



Año 1918

N. 3441

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# Megacolon en el adulto

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANGEL GALLI

Ex-practicante del Instituto Jenner  
Ex-practicante del Hospital Militar  
Ex-practicante del Hospital Italiano



BUENOS AIRES

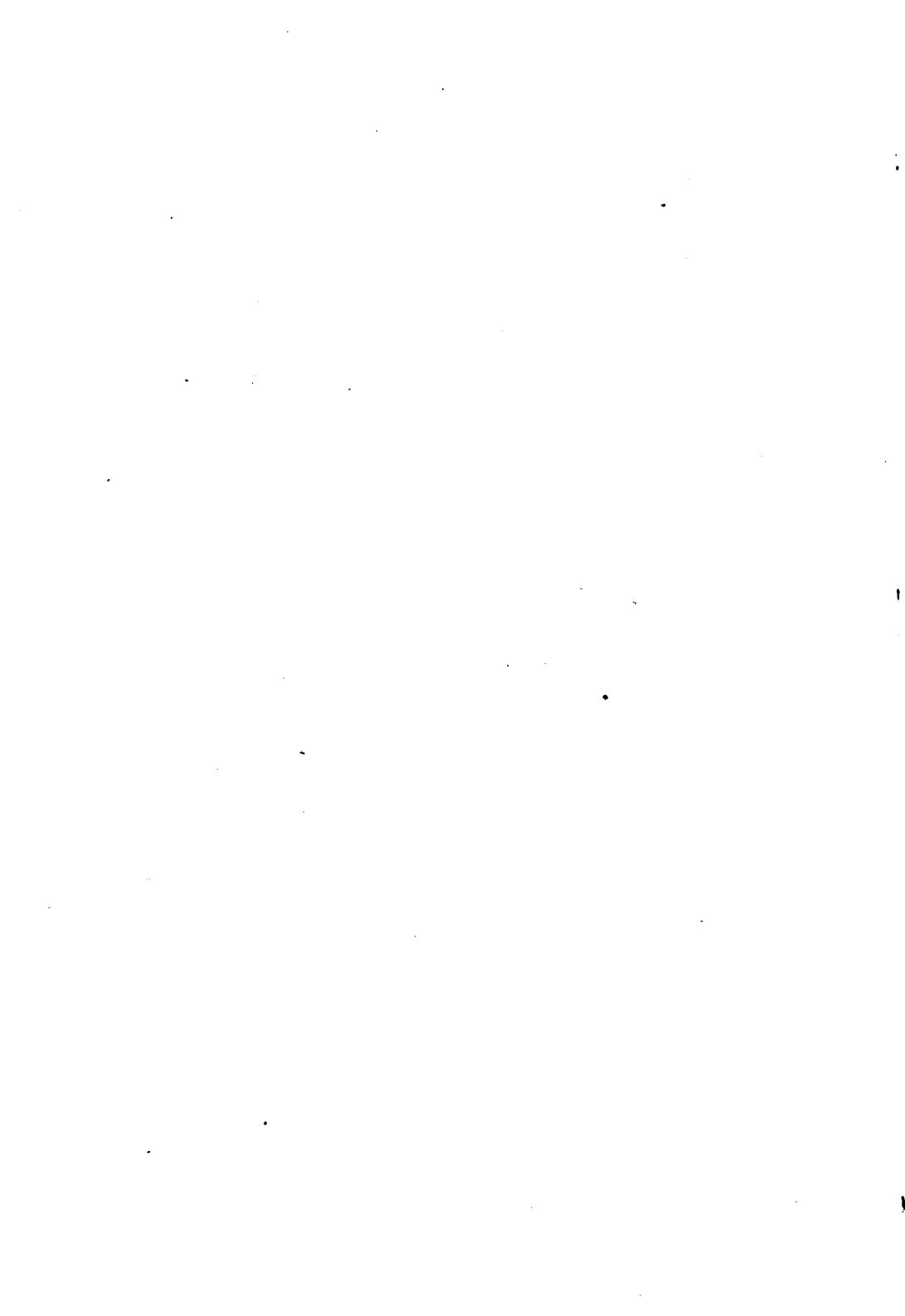
IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

*Man. B. 2514*



MEGACOLON EN EL ADULTO



Año 1918

N. 3441

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

# Megacolon en el adulto

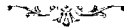
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANGEL GALLI

Ex-practicante del Instituto Jenner  
Ex-practicante del Hospital Militar  
Ex-practicante del Hospital Italiano



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

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

*Artículo 162 del R. de la Facultad.*

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

### Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

### Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO 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. PEÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ÁNGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ÁNGEL M. GENTENO
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. » » Vacante

### Secretario General

Vacante

### Secretario

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO



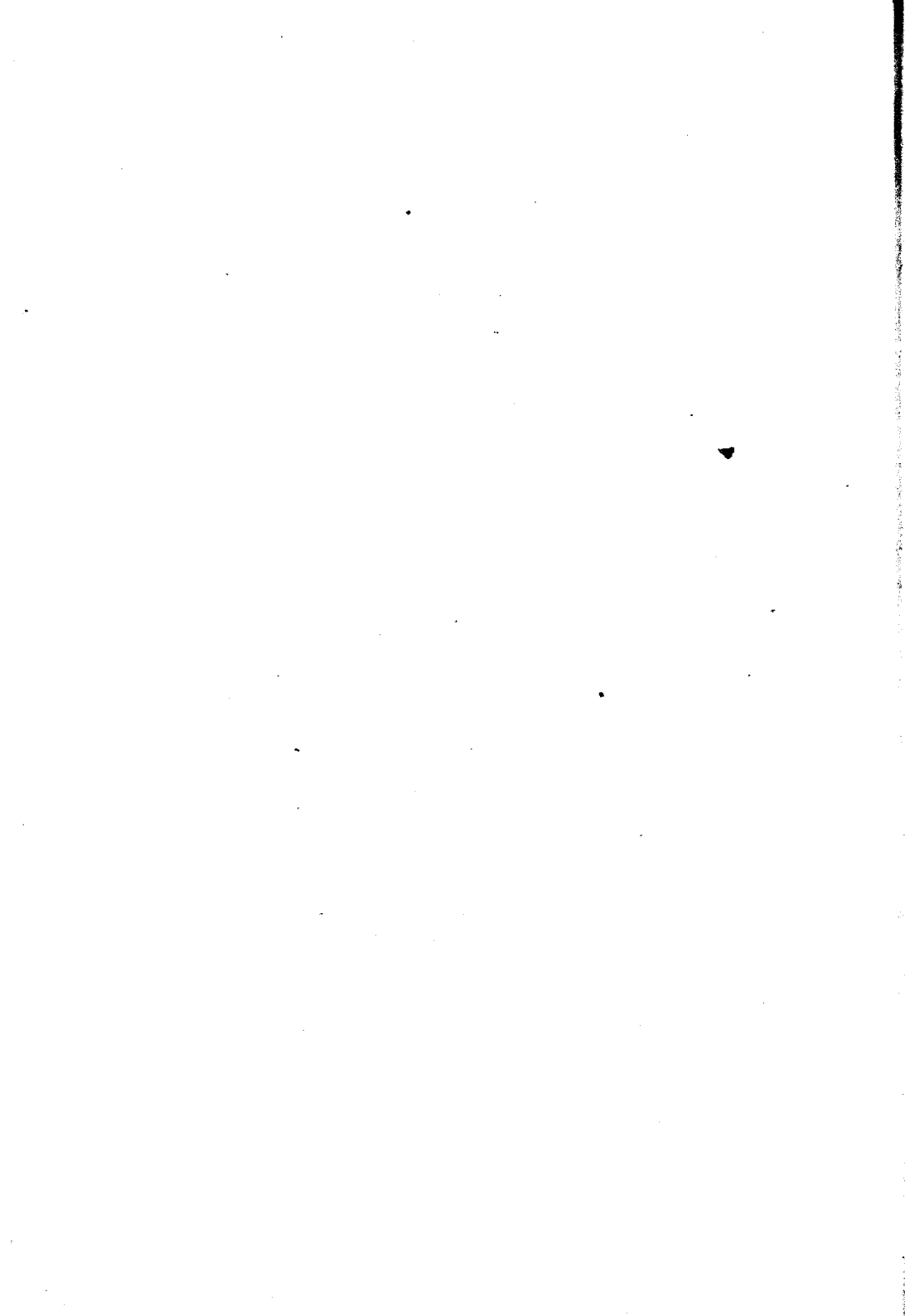
# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



## ACADEMIA DE MEDICINA

### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLINDO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
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 GANTON

» » ANGEL M. CENTENO

» » DOMINGO CABRED

» » MARCIAL V. QUIROGA

» » JOSÉ ARCE

» » EUFEMIO PUALLES (con lic.)

» » DANIEL J. CRANWELL

» » CARLOS MALBRAN

» » JOSÉ P. MOLINARI

» » MIGUEL PUIGGARI

» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

» » FANOR VELARDE

» » IGNACIO ALLENDE

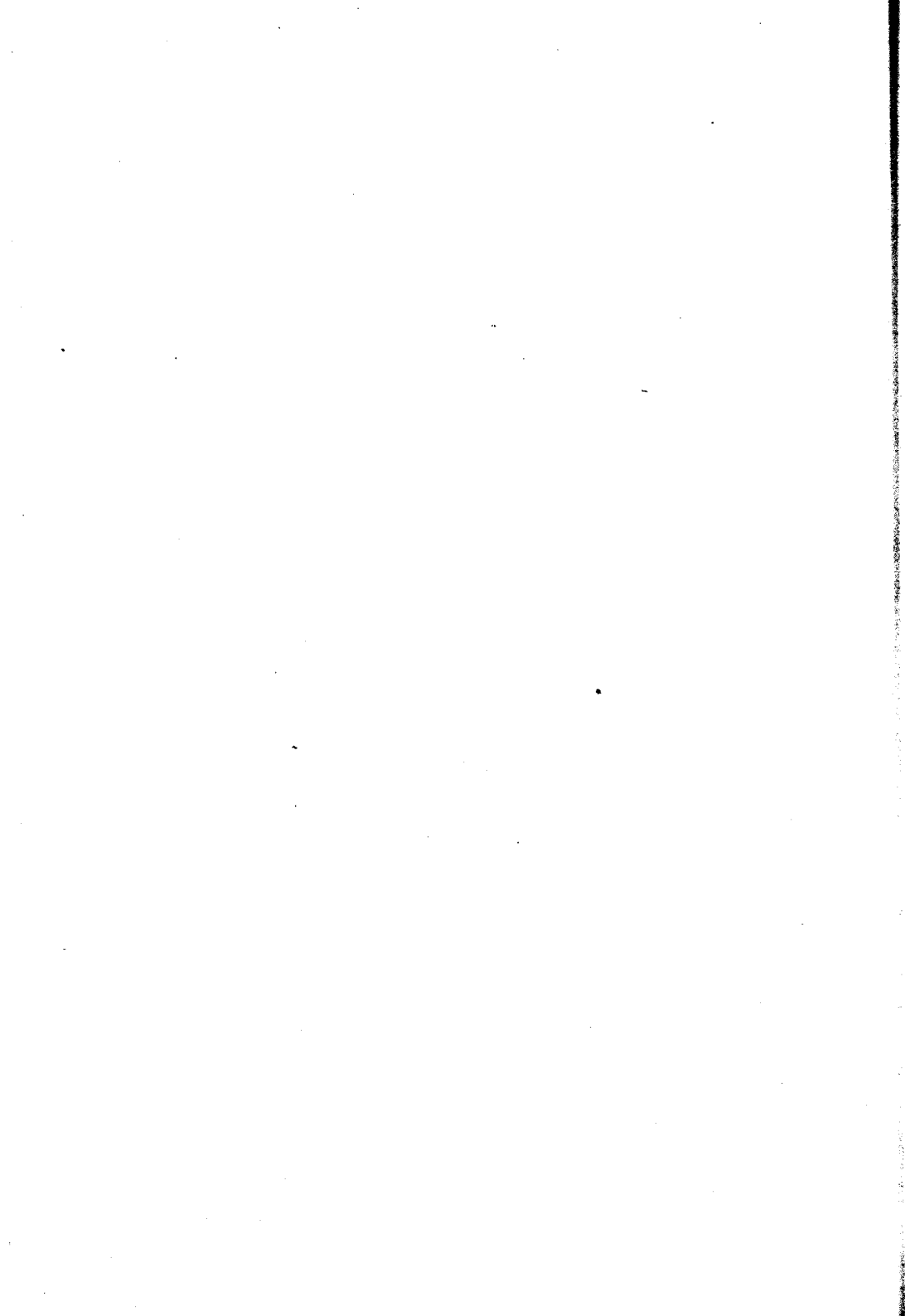
» » MARCELO VIÑAS

» » PASCUAL PALMA

### **Secretarios**

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

» » JUAN A. GABASTOU



## ESCUELA DE MEDICINA

### PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

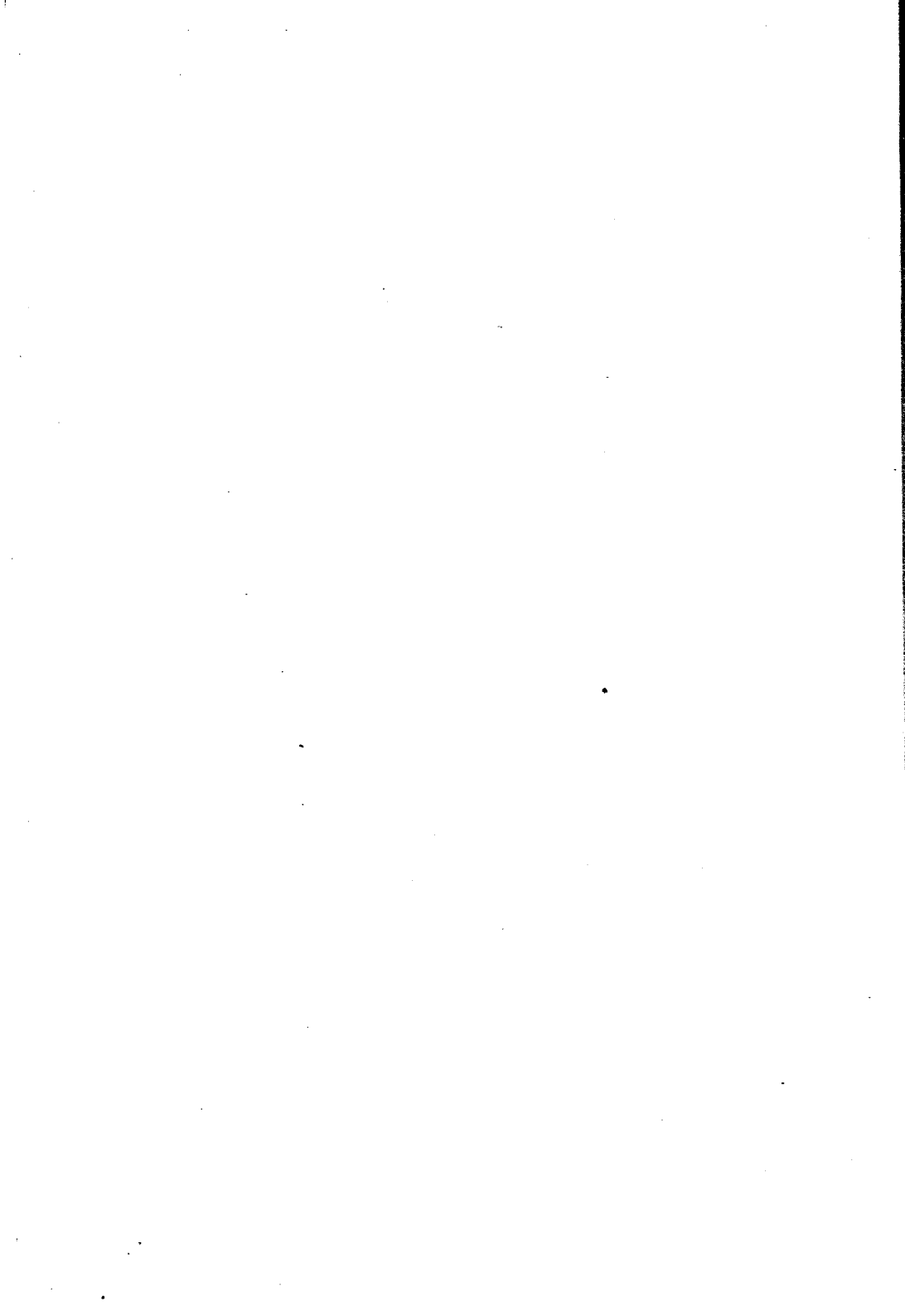
» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

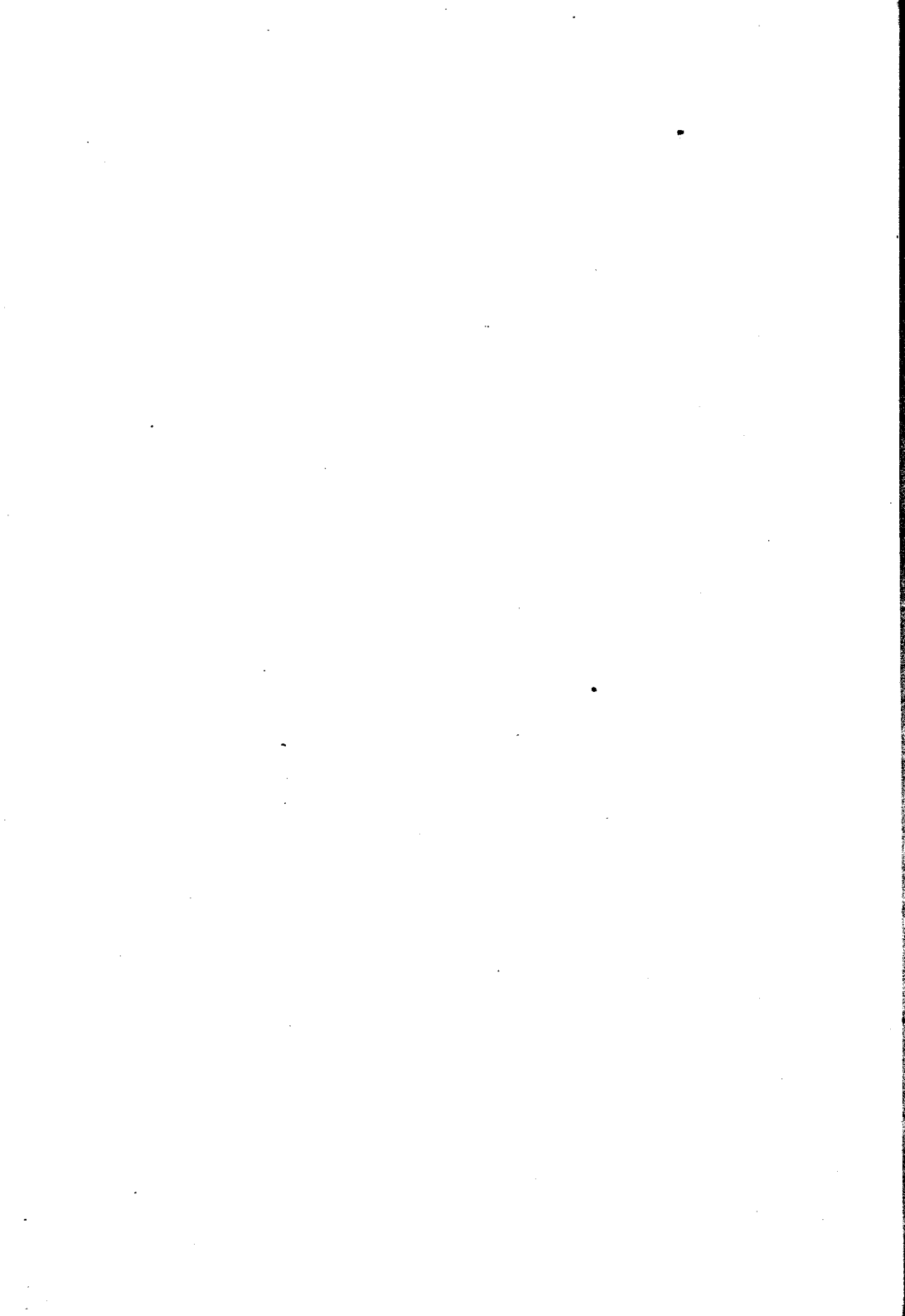
» FRANCISCO A. SICARDI

» TELEMACHO SUSINI



# ESCUELA DE MEDICINA

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



## ESCUELA DE MEDICINA

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



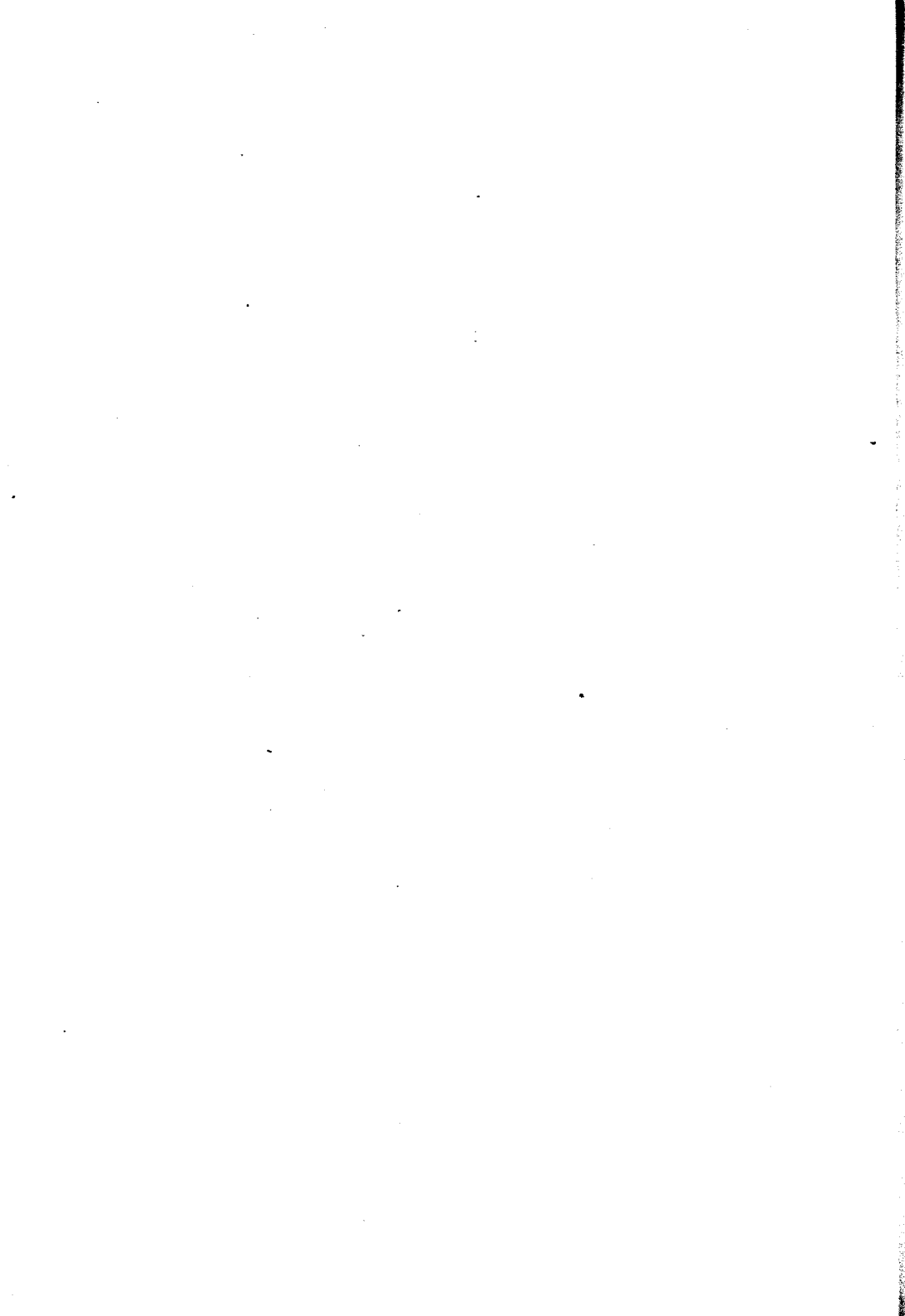
# ESCUELA DE MEDICINA

## Asignaturas

## Catedráticos sustitutos

Zoología médica.....	
Anatomía descriptiva.....	
Fisiología general y humana.....	
Bacteriología.....	
Química Biológica.....	
Higiene Médica.....	
Semiología y ejercicios clínicos.....	
Anatomía patológica.....	
Materia médica y terapéutica.....	
Medicina operatoria.....	
Patología externa.....	
Clínica dérmato-sifilográfica.....	
»    Género urinaria.....	
»    epidemiológica.....	
»    oftalmológica.....	
»    oto-rino-laringológica.....	
Patología interna.....	
Clínica quirúrgica.....	
»    Neurológica.....	
»    Médica.....	
»    pediátrica.....	
»    ginecológica.....	
»    obstétrica.....	
Medicina legal.....	
Clínica Psiquiátrica.....	

DR. GUILLERMO SEEBER
» SILVIO B. PARODI
» EUGENIO GALLI
» JUAN JOSÉ CIRIO
» FRANCISCO ROBBILLE
» FRANK L. SOLER
» BERNARDO HOUSSAY
» RODOLFO RIVAROLA
» SALVADOR MAZZA
» BENJAMÍN GALARCE
» MANUEL V. CARBONELLI
» SANTIAGO M. COSTA
» CARLOS BISHOFFHOUBER
» ALFREDO VITON
» PEDRO J. HARDOY
» JOAQUÍN LLAMBIAS
» ANGEL H. BOFFO
» PEDRO ELIZALDE
» JOSÉ MORENO
» PEDRO CASTRO ESCALADA
» ENRIQUE PINOCHETTI
» FRANCISCO R. CASTRO
» CASTRILEFORT LUGONES
» ENRIQUE M. OLIVIERI
» ALEJANDRO CEVALLOS
» NICOLÁS V. GREGO
» PEDRO L. BALINA
» JOAQUÍN CERVILLA
» JOAQUÍN SINCELAJAS
» FERNANDO B. TORRES
» FRANCISCO BUSTEFANO
» ANTONINO MARCO DEL PONT
» DANIEL THAMM
» ADOLFO NOGNETI
» RAÚL ARGANHAZ
» JUAN DE LA CRUZ TORREA
» MARÍN CASPICO ESCALADA
» FELIPE J. BASAVILLASO
» ANTONIO R. ZAMBINI
» ENRIQUE PEREIRA
» PEDRO LABAQUE
» LEONIDAS JORGE PACIO
» PABLO M. BARRALRO
» RICARDO MARRIO
» ARMANDO B. MAROTTA
» LUIS A. TAMINI
» MIGUEL SENSINI
» ROBERTO SOLÉ
» PEDRO CHUTTO
» JOSÉ M. JORGE DEL
» OSCAR COPPELLO
» ALFREDO E. LANZIVAR
» JORGE LEYDOR DIAZ
» ANTONIO E. CELESTIA
» TOMÁS B. KENNY
» GUILLERMO VALDÉS DEL
» VICENTE DIMITRI
» ROBERTO H. CHIAPPORI
» JUAN JOSÉ VITON
» PABLO J. MORRALINI
» RAFAEL A. BULLERICH
» IGNACIO DIAZ
» PEDRO ESCUDERO
» MARIANO B. CASTEX
» PEDRO J. GARCÍA
» JOSÉ BUSTEFANO
» JUAN H. GOPYEN
» JUAN JACOB SPANGENBERG
» TULLIO MARTINI
» CÁNDIDO PATIÑO MAYER
» GENARO SISTO
» PEDRO DE ELIZALDE
» FERNANDO SCHWYZER
» JUAN CARLOS NAVARRO
» JAMIE SALVADOR
» TORIBIO PICCARDO
» CARLOS R. CIRIO
» OSVALDO L. BOFFARO
» JULIO BRIBARNE
» CARLOS ALBERTO CASTAÑO
» FAUSTINO J. THONGE
» JUAN E. GONZÁLEZ
» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
» JUAN A. GABASTOU
» ENRIQUE A. BOERO
» JOSÉ A. BERUTTI
» NICANOR PALACIOS COSTA
» VICTORIO MONTEPERDE
» JOAQUÍN N. GREGO
» JAVIER BRANDAN
» ANTONIO PODESTA
» AMABLE JONES



## ESCUELA DE PARTERAS

### **Asignaturas**

### **Catedráticos titulares**

#### *Primer año:*

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

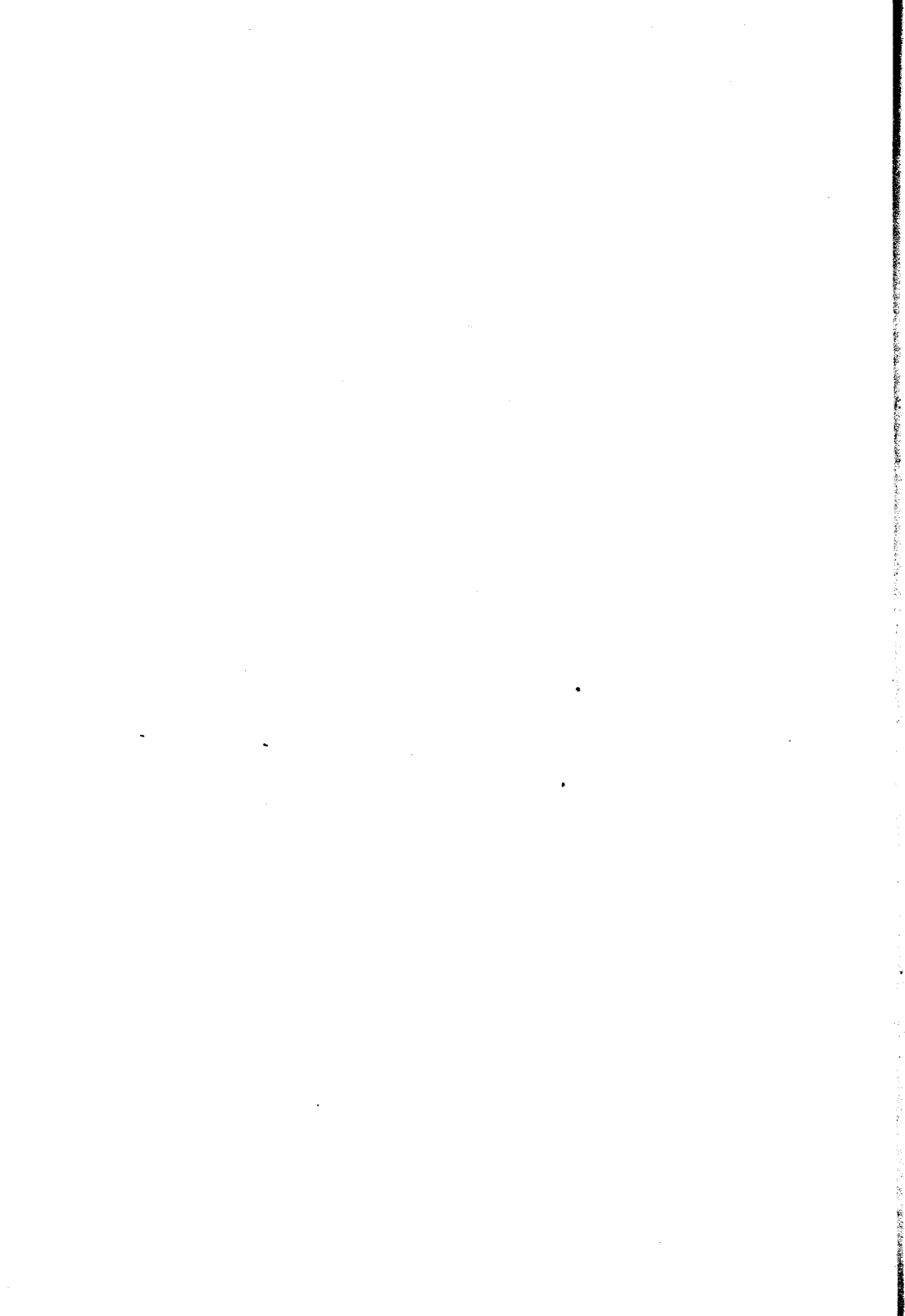
#### *Segundo año:*

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

#### *Tercer año:*

Clínica obstétrica ..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. BALDO FERNÁNDEZ



## ESCUELA DE FARMACIA

### Asignaturas

Zoología general.— Anatomía y Fisiología comparadas.....  
 Física farmacéutica.....  
 Química farmacéutica inorgánica...  
 Botánica y Micrografía vegetal....  
 Química farmacéutica orgánica.....  
 Técnica farmacéutica (1er curso)...  
 Higiene, Ética y Legislación.....  
 Química analítica general.....  
 Farmacognosia especial.....  
 Técnica farmacéutica (2º. curso)...

### Catedráticos titulares

Dr. ANGEL GALLARDO  
 » JULIO J. GATTI  
 » MIGUEL PUIGGARI  
 » ADOLFO MUJICA  
 (Vacante)  
 » J. MANUEL IRIZAR  
 » RICARDO SCHATZ  
 » FRANCISCO P. LAVALLE  
 Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ  
 Dr. J. MANUEL IRIZAR

### Asignaturas

Zoología general.— Anatomía y fisiología comparadas.....  
 Física farmacéutica.....  
 Química farmacéutica inorgánica...  
 Botánica y Micrografía vegetal....  
 Química farmacéutica orgánica.....  
 Técnica farmacéutica.....  
 Química analítica general.....  
 Farmacognosia especial.....

### Catedráticos sustitutos

Dr. ANGEL BIANCHI LISCIETTI  
 » TOMÁS J. RUMI  
 » ANGEL SABATINI  
 » EMILIO M. FLORES  
 » ILDEFONSO C. VATTUONE  
 » PEDRO J. MÉSIGOS  
 Dr. LEIS GUGLIALMELLI  
 Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA  
 » PASCUAL CORTI  
 » CLEOFÉ CROCCO  
 Dr. JUAN A. SANCHEZ  
 Sr. OSCAR MIALOCK

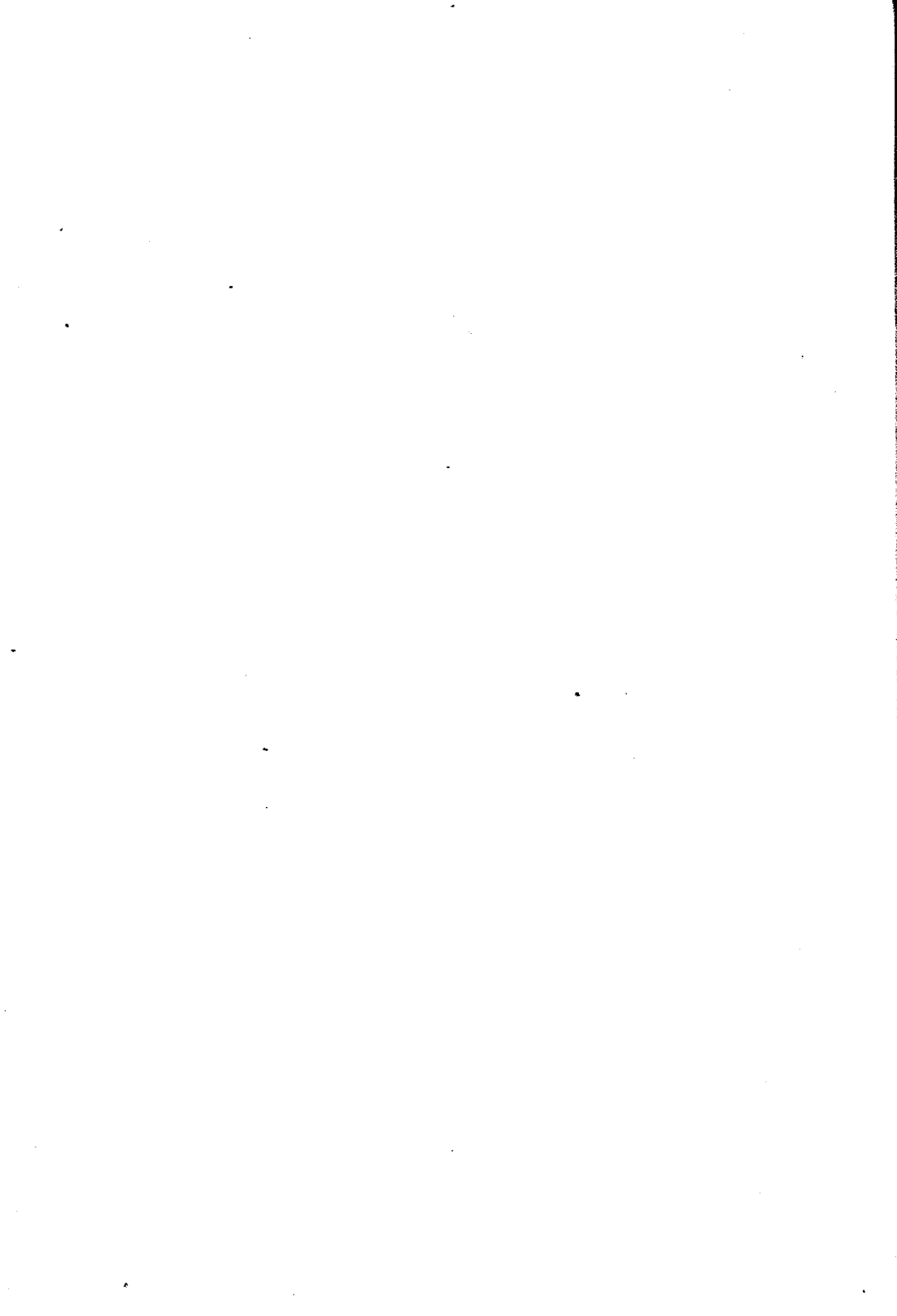
## DOCTORADO EN FARMACIA

### Asignaturas

Complementos de Matemáticas.....  
 Mineralogía y Geología.....  
 Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....  
 Química analítica aplicada (Medicamentos).....  
 Química biológica.....  
 Química analítica aplicada (Bromatología).....  
 Física general.....  
 Bacteriología.....  
 Toxicología y Química legal.....

### Catedráticos titulares

— — —  
 — — —  
 — — —  
 Dr. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejercicio)  
 » PEDRO J. PANDO  
 — — —  
 — — —  
 » CARLOS MALBRÁN  
 » JUAN B. SEÑORANS



## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» S. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental .....	SR. ANTONIO J. GUARDO

### **Catedráticos sustitutos**

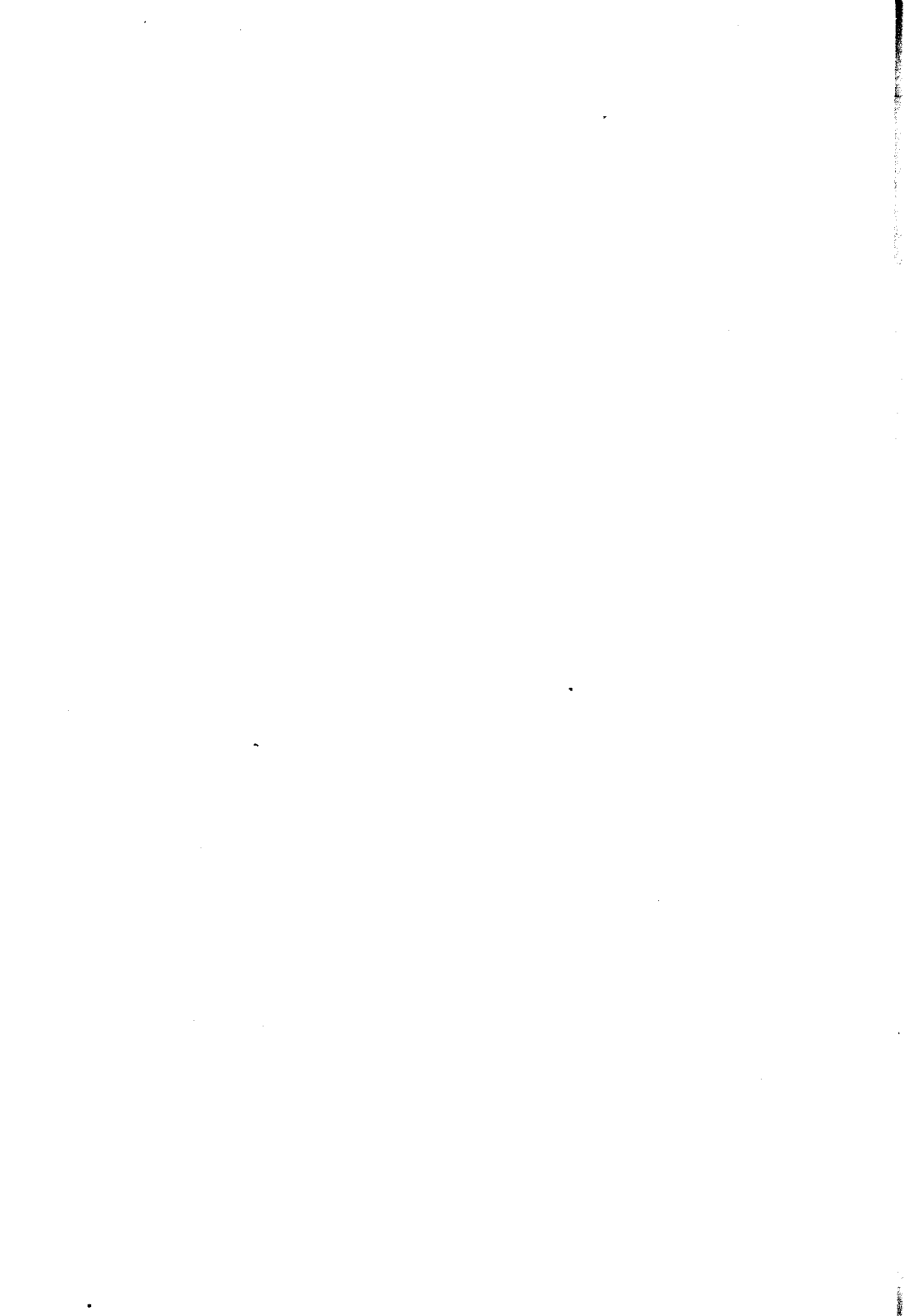
DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMAS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
» CORIOLANO BREA ( » )
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)



PADRINO DE TESIS:

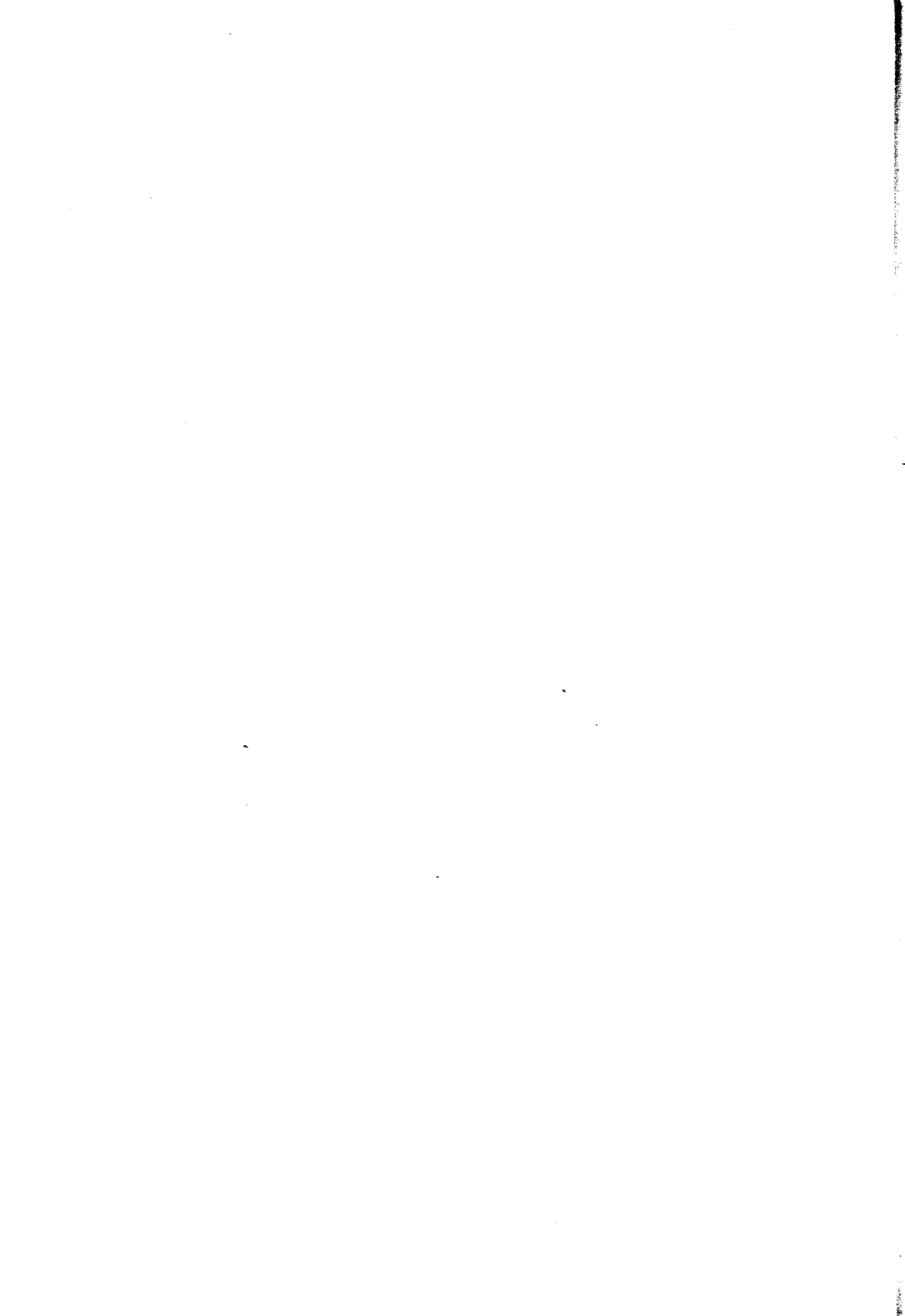
Dr. FRANCISCO L. GRABIOLO

Jefe del servicio de Clínica Médica  
del Hospital Italiano



A MIS PADRES

GRATITUD



A MIS HERMANOS

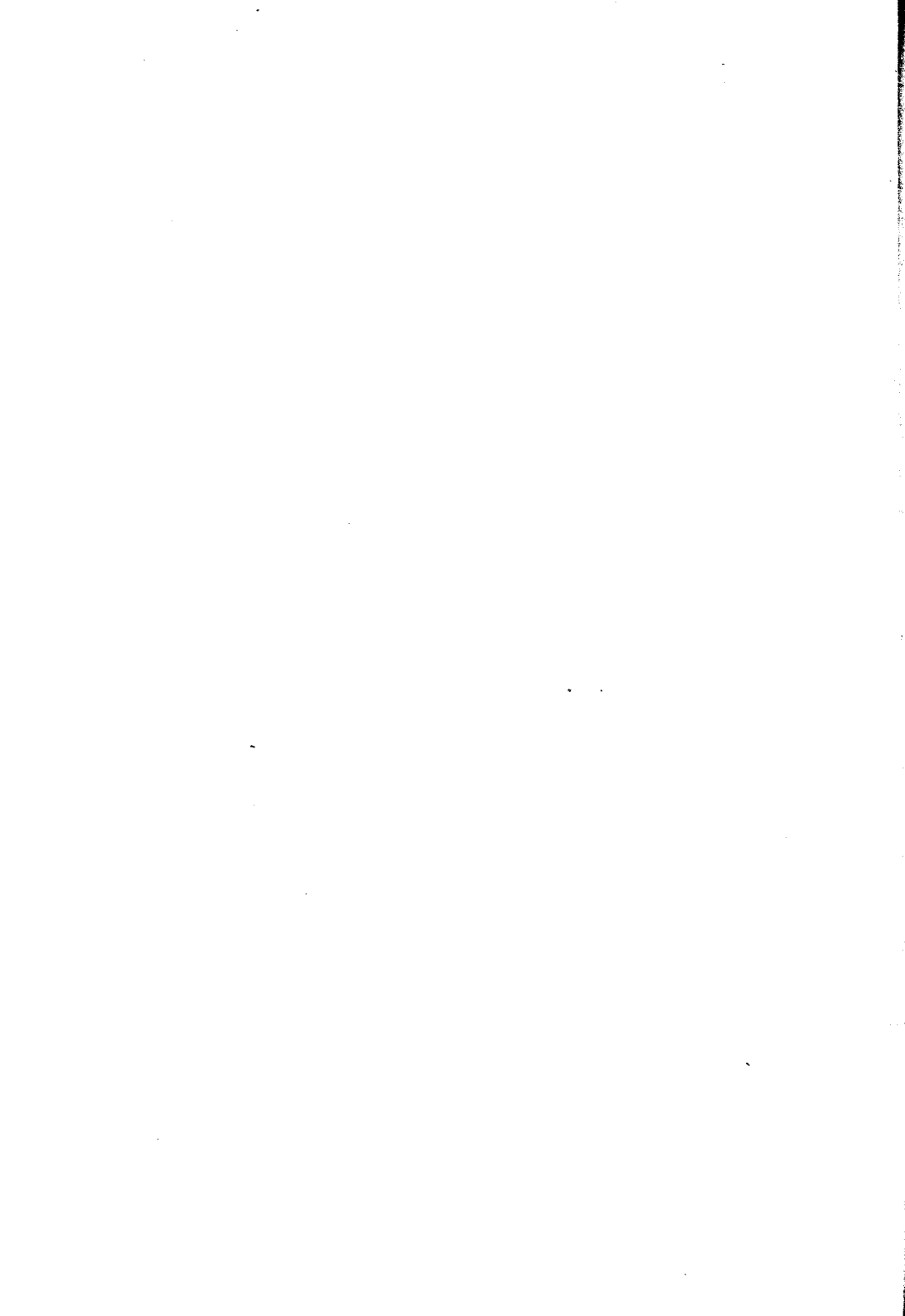


A MI HERMANO

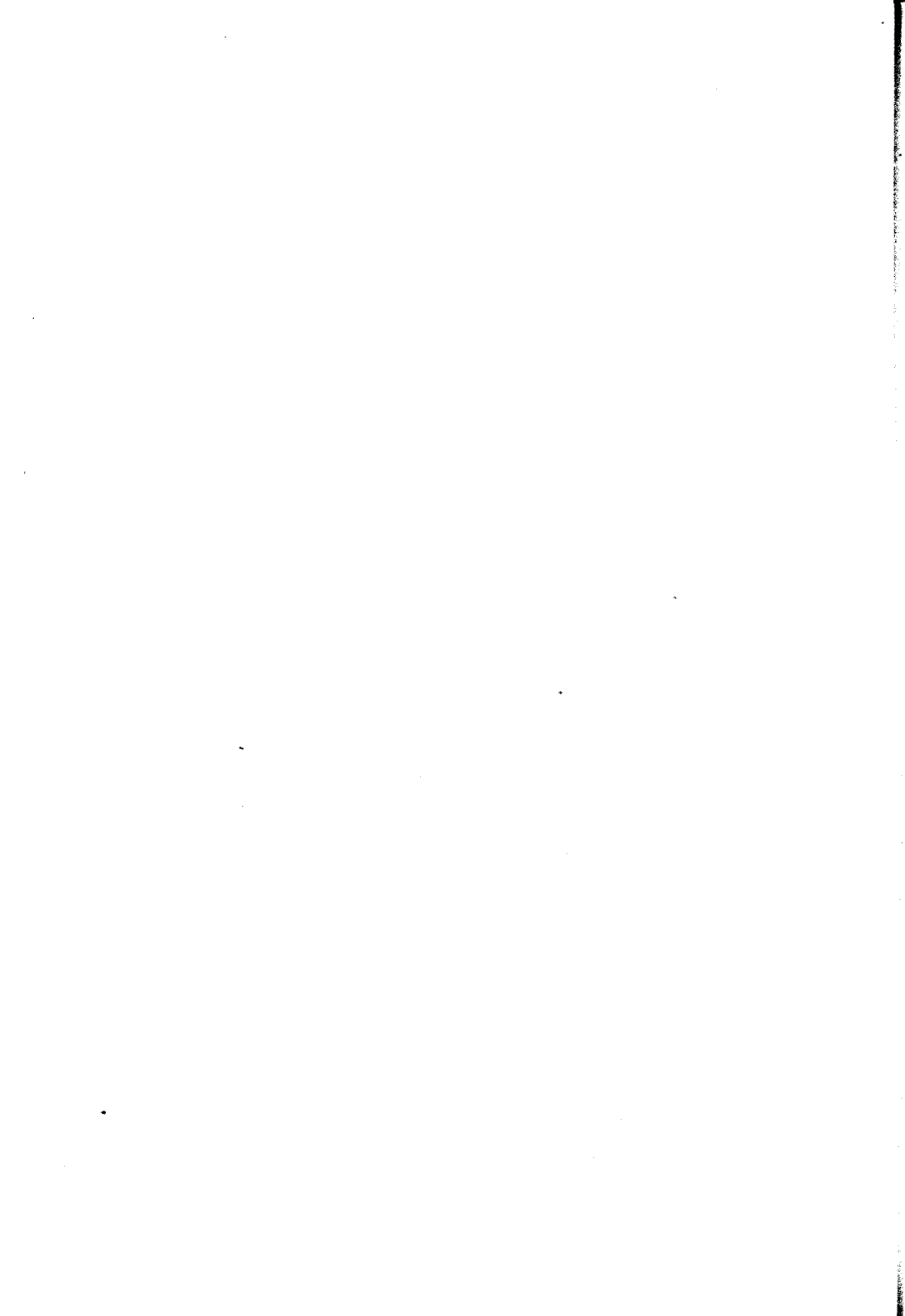
FRANCISCO RASPAL

A MI BUEN AMIGO

J. ALBERTO BISCAYART



A MIS AMIGOS



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Al abandonar las aulas de nuestra Escuela, llena de inolvidables recuerdos para ejercer la noble profesión de la Medicina, no puedo reprimir la gratitud que guarda mi alma a los sabios y bondadosos maestros que con su ciencia y con su ejemplo han nutrido mi cerebro y templado mi espíritu, proporcionandome así, las armas necesarias para la lucha contra la enfermedad.

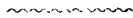
Acoged pues con benevolencia este último trabajo que prescriben los reglamentos de la Facultad para graduarme de Doctor en Medicina.

Es el modesto fruto de mi corta experiencia.  
Debo también hacer constar mi sincero agra-

decimiento al Dr. Francisco L. Crapiolo que me honra acompañándome en este momento.

A los señores médicos del Hospital Italiano quienes me han brindado siempre con sus enseñanzas y amistad.

A los camaradas y amigos del Hospital con quienes tantas horas felices hemos compartido mi amistad por siempre.



## DEFINICION E HISTORIA

*Definición.* --- La enfermedad que entramos a estudiar llamada también Enfermedad de Hirschsprung (en Alemania), megacolon congénito enfermedad de Mya, dilatación con hipertrofia del colon, dilatación congénita idiopática del colon; es determinada por una malformación del intestino grueso, cuyas características anatómicas la constituyen la enorme dilatación del intestino, acompañadas por el aumento de la longitud y la hipertrofia de las paredes del mismo, estas lesiones pueden afectar la totalidad del intestino grueso o bien limitarse a un segmento de este. Es importante hacer notar que no debe existir ningún obstáculo anatómico que impida la circulación de las materias fecales, hecho que diferencia esta afección de las dilataciones del grueso intestino ocasionadas por estenosis de su calibre.

*Historia.* — Esta afección parece haber sido observada por primera vez por Ammon en 1842 y luego por Favalli en 1846, pues estos serían quienes primero han descrito casos de dilatación del colon, sin embargo Gayle por una parte dice en la *Presse Medicale* en el año 1909 que la prioridad correspondería a Ruysh ya que este autor habría publicado con el nombre de “*Enormis intestini dilatatio*” un caso de megacolon, Cheinisse por otra parte revisando la literatura médica francesa ha hallado una observación de Oulmont publicada en 1843 referente a un enfermo en el que la sintomatología como también el resultado de la necropsia permite incluirlo en el síndrome de megacolon.

Posteriormente a los trabajos ya citados aparecieron los de Little y Jaloway (1850 y 1851) los de Groen (1857), Jacobi (1869), Peackof (1871), en este mismo año Porro (*Sopra un caso singolaríssimo di patologia embriológica*) hace resaltar las relaciones que la dilatación del colon tiene con la constipación habitual de los niños. Dupleix (1877), Chapman (1878), Pippengs Kold (1880), Gee ha observado dos casos en 1884. Bristowe (1885), Futterer y Middeldorpf en 1886. En este mismo año Gaume describe un caso comprobado por las lesiones anatómicas encontradas en la autopsia.

Hirschsprung en 1888 publicó en el *Jahrbuch*

für Kuiderheilkerunde) dos casos de constipación habitual en los niños haciendo su estudio clínico y atribuyendo la causa a dilatación e hipertrofia primitiva congénita del colon.

Estos dos caracteres son los fundamentales de la enfermedad por lo cual ha sido designada con el nombre de “Enfermedad de Hirschsprung” Nuevos casos de dilatación congénita del colon fueron observados por Hadden, Osler, Walker y por Mya en 1894.

Este último autor ha contribuido poderosamente al conocimiento de esta afección sobre todo en Italia donde es generalmente conocida con el nombre de “Enfermedad de Mya” (Due osservazioni di dilatazione ed ipertrofia congénita del colon (Sperimentale XLVIII).

En el mismo año Eisenhart, Genersich, Fitz, Tordens, Riether y Martín describen algunos casos de megacolon.

Le siguen Marfan, Hobbs, Frey, Ralleston, Warrington y Howard en 1895, Wolmer en 1897.

Powerel, Hickens, Rither, Treves, Concetti (Sopra alcune anomalie congenite inducenti la costipazione abituale dei bambini (Bull della R. Accademia Médica di Roma 1898-1899, XXV). Fitz y Richardson, Johammssen, Fenwich, Tarozzi en 1902.

Barres, Brignolles, Pierre Duval, Valaguzza

y Giordano en 1903, Hirschsprung, Cheinisse en 1904, Hankin, Pfister, Tuffier, Ito y Soressina en 1907, Gumon y Renbsact en 1908, Cerne, Puls, Guinard, Le Dentu y Delbet, Gayette, R. Bensaude, Guillarde (de Tours) y Rouneaux, Kompetzug, Riche y Hoffman, Navarro, Mauclaire Gregoire, Duval, Tuffier, Morestine, Broca, R. de Vernejoul y J. Sedan en estos últimos años.

Los doctores Centeno, Herrera Vegas y Jorge, P. Palma, Zubizarreta, Máximo Castro y Marcelo Viñas, Aráoz Alfaro, Gutiérrez, Agote, Bosch Arana, etc., se han ocupado en distintas ocasiones en el libro o en la cátedra de la afección de que tratamos.

## ETIOLOGIA

La herencia ha sido señalada como constituyendo un factor etiológico de importancia en el megacolon, es fuera de toda duda a nuestro modo de ver razonable, atribuir valor a este hecho, desde que si bien es cierto, que la etiología de la afección que nos ocupa, aún actualmente es bastante oscura y que en gran número de casos la herencia parece tener poco que hacer, tampoco se debe pasar por alto observaciones científicas que sugieren lo contrario.

Así vemos que según Buig, se observaría con frecuencia antecedentes familiares, en los enfermos que padecen de megacolon.

Hirschsprung mismo, hace notar la relación familiar que esta enfermedad tenía en su segunda observación, en la cual vemos que el hermano del

paciente estaba afectado de distensión abdominal y constipación pertinaz.

El Dr. Elizalde en una publicación hecha en la "Revista de la Asociación Médica Argentina" (Volúmen 23, tomo 1.º, 1915), que se referían a cuatro casos de megacolon sigmoideo, aconseja tener mucho cuidado en investigar los antecedentes inmediatos y hace esta advertencia basada en la observación de una señora quien después de más de treinta años de constipación y a pesar de todos los cuidados que su posición acomodada le permitía, ha hecho un megacolon sigmoideo, la hija de esta señora es constipada desde hace varios años y ha hecho un bolo fecal, otra hija padece también de constipación rebelde.

En lo que al sexo se refiere todos los autores están de acuerdo en que es mucho más frecuente en el hombre que en la mujer.

Las estadísticas confirman tal modo de pensar. Fenwick la encuentra 13 veces en el hombre en 16 casos observados, Duval 36 veces en 45 casos.

El Dr. Galdoz (Tesis Buenos Aires 1916), en 9 observaciones clínicas solamente en un caso se trataba de mujer.

Según Crozer Griffith se encuentran en relación de 20: 4.

Respecto a la edad en que es más frecuente esta enfermedad, la mayor parte de los autores es-

tán acordes en considerar a la niñez edad predilecta del megacolon.

En 48 casos que Duval ha observado, el comienzo de la enfermedad se remontaba a la primera infancia en 39 de ellos, en cuatro la afección era congénita, cita entre estos uno de Ammon que se refiere a una ectasia cólica constatada en un feto de siete meses.

Mya ha observado casos en que la distensión abdominal existía al nacer; en otros cinco casos tardaron cuatro o cinco días en expulsar el meconio.

Futterer, Hobb y Richemond relatan también observaciones análogas a las de Mya.

Hirschsprung en 10 observaciones encuentra cinco que se refieren a niños menores de un año de edad, los otros cinco corresponden a niños cuya edad es de 7 a 10 años.

Entre 15 observaciones correspondientes a diversos autores y posteriores a Duval; 10 corresponden a niños hasta 7 años de edad los otros cinco casos se refieren a adultos exceptuando uno en el cual la edad era de 13 años.

Distintos autores han observado esta afección en el adulto; pero los casos de megacolon en el adulto que constan en la literatura médica extranjera, son realmente escasos, en relación con el notable número de observaciones en la niñez.

Woolmer ha observado casos en adultos de 24 años el uno y 32 años el otro, Max Rotman en un enfermo de 20 años de edad, Brook de 21 años, Favalli en un paciente de 50 años, Richardson otro en la edad adulta, e Hilber habría observado esta enfermedad en una persona de sesenta años de edad.

De lo anteriormente expuesto se desprendería como consecuencia que la enfermedad que nos ocupa y de acuerdo con gran parte de autores, sería una afección cuyos primeros síntomas aparecían más frecuentemente en la niñez.

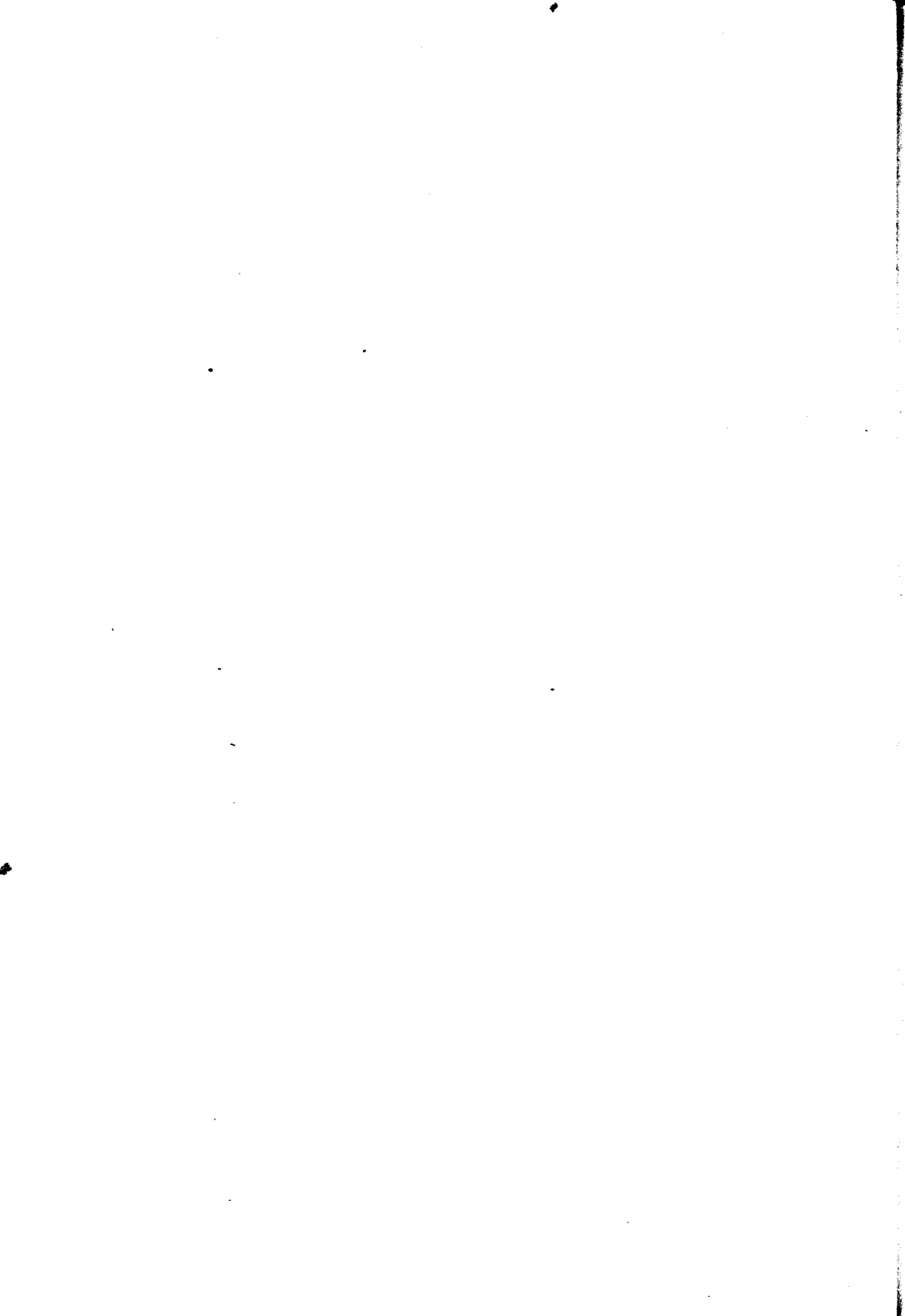
Entre nosotros este hecho no sería exacto, pues ocurre con bastante frecuencia observar enfermos adultos afectados de megacolon. Nuestras observaciones se refieren a adultos, el Dr. Galdoz agrega en su tesis 9 observaciones clínicas de enfermos adultos, el Dr. Bosch Arana (Semana Médica, Junio 917) estudia 13 casos de megacolon en el adulto.

Aparte de los puntos ya tratados la etiología es negativa.

Generalmente no se encuentra en estos enfermos ninguna malformación congénita, personal o hereditaria.

El régimen alimenticio parece ser nulo como

factor en la genesis de la afección, pues la alimentación ha sido mixta en los casos hasta ahora estudiados.



## PATOGENIA

La patogenia del megacolon no ha sido aún bien determinada, distintas teorías, correspondientes a los distintos autores que se han ocupado de esta afección, han sido propuestas para explicarlas y de acuerdo con las particularidades del caso especial que ellos han estudiado ; sin que hasta la fecha hayan logrado ponerse de acuerdo sobre este punto.

Para Hirschsprung la causa la constituiría una anomalía segmentaria de desarrollo de origen congénito, que produce la ectasia cólica, habiéndola comparado a la que produce la megalomastria ; acompañándose al mismo tiempo por la hipertrofia de la capa muscular de las paredes del intestino.

La ectasia cólica sería para él, el hecho fundamental, ocasionando la ectasia del colon dificultad en la libre progresión de las materias fecales, pro-

duciendo como consecuencia lógica el estasis de las mismas.

Al pensar de esta manera, Hirschsprung se basa en que nada existe que haga creer la presencia de estrechamientos o adherencias, que dificultando el peristaltismo intestinal detenga las materias fecales impidiendo su libre curso.

Por otra parte existen algunas observaciones que apoyan lo sostenido por Hirschsprung tales como las de Ammon que comprueba ectasia del colon en un feto de siete meses, las de Futterer y Mya quienes han observado un caso en el cual desde el nacimiento existía el abdomen distendido. Hobbs relata un caso en el cual, la distensión del abdomen era tal que ocasionó serias dificultades durante el parto.

Loukovsky también ha hecho una observación interesante, se refiere a un niño que desde el nacimiento presentaba síntomas de esta enfermedad, a los 26 meses fallece, encontrándose en la autopsia, ectasia del colon, e hipertrofia del intestino, hallándose al mismo tiempo el duodeno estenosado a consecuencia de un desarrollo excesivo de los repliegues mucosos y de la hipertrofia de la pared; existía además una hernia mesogástrica interna.

Mya cree que la sola anomalía congénita, es la dilatación cólica; poniéndose de acuerdo con Hirschsprung en este punto, opinando en cambio,

que la hipertrofia de las paredes intestinales dependa de la estasis fecal en el colon, la cual podría acompañarse por hiperplasia intersticial crónica con obliteración arteriosa y de un aumento en el espesor de la pared intestinal.

Para Fenwick el hecho fundamental, lo constituye la hipertrofia de la pared intestinal, siendo la dilatación secundaria y variable.

La dilatación congénita según el no estaría probada por la clínica o la anatomía patológica, concluyendo, que, siempre la ectasia del colon es consecuencia de una obstrucción mecánica cualquiera, ya una torsión o acodamiento del colon pelviano, ya una estenosis congénita del colon o bien una contractura del esfínter externo del ano, creyendo que la causa más frecuente la constituye esta última.

Genersich rechaza la idea de enfermedades del colon, intrauterinas, admitiendo que, la ectasia, sería una anomalía de desarrollo del intestino grueso asemejándose a los divertículos del esófago que Ziemssen ha descrito y que son malformaciones congénitas.

Buscando una explicación al origen de esta anomalía dice: que el intestino delgado se delimita del grueso en el 2.º mes de vida intrauterina. Una vez esta delimitación efectuada el intestino grueso crece con mayor rapidez que el delgado,

siendo todos sus segmentos bien conformados en el tercer mes.

Ahora bien, el se interroga pensando si , no constituiría la ectasia del colon este desarrollo del intestino grueso haciéndose más allá de sus límites normales.

La hipertrofia de la capa muscular del colon sería primitiva, llamando la atención sobre la motilidad y el poder de contracción del intestino que estaría comprometida por la dilatación, empero la estasis fecal sería origen de un aumento compensador.

Para Fitz existen dos variedades. La primera consistiría en una disminución de la luz del intestino debida a una malformación congénita estenosante, determinando una retrodilatación. La segunda que, no aparecería hasta después del nacimiento, cree que debe llamarse idiopática, teniendo como causa primitiva el estasis de las materias fecales que crea secundariamente la dilatación del colon y la hipertrofia muscular.

Marfán rechaza a la dilatación como malformación congénita, asegurando que, no ha sido jamás encontrada en un recién nacido y la considera como una modificación consecutiva a la constipación congénita.

La estasis fecal para el, es factor suficiente para producir todos los hechos que se observan en

la afección que tratamos; así la dilatación sería producida por la distensión que originan los gases de la putrefacción.

La hipertrofia de las paredes se produciría análogamente a la que se produce en la vejiga cuando existe un obstáculo al curso de la orina.

Griffith cree que son múltiples las causas capaces de producir dilatación del colon, opinando que la más frecuente y que sobreviene en los adultos sería originada por la constipación habitual, le sigue la dilatación paralítica del intestino debida a colitis agudas; las retrodilataciones por estrechamientos congénitos, las ectasias secundarias y por último, una dilatación cólica en la cual no existe causa alguna orgánica que se conozca; preguntándose para esta última si no sería causa predisponente la gran longitud del colon ileopelvico en el niño.

Respecto a si la hipertrofia muscular es primitiva o secundaria el no se pronuncia.

Treves piensa que el origen de la afección es dado por la existencia de obstrucciones mecánicas incompletas, en la mayoría de los casos, que sobrevienen en las personas de edad, rechazando en absoluto el empleo del término idiopático aplicado a la dilatación cólica.

La hipertrofia le hace pensar que el obstáculo

pueda ser franqueado siendo ello inaplicable en la idiopatía.

Petrivalsky ha sostenido que la causa primitiva de la enfermedad dependería de una hipoplasia congénita de las fibras elásticas en los vasos mesentéricos y en las paredes intestinales, que se encontraría, no solamente en la porción de intestino dilatado si no en toda la extensión del tubo digestivo.

Los trastornos circulatorios que ocasionarían esta hipoplasia de las fibras elásticas daría lugar a modificaciones en la estructura de aquellas; modificaciones que a su vez producirían una paresia de los movimientos peristálticos y el estancamiento de las materias fecales, con dilatación e hipertrofia del colon como consecuencia.

Por otra parte piensa que existe una megacolia sintomática, no correspondiendo microscópicamente nunca, a lo encontrado en el congénito y originada por alteraciones de longitud, forma, etc., en el colon pelviano, las que podrían dar lugar seguidas a oclusiones valvulares a síntomas semejantes a los del megacolon y hasta se produciría dilatación e hipertrofia de las paredes del intestino.

Hankins, Lemander y Buig piensan que la afección obedezca a la acción directa ejercida por los nervios de un segmento medular y la hipertro-

fia muscular que se encontraría por encima, de la porción paralizada, sería de origen funcional.

Barth atribuye la causa a la existencia de un mesenterio anormalmente largo, que permite la torsión del colon pelviano originando así la enfermedad que tratamos.

En contra de esta opinión se halla el examen necropsico.

Suremiten piensa que sea un meso anormalmente desarrollado produciendo un codo del colon pelviano, la causa de la afección.

La distensión y la hipertrofia serían consecutivas.

Concetti distingue dos variedades de ectasias cólicas. En la una el diámetro interno del intestino sufriría un agrandamiento general y sus paredes se encuentran hipertrofiadas; en la segunda existiría una ectasia congénita simple de un segmento del colon, dilatación e hipertrofia compensadora del segmento supraadyacente.

La primera variedad la explica por un desarrollo embrionario anormal, el colon se encuentra aumentado de volúmen, el tejido conjuntivo de las paredes del intestino encontrándose muy desarrollado dificulta la acción de la capa muscular.

La colitis produce una inflamación con proliferación difusa que agregado a la hiperplasia conjuntiva lleva a la esclerosis cólica.

La segunda tiene por base un caso por él observado en que constata aplasia del segmento inferior de la ectasia con dilatación e hipertrofia supraadyacentes.

Piensa que la circulación fecal dificultada por la atonía del segmento inferior, origina dilatación e hipertrofia del segmento supraadyacente.

Gayoux al hacer un estudio crítico de la enfermedad de Hirschprung dice:

“El megacolon congénito idiopático teóricamente posible (enfermedad netamente caracterizada desde el punto de vista etiológico) es una anomalía muy rara, de la que no existen todavía más que muy pocos hechos absolutamente demostrativos.

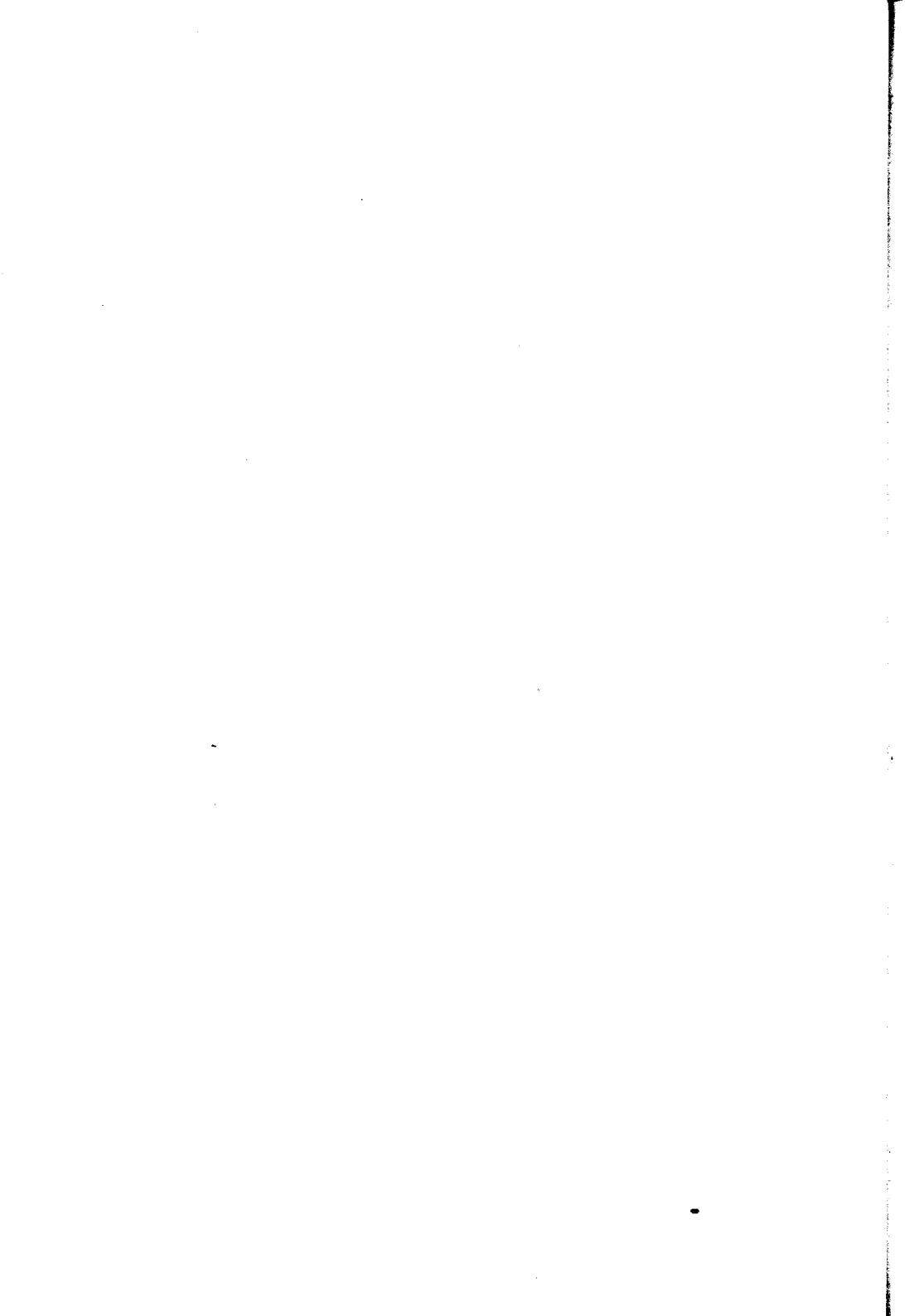
“No puede y no debe por lo tanto referirse más que al lactante, manifestándose desde el nacimiento y conduciendo rápidamente a la muerte.

“Al lado de la enfermedad de Hirschprung realmente congénita tipo casi teórico, por lo tanto raro se debe conocer y saber diagnosticar la existencia de lo que nosotros llamaremos los síndromes de Hirschprung, caracterizados por una constipación crónica con dilatación e hipertrofia cólica. Ellos reconocen por lo tanto múltiples causas que el deber de todo médico consciente será el de buscarlas por un examen metódico y profundo. En todos los casos este síndrome es secundario a

la constipación, lo más a menudo congénito o pseudo congénita.

Para el Dr. Palma (Galdoz 1916) el megacolon sería congénito, caracterizándolo un gigantismo parcial del intestino grueso, pero con conservación de su estructura histológica.

La esclerosis y las lesiones del mesenterio serían secundarias a diversos trastornos que siendo accidentales explica porqué la afección no se revela sino tardíamente en algunos casos y en otros es un hallazgo necrópsico.



## ANATOMIA PATOLÓGICA

La afección que venimos tratando presenta como carácter anátomo-patológico predominante; la enorme dilatación del colon pudiendo afectar ya la totalidad del mismo o bien ser parcial, en este último caso es variable el asiento de la ectasia cólica, además las paredes del intestino se encuentran hipertrofiadas.

Las más variadas comparaciones han sido hechas respecto al tamaño alcanzado por la dilatación cólica, así Treves la ha comparado a un estómago de adulto, Walker a un muslo y una pierna flexionadas. El diámetro se encuentra notablemente aumentado así se observa que de 25 a 50 mm. que es su diámetro normal, alcanza en algunas ocasiones cifras mucho mayores tales como las observadas por Walker en que el colon transversal media 57 cm. 50. Hichens el colon pelviano media 35 cm.,

Banks y Futterer cada uno un caso en que el diámetro del colon pelviano era de 66 em.

Para llenar la ectasia diverticular del caso observado por Futterer fueron precisos 16 litros de líquido. En una observación de Formad el colon contenía 47 libras de materias fecales.

La dilatación cólica tiene una localización variable pudiendo considerarse a este respecto tres clases.

Ectasia del colon en su totalidad (a excepción del recto).

Ectasia segmentaria.

Ectasia parcial o diverticular.

En 40 observaciones Duval encuentra 13 casos en que la ectasia del colon es total (exceptuando el recto) o sea un 32.5 por ciento.

En 27 casos la ectasia es segmentaria, obteniendo por consiguiente un 67.5 por ciento clasificándolas en la siguiente forma:

Colon pelviano solo.....	12 casos
»       »       y transverso.....	4 »
»       »       y ascendente.....	1 »
»       »       y descendente.....	3 »
»       »       transverso y ascendente...	1 »
»       »       transverso y descendente...	3 »
»       descendente solo.....	2 »
»       transverso y ascendente.....	1 »
Total.....	27 casos

Como se desprende del cuadro anterior vemos que el colon pelviano se encuentra dilatado 21 vez, el transverso 10 y el descendente 6 veces.

La dilatación puede realizarse en dos porciones de colon separados por un segmento sano (en dos casos el colon pélvico y el ascendente; en 4 eran el colon pelviano y el transverso).

El asiento predilecto de la lesión es el colon pelviano solamente dando un 43.4 por ciento, asociado a otro segmento 33.3 por ciento, de acuerdo con la estadística de Duval.

Cuando la ectasia es total es a nivel del colon pelviano donde asienta las más de las veces el máximo de dilatación.

En muy pocas ocasiones participa el intestino delgado de la dilatación cólica (Hadden ha observado un caso, Concetti otro).

En lo que se refiere a la ectasia diverticular, muy pocos casos se han observado, Duval cita 2 casos (uno de Berti, el otro de Futterer y Middelporf).

Es muy raro observar que el recto participe en la dilatación cólica, conservando en la mayor parte de los casos su calibre normal.

Ya que es el colon ileo pélvico el segmento de intestino en el que con más frecuencia asienta la dilatación es interesante conocer la disposición que adopta, casi siempre, forma dos sacos intestinales

verticales y paralelos que partiendo el uno de la fosa iliaca izquierda asciende hasta por debajo del diafragma, pasando por delante del hígado y del estómago y el otro desciende hacia la fosa iliaca derecha y la pelvis.

Los demás órganos que ocupan la cavidad abdominal se resienten por el aumento de volumen del colon, el hígado y el bazo son generalmente rechazados hacia dentro y hacia arriba, y en algunas ocasiones, cuando una ansa distendida se coloca entre el diafragma y el hígado, este último puede ser rechazado hacia abajo.

Gece en un caso por él observado encontró hidronefrosis por compresión ureteral, cuando es la vena cava la comprimida puede observarse circulación colateral en las venas de las paredes abdominales; cuando el diafragma es rechazado hacia arriba se observa con frecuencia atelectasia de los lóbulillos pulmonares inferiores, rechazamiento del corazón, etc.

Clínicamente se ha comprobado cuando la dilatación ocupaba el colon; que el recto era perfectamente permeable, no existiendo obstáculo alguno, pudiendo introducirse fácilmente por el ano una sonda y llevarse a alturas hasta de 25 cm. Para la mayoría de los autores, el ano estaría contracturado haciendo muy dolorosa su dilatación. En todos los casos por nosotros observados

no ha sucedido así, soportando fácilmente el enfermo el tacto rectal y la rectoscopía.

El intestino dilatado tiene siempre una longitud mucho mayor que en el estado normal.

Este alargamiento cólico para Duval obedecería a dos causas bien diferentes: En una mayor cantidad de casos sería la misma dilatación del colon la que lo ocasionaría residiendo solamente en el segmento ectasiado.

En 4 casos ha observado además del alargamiento que corresponde a la ectasia, malformaciones anatómicas de los segmentos adyacentes del colon.

El mesocolon es excesivamente largo, su longitud alcanza el doble o el triple de lo normal, es amplio y móvil permitiendo por lo tanto al megacolon grandes incursiones en el abdomen.

Las arterias del meso están aumentadas de tamaño, esclerosadas. Con frecuencia se observan placas de tejido fibroso adulto en el mesocolon ileo-pélvico y que cuando existe en cantidad puede retraerlo, acortándolo, produciendo un acercamiento de los extremos del ansa, asemejándose a los caños de una escopeta.

La forma como se continúa el segmento cólico ectasiado con el resto del intestino grueso es importante y sobre todo para hacer el diagnóstico diferencial anatómo patológico.

Así vemos que el punto donde termina el segmento dilatado y donde comienza el intestino sano es poco marcado, disminuyendo el intestino su volumen de un modo progresivo para adquirir poco a poco su volumen normal.

Todo lo contrario sucede cuando el origen de la dilatación es secundaria efectuándose en estos casos una transición brusca entre el segmento dilatado y el resto del intestino.

El aumento del espesor de las paredes del intestino, producido a consecuencia de la hipertrofia muscular, realizada sobre las fibras circulares principalmente es otro hecho anatómo patológico de importancia en el megacolon.

Teniendo en cuenta que el espesor de las paredes del intestino en un niño normal sería de 1.5 mm. y más o menos lo mismo en el adulto según Beaunis y Brouhard; podemos apreciar el aumento notable que se observa en la enfermedad que tratamos donde el espesor de la pared puede ser doble o triple.

Extraemos de Duval las siguientes cifras dadas por Concetti y Mya:

	Mya	Concetti
Mucosa.....	0.055 mm.	0.513 mm.
Muscularis mucosa.....	0.220 »	0.105 »
Sub-mucosa.....	0.550 »	1.398 »
Muscular circular.....	0.330 »	0.447 »
» longitudinal.....	0.035 »	
Serosa.....	1.505 »	0.057 »
	2.695 mm.	2.521 mm.

Estudiando con detalle la participación que corresponde a cada una de las tunicas intestinales vemos que: La serosa la mayor parte de las veces permanece normal, sin embargo existen casos como los de Futterer y Mya en los que la serosa tenía un espesor considerable.

Las capas musculares tienen su espesor aumentado grandemente, teniendo lugar sobre todo a expensas de las fibras circulares, encontrándose muchas fibras aumentadas de volumen, muchas otras atroficas.

El tejido conjuntivo habiendo invadido la capa muscular, llega a predominar sobre este elemento, encontrándose con frecuencia infiltración leucocitaria.

La submucosa se encuentra aumentada de espesor por proliferación del tejido conjuntivo que invade la muscular.

La mucosa se presenta con un aspecto que varía según el momento de la enfermedad, en períodos avanzados puede presentar crecimientos y ulceraciones múltiples e irregulares llegando estas en ocasiones a ser bastante profundas para dar lugar a peritonitis por perforación.

Las lesiones microscópicas son las mismas en todas las observaciones, transcribimos el examen de Concetti, tomado de un artículo de Duval, quien lo juzga el más completo.

“En el colon ascendente, transverso y descen-  
“dente (1.ª mitad) no se observa la mucosa normal  
“en ningún punto tampoco se observan trazas de  
“epitelio ni de conductos glandulares, existen con-  
“glomerados de leucocitos. En algunos puntos la  
“mucosa forma detritus en que no quedan rastros  
“de organización, encontrándose en otras la mus-  
“cularis mucosa a descubierto, habiendo desapa-  
“recido la capa mediana en los puntos ulcerados.  
“En ciertos puntos donde persisten las capas ba-  
“sales de la mucosa se ven capilares ingurgitados  
“de sangre que la penetran más o menos.

“El espesor de la mucosa conservada es de  
“0,513 m. m. 0,291 m. m. al corte.

“La muscularis mucosa está hipertrofiada en  
“algunos puntos la atraviesan fascículos conjun-  
“tivos, vasos sanguíneos, linfocitos o leucocitos,  
“su espesor es de 0,024, 0,105 m. m., al corte 0,069.

“El tejido conjuntivo de la submucosa no  
“muestra el mismo espesor en los diferentes seg-  
“mentos, en algunas partes es de 0,708, 0,960 m. m.  
“con fascículos conjuntivos espesos, linfocitos y  
“vasos con las paredes infiltradas y espesadas.

“En otras partes esta capa ocupa el 1,3 del es-  
“pesor total (1,104—1,398 m. m.) con vasos san-  
“guíneos numerosos a paredes espesadas, algunos  
“están repletos de sangre y contienen glóbulos bien  
“conservados, otros se hablan trombosados y obli-

“ terados. Alrededor de los vasos se encuentran  
“ conglomerados de células linfáticas. En los pun-  
“ tos ulcerados esta capa está necrosada o comple-  
“ tamente destruída.

“ La capa muscular transversa está muy en-  
“ grosada, en algunas preparaciones los fascículos  
“ son longitudinales, en otros circulares; están se-  
“ parados por trabéculas conjuntivas que conti-  
“ núan a los vasos de la submucosa.

“ Las fibras musculares están bien conserva-  
“ das, sus núcleos son netos, numerosas fibras es-  
“ tán más espesadas que normalmente. Entre las  
“ fibras existe una infiltración leucocitaria neta  
“ más pronunciada en la trama conjuntiva y en  
“ los límites de la submucosa con la muscular.

“ En los puntos ulcerados profundamente, la  
“ muscular está muy alterada por la necrosis; en  
“ los límites de la necrosis existen grupos de leu-  
“ cocitos.

“ La muscular longitudinal está un poco más  
“ espesada que normalmente, pero no alcanza el  
“ espesor de la capa circular 0.024-0.447.

“ La infiltración leucocitaria y el desarrollo  
“ vascular son muy limitados; lo mismo pasa con  
“ el tejido conjuntivo. La capa longitudinal está  
“ igualmente repartida sobre toda la extensión del  
“ colon.

“ La serosa toma muy poca parte en la hi-

“ hipertrofia general: 0.050-0.157, presentando es-  
“ casa vascularización.

“ El espesor total del intestino mide 2.903 mi-  
“ límetros el doble del espesor normal del colon de  
“ un adulto (1.5 mm. Beaunis y Bouchard) y cer-  
“ ca del triple en el niño (1.2 mm. Mya). ”

En resumen, los rasgos más salientes anató-  
mo-patológicos de la afección que estudiamos, son  
hipertrofia de todas las capas de la pared cólica,  
siendo la más interesada la capa de las fibras cir-  
culares, modificación intensa y a veces desaparición  
total del epitelio e infiltración inflamatoria  
difusa de la capa muscular y de la submucosa.

## SINTOMATOLOGIA

El megacolon ofrece como síntomas capitales la constipación y la dilatación abdominal; son constantes y se encuentran en la mayor parte de los casos, sobre todo el primero, pues la distensión abdominal sólo se observa cuando existen fenómenos de obstrucción desapareciendo cuando se logra restablecer la circulación de las materias fecales, aplanándose el vientre, motivo por el cual, algunos autores lo consideran como síntoma secundario.

Los demás síntomas que suelen constatarse en esta afección, son generalmente secundarios, ya debidos a modificaciones de los primeros o bien a frecuentes complicaciones.

La constipación es el síntoma infaltable, por decirlo así, todos los autores lo hacen constar, atribuyéndole además gran valor.

Esta constipación se caracteriza por su gra-

vedad, los enfermos de megacolon suelen pasar de 5 a 15 días, un mes en algunas ocasiones, sin lograr mover su vientre espontáneamente, debiendo recurrir a medios coadyugantes para evacuar sus materias fecales. Concetti ha observado un caso en el cual el tiempo transcurrido entre dos defecaciones alcanzó a un mes. Osler refiere que uno de sus enfermitos de 7 años, no había defecado espontáneamente más que cinco o seis veces hasta esa edad.

Los purgantes ejercen una acción muy poco eficaz sobre la constipación, persistiendo ésta a pesar de su empleo repetido, ocasionando por otra parte con alguna frecuencia trastornos intensos, tales como vómitos, graves en algunas ocasiones y la distensión del abdómen. Los enemas, por el contrario, cuando son bien aplicados, triunfan en la mayoría de los casos.

Es de notar que si bien la retención de las materias fecales es tenaz, no sucede lo mismo para los gases, los cuales son expelidos en abundancia, llegando en algunos casos a efectuarse su emisión involuntariamente, teniendo en ocasiones un sonido tan intenso que han sido comparados a rugidos; otro carácter es el de su pestilencia.

Concetti refiere a este respecto que un niño de ocho años expelía tal cantidad de gases y tan frecuentemente que apestaba toda la casa.

La época en que se iniciaría la constipación, según la mayoría de los autores se remonta al nacimiento o a pocos días después de éste.

Duval ha constatado constipación desde el nacimiento en 18 casos en un total de 27 y los clasifica en la siguiente forma: en el 3er. día 1 caso (Hirschsprung), en 5 casos no hubo eliminación del meconio hasta los tres días después del nacimiento y merced al uso de repetidos enemas (Berti), al 4.º día (Concetti, 2 casos), al 5.º día (Concetti y Martin). En 5 casos, eran vómitos los que aparecían desde el nacimiento. En los demás, parece que la constipación se inició después de la expulsión del meconio.

En otros 9 casos en que la constipación hace su aparición más tardíamente, se ve que se presenta en 6 casos durante el 1er. año. En los otros 3 casos la constipación se inicia mucho más tarde, a los 24 y 32 años (Wolmer), a los 50 años (Favalli).

En los casos por nosotros estudiados las cosas han sucedido de modo muy diferente, presentándose la constipación en la edad adulta en la mayor parte de los casos como puede verse en las historias clínicas correspondientes.

La constipación constante, es también progresiva llevando poco a poco a la retención de las materias fecales pudiendo evitarse mediante el uso

de los enemas, observándose con relativa frecuencia períodos de mejoría ya sea debido al tratamiento médico o bien por atenuación espontánea.

Pero los fenómenos anteriores no tardan mucho tiempo en adquirir una intensidad suficiente para llegar a producir el éxtasis fecal, dando lugar a la formación de fecalomas que tienen generalmente su asiento a nivel de la S íliaca, constituyendo este hecho la causa de que sean difícil de alcanzar por medio del tacto rectal; estas fecalomas suelen tener un tamaño bastante considerable, en algunas ocasiones tienen las dimensiones de una cabeza de adulto.

La constatación en un enfermo, de bolo fecal, debe siempre hacernos sospechar en la existencia de un megacolon, pues con demasiada frecuencia los enfermos de esta última afección hacen bolos fecales; no obstante lo anterior, no debe tomarse al bolo fecal como expresión del megacolon.

Galdoz en su tesis hace notar que en la clínica del Dr. P. Palma, en 10 enfermos de megacolon, 8 presentaban fecaloma. El Dr. Bosch Arana, en un trabajo reciente, publica las historias clínicas de 13 enfermos de megacolon, en 11 de los cuales existía bolo fecal. Los casos por nosotros observados están de acuerdo con las observaciones citadas.

Las obstrucciones adquieren algunas veces tal carácter de gravedad, que se ha debido intervenir

de urgencia, efectuándose casi siempre en estos casos la punción intestinal. La repetición de estos fenómenos conducen al enfermo a la muerte.

Varias teorías han sido propuestas para explicar el mecanismo por el cual se produce la obstrucción, acusándose ya a la torsión o al acodamiento del intestino o bien a la compresión de una parte del colon por la otra, que dilatada y haciendo presión sobre la primera, formaría una válvula que, avanzando hacia la luz del intestino permitiría la circulación intestinal sólomente de abajo para arriba.

Referente al intervalo que presentan estas crisis de oclusión, podemos decir que es variable y que depende en gran parte de las condiciones en que el enfermo sigue el régimen dietético que debe aconsejarse en estos casos.

Citaremos algunos casos al respecto.

Harrington ha observado un caso que realizó su 1a. crisis a los 20 años, la 2a. a los 33, de los 33 a los 40, cinco crisis muriendo por oclusión aguda.

El de Bristowe tiene una 1a. crisis a los 17 años, a los 28 se repite y muere.

Con relativa frecuencia alternan con las crisis de constipación, crisis diarréicas, presentando éstas un aspecto variable según la edad del enfermo y debidas, en opinión de Duval, a una colitis inflamatoria o ulcerosa, siendo el agente causal de

esta colitis la misma retención fecal, que obra favoreciendo la infección cólica.

Tienen las materias fecales en el adulto un aspecto duro, escibaliformes, su emisión produce al enfermo intensos dolores, efectuándose en pequeñas cantidades y a intervalos variables.

En algunas ocasiones se producen debacles de una abundancia extraordinaria. Un enfermo de Concetti evacuó en 5 días y después de varios enemas 10 Ks. 600 gramos de materias fecales.

La distensión del abdómen, síntoma importante en esta afección, adquiere en algunos casos caracteres tales, que se ha designado con el nombre de vientre en tonel o en balón al abdómen de estos enfermos.

Las dimensiones que puede llegar a tener son bastante grandes, y es a nivel del ombligo donde adquiere mayores proporciones; en un caso de Griffith era tal la distensión que los padres temían que el abdómen reventase.

Concetti ha observado un enfermito de 2 años y medio en quien el abdómen medía 80 centímetros. Osler en un niño de 10 años, ha encontrado 80 centímetros a nivel del ombligo. Fitz, 77 centímetros y medio en un niño de 14 años.

En algunos casos la distensión gaseosa es tan intensa que da lugar a la aparición de accesos de sofocación y cianosis tan amenazantes que se hace

necesario efectuar una punción del intestino; en un caso d Hobbes y Richemond, se evacuaron por este medio tres litros de gas.

La dilatación es generalizada y es poco influenciada por el estado de vacuidad o repleción del intestino, disminuyendo en proporción muy reducida cuando se efectúa una evacuación masiva del intestino.

En cuanto a lo que se refiere al momento de aparición de la distensión del abdomen, hay divergencia de opiniones.

Para Marfán no existiría nunca en un niño recién nacido, pero existen algunas observaciones como las d Hobbs y Richemond, Annon, Futterer y Middeldorpf y Mya que permite afirmar la existencia de una variedad congénita, pero en la gran mayoría de los casos, la dilatación aparece simultánea o secundariamente a la constipación.

Duval en 29 casos en que la distensión abdominal ha sido cuidadosamente observada encuentra

En los 1os. días de la vida . . . . .	12 casos
„ el 1er. mes . . . . .	2 „
„ los 6 primeros meses . . . . .	6 „
„ el 1er. año . . . . .	4 „
„ el 2.º año . . . . .	1 „
„ la infancia sin precisión . . . . .	4 „

---

29 casos

La dilatación se acompaña casi siempre de exageración de los movimientos peristálticos del intestino que pueden ser espontáneos o como sucede más a menudo son provocados por la palpación del abdomen; observándose sobre toda la extensión de la pared abdominal las ansas intestinales animadas de movimientos sin presentar una localización fija y pudiéndose en algunas ocasiones, tomar con los dedos algunas de las ansas que hacen mayor relieve.

La pared abdominal se encuentra adelgazada siendo posible observar sobre ella una red venosa que adquiere la forma de una cabeza de Medusa teniendo su localización más frecuente a nivel del hígado, suele también observarse edematizada, ocurriendo lo mismo con respecto al edema en los miembros inferiores.

Generalmente los enfermos de megacolon no acusan dolor y cuando este existe es poco intenso reduciéndose en algunos casos a una simple sensación de pesantez abdominal; pero en otros casos si bien raros pueden adquirir la forma de cólicos muy intensos que al localizarse simulan un ataque de apendicitis.

Estos dolores se atenúan cuando se produce la evacuación del intestino, aumentando durante la constipación.

La percusión da un sonido timpánico en todo

el vientre, debiendo tenerse en cuenta que cuando existe fecaloma a nivel de este el sonido que obtenemos a la percusión es mate.

Por la auscultación pueden oírse numerosos borborígnos.

A la palpación el abdomen nos ofrece una consistencia depresible, renitente; frecuentemente son escasos los datos que aporta este medio de examen.

Futterer cree haber obtenido algunas veces una sensación de "flot" muy clara sin que en la cavidad peritoneal exista líquido.

En algunos casos es posible percibir por medio de la palpación un tumor duro, cuyas dimensiones son variables y teniendo en un mayor número de veces su asiento a nivel de la fosa ilíaca izquierda. Puede también ser alcanzado por el tacto rectal.

Estos tumores pueden gozar de una movilidad bastante apreciable o bien ser inmóviles, estando constituidos por conglomerados de materias fecales secas que suelen estar infiltradas por sales fosfáticas. Se les designa frecuentemente con el término de fecalomas.

Un carácter de importancia que presentan los fecalomas es el de su transitoriedad, así se observa que en enfermos en quienes la constipación es antigua y por lo tanto el tumor ha llegado a adquirir un desarrollo considerable, decrecen en su volumen

llegando a desaparecer algunas veces después de abundantes evacuaciones, este hecho ha sugerido el término de "tumores fantasmas" con que suelen designarlos los autores americanos.

Se ha observado por la palpación del tumor un fenómeno descrito por Gersuny y llamado del aplastamiento y que consiste en la impresión de los dedos que conserva el tumor, exigiendo para esto una cierta blandura por parte del fecaloma, hecho que no es muy frecuente debido a la consistencia del tumor que ofrece una dureza pétreo.

Por el tacto rectal se constata que el recto está libre o lleno de materias fecales, pudiendo su calibre ser de dimensiones normales o bien hallarse dilatado.

Cuando está dilatado, vacío de materias fecales y lleno de gas, Treves lo llama recto en balón, escapándose gran cantidad de gases al efectuarse el tacto rectal.

La albuminuria e indicanuria han sido señaladas por Concetti, encontrándose casi siempre y en grado variable con la gravedad de la constipación.

La intoxicación a consecuencia del estancamiento de las heces parece existir con intensidad variable en todos los casos.

Se ha señalado a la intoxicación como causa

principal del delirio, que suele observarse en algunos enfermos de esta afección aunque constituyendo una complicación poco frecuente.





## DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

Los síntomas cardinales de la afección, constipación y dilatación intestinal, si bien nos guiarán en el diagnóstico, no pueden hacerlo por sí solos, ya que estos mismos síntomas, se presentan cuando un obstáculo mecánico impide al intestino evacuarse libremente.

Entonces debemos previamente verificar la permeabilidad del intestino, acudiendo en nuestra ayuda medios modernos preciosos tales, como los Rayos X y la Rectoscopia.

Los primeros prestan un auxilio eficaz en el diagnóstico del megacolon, debiendo hacer uso de este poderoso medio en todos los casos para confirmar el diagnóstico.

Mediante el examen radiológico se constata en estos casos una gran claridad en todo el abdomen.

El exámen radiográfico efectuado en el enfermo a quien previamente se le administra un enema bismutado permite más seguridad en el diagnóstico, pues es más rico en detalles.

La rectoscopia nos muestra al intestino ectasiado y la ausencia de obstáculos tales como válvulas, estrecheces que impidan la circulación de las materias fecales, permitiéndonos observar al mismo tiempo el estado de la mucosa.

La anamnesis no debe ser descuidada pues ella bien tomada es factor no despreciable para llegar al diagnóstico del megacolon.

Los errores diagnósticos por otra parte no son muy frecuentes en el megacolon.

Enumeraré las enfermedades que más a menudo pueden ocasionar confusión o error en el diagnóstico de esta enfermedad.

Las bridas intestinales, las invaginaciones intestinales, el vólvulo y las acodaduras son capaces de presentar un cuadro sintomático, bastante semejante al del megacolon en el instante de la obstrucción aguda, pero podría diferenciarse por la distensión abdominal considerable en el megacolon como también por la conservación del estado general y la sintomatología menos alarmante de esta última.

La peritonitis tuberculosa puede dar lugar a dudas cuando la distensión abdominal se acompa-

ña de sensación de "flot" y tonos mates a la percusión, pero la constipación, la dilatación cólica, los movimientos de reptación de las ansas intestinales, la rectoscopia y los rayos X nos evitarán el error.

Del cáncer del piloro y las estrecheces del mismo con dilatación del estómago, lo diferenciamos teniendo en cuenta que en el megacolon son muy distintos los antecedentes, y que además existe constipación.

Debemos también, en algunos casos, hacer diagnóstico diferencial: con los tumores que por su localización en el intestino o en su proximidad dificultan la libre circulación de las materias fecales y de los gases.

El bolo fecal simple debe tenerse muy en cuenta en el diagnóstico diferencial con el megacolon acompañado de bolo fecal.

La apendicitis en algunos casos de megacolon ha sido causa de error, se la diferencia por la ausencia de la triada sintomática y por la anamnesis.

Cuando el megacolon se acompaña de bolo fecal puede ser origen de errores confundiéndose en algunos casos con los fibromas del útero, pero la consistencia, la movilidad del tumor, el tacto rectal y el vaginal como también los antecedentes de la afección evitan el error.

Se la diferenciará de la colitis crónica por el palpado de la cuerda cólica en el trayecto normal del colon.

Los tumores y quistes del ovario han sido causa de error, una observación cuidadosa los evitará.

En el niño puede ser causa de error el grueso vientre dispéptico del cual se diferencia en que este se presenta flácido y además en que existe diarrea verde, con el grueso vientre raquíptico, pero en éste no existe constipación, ni se constatan tampoco contracciones peristálticas del intestino.

El pronóstico en la enfermedad que estudiamos debe ser reservado. Los enfermos de megacolon están expuestos a graves complicaciones, que se instalan por descuidos en el régimen en muchos casos.

Las lesiones desarrolladas en la mucosa del intestino y el acúmulo de las heces da por resultado una oclusión crónica más o menos completa que da lugar a intoxicaciones de origen intestinal que disminuyendo las defensas del paciente, lo hace fácil presa de las afecciones intercurrentes.

Como complicaciones más frecuentes podemos citar; la oclusión aguda, colitis aguda, lesiones ulcerosas de la mucosa intestinal que por perforación pueden ocasionar peritonitis, trastornos de los órganos vecinos por compresión, estercoremia, enfermedades intercurrentes.

Para Duval es la muerte la terminación más frecuente de los enfermos de megacolon y trae un cuadro en el cual se vé que en 30 casos las causas más frecuentes de la muerte han sido:

Por obstrucción intestinal . . . . .	11 casos
.. Colitis aguda . . . . .	10 ..
.. Terapéutica Quirúrgica . . . . .	4 ..
.. Pneumonia . . . . .	1 ..
.. Asistolia . . . . .	1 ..
.. Caquexia . . . . .	1 ..
.. Muerte súbita . . . . .	1 ..
.. Causa desconocida . . . . .	1 ..

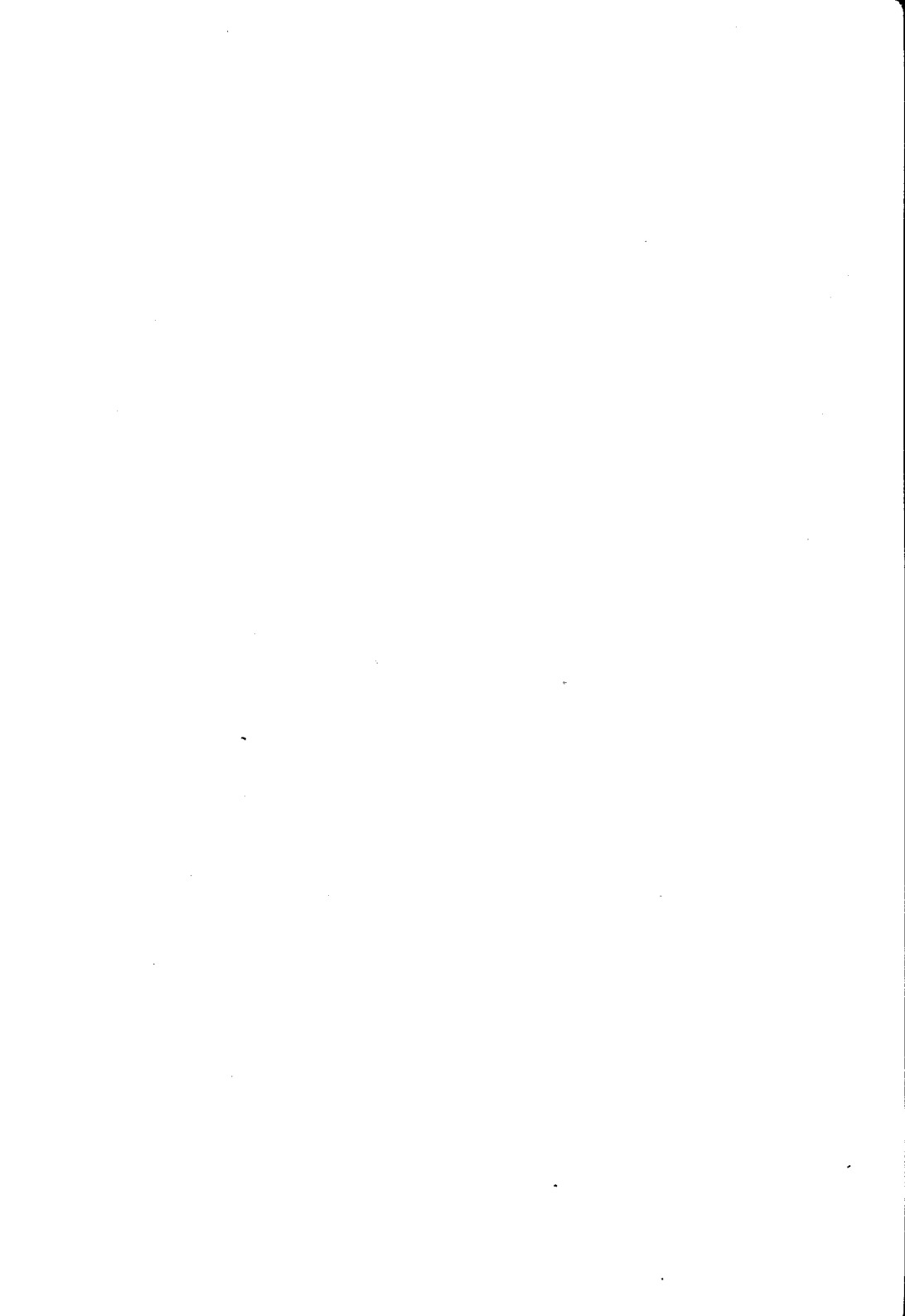
Respecto a la edad en que la mortalidad es mayor da el siguiente cuadro:

En los 100 días . . . . .	1 caso	2.3 %
En los 6 primeros meses . . . . .	4 ..	9.2 %
De los 6 meses a un año . . . . .	3 ..	6.9 %
De un año a cinco . . . . .	10 ..	23.0 %
De ocho a quince años . . . . .	5 ..	11.5 %
En la edad adulta . . . . .	7 "	16.0 %

De lo anterior podemos sacar en consecuencia que las obstrucciones y la colitis, constituyen las complicaciones más graves y las que se instalan más a menudo, como también que en los adultos el pronóstico del megacolon es menos sombrío, lo que permite esperar que un tratamiento médico bien instituido logrará hacer alcanzar al paciente una edad bastante avanzada.







## TRATAMIENTO

En el tratamiento del megacolon existen divergencias de opinión entre los autores que se han ocupado de esta enfermedad, respecto a si es el tratamiento médico o quirúrgico el que favorece más eficazmente al paciente.

El tratamiento médico creemos nosotros da resultados excelentes cuando es bien realizado, naturalmente que el depende en gran parte del enfermo.

Si este es capaz de cumplir pacientemente y en buenas condiciones, las prescripciones dietéticas y el régimen higiénico conveniente a su enfermedad, es inútil someterlo al tratamiento quirúrgico que representa serios peligros para el paciente, dado el elevado porcentaje de mortalidad que aun ofrece y porque además ha ocurrido en algunos

casos la recidiva del megacolon a pesar de la extirpación del colon ectásico.

Factor importante en este asunto es la posición social del enfermo.

Un paciente cuya situación pecuniaria le permita seleccionar los alimentos convenientes y cumplir al pie de la letra las indicaciones de su médico, fuera de toda duda mejorará y podrá llegar a edad avanzada sin mayores inconvenientes.

En los enfermos de megacolon, menesterosos, en los jornaleros que según algunos autores constituyen el mayor número de los que sufren esta afección y a quienes les representa una labor continuada y ruda el proporcionarse el diario sustento, es vano prescribir un tratamiento dietético que no podrán realizar o la harán en tan malas condiciones que el beneficio que obtengan será nulo.

Enfermos de megacolon poco cuidadosos despreocupados que no siguen ningún tratamiento, benefician notablemente cuando se les somete a un tratamiento higiénico bien instituido; en estos enfermos por lo tanto creemos que el tratamiento médico está indicado postergando todo otro tratamiento hasta que por abandono del que se le instituyera se agravase su afección; pues enfermos que toleran en condiciones bastante aceptables su enfermedad desde tiempo atrás y que consiguen tener su vientre corriente mediante el uso de laxan-

tes o lavativas, no se debe con el pretexto de obtener su curación definitiva, imponerles el tratamiento quirúrgico.

Este último tratamiento encontraría su indicación en aquellos enfermos que, desde largo tiempo, son portadores de megacolon, que les ha producido, a pesar de un tratamiento médico bien reglado, frecuentes complicaciones.

En fin, en todos aquellos casos en que el tratamiento médico ha resultado ineficaz, en los que los fenómenos de obstrucción y los bolos fecales se repiten con frecuencia, determinando el estancamiento, intoxicación que repercute sobre el estado general, en estos casos el tratamiento quirúrgico se impone.

En resumen, pensamos que ante un enfermo de megacolon, después de estudiar las condiciones personales del paciente, debe comenzarse por instituir un tratamiento médico e higiénico, y si éste fracasase, recurriríamos al quirúrgico.

### **Tratamiento médico**

Por el tratamiento médico se trata de regularizar las evacuaciones del intestino y hacer que la dilatación cólica desaparezca.

Para llegar a obtener estos resultados se hace uso, generalmente, de dos medios terapéuticos, los purgantes y los enemas.

Los primeros, generalmente, son poco eficaces, dando lugar muchas veces, a crisis de retención agudas, acompañadas de vómitos; debe darse preferencia, en el caso de su empleo, al aceite de ricino.

En cambio, los enemas producen muy buenos resultados, siempre que ellos sean convenientemente administrados.

El lavage debe ser llevado bien arriba para que produzca efectos saludables, pues cuando se hacen en el recto, no da resultado, aun cuando se repitan varias veces seguidas.

Es conveniente, entonces, hacer uso de una sonda que se lleva a 20 o 25 cm. de profundidad, ya que es a nivel del colon pelviano, donde asienta el máximo de dilatación, y que es en este segmento del colon donde generalmente tiene lugar la acumulación de las materias fecales.

Por otra parte, procediendo en esta forma y llevando hasta esa altura la sonda rectal, se favorece la salida de los gases retenidos en el colon sigmoideo, disminuyendo o desapareciendo la distensión abdominal.

Estos enemas deben efectuarse diariamente y usando cantidad de líquido bastante considerable como para combatir toda retención fecal y arrastrar las materias fecales acumuladas en el colon.

Los enemas eléctricos han sido aconsejados en los casos de pseudo obstrucción, y parece que se puede esperar de ellos algunos buenos resultados.

El masaje abdominal está indicado en esta afección, pues los resultados halagüeños que estas maniobras han dado en las atonías intestinales, permite esperar que suceda lo mismo en el megacolon.

Debemos también aseptisar el tubo intestinal, echando mano, para este objeto, de los colagogos. Los preparados hipofisiarios aumentando la contractilidad intestinal, prestan apreciables servicios en esta afección.

Fuera de sus accidentes, el enfermo de megacolon debe someterse a un régimen dietético, higiénico y medicamentoso apropiado, para evitar de este modo las complicaciones.

La alimentación debe hacerse a base de verduras, frutas, pastas alimenticias y carnes blancas, substancias que, al aumentar el volumen de las materias fecales, por la gran cantidad de residuos que dejan, excitan, por su mayor contacto, las contracciones intestinales. Los alimentos que, al descomponerse, desarrollan gran cantidad de gases, deben ser prohibidos.

Haciendo uso de laxantes, se tendrá el vientre regular.

La estricnina, la belladona, los masages abdo-

minales y la faradización del intestino, deben aconsejarse para combatir la atonía del intestino.

### **Tratamiento quirúrgico**

Las operaciones que se efectúan en los enfermos de megacolon, se dirigen, ya hacia la cura de la complicación, o hacia la cura radical de la enfermedad.

Las primeras, cuyos resultados, en general, podemos decir que son mediocres, pues dejan al paciente con su enfermedad, actuando únicamente sobre la complicación, estarían representados por:

La punción abdominal, empleada en algunos casos en que existían graves trastornos originados por la distensión del abdomen, se la juzga poco satisfactoria, pudiendo ser perjudicial en algunos casos, por lo cual ha dejado de emplearse actualmente.

La laparotomía simple, cuyo valor curativo es escaso, se ha efectuado para, obrando sobre la pared del intestino por el masaje del mismo, restablecer el curso de las materias fecales.

El ano contra natura es un mal tratamiento a emplearse como definitivo, pues ocasiona gran cantidad de molestias e inconvenientes; puede hacerse uso de esta intervención en casos de urgencia, y como previo a una cura radical.

La colotomía es una operación grave, cuyos

resultados, poco satisfactorios, han hecho que sea abandonada.

Los segundos, que deben considerarse como los más racionales, están representados por:

La colopexia abdominal, que fracasa generalmente, ya que no modifica en nada la enfermedad, dejando al intestino en las mismas condiciones, evitando únicamente el volvulus.

La coloplegadura no parece dar mejores resultados, pues las recidivas son frecuentes.

La ileosigmoidostomía, que efectúa la exclusión del colon y del ansa dilatada, por derivación directa de las materias fecales, del íleon al colon pelviano, tiene algunos defensores, pero se objeta que, parte de las materias pasan al colon íleo pelviano y al ciego, que al seguir éstas su curso normal hacia el megacolon, no lo dejará en reposo, dando lugar a fermentaciones e intoxicaciones.

Se han efectuado otras operaciones semejantes, tales como la cecosigmoidostomía, ileosigmoidostomía con exclusión del ciego, etc., cuyos resultados no han sido muy halagadores, siendo consideradas, en la actualidad, como operaciones paliativas.

Procedimientos mixtos, tales como colopexia con ileosigmoidostomía, coloplegaduras con exclusiones intestinales, han sido experimentadas, pero estas intervenciones no han dado buenos resulta-

dos, en general, habiendo sucedido en algunos casos que, persistiendo las molestias del enfermo, haya debido intervenirse nuevamente.

La colectomía, que consiste en la extirpación de la porción del colon enfermo, restableciéndose el curso de las materias fecales, por la anastomosis de los cabos superior e inferior, es el procedimiento quirúrgico que en la actualidad parece gozar de mayor aceptación en el tratamiento del megacolon.



## OBSERVACIONES CLINICAS

### *Hospital Italiano*

Observación N.º 1. — Servicio del Dr. Francisco Grapiolo.

Raquel C., 27 años, argentina, soltera. Ingresa al servicio el 6 de Enero de 1918.

Diagnóstico. — Megacolon.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — En la infancia, tuvo sarampión y coqueluche. A los 15 años, neumonía. En este mismo año se inicia la menstruación, siendo periódica, abundante, de 4 a 5 días de duración.

Enfermedad actual. — Hace 5 meses, comienza su enfermedad, apareciendo insidiosamente la constipación, recrudeciendo hace 20 días, con dolores en el abdomen y borborignos.

Manifiesta la madre que, al hacerle enemas para combatir la constipación, provócale simultáneamente con las defecaciones, vómitos glerosos, los que se producen hasta dos veces por día. Ahora, al defecar, acusa dolores intensos en el ano, teniendo las materias fecales depuestas aspecto caprino, y se encuentran manchadas por sangre.

Estado actual. — Al examen somático, el cráneo, cara, aparato respiratorio y circulatorio, se encuentran normales. *Abdomen.* A la inspección se nota globuloso meteorizado; no es doloroso. Durante el examen el intestino, excitado por la palpación, se diseña a través de la pared intestinal, animado de movimientos enérgicos y violentos.

Tacto rectal. — Se palpan paquetes hemorroidarios externos que se encuentran exulcerados; profundamente se percibe un tumor redondeado y renitente.

Se efectúan varias radiografías que muestran al colon dilatado.

Tratamiento. — Se la pone a 1.<sup>a</sup> dieta, y se le hace una inyección de hipofisina, y un enema de aceite. Se le prescribe supositorios para las hemorroides, que están inflamadas.

Al día siguiente, el timpanismo y la tensión de la pared abdominal ha disminuído un poco, continuándose el mismo tratamiento.

Enero 9. --- Se le hacen dos enemas evacuadoras y se le administra un purgante: 40 grs. de aceite de ricino. Se le hace aceite alcanforado subcutáneo.

Enero 16. --- Sigue mejorando, y continúa el mismo tratamiento.

Febrero 8. --- La enferma pide el alta, habiendo mejorado mucho; su vientre se ha aplanado, efectuando sus defecaciones espontáneamente y todos los días.

Se le aconseja régimen dietético e higiénico, y además el uso de una faja neumática.

### *Hospital Durand*

Observación N.º 2. --- Servicio del Dr. P. Palma.

Miguel A., argentino, 19 años, mozo. Ingresó al servicio el 2 de Mayo de 1917.

Diagnóstico. --- Megacolon.

Antecedentes hereditarios. --- Sin importancia.

Antecedentes personales. --- Es constipado desde hace cinco años, efectuando sus deposiciones, primeramente cada 4 días, y luego cada semana, teniendo finalmente que recurrir a purgantes enérgicos para obtener deposiciones. Hace tres años que, observando que no movía el vientre, hizo

uso de enemas y purgantes que sólo le hicieron efecto al cabo de 15 días, evacuando gran cantidad de materias fecales.

Durante dos años siguió relativamente bien, moviendo el vientre cada 2 o 3 días. Desde mediados de Mayo de 1916, manifiesta haber estado sin defecar, a pesar de los enemas y de los purgantes ingeridos, y el 27 de Junio, fué necesario extraerle un bolo fecal, bajo anestesia clorofórmica.

Enfermedad actual. — Desde que le fué extraído el fecaloma, el año pasado, logra obtener una evacuación diaria mediante el uso constante de píldoras y enemas, no sucediendo así cuando no hace uso de estos medios. En estas condiciones (es de Santiago del Estero) resuelve venir a la Capital, para tratar su enfermedad. Desde su salida de Santiago, ha abandonado los enemas, resultándole, como consecuencia, una constipación absoluta desde el 30 de Marzo. No ha disminuído de peso.

Estado actual. — El estado general es bueno, no hay fiebre; órganos internos, aparato respiratorio y circulatorio: bien.

Abdomen. — Es indoloro, puede palpase en toda su extensión, sin que acuse dolor en ningún punto. Por la palpación se percibe un tumor de consistencia blandusca, como una ansa intestinal, colocado en el lado izquierdo del abdomen y exten-

diéndose desde casi el pubis, hacia arriba y a la izquierda, hasta por encima del ombligo, y luego se incurva hacia el epigastrio.

Dicho tumor es desplazable hacia la línea media, y hasta casi pasa al lado derecho, pero retorna a su posición primitiva al cesar la compresión. No es doloroso. Esta ansa (ansa sigmoidea) se pone en evidencia con toda nitidez en los momentos de contracción, despertado por el palpado.

Tratamiento. — Mayo 3. — Enemas de aceite por la noche y de agua por la mañana.

Durante una semana, apenas eliminaba el agua del enema débilmente coloreada, pero luego eliminó algunos coprolitos.

Abril 15. — Purgante, que produce la eliminación de gran cantidad de materias fecales.

### *Hospital Durand*

Observación N.º 3. — Servicio del Dr. P. Palma.

José M., 46 años, argentino, agente de policía. Ingresa al servicio el 5 de Mayo de 1917.

Diagnóstico. — Megacolon.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sufre de constipación desde hace muchos años, moviendo su vientre cada 2 o 3 días y mediante el uso de purgantes.

**Enfermedad actual.** — Hace un mes, teniendo una constipación persistente, consulta a un facultativo, que le diagnostica un bolo fecal, y le administra enemas y purgantes, sin conseguir la eliminación del bolo.

**Estado actual.** — Sujeto en regular estado de nutrición; órganos internos, aparatos respiratorio y circulatorio: normales. Abdomen. — Globuloso, tenso se observan contracciones peristálticas del intestino y se palpa, en el lado izquierdo, un tumor alargado y ancho, que va desde la pelvis hasta por encima del ombligo. El tumor es duro.

**Tacto rectal.** — El tacto rectal demuestra la presencia de un tumor de dimensiones considerables, encajado por encima de la ampolla rectal, duro, y que es el mismo que se palpa por el abdomen.

**Tratamiento.** — Mayo 6. — Mediante la introducción de una cuchara en el recto, se extrae bastante cantidad de materia fecal, y se deshace una buena parte del tumor con el dedo. Se administra un enema de aceite, y a las pocas horas otro de agua.

**Mayo 7.** — Ha depuesto varias chatas con materias fecales, y sigue deponiendo abundantemente.

Se le ha dado de alta, con su vientre completamente aplanado.

*Hospital Durand*

Observación N.º 4. — Servicio del Dr. P. Palma.

N. Napuli, 49 años, jornalero. Ingresa al servicio en Septiembre 12 de 1917.

Diagnóstico. — Obstrucción intestinal.

Megacolon íliaco.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Blenorragia a los 15 años. 10 años después ptosis del lado derecho. Desde hace 10 años es constipado.

Enfermedad actual. — Manifiesta el enfermo que, desde hace 55 días, no ha movido el vientre, despidiendo en cambio, en ocasiones, gran cantidad de gases muy fétidos.

Estado actual. — El estado general ha sido bastante aceptable hasta ayer, pero desde entonces, la facies se ha hecho peritoneal; el pulso no es palpable, y tiene continuos vómitos. Abdomen. — Se encuentra enormemente distendido, y se observa, de vez en cuando, contracciones peristálticas, sobre todo en el lado izquierdo, en forma de grandes levantamientos cilíndricos que van a terminar en la pelvis. El bolo fecal, que en días anteriores ha sido comprobado, no es posible palparlo actualmente.

Tratamiento. — Se opera el 12 de Septiembre.

Anestesia local. — Colostomía cecal con abertura sobre tubo de goma. Sale mucha pasta fecal. Autopsia. — Abierto el vientre, se constata que el ano contra natural está en perfectas condiciones; no hay vestigios de peritonitis. El colon se encuentra totalmente dilatado, pero esta dilatación es más notable a nivel del segmento íliaco, que está formado por dos tubos gigantes, paralelamente adosados, que van desde el hipocondrio izquierdo hasta la pelvis. En el recto, se halla enclavado el bolo fecal, duro, esférico, del tamaño de una manzana grande; las paredes del colon íliaco están espesadas y modificadas de color, con bandas de aspecto cicatricial, y adosadas entre sí por el borde mesentérico, pues el mesocolon ha desaparecido por una mesenteritis retráctil, y al separar las dos ansas sólo se tienden bridas espesas y fibrosas que han recubierto el mismo. El resto del colon, aunque dilatado, no presenta modificaciones en su estructura.



Buenos Aires, Junio 13 de 1918.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Antonio C. Gandolfo, al profesor extraordinario Dr. Francisco Lobet y al profesor suplente Dr. Eugenio A. Galli, 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.

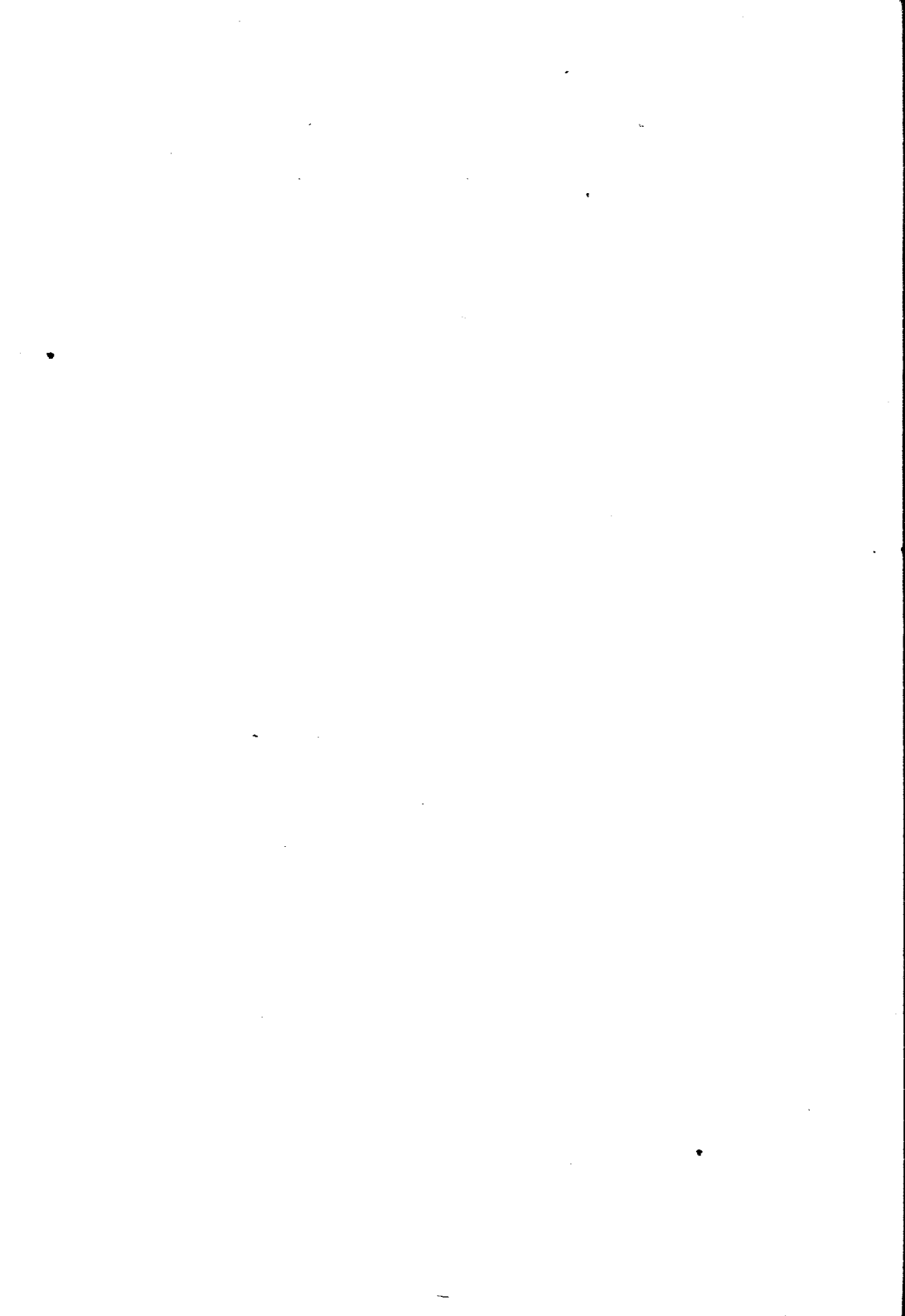
*J. A. Gabastou.*

Buenos Aires, Junio 21 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3441 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

*J. A. Gabastou.*



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

Indicaciones del ano contra natura.

*Antonio C. Gandolfo.*

### II

Resultados operatorios en el tratamiento del megacolon.

*Francisco Llobet.*

### III

Morfo generis del peritoneo y anatomia del intestino grueso.

*Eugenio A. Galli.*

30467



