITULO I

### **Anatomía del ciego**

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL CIEGO EN ESTADO DE AISLAMIENTO — El ciego se puede considerar como un apéndice del intestino grueso, revistiendo la forma de una ampolla que se continúa por arriba con el colon y que se termina por abajo por una extremidad cerrada más o menos redondeada que se denomina fondo del ciego.

Su longitud varía según los sujetos ; es más corto en los individuos jóvenes que en los viejos ; mide término medio de cuatro a ocho centímetros (Tarenky, 1881).

Diámetro transversal oscila entre cinco y siete centímetros ; su capacidad es de doscientos o trescientos centímetros cúbicos.

En cuanto a su conformación exterior e interior, nos presenta abolladuras y nos ofrece tres cin-

titas, que nacen en el punto donde se implanta el apéndice y divergiendo van a alcanzar una de ellas la cara póstero-interna del ciego; la otra su cara anterior y por fin, la tercera su cara póstero-externa.

Interiormente se presenta a la inversa, pues a las abolladuras corresponde cavidades redondeadas en forma de ampollas.

Presenta además en su pared izquierda y un poco hacia atrás la válvula ileocecal; por debajo de la válvula ileocecal entre ella y el fondo del ciego un orificio redondeado que conduce al apéndice.

ESTUDIO TOPOGRAFICO — SITUACION Y MEDIOS DE FIJEZA — El ciego está situado en la fosa ilíaca derecha alojado en la celda cecal y está mantenido en posición por dos repliegues del peritoneo que Tuffier denominó ligamento superior y ligamento inferior.

El primer ligamento (ligamentum cæci) de Huschke), se inserta arriba, sobre la pared abdominal posterior inmediatamente abajo del riñón, a veces sobre la misma extremidad inferior de este órgano.

De ahí se dirige hacia abajo y adelante y va a terminar sobre la pared externa del colon ascen-

dente en su unión con el ciego. Este ligamento soporta el peso del ciego en posición ortoestática y *evita que descienda hacia la pequeña pelvis.*

El ligamento inferior menos importante, corresponde a la parte inferior del mesenterio en su inserción a la fosa ilíaca, y limita su movimiento de báscula hacia arriba. Sin embargo, el ciego teniendo los ligamentos, tiene bastante movilidad en su lecho.

RELACIONES — En la ampolla cecal consideraremos cuatro caras y dos extremidades.

*Cara anterior* — El ciego por su cara anterior está en relación con la pared anterior del abdomen; habiendo contiguidad cuando está distendido por las materias fecales o por los gases; en estado de vacuidad lo separa, de la pared anterior del abdomen, las ansas del intestino delgado.

*Cara posterior* — La cara posterior reposa sobre la aponeurosis lumbo-ilíaca, que la separa del músculo psoas-ilíaco.

*Cara externa* — El ciego responde por esta cara al músculo ilíaco y a la parte anterior de la cresta ilíaca, que la cruza oblicuamente.

*Cara interna* — Costea el lado ántero-interno del psoas que le separa de la excavación pelviana ; corresponde a este nivel, a las últimas circunvoluciones del yeyunó ileón (última porción del intestino delgado), que se dirige oblicuamente de izquierda a derecha y un poco de abajo arriba ; que al reunirse con el ciego forma un ángulo, ángulo ileo-cecal ; formando un ángulo agudo con relación al ciego llamado ángulo ileo-cecal inferior, siendo este ángulo asiento predilecto para ciertas afecciones (véase Aynes, 1895, y J. M. Hinglais, 1897, y las consideraciones de estas afecciones descritas por Obraztow, 1899).

*Extremidad superior* — Se continúa el ciego con el colon ascendente sin línea de demarcación, exterior ni interior.

*Extremidad inferior* — En posición ordinaria, su extremidad inferior corresponde al ángulo diedro que forma reuniéndose la pared abdominal, anterior y la fosa ilíaca interna ; se llama también extremidad libre.

Pero esta disposición anatómica deja de ser común muchas veces, tomando otras posiciones y la encontramos en posición alta cuando está elevado, posición baja cuando está descendido.

En la posición alta el ciego está situado a seis u ocho centímetros arriba de la arcada femoral; en la posición baja él se inclina hacia adentro y abajo descendiendo hasta la excavación pelviana; que cuando tratemos del desarrollo de este órgano veremos su diferencia de situación en el transcurso de la vida.

VALVULA ILEOCECAL — Varole (1573), Bahuin (1579), pero Morgagni en 1719 hace la primera descripción; Winslow en 1732 y Albinus en 1754, nos dan a conocer su estructura que nada hemos agregado hasta la fecha.

*Aspecto exterior* — La válvula ileocecal se nos presenta bajo un aspecto diferente, según que examinemos del lado del ileón o del lado externo del ciego.

Visto del ileón es una especie de cavidad cu-neiforme que se dirige de izquierda a derecha; estrechándose de poquito a poco como si lo hiciera una cuña, terminando por una simple hendidura horizontal.

Si la válvula la observamos del lado del ciego hace salida y está constituida por dos labios o valvas (superior e inferior). Estas dos valvas de las cuales la superior es más larga y más espesa que

la inferior, recubre a ésta y obtura el orificio ileocecal, se reúne por sus extremidades anterior y posterior para formar la comisura anterior y posterior. De cada una de las comisuras sale una brida membranosa (frenillo o rienda de la válvula) que se pierde insensiblemente en las paredes cecales y limita por delante y detrás la bolsa cecal.

La válvula de Bauhin está constituida por la invaginación del ileón (exceptuando las fibras longitudinales) en el ciego.

De ahí la frecuencia de las invaginaciones intestinales en esa región (véase Leichtenstern, 1873-74 y Wiggin, 1893).

APENDICE CECAL — Se presenta bajo la forma de un pequeño tubo cilíndrico, casi siempre flexuoso que se implanta sobre la parte inferior del ciego y le hace continuación; la longitud es variable de ocho a diez centímetros; su ancho de seis a ocho milímetros.

*Punta de implantación y dirección* — En el feto el apéndice lo encontramos en el vértice del ciego; más tarde, como en el ciego la pared eterna se extiende, el punto de implantación del apéndice se hace más arriba, hacia adentro y un poco hacia

atrás situado a dos o tres centímetros debajo de la válvula ileo-cecal.

Bajo el punto de vista de su dirección, tenemos el apéndice ascendente, descendente, externo e interno. M. Lafforgue tiene una estadística en que el 41 y medio por ciento el apéndice es descendente, siguiéndole en proporción el tipo lateral interno, externo y ascendente.

*Cavidad central* — Dicha cavidad ocupa toda la longitud del apéndice y se termina en fondo de saco; por la otra extremidad se abre en el ciego, punto ya indicado.

*Contenido* — En el feto contiene meconio; en el adulto mucus y en ciertos casos cuerpos extraños.

*Constitución anatómica* — El ciego nos presenta cuatro túnicas que son: túnica serosa, túnica muscular, túnica celulosa y túnica mucosa.

*Túnica serosa o peritoneo cecal*: El mesenterio al nivel del sitio en que tiene lugar el ensamble ileo-cecal se divide en dos hojillas: una anterior que se extiende sobre la cara anterior del ciego y otra posterior que cubre la cara posterior. Estas dos hojillas se unen y confunden al nivel del borde externo del órgano. En el fondo del ciego también se reúne de manera que la ampolla cecal se en-

cuentra recubierta por el peritoneo en todo su contorno. La regla sería esta disposición del peritoneo ; pero esta disposición no es constante ; una vez por cada diez sujetos, término medio, se encuentra el ciego más o menos adherente. Así que en ciertos sujetos el peritoneo forma detrás del órgano un repliegue más o menos desarrollado que se llama mesociego, que le une a la fosa ilíaca ; en otros se ve la serosa que pasa sencillamente por la cara anterior del ciego y aplica éste contra el plano subyacente. Estas dos últimas disposiciones del ciego no son normales ; la serosa peritoneal forma repliegues al pasar del ileón al colon, son las llamadas fositas, y así tenemos fosita cecal superior y fosita cecal inferior (ver Tuffier, Treves, Waldayer, Jannesco) ; existen otras, pero son inconstantes ; están también las retrocecales muy visibles cuando el ciego está invertido hacia arriba (véase Toldt y hernias intestinales producidas por estas fositas y que se denominan hernias de Riex).

*Túnica musculara* — Se nos presenta en dos capas de fibras musculares : una capa muscular superficial representada por tres bandas de fibras longitudinales ; la otra profunda formada por fibras circulares.

*Túnica celulosa (sous mucosa)* — Está consti-

tuida por manojos de tejido conjuntivo a las que se le agrega fibras elásticas, encerrando en su espesor un gran número de vasos y nervios. Esta capa es muy resistente con relación a las demás porciones intestinales.

*Túnica mucosa* — Es espesa y resistente que al estado de vacuidad forma cierto número de repliegues irregulares, los unos son longitudinales, otros transversales; la superficie interna es bastante regular, lisa, no presenta válvulas y vellosidades (común en el intestino delgado). Hay folículos cerrados en gran cantidad que examinados con una lente se nos presenta cubierta de pequeños orificios, redondeados, su estructura está compuesta por un epitelio, corion y glándulas; el epitelio está compuesto por células cilíndricas a platillo estriado, mezclado con células caliciformes.

El corion está constituido por una trama conjuntiva, que en su espesor encontramos infiltraciones linfoideas más o menos desarrolladas; la parte más profunda del corion mucoso está ocupada por la musculari mucosa.

Las glándulas del ciego son numerosas; tal es, que han denominado ciertos anatomistas *stratum glandulosum*.

Estas glándulas son tubulares muy parecidas

a las glándulas que se encuentran en el intestino delgado llamadas de Lieberkühn, diferenciándose en que las del ciego tienen dimensiones más considerables, miden 0. mm. 40 - 0. mm. 50 por 0. mm. 10 a 0. mm. 15 de ancho.

También se diferencian de aquellas según Sappey en su morfología. Histológicamente las glándulas tubulosas del ciego se componen de células cilíndricas a platillo estriado, mezclado con células caliciformes; todas estas glándulas producen mucus.

*Vasos y nervios* — Las arterias del ciego y su apéndice provienen de la terminación de la mesentérica superior reemplazada a veces cuando ésta termina alto, por las ramas descendentes de la cólica derecha inferior, iliocólica de ciertos autores. La rama terminal de la mesentérica superior está situada en el ángulo que forma el ileón con el ciego, un poco por arriba de este ángulo, se divide en cuatro ramas y tenemos arteria ileocecal anterior, arteria ileocecal posterior, arterio ileal y la arteria apendicular; hay una arteriola que también se desprende de esa, pero va al colon ascendente.

*Venas* — Las venas del ciego se dirigen todas al ángulo ileocecal superior, se unen para unirse a la

al ángulo ileocecal superior, se unen para unirse a la mesentérica superior.

*Linfáticos* — Los linfáticos del ciego siguen el trayecto de los vasos, y distinguiremos tres grupos. Linfáticos anteriores, que siguen la arteria ileocecal anterior, nace de la cara anterior del ciego y se echan en un grupo de dos o tres ganglios, llamados ganglios cecales anteriores; para dar aferentes a los ganglios ileocecales conjuntamente con otros que van directamente de la cara anterior. Linfáticos posteriores, que siguen el trayecto de la arteria ileocecal posterior que se echan en un grupo de tres o cuatro ganglios llamados ganglios cecales posteriores que ocupan la parte póstero-interna del ciego; los linfáticos eferentes de los ganglios cecales posteriores se dirigen a los ganglios ileocecales. Los linfáticos del apéndice en número de tres o cuatro caminan en el espesor del meso-apéndice, desde el vértice a la base, tal como hace la vena apendicular, saliendo de ahí para ser aferente de los ganglios ileocecales.

*Nervios* — Los filetes nerviosos destinados al ciego provienen del plexo solar, por intermedio del plexo mesentérico superior; distribuyéndose a la serosa, a la musculosa y a la mucosa.

ANATOMIA COMPARADA — El ciego existe en mayoría de los artropoides, con una disposición análoga a la que se presenta en el hombre; existe en los rumiantes y paquidermos, como también en la mayoría de los roedores, en los cetáceos herbívoros y en los marsupiales; su desarrollo es siempre extremadamente variable, muy largo en ciertas especies (en el caballo, por ejemplo) y en otras es reducido, como en el perro y en el gato. No hay ni traza en los murciélagos y en la mayoría de los insectívoros, en los carnívoros plantígrados, en los delfines, etc. En los pájaros encontramos en la mayoría un par de ciegos, pero su desarrollo es muy variable; y es rudimentario en los palmípedos pesqueros (pinguinos, pelican). Encontramos tres ciegos en algunas zancudas (la abubilla). En otros al contrario el ciego falta completamente; en las tres últimas clases de mamíferos, los reptiles, batracios y los Pesces, el ciego falta a veces y en estos casos el intestino delgado se continúa directamente con el intestino grueso (Testut, Mibrie-Edwards).

NOCIONES EMBRIOLÓGICAS—*Derivaciones blastodérmicas* — Son tres hojas, una la externa llamada hoja ectodérmica; la interna o sea hoja endodérmica y la hoja media llamada hoja mesodér-

mica. Pues bien, esta hoja mesodérmica se divide en dos láminas, separada por la cavidad pleuro-peritoneal; una de las láminas se repliega al ectodermo y se denomina lámina fibro-cutánea; la otra lámina más interna con relación a la anterior se denomina lámina fibro-intestinal, o lámina esplánica, que no se organiza en tejidos de sostenimiento, sino que queda al estado de membrana formada por células epiteliales, y que más adelante será el epitelio de las dos grandes serosas: pleural y peritoneal, y como elementos principales del mesodermo, darán como derivaciones de ésta, mediante la lámina fibro-cutánea: el tejido conjuntivo, el esqueleto de las paredes del cuerpo y de los miembros, los músculos y el epitelio de la hoja parietal de la cavidad pleuro-peritoneal. Mediante la lámina fibro-intestinal el tejido conjuntivo, los músculos lisos del tubo digestivo, el esqueleto de la víscera, el epitelio de la hoja visceral de la cavidad pleuro-peritoneal (intestinos y dependencias), el riñón y las glándulas sexuales, la sangre, los vasos sanguíneos y linfáticos.

Tomemos ahora el tubo digestivo en el feto; durante la gestación consiste el intestino humano, de un estómago de forma fusiforme con dos brazos, uno ascendente y el otro descendente, el brazo descendente proporcionará al intestino delgado que se

alarga su longitud entre el segundo y tercer mes. El brazo ascendente proporciona al intestino grueso, cuya parte inicial, o sea el ciego presenta en el tercer mes un apéndice fusiforme, que se coloca debajo del hígado y a la derecha del abdomen que formará la distinta porción del intestino grueso; pero el colon ascendente erección se forma a fines del sexto mes del siguiente modo. Situado el ciego debajo del hígado en el tercer mes, en los meses sucesivos el ciego toma posiciones más profundas, tanto es así que al octavo mes desciende hasta encima de la cresta ilíaca.

Simultáneamente el ciego se alarga, que al fin de la gestación constituye un anexo voluminoso, situado en el punto de pasaje del intestino delgado y del grueso; que como el crecimiento de la porción terminal del ciego se ha limitado en adelante cada vez más, tenemos el apéndice vermicular.

La fijación primitiva del estómago e intestino está garantizada por procesos de aglutinación, reunida a la porción lumbar de la columna vertebral.

Es de interés algunas nociones de embriología, puesto que muchos embriologistas como Curschmann y Grasser, hacen especial atención en el desarrollo del intestino para explicar después anomalías congénitas de la posición del canal intestinal del

hombre, y explica en ello, mediante su teoría, una serie de casos patológicos intestinales y sobre todo el origen de los trastornos que causa el ciego móvil.



## CAPITULO II

### **Consideraciones generales sobre la movilidad del ciego**

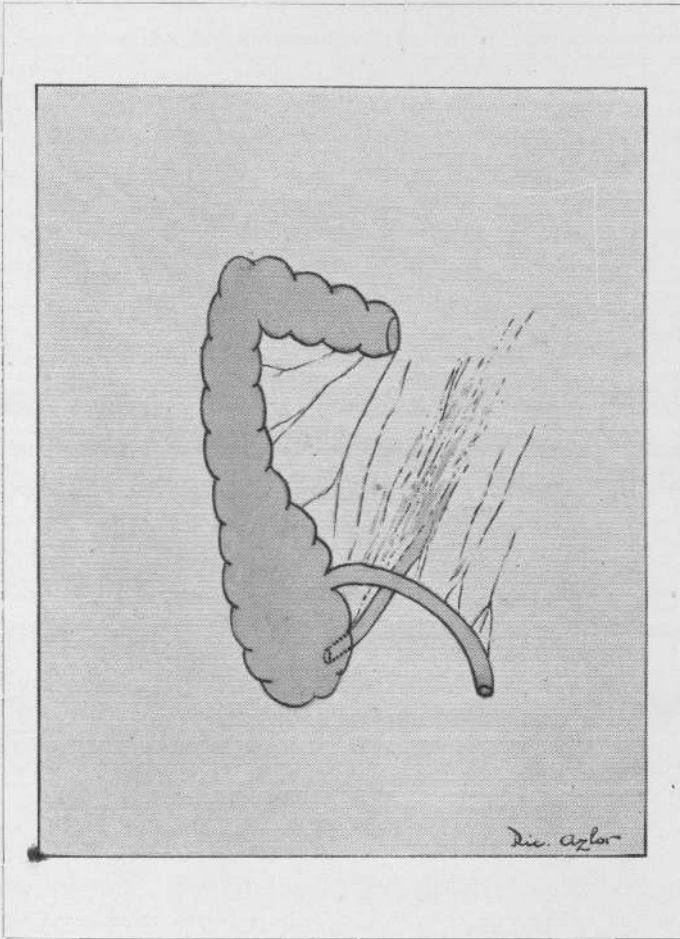
Que el ciego normalmente es móvil lo sabemos por nociones de anatomía, pero esta movilidad es variable en límites muy extendidos, y así lo han comprobado los anatomistas encontrando en gran cantidad de cadáveres, ciegos sumamente largos y movibles.

Lo mismo les ha pasado a los cirujanos; enfermos diagnosticados apendicitis crónica y cuyo apéndice estaba sano, pero en cambio tenían un ciego muy móvil que era fácilmente exteriorizado fuera de la incisión abdominal y en quienes no existía membrana de pericolicitis. Tal circunstancia llamó la atención de los cirujanos en Francia, Alemania, Italia, como también en Estados Unidos y aquí entre nosotros.

Señalan los cirujanos que es necesario al operar una apendicitis ya crónica o aguda explorar ligeramente al ciego, porque a enfermos previamente apendicectomizados, le seguían molestias caracterizadas por los dolores en la región del punto de MacBurney y que han sido atribuídos a membranas de pericolicitis y al ciego móvil; siendo necesario establecer una diferenciación entre estas dos afecciones, puesto que tienen síntomas bastante distintos.

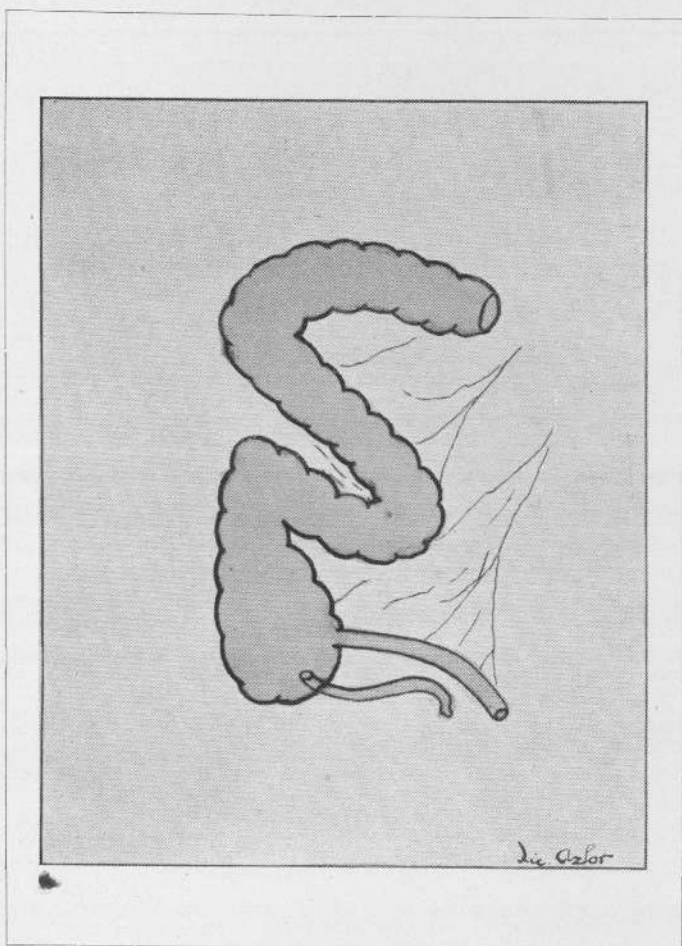
Con el nombre de apendicitis crónica se incluyen todos estos procesos de ciego móvil, typhlopsamò, typhlatonia y typhlectasia, y es tan igual la sintomatología que en sus estudios obligó a decir a Splangel la siguiente conclusión: «Lo común en los cuadros clínicos de apendicitis crónica consiste en que las alteraciones, y quejas del enfermo se refieren al estómago y canal intestinal»; es así que llevados los enfermos a la mesa de operaciones encontramos con otros procesos y con el apéndice normal.

No se niega de que exista apendicitis crónica ni pericolicitis, etc., sino que es necesario saber que hay otras lesiones del ciego o del colon que son capaces de simular la apendicitis que como veremos, teniendo en cuenta ésto, podríamos hacer cuadros diferentes de enfermedad y en el tratamiento no nos contentaríamos con hacer la apendicectomía



Tironeamientos y procesos inflamatorios que se hacen sobre el meso-cecal y del meso del apéndice





Acodadura del colon que también se hacen en ciego produciendo dolor



sola, sino también observar el ciego, etc., para evitar ulteriores molestias. La etiología se la explica ya estudiando el desarrollo embriológico, es decir, por anomalía del ciego, como hacen Curschmann, Grasser, Levoeuf. Pues la frecuencia de trastornos de posición está en proporción inversa con el tiempo de desarrollo; entonces la peristáltica intestinal y la dificultad de adaptarse el órgano anómalo en el espacio abdominal, compromete el buen funcionamiento de él.

El organismo para compensar hace actuar la pared abdominal sirviendo de prensa, pudiendo así pasar el paciente toda su vida, aunque con ligeras molestias; pero si este mismo paciente ha tenido una enfermedad grave infecciosa o partos o relajamiento de las paredes abdominales o ascitis, entonces hay atonía y también fijación incompleta del ciego, por lo cual los perjuicios son gravísimos.

Grasser, dice que la mayoría de los trastornos en esa región son debidos a arrodillamiento del ciego móvil y tiene en cuenta también enfermedades que actúan sobre la tónica abdominal.

Fischler da como causa la falta momentánea del ciego de expulsar su contenido. El ciego se cae de su posición que garante su óptimo fisiologismo, en consecuencia de su fijación defectuosa hay ligera atonía y por lo tanto disminución de las presiones

peristálticas ; el cirujano se encuentra en la operación ya un ciego nuevamente colocado, hinchado y movable o bien un ciego secundariamente adherido con los órganos pelvianos y arrodillado en ángulo, y dice : que el ciego móvil anatómico por sí no es nada enfermizo, la condición para que un ciego móvil sea tal es necesaria siempre una torsión periódica o constante, relativa o absoluta.

Fischler hace el cuadro del ciego móvil independiente de otros estados patológicos de esa región, y menciona a Wilms que enriquece nuestro saber describiendo el cuadro de una enfermedad semejante en un enfermo que llevó a la operación con el diagnóstico de «torsión habitual del ciego móvil» y comprobó la existencia de esta circunstancia. Este nuevo cuadro de enfermedad lo encontramos en el veinte por ciento de los casos operados por apendicitis crónica.

Klosse en su trabajo sobre torsión habitual del ciego móvil, a raíz de enfermos que operaba por apendicitis crónica, agregaba en su historia clínica : «Ciego sorprendentemente largo y móvil».

Pues vemos entonces que muchos enfermos que tienen por diagnóstico apendicitis crónica, les encontramos en la operación un apéndice normal, que aunque apendicectomizados tienen un ciego con typhlectasia-typhlatonia, que facilita el estancamien-

to estercoreal mayor, dando motivo por lo tanto a fermentaciones en el apéndice, comprometiéndola y también teniendo en cuenta lo descripto al moverse el ciego produce tracciones (Wilms), en su mesenterio o en el meso del apéndice y despierta dolor.

También por el meteorismo ya localizado por una torsión del colon o bien de todo el intestino grueso y delgado, encontrándose la válvula de Bauhin impotente por la presión interior, produce fuertes cólicos que obligan al enfermo a guardar cama.

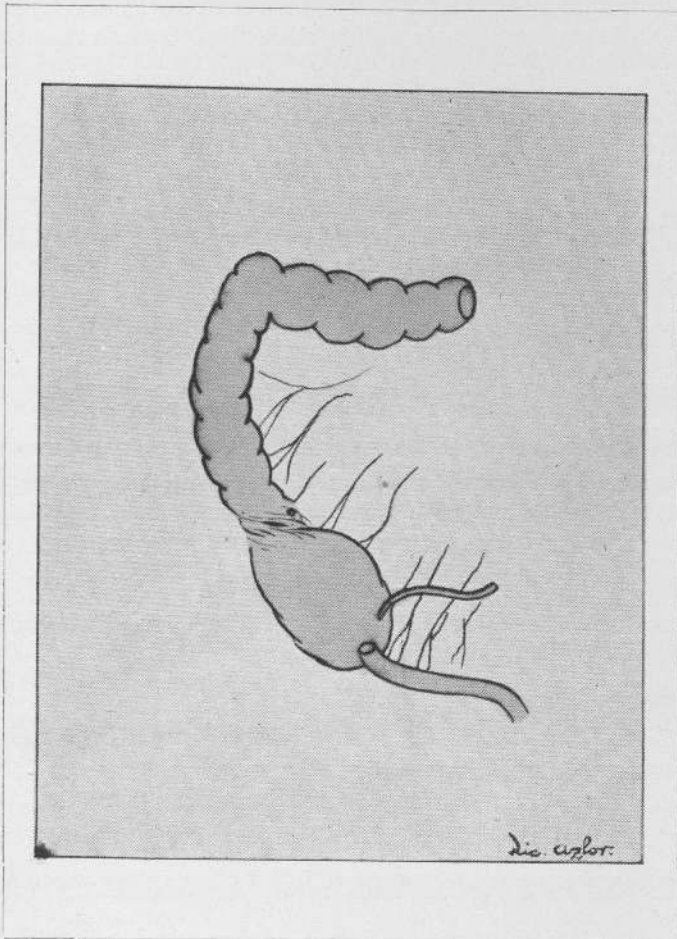
Se menciona el antiperistaltismo y por otra parte, la fijación subserosa del apéndice que parece como soldado al ciego y que debe seguirle en cada extensión y cambio de posición de éste, que si el ciego fuertemente se extiende y se disloca hace tracción en el meso apendicular y produce dolor.

¿Cuándo se debe considerar ciego móvil como entidad mórbida? Cuando cómodamente puede ser colocado delante de la herida abdominal y aún el extremo inferior del ciego después de adelantado puede ser bajado hasta debajo del ligamento de Poapart.

Delbet dijo: Para considerar un ciego móvil es necesario que el ciego esté libre de toda fijación y libre en el abdomen como el péndulo de una

campana. Esta movilidad o pendulismo puede determinar la invaginación del ciego en el colon ascendente, lo cual no sucede con tanta facilidad cuando existen membranas de pericolitis; esta misma complicación bastaría para individualizar la afección que comentamos.

HABITOS DEL ENFERMO CON LA MOVILIDAD ANORMAL DEL CIEGO — Nos encontramos con un determinado grupo de hombres, mujeres y especialmente muchachas esbeltas, delgadas, un poco nerviosas, constipadas crónicas, a menudo poco alimentadas y anémicas que hacen suponer que haya una especie de círculo vicioso entre enteroptosis y ciego móvil, porque todo el hábito de las enfermas lo favorece; ésta y la constipación hace que se encuentre en la operación tanto el ciego como el colon completamente ensanchado y flácido. En los niños en un porcentaje del trece por ciento en que les ha influenciado enfermedades o que sean de constitución enfermiza y que están alejados de todos los movimientos saludables de la juventud alegre, que se atienden con diagnóstico de dispepsia, que siendo este término tan elástico encierra una cantidad de estados patológicos abdominales aún no bien conocidos y en muchos casos nos encontraríamos con la enfermedad pura.



Torsiones del ciego y colon que producen el dolor en esa región



## CAPITULO III

### Sintomatología

Ya hemos dicho que un ciego móvil *per se* no basta para despertar ataques de cólico, sino que deben agregarse circunstancias especiales que hacen del ciego móvil y largo un estado clínico de enfermedad; así pues tenemos que tener en cuenta la colocación del ciego, los estados de typhlectasia, typhlatonia y finalmente la influencia que ejerce sobre el apéndice y su meso; también su descenso que puede llegar hasta la pelvis menor y despertar dolores o tracciones y molestar los anexos en la mujer.

La constipación es constante, ya absoluta o relativa. La constipación absoluta (entendiéndose por absoluta la persistente y no seguida de debacles diarreicos) existe en el enfermo cuyo ciego es móvil excesivamente y está asociada a otras alteraciones patológicas del abdomen, como acodaduras

del intestino grueso a continuación del ciego, membranas de pericolicitis, ptosis del colon transverso malformaciones congénitas o adquiridas del colon descendente (divertículos y megacolon).

La constipación relativa es más propia del ciego móvil; entendiéndose por constipación relativa aquella que dura pocos días que por lo común se seguía de debacles diarreicos y entonces es causada por el estancamiento de las materias en el ciego, que ha perdido su facilidad de contraerse y no hace progresar el contenido y sólo cuando la distensión llega al máximo el ciego expulsa la materia en el resto del colon, produciendo entonces la crisis diarreica; otras veces la constipación es causada por las torsiones del ciego, produciendo las descargas cuando vuelve a su posición normal. En realidad estas torsiones no llegan a constituir un vólvulo, puesto que la torsión no es completa y no llega tampoco a dificultar la circulación del ciego.

**DOLOR** — La tracción que hace el ciego sobre su meso o sobre el meso del apéndice provisto de nervios produce dolores, pero hay una serie de casos que nos enseña la operación, que no hay una situación favorable para una tracción, como por ejemplo apéndice libre con meso largo. Entonces, ¿a qué es debido el dolor?

Nosotros hemos dado especial importancia a la constipación y es condición favorable para que el ciego se irrite, entonces se originan dolores cuando por contracciones espásticas del ciego ejecuta tracciones y extensiones en su mesenterio, y veremos más adelante con el tratamiento como alguno de estos enfermos no sienten molestias si se les regularizan las deposiciones. Además puede haber contracciones convulsivas del ciego mismo, combinadas a veces con vómitos y náuseas motivadas por las tracciones ya mencionadas y por las que se efectúan sobre los nervios retroperitoneales situados detrás del ciego. Fischler ve en el estado atónico del ciego el agente causal. Hofmeister tiene en cuenta la typhlectasia. Strasbow en la distensión del ciego; pero como todos estos estados se combinan, la irritación del ciego por las materias fecales producen contracciones espásticas y producen el dolor. Los dolores son intermitentes en el lado derecho del abdomen, región ileocecal. La crisis dolorosa de distensión cecal puede ser provocada fácilmente por un simple cambio de posición del enfermo. No hay fiebre.

DIARREA — La constipación en el ciego móvil es relativa, variable en el tiempo de duración; así tenemos casos de cuatro, seis, diez días de consti-

pación entrecortados estos períodos por crisis diarreicas. Durante el período de la constipación el enfermo no se queja, pero lo hace en el momento de la crisis diarreica, debido a una evacuación rápida del ciego, irritado por la estancación prolongada de las materias fecales; además, si es que la mucosa del ciego y parte del grueso (colon ascendente) no está muy alterada tendremos las materias fecales evacuadas de una coloración amarillenta, con olor butírico, aireadas, de fácil fermentación; pero si la mucosa está muy alterada tendremos en ese nivel exudación sero-albuminosa y de putrefacción rápida, dándoles un olor característico y de coloración cada vez más oscura a medida que avanza la descomposición; se reconocen los fragmentos del mucus provenientes del ciego y se ven corpúsculos rojos de sangre, que Fischler lo afirmaba que provenían del ciego o colon ascendente, porque la restoscopía mostraba que las partes inferiores del intestino grueso y recto estaban sanas. Esta constipación cecal entrecortada por diarrea, es el tipo común y especial de la alteración que nos ocupa del ciego (Tuffier, Duval, Roux).

## CAPITULO IV

### Diagnóstico

Si bien es cierto que la sintomatología descrita es común en algunos procesos del colon, no es menos cierto que teniéndola en cuenta y agregando el examen objetivo del enfermo llegaremos al diagnóstico de la movilidad anormal del ciego (Daval, Hausmann, Delbet).

El examen del enfermo en lo que se refiere al ciego móvil, hay que hacerlo en distintas posiciones: ortostática, decúbito lateral derecha e izquierda, dorsal y tacto rectal.

Nos ayudará para el examen la distensión gaseosa del intestino grueso o aprovechando la palpación que se hace después de seis a ocho horas de las comidas; siendo más rápida la primera, encontraremos en la palpación gorgoteo y clapotage; pero a esto hay que agregar que ayuda mucho al

examen del ciego el hecho de que las paredes de éste sean espesas.

Sin embargo, este examen no es bastante; lo que aclara el diagnóstico es la radioscopía y la radiografía; es conveniente hacer la radioscopía y si es posible la radiografía en tres posiciones: ortostática, acostado sobre el vientre y en decúbito lateral izquierdo. Duval, Delbet, Roux, Klosse y Wilms, hablan del examen del enfermo y sus radiografías, pero le dan especial atención a los estudios hechos por Cannon y Stierlin.

El enfermo sometido a este examen debe de estar a dieta y purgado; se le da entonces a tomar un puré con subnitrate o carbonato de bismuto o sulfato de bario; a la hora después se le hace dar un desayuno y empezaremos a sacar radiografías a las dos, cuatro, seis, siete, ocho y veinticuatro horas y otra después de cuarenta y ocho horas de haber ingerido el puré de bismuto.

Veamos primero el fisiologismo, luego la radioscopía y la radiografía en el ciego normal.

El ciego después de cuatro horas de la comida no contiene más que gases y una pequeña cantidad de materias fecales; una a dos horas después de la ingestión de alimentos, llegan al ciego las primeras trazas de materias fecales; la percusión del ciego que hasta este momento daba un sonido claro

(el sujeto examinado en posición ortoestática) da ahora un sonido mate que aumenta en extensión a medida que el ciego y colon ascendente se llenan cada vez más.

Algunas pequeñas cantidades de azucar, grasa y albúmina coagulable o residuos de la digestión de estas substancias llegan al ciego; el azucar, la albúmina y los productos solubles de su digestión no las encontramos en las materias fecales y por consiguiente, han sido absorbidas en el intestino grueso; es en el ciego y en el colon ascendente que se hace casi toda la absorción del agua y de los elementos nutricios.

El químo es todavía líquido en el momento de pasar del intestino delgado al ciego, pero a medida que el ciego y el colon ascendente se llena el contenido es menos acuoso.

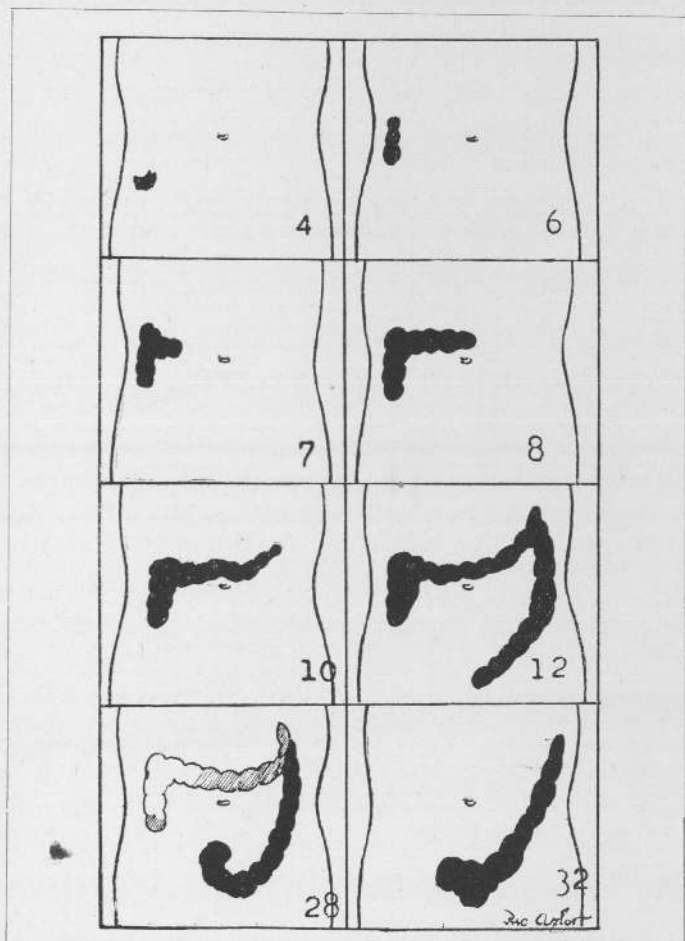
La percusión nos demuestra este cambio de consistencia; es así que el sonido mate que reemplazó el sonido claro en la posición ortoestática, al poner el sujeto en posición horizontal, esta matidez se modificó dos o tres horas después de la aparición del sonido mate en la parte inferior del ciego.

El borde superior de esta zona que se extiende ya tomando el colon ascendente, no se modifica mucho con el cambio de posición. Cinco a seis horas después, observamos los mismos cambios, el

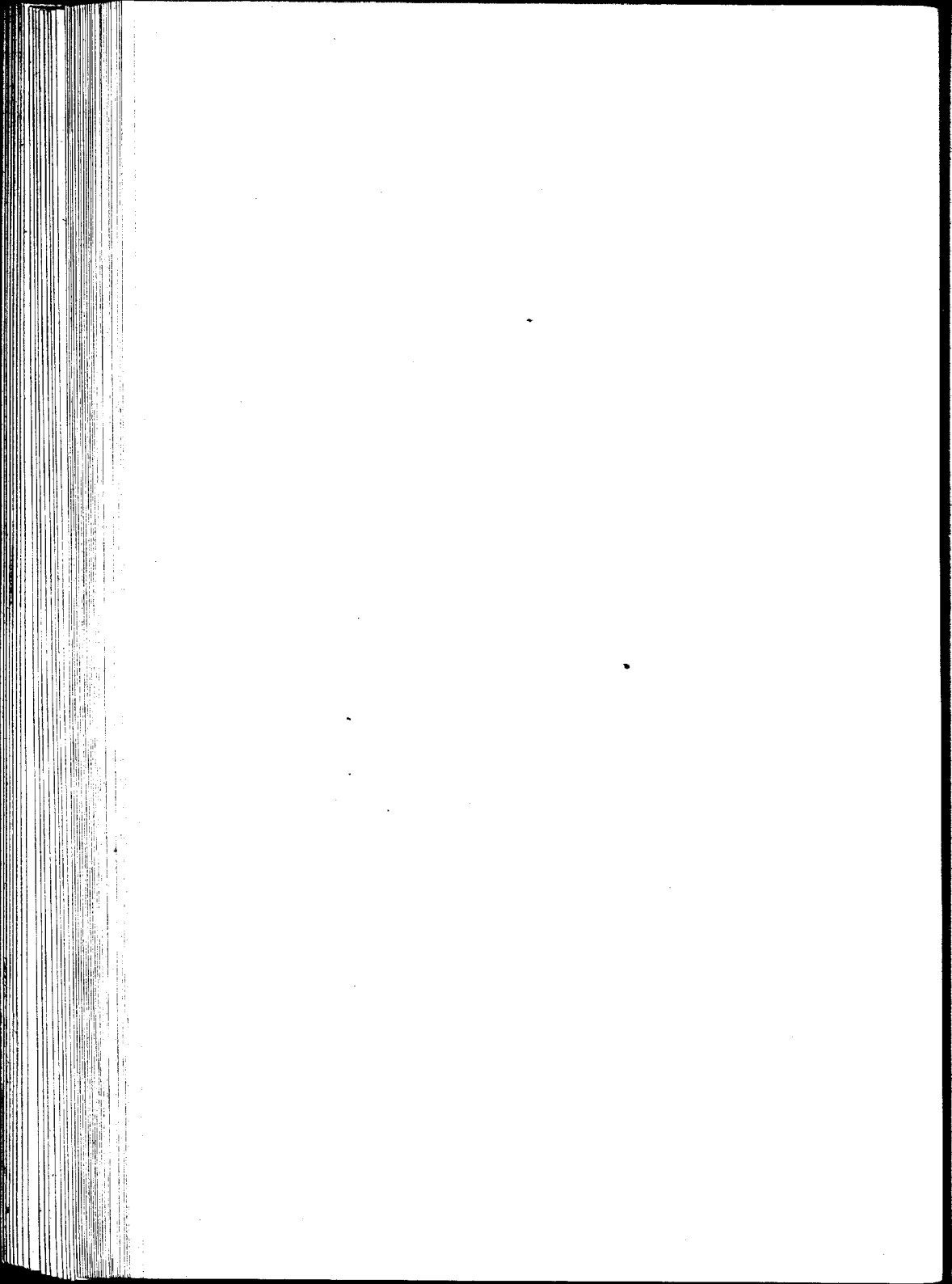
clapoteo y el gorgoteo que reemplaza a la zona mate desapareciendo ahora ; después encontramos el ciego con gases.

Es necesario que exista cierta distensión del ciego y de los colons para que el intestino empiece a moverse ; se sabe que los movimientos peristálticos habituales son mucho menos frecuentes que en el intestino delgado. Se agrega además el antiperistaltismo (el antiperistaltismo fué accidentalmente descubierto por Jacobi en 1890, pero en 1902 Cannon por medio de los rayos X lo estudió bien en el intestino del gato) que existe y que si no fuera por la válvula ileocecal las materias fecales pasarían nuevamente al ileon, de esta manera las materias circulan en el ciego y colon ascendente, hacen contacto íntimo con la mucosa, acelerando de esta manera la absorción del agua y elementos nutritivos. El peristaltismo que hace progresar las materias fecales al recto, existe en todo el intestino grueso, pero la velocidad de la progresión de las materias fecales disminuye paulatinamente desde el colon transversal hacia el recto. Así pues tenemos cifras medias tomadas por Hertz sobre el tiempo necesario para llegar el bolo fecal en las diferentes porciones del intestino grueso, sirviéndose de una comida de bismuto.

Hemos dicho que en el ciego llegan las materias



Radiografías de un sujeto normal, los números indican las horas después de la ingestión de la comida de bismuto



fecales a las cuatro horas y media, en el ángulo hepático a las seis horas y media, al ángulo esplénico a las nueve horas y a las once horas están por entrar en el colon ílfaco (véase figura).

Y pasamos a los resultados de las radiografías hechas en sujetos con ciego anormal.

Como resulta que en los casos de ciego móvil hay retardo del pasaje del bismuto al colon ascendente, quedando seis, ocho horas en el ciego y hasta veinticuatro y cuarenta y ocho horas, favorecidos en estos casos por el antiperistaltismo exagerado del colon ascendente, que facilita más su estancación y la solidificación del puré que Cannon le dió importancia, porque en estos diez a veinte minutos de antiperistaltismo el enfermo tenía molestias. A la radioscopía y la radiografía el ciego se encontraba según la posición del sujeto completamente fuera de su lecho, ya hacia la izquierda sobre la línea mediana abdominal cuando el sujeto estaba de posición decúbite lateral izquierda o bien completamente descendido en la posición ortoestática, como si pasara hacia abajo la línea ignominada de la pelvis ílfaca. Las paredes del ciego se encuentran muy atónicas.

Teniendo en cuenta la sintomatología del ciego móvil caracterizada por los dolores, tironeamientos, debacles diarreicos, adelgazamiento y hasta la si-

mulación de un tumor, es necesario establecer el diagnóstico diferencial con las siguientes afecciones : adenopatías de la fosa ilíaca derecha y tuberculoma del ciego. En el primer período de la enfermedad indudablemente el diagnóstico se hace difícil, más adelante cuando el tumor es formado en la fosa ilíaca derecha ; teniendo en cuenta los antecedentes, examen del enfermo, la radioscopia, se debe presumir tuberculosis ; estos enfermos se nos presentan con dolores abdominales principalmente en la fosa ilíaca derecha, en diferentes momentos ; estas crisis dolorosas se acompañan con vómitos, la digestión es difícil y la alimentación deficiente. Con esta sintomatología la pasan varios meses, consultan al médico, y nos encontramos a la exploración del vientre, fuertemente deprimido, y se constata en la fosa ilíaca derecha un tumor de volumen variable de estado indurado, movable y doloroso. Generalmente hay antecedentes de tuberculosis en los padres, hermanos o en el mismo sujeto.

Muchos de estos enfermos tomados en la iniciación de la enfermedad son llevados a la mesa de operación con diagnóstico de apendicitis, pero nos encontramos en ella masas ganglionares adheridas que si hacemos examen de los ganglios en el laboratorio, los encontramos al estado caseoso y el apéndice normal ; suele encontrarse en estos mismos en-

fermos masas ganglionares traqueo-brónquicas y en otras regiones, que ayude establecer diagnóstico con precisión.

TUBERCULOSIS HIPERTROFICA DEL ILEON—Estos tumores también ocupan la región ilíaca derecha. Generalmente se presentan los enfermos con sus padecimientos desde hace seis meses a dos años que consisten en fuertes cólicos a las cuatro o cinco horas después de la comida ; no hay melena. A la palpación estas tumores no son dolorosos, y vemos que tienen analogía con el anterior. En el ciego móvil no existe el tumor, y si existe es inconstante, porque aparece y desaparece.

APENDICITIS CRONICA — La sintomatología es parecida a la del ciego móvil y tuberculoma hipertrofiante del ciego ; se presenta el enfermo con dolores en la fosa ilíaca derecha, pesadez y con desfallecimientos ; estos dolores se presentan ya ligeros y continuos o bien presentarse en forma de crisis agudas análogas a las de las apendicitis. El enfermo se queja de trastornos gástricos e intestinales, anorexia, dispepsia y vómitos ; la diarrea es frecuente o bien fuerte constipación acompañada con síntomas de oclusión intestinal, el enfermo enflaquece ; puede haber trastornos cardíacos reflejos, como

ser palpaciones. A la inspección de la fosa ilíaca derecha se nota una induración, un tumor doloroso que si al principio de la enfermedad se presentaba con la crisis de apendicitis aguda había posibilidad en el diagnóstico, pero de lo contrario el diagnóstico se hace difícil y se piensa también en el ciego móvil, tuberculoma cecal, cáncer del ciego y es necesario una radioscopia con comida de bismuto.

El cirujano sobre el tumor constata lesiones variables, infiltración, hipertrofia de las paredes intestinales, magma caseosa, bridas, adherencias, etc. (Dieulafoy, Gerard Marchant).

TUMORES LLAMADOS INFLAMATORIOS — Marchant y Demoulin citan los casos de Hartman, de Boiffin y de Julliard; pero hay dudas en su origen de que sean « puramente inflamatorios », pero no eran tuberculosos, ni cancerosos, ni el origen de un proceso apendicular, cuyo examen hecho por Cornil, demostró una hipertrofia considerable de la musculatura del intestino. Estos enfermos se quejaban por sus dolores en la región ilíaca derecha con trastornos ligeros intestinales.

ACTINOMICOSIS — La actinomicosis apéndice-cecal, puede haber un tumor en la fosa ilíaca

derecha. La sintomatología al principio que dura uno o dos años se hace dudosa, pero llega el momento en que la actinomicosis toma contacto con el peritoneo, infiltrándolo a la manera de un plastrón y pronto le sigue la faz del reblandecimiento, ulceraciones y fístulas. El cuadro es parecido al de la apendicitis crónica y ciego móvil, pero se diferencia del primero, en que no hay fiebre y el segundo en que la evolución del actinomicosis es más rápida.

**CANCER DEL CIEGO** — En estos casos el sujeto ha enflaquecido mucho, es caquético y de hace tiempo tiene dolores abdominales, crisis diarreicas y notamos en la fosa ilíaca derecha un tumor poco o nada movable; el diagnóstico estaría entre tuberculoma y cáncer; en favor de tuberculoma estaría la larga duración de la enfermedad, el examen de la materia fecal y por la reacción a la tuberculina.

**PERICOLITIS MEMBRANOSA** — Se han observado todos los grados de esta afección desde el pequeño velo vascular pre-cecal y precólico probablemente congénital hasta las bridas induradas descendentes y longitudinales sobre el colon y el ciego. El diagnóstico diferencial de pericolicitis y ciego mó-

vil es necesario hacerlo ante la pantalla de rayos X. Cuando existen membranas de pericolicitis se encuentra el colon ascendente rechazado hacia la pared posterior de la cavidad abdominal y las alteraciones de forma y de posición son definitivamente adquiridas sin que varíe cuando el enfermo pasa de la posición ortoestática al decúbito lateral. Mientras que en el ciego móvil este órgano se ve moverse y cambiar en las diferentes posiciones, pudiendo en algunos casos recorrer gran trecho dentro de la cavidad abdominal y de la pelvis, por otra parte las membranas de Jackson cuando se detienen por encima del ciego favorecen la distensión secundaria de este órgano y la relajación de su ligamento de sostén y por lo tanto causan en consecuencia la movilidad anormal del ciego. De modo que estas dos circunstancias, persistencia de pericolicitis y ciego móvil se encuentran con suma frecuencia asociadas para aumentar la complejidad del cuadro clínico.

## CAPITULO V

### **Tratamiento médico**

La terapéutica tiene que ser muy variada y debe de radicar dentro de la esfera del órgano enfermo; sin embargo, haremos algunas consideraciones sobre higiene intestinal.

Como en el ciego móvil predispone la constipación es necesario que el enfermo no sea negligente para vaciar su intestino. En los casos ligeros de constipación puede el enfermo obtener cada día una evacuación, acostumbrándose todas las mañanas mover su vientre, ayudar la actividad muscular, ya haciendo uso de baños fríos o tomar agua fría antes del desayuno; en otros la taza de te, etc.

*Dietética* — Muchas veces estos individuos son fatigados, agotados, y es necesario hacerles un régimen mixto de alimentación. Evitar todos los

alimentos que traen meteorismo, así pues tenemos que proscribir todas las clases de coles, legumbres, nabos frescos, etc. Según circunstancias el enfermo puede tomar leche, bebida con ácido carbónico, cerveza, sopa de cereales, huevos, carnes rojas (limitado) y blancas, pan casero, manteca en abundancia, frutas, uvas, ciruelas, manzanas, peras, dátiles secos, almendras secas, pasas de higo, miel y nueces.

Es necesario encontrar un régimen que convenga más en cada caso si es de difícil digestión; la miel, leche, frutas cocidas, vegetales, están muy bien indicados, a este régimen; es conveniente regularizarse las horas de comida.

#### TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

Estos constipados es necesario que tengan deposiciones diarias; hay que ser reservados en el uso de purgantes, porque acostumbrando el organismo, obliga al médico a recurrir a dosis cada vez más fuertes. Empezaremos hacer tomar todas las mañanas medio litro de agua mineral Vichy, Carlsbad, Ems, Kissingen, Taraps, Friechrichshaller; estas aguas tomadas tibias después de los alimentos o en ayunas en algunos enfermos les hace el efecto de purgante.

Las tizanas purgativas, hojas de sen, hierba de mil hojas, corteza de frangula ; una cucharada para una taza de te son de buen resultado. Para un uso más prolongado usaremos el tamarindo, el rui-barbo en polvo, aloes, jalapa, cáscara sagrada, extracto de frangula, fenoftaleina, jarabe de higos de California, regulin, preconizado por Schmidt.

Especial atención a la belladona, pues en estos estados espásticos del ciego la belladona está muy indicada ; se prescribirá en píldoras, polvos con 0.02-0.03 centígramos de extracto de belladona.

Rp.

Extracto belladona.....	0.01 cent.
Polvo belladona.....	ãã

1 píldora - X. Tomar 1 o 2 píldoras por día.

Rp.

Extracto de aloes.....	3 gr.
Extracto belladona.....	0.50 cent.
Jalón medicinal.....	C. S.

M. para XXX píldoras. Tomar 1 a 2 píldoras por día.

Rp.

Ext. fl. de cáscara sagrada....	20 gr.
---------------------------------	--------

Tomar 1 a 2 veces por día media a 1 cucharada de te.

Rp.

Cáscara sagrada.....	0.25 cent.
Fenoltaleina.....	0.20 cent.

1 sello-X; 1 por la noche.

Rp.

Raiz de ruibarbo.....	ãã
Extracto de ruibarbo comp...	1.5 cent.
Extracto belladona.....	0.10 cent.

M. para XX píldoras. Tomar 2 por día.

Rp.

Corteza de frangula.....	80 grs.
Hojas de sen y menta pulv...	20 grs.

Hágase hervir en agua. Tomar 1 cucharadita en una taza de te. Beber por la tarde.

Rp.

Subnitrató bismuto.....	0.40 cent.
Magnesia calcinada.....	0.30 cent.
Polvo belladona.....	0.02 cent.

Extracto de vainilla C. S. para aromatizar  
Tomar 1 paquete por la noche en una taza de te.

El aceite de ricino es el purgante más recomendable, pues constituye uno de los mejores para las personas que se purgan con frecuencia ; es suave y no produce cólicos. Dosis : 15 a 40 gramos.

Regularmente administrado constituye uno de los mejores tratamientos y el único, podemos decir, para las constipaciones espasmódicas. Podemos agregar a éste la belladona. El sabor desagradable se obvia por los medios que todos conocen (cápsulas, etc.).

*Enemas* — Los enemas, haciéndolos con método, pueden continuar el tratamiento por mucho tiempo sin causar ningún trastorno, ; los enemas se dan con un irrigador ; se recomienda el agua jabonosa (una cuchara de cafe de polvo de jabón por medio a un litro de agua).

El aceite. El enfermo colocado decúbito lateral izquierdo le introducimos lentamente en el recto, con ayuda de un irrigador, 300 a 500 gr. de aceite común fresco (aceite de oliva, sésamo).

Enemas de glicerina 5 a 10 grs. como también los supositorios de glicerina que se disuelven en el recto bajo la influencia del calor del organismo.

Rp.

Extracto belladona.....	0.02 cent.
Manteca cacao.....	3 gr.

1 supositorio por la noche, indicar si es necesario más.

*Enterocclisis* — Por medio de un tubo de cautchout se introduce agua en el intestino con una presión constante de 90 c.m. al máximum. Esta agua alcanza sin dificultad el ciego.

En el momento de los cólicos el enfermo debe de guardar cama, ponerse fomentos calientes, poca alimentación; pasado el cólico, el descanso debe de ser prolongado y alimentarlo sucesivamente y darle laxantes ya indicados; los baños de asiento son útiles.

Los agentes físicos utilizados para estos enfermos son: el masaje, electricidad y la hidroterapia. El masaje regular con las palmas de las manos ejerciendo una presión moderada sobre la región cecal de abajo arriba da buenos resultados. El masaje con una bola templada cuyo peso es de un kilogramo hacerla correr sobre el vientre es indicado e igualmente el masaje vibratorio.

El tratamiento eléctrico consiste en la faradización de las paredes abdominales o en la galvanización de los intestinos, mientras que otro electrodo está aplicado al nivel del dorso.

La hidroterapia consiste en fricciones frías que se hacen en el abdomen y es frecuentemente aso-

ciada al masaje. Se obtienen curas en balnearios, pero es necesario reglamentarlo con el régimen alimenticio y agentes físicos.

Al lado de estos métodos es necesario y útil emplear al mismo tiempo la gimnasia, ya de salón como la prescribe en su trabajo Schreber, que contiene los detalles especiales. Respecto al ejercicio que hay que hacer para fortificar las paredes abdominales y excitar los movimientos peristálticos del intestino, pasar de la posición acostado a la posición sentada, movimiento de elevación de las piernas, etc.

Los ejercicios al aire libre son muy preconizados y mucho más si les acompaña a los enfermos la neurastenia, intermediando estos ejercicios con el reposo. El remo, tennis, bicicleta es de recomendar con insistencia.

#### TRATAMIENTO QUIRURGICO

Muchas veces el tratamiento médico falla en la movilidad anormal del ciego y que después de tanto tiempo de atención médica el tratamiento quirúrgico es el que tenemos que llevar a cabo, cuyos resultados son más rápidos y apreciables en esos casos rebeldes.

Indudablemente el tratamiento quirúrgico dependerá del grado de movilidad del ciego.

En los casos en que la movilidad del ciego sea pequeña y con ligera atonía de las paredes, la operación consistirá en hacer la apendicectomía y un columnaje. Se efectuará: entrando y saliendo con la aguja por las dos bandas longitudinales, de manera que esa parte del ciego que está entre las dos bandas longitudinales se invagine hacia adentro o quede plegada; se utiliza generalmente como material de sutura el hilo de lino y también el catgut.

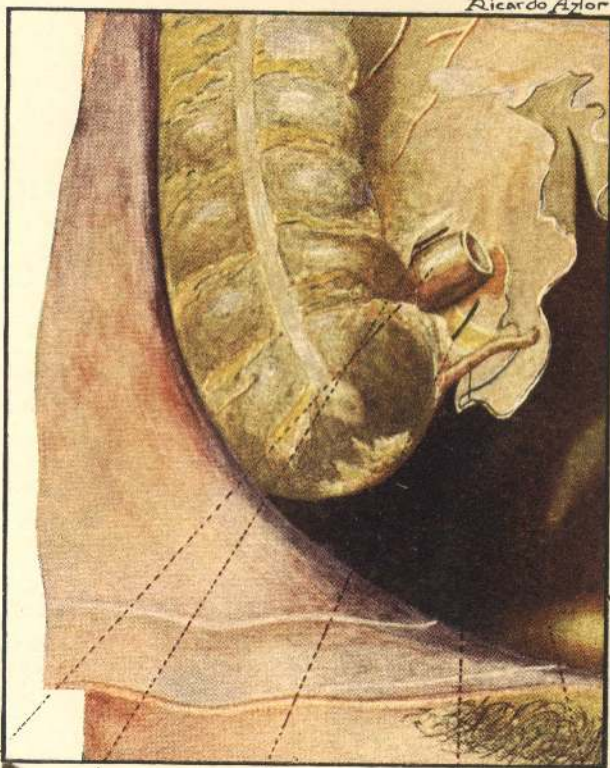
Esta operación es fácil, de recurso útil.

En los casos que podríamos considerar la movilidad del ciego y trastornos de constipación de segundo y tercer grado al columnaje se agrega la cecopexia; ésta es la operación más útil y de muy buenos resultados. Se entiende por cecopexia la simple fijación de las fibras longitudinales del ciego al peritoneo de la fosa ilíaca y la pared abdominal lateral posterior, haciéndose una sutura sero-serosa.

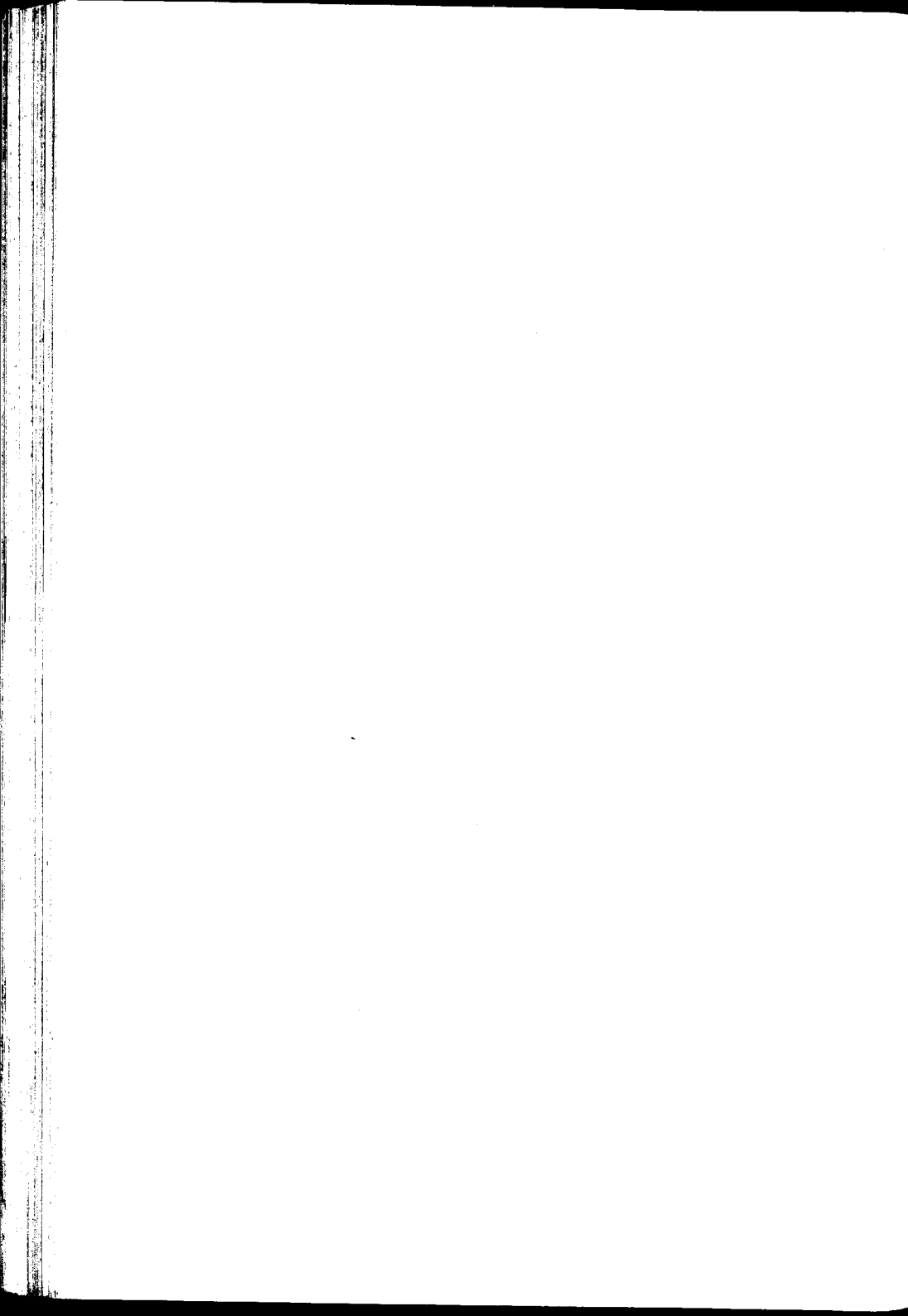
*Plástica de Wilms* — La plástica recomendada por Wilms se consigue limitar la movilidad del ciego después de incindir delante de la espina ilíaca anterior-superior, se adelanta el ciego, se hace la apendicectomía, se vuelve a reponer el ciego largo y

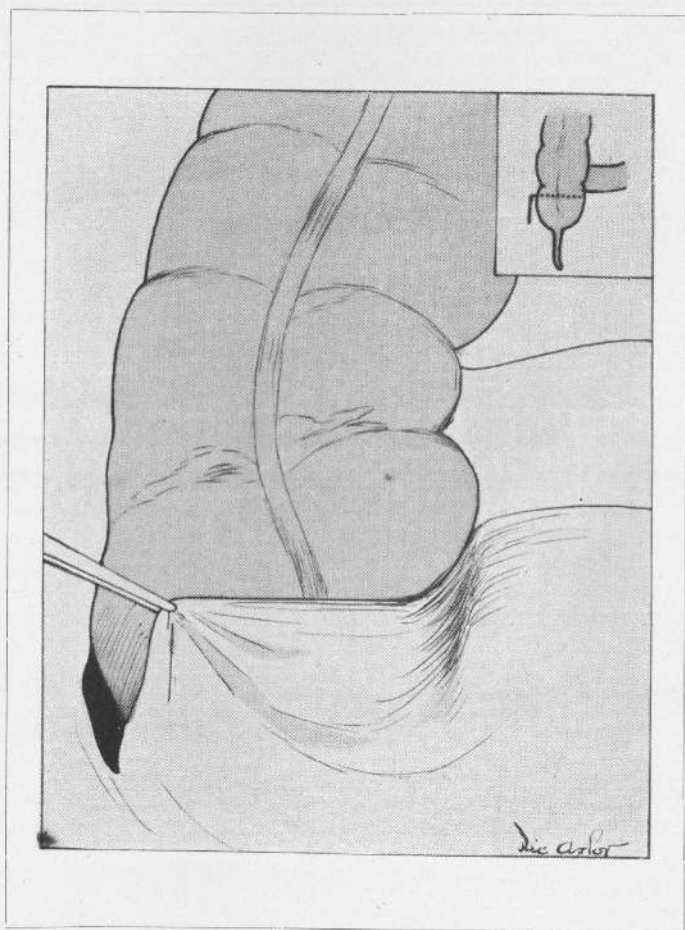
2º Sobre la pared pelviana fosa ilíaca derecha

Ricardo Aylor

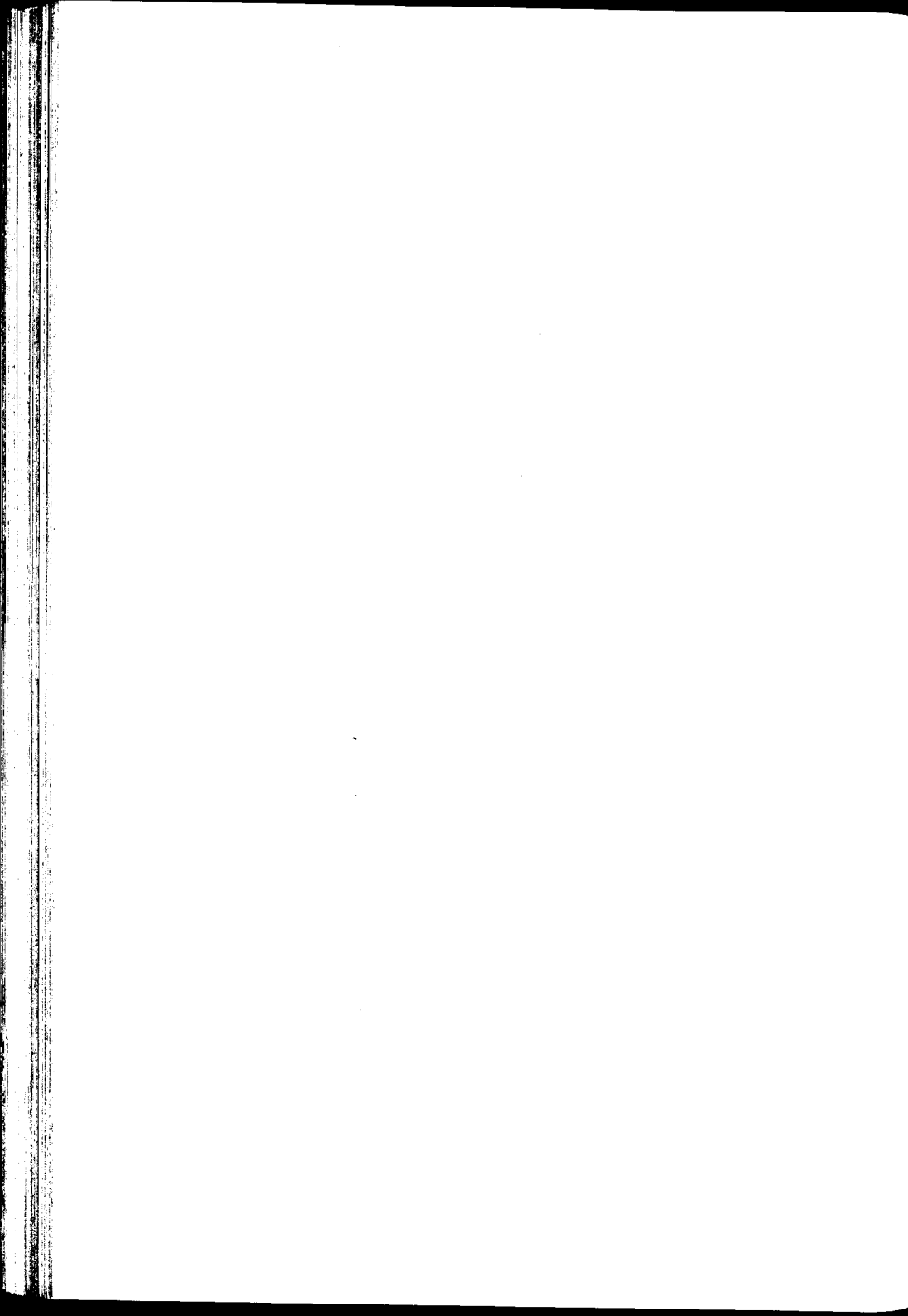


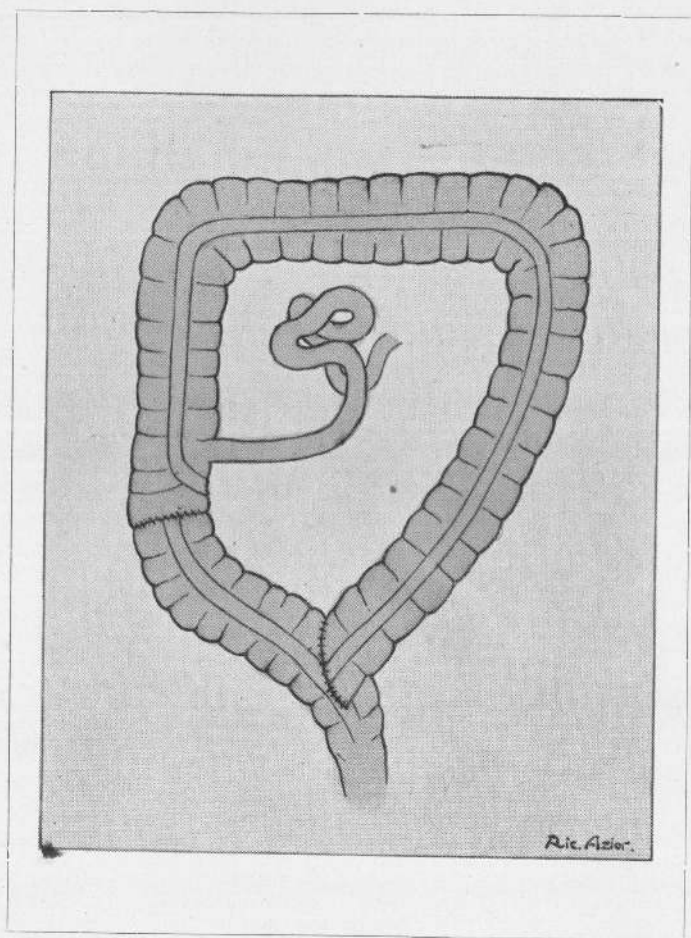
Ileop. Jorata ileo cecal sup. Jorata ileo cecal inf. Apéndice vermicular. Vagina. Recto.





Plástica de Wilms





Resultado de la typhlo-sigmoidostomía en Y correctamente hecha



se hace un colgajo triangular del peritoneo, se disecciona y se forma un bolsillo, el cual corresponde al límite del ciego libre y colon ascendente. En este bolsillo se coloca el ciego. Según Stierlin un 75 por ciento de los casos, consiguió curar en la clínica de Basilea, pero la operación presenta a veces dificultad y predispone a acodadura del intestino, produciendo en breve tiempo molestias parecidas a las anteriores de la operación.

*Typhlo-sigmoidostomía en Y correctamente hecha* — Operación: Larga incisión mediana hasta el ombligo.

Inspección: Valva supra-pubiana de Doyen, exploración del ciego y colon, reconocer las lesiones que han resultado del examen clínico y radiográfico, acodadura, bridas, etc.

1º Se exterioriza el ciego y la S ílica y se protege la vejiga y el Douglas.

2º Se afrontan los mesos y se cierra la gótera formada por el mesenterio, el peritoneo parietal posterior y el meso-colon pelviano. Con seda tomamos la cara derecha del meso-colon pelviana, después el peritoneo parietal posterior, delante el promontorio y por fin la cara izquierda del mesenterio en su terminación ileocecal; terminada la opera-

ción se coloca delante de la anastomosis inferior (sigmo-sigmoidea) el intestino delgado.

3° Resección del apéndice.

4° Se retira el contenido fecal por medio de un clamp de coprostaxia y colocarlo en la parte más declive del ciego, donde se hará la resección.

5° Retirar igualmente el contenido del ansa sigmoidea por medio de dos clamps de coprostaxia. La sección del colon pelviano debe de hacerse bien alta. La Y debe de estar dispuesta de tal manera que la rama derecha, ceco-sigmoidea, sea un poco más larga y flotante que la rama izquierda colosigmoidea.

6° Sección de la S ilíaca y su meso. La sección será hecha por el termo-cauterio preparando el campo entre dos pinzas de Kocher. El meso colon será seccionado en continuidad de la sección del colon y hasta la extremidad misma del clamp que lo tomaba para hacer la hemostasia. Estos dos colgajos de sección meso-cólica será inmediatamente hemostasiada y orillada por una costura con catgut.

7° Costura sero-serosa posterior typhlo-sigmoidea, se debe usar agujas muy finas. La sección inferior de la S ilíaca protegida por la pinza de Kocher, es llevada en contacto con el ciego. El El afrontamiento es asegurado por una costura sero-

serosa que une la base de la ampolla cecal a la serosa de la sección inferior de la S ílfaca.

8º Resección de la extremidad del ciego y abocamiento typhlo-sigmoideo. La costura sero-serosa terminada ; hacemos la resección de la ampolla cecal (entre el clamp y una pinza de Kocher) ; después hacemos el aislamiento de la sección inferior de la S ílfaca y la resecamos por debajo de la pinza de Kocher y hacemos una costura total posterior y otra total anterior ; sacamos el clamp cecal y sigmoideo anterior y se hace la costura sero-serosa anterior.

9º Implantación sigmo-sigmoidea a la sección superior de la S ílfaca y le sacan las compresas que lo separaban ; elegimos el punto de implantación sobre el ansa eferente bastante bajo que encontrándose en buena distancia de la comunicación collo-cecal, nos propondremos hacer la anastomosis fuera del vientre. La precaución en esta parte de la operación es de buscar que la rama derecha de la Y, o sea el ansa typhlo-sigmoidea tenga una longitud suficiente. Terminamos la operación haciendo una toilette del intestino delgado y eiplón, colocándolo por delante de la operación suturamos el peritoneo y paredes abdominales.

*G. Lardennois y J. Okinczyc* — Con esta ope-

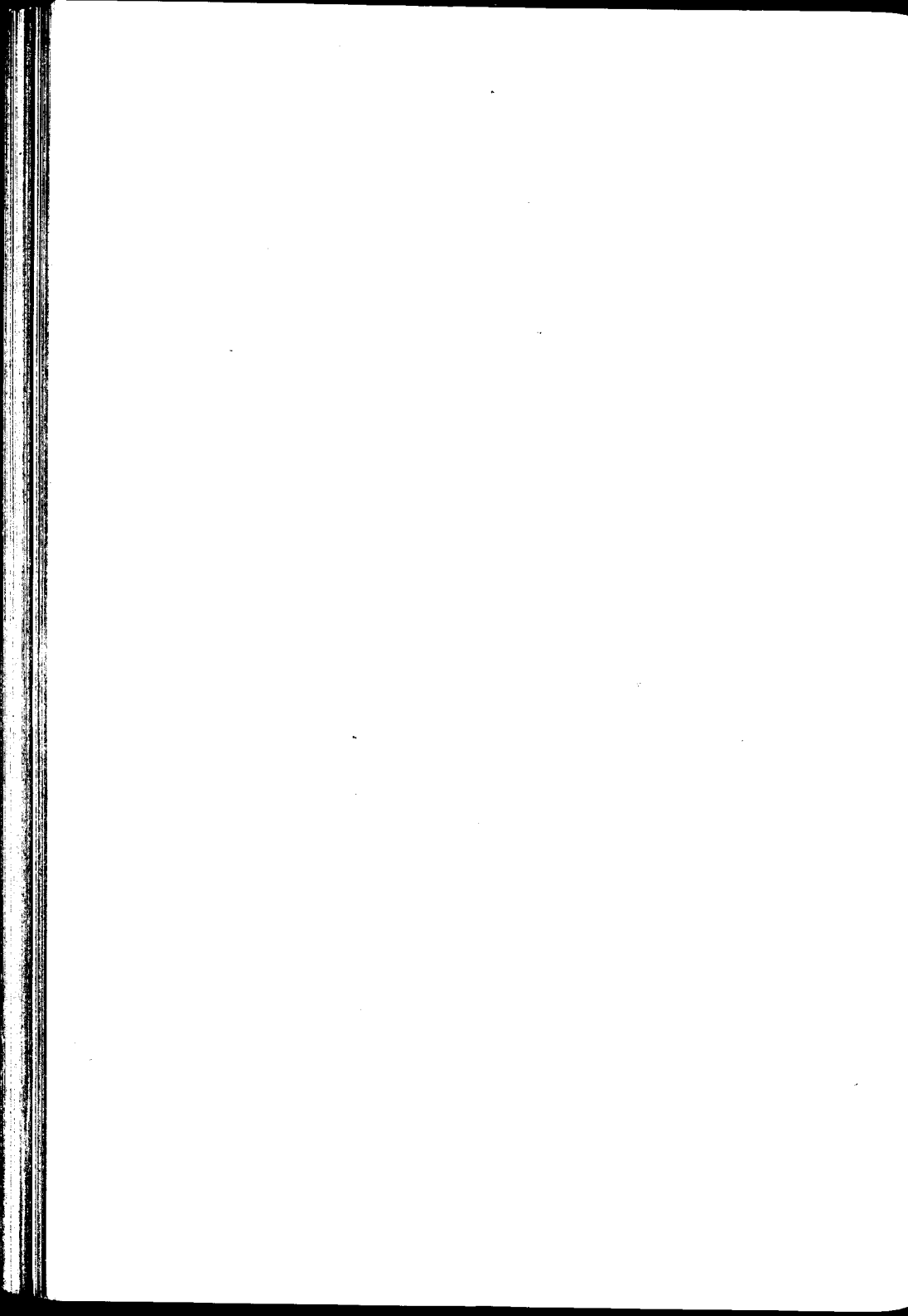
ración se ha tenido resultados operatorios inmediatos ; se utiliza en los casos graves de constipación ; pero no así los mediatos que son seguidos de trastornos graves de nutrición ocasionados por una diarrea permanente.

## Conclusiones

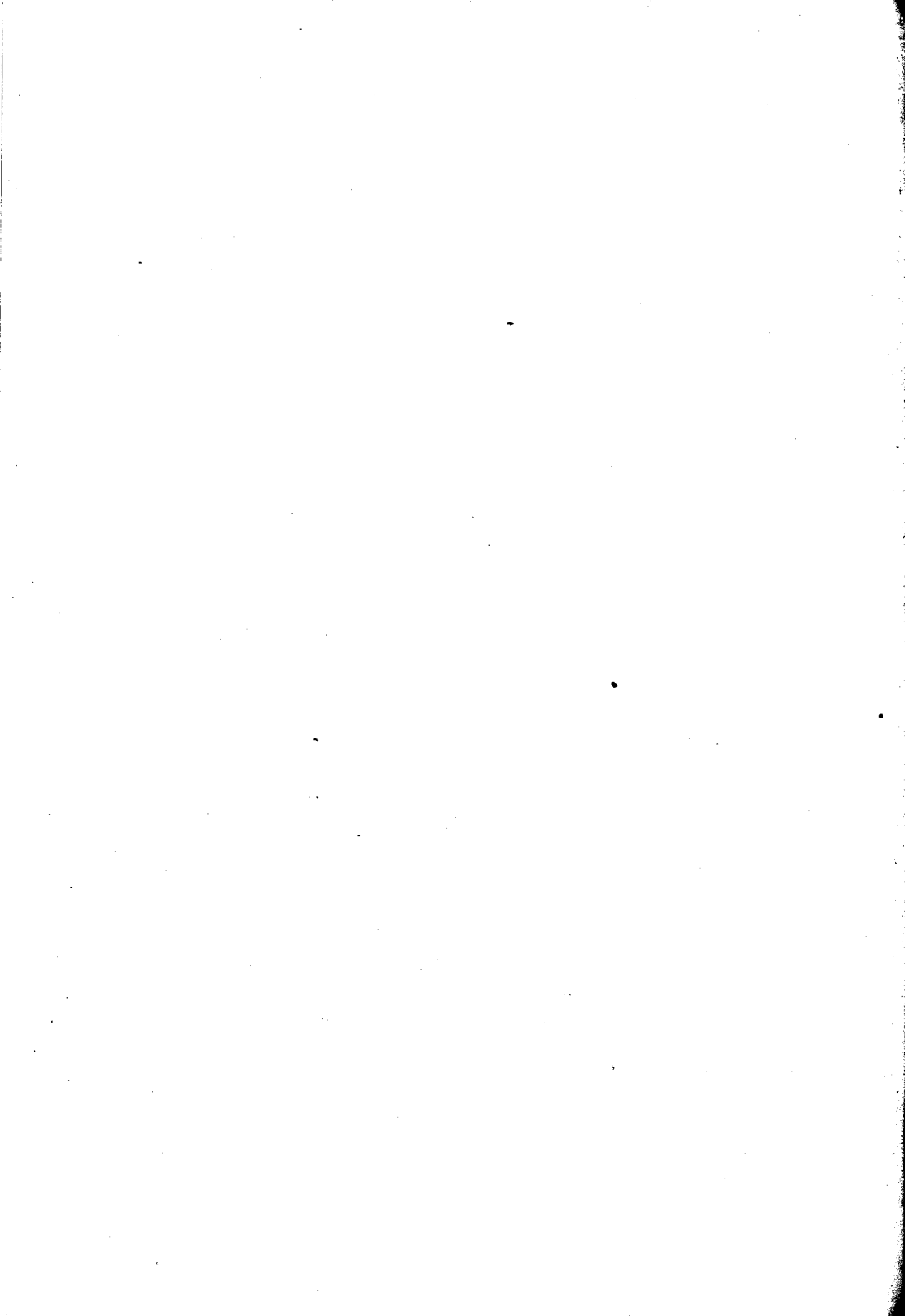
1°—Ciego móvil largo en muchos casos llamado así apendicitis crónica, es la propia causa del dolor en la región del punto Mac Burney.

2°—Debe de explorarse el ciego siempre que se actúe en esa región para evitar ulteriores molestias.

3°—El columnaje y la cecopexia es la operación indicada en la movilidad anormal del ciego.



## OBSERVACIONES CLÍNICAS



## OBSERVACION I

Hospital Alvarez. — Servicio de cirugía del doctor Ceballos.

Hombre, V. M., argentino, de 25 años, soltero.

*Antecedentes personales* — Se inicia hace un año con trastornos marcados hacia su aparato gastro-intestinal; generalmente después de las principales comidas siente un peso en el estómago, quejándose además de digestiones penosas y muy largas.

Ha sido desde el comienzo de su enfermedad muy constipado, habiendo usado con frecuencia de laxantes y enemas. No recuerda haber tenido vómitos ni arcadas, pero sí eructos no ácidos, según el enfermo ha adelgazado mucho y ha perdido su apetito. La constipación es tenaz, habiendo pasado hasta cinco días sin ninguna deposición.

*Estado actual* — El ciego distendido ocupa la fosa ilíaca derecha y se extiende hasta la pequeña

pelvis, el gorgoteo y su distensión desaparece haciendo presión de abajo arriba. La superficie del ciego se palpa lisa sin descubrirse tumores. El colon transverso se siente en ptosis, el colon descendente y la S ílica están retraídos dando la impresión de cuerda cólica.

A la percusión encontramos sonoridad normal, timpanismo alto y exagerado en la fosa ílica derecha.

*Operación* -- Anestesia : Eter. Laparatomía para-unilateral derecha. Se observa una débil membrana de pericolicitis que se detiene al nivel del extremo superior del ciego ; éste es móvil y se exterioriza fácilmente ; la cavidad está muy distendida y contiene materias líquidas. El apéndice acodado y el meso retraído. Se reseca el apéndice y se invagina ; se columniza el ciego. El enfermo se encuentra bien.

## OBSERVACION II

Hombre, J. E., español, de 42 años, jornalero.

*Antecedentes personales* — Hace dos años más o menos de una copiosa comida tuvo vómitos y un fuerte dolor en la fosa ilíaca derecha; atendido por médico fué mejorado en pocos días; desde entonces no se siente bien. Los dolores persisten en la fosa ilíaca derecha acompañados a veces con arcadas y vómitos principalmente después de las comidas. Ha sido siempre constipado refiriendo que pasa tres, cuatro y seis días sin mover su vientre, usa laxantes y enemas para corregir este estado. Ultimamente las molestias se acentúan, circunstancia por la cual decide hacerse operar.

*Estado actual* — Ciego móvil y cambia de lugar en los cambios de posición del enfermo. Dolor bastante intenso en la región del punto de Mac Burney. En los rayos X se comprueba la movilidad del ciego.

*Operación* — Anestesia : cloroformo. Se la hace la apendicectomía y la columnización del ciego. Las molestias desaparecieron.

### OBSERVACION III

Hombre, R. M., italiano, 36 años, casado, carrero.

*Antecedentes personales* — Ha sido siempre sano, no es bebedor y regular fumador. Hace 45 días sintió un dolor fuerte en la fosa ilíaca derecha que se extiende al estómago, no tiene vómitos ni fiebre; guardó cama unos días y fué diagnosticado apendicitis por un médico de la localidad que le aconsejó la intervención. Ha sido siempre constipado, pasando cuatro o seis días sin ir de vientre seguidos por crisis diarreicas.

*Estado actual* — Abdomen ligeramente globuloso; el ciego es palpado y da gorgoteos; es móvil y se desplaza hacia la línea media.

*Operación* — Anestesia: cloroformo. Laparato-

mía paramediana derecha; se reseca el apéndice y se hace la pexia y columnización del ciego. Resultado bueno.

## OBSERVACION IV

Hombre, I. R., argentino, 27 años, soltero, empleado.

*Antecedentes personales* -- Hace dos años más o menos tuvo por primera vez un fuerte ataque con dolores intensos en toda la cavidad abdominal. Visto por un médico fué curado a los pocos días. Hace seis meses tuvo por segunda vez otro ataque; éste es más intenso y los dolores estaban localizados de preferencia en las dos fosas ilíacas. No tuvo vómitos, pero sí arcadas; es constipado crónico, llegando en ocasiones pasar tres, cuatro y ocho días sin mover el vientre y cuando lo hacía era en forma de crisis diarreicas.

*Estado actual* -- Cavidad abdominal ligeramente excavada. En la fosa ilíaca derecha se palpa el ciego ligeramente doloroso, no hay defensa muscular en posición decúbito lateral izquierda, notamos

que el ciego se desplaza. Se le da una comida de bismuto y en su examen se comprueba la movilidad y la extasis del bismuto.

*Operación* — Anestesia : cloroformo. Incisión de Jalaguier amplia. Resección de la membrana de Jackson. Pexia y columnización del ciego. El enfermo curó.

En todos los casos no se encontró mayor lesión del apéndice, sino simples acodaduras del meso, que no eran suficiente para explicar la sintomatología que aquejaban los enfermos ; en cambio, los ciegos eran móviles y desplazables ; era lo que se apreciaba manifiestamente como causa de tanto trastorno.

Tanto estos enfermos como otros operados en la misma clínica han aumentado de peso ; ha desaparecido la constipación y no han vuelto a presentar trastornos hasta el plazo de ocho meses que han sido revistos.



Buenos Aires, Marzo 23 de 1917.

Nómbrese al señor Consejero doctor Daniel J. Cranwell, al profesor titular doctor Ricardo Sarmiento Laspiur y al profesor suplente doctor Carlos Robertson, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA

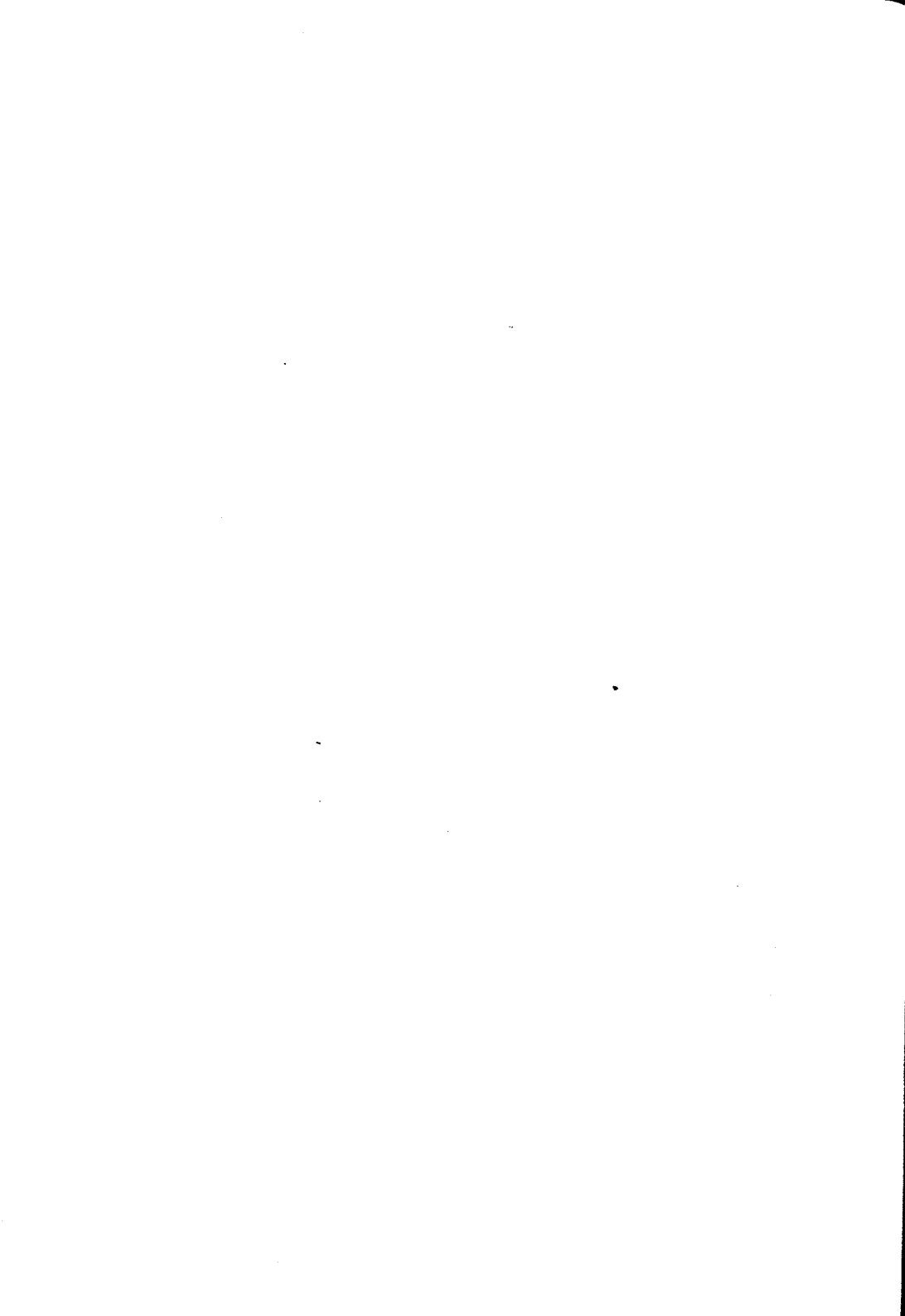
*J. A. Gabastou*  
Secretario

Buenos Aires, Mayo 5 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3263 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

*J. A. Gabastou*  
Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico de la apendicitis crónica.

*Cranwell.*

II

Peritoneo cecal.

*R. Sarmiento Laspiur.*

III

Fisiología del ciego.

*Robertson.*

30113

