



Año 1916

Núm. 3134

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CANCER DEL COLON DESCENDENTE

(SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO)

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN F. SOLARI

Ex-practicante interno del Hospital San Isidro (1910-11)

Ex-practicante externo del Hospital Rawson (1911-12)

Ex-practicante menor interno por concurso de clasificaciones y examen del Hospital Militar Central (1912-13)

Ex-practicante mayor interno del Hospital Militar Central (1913-15)

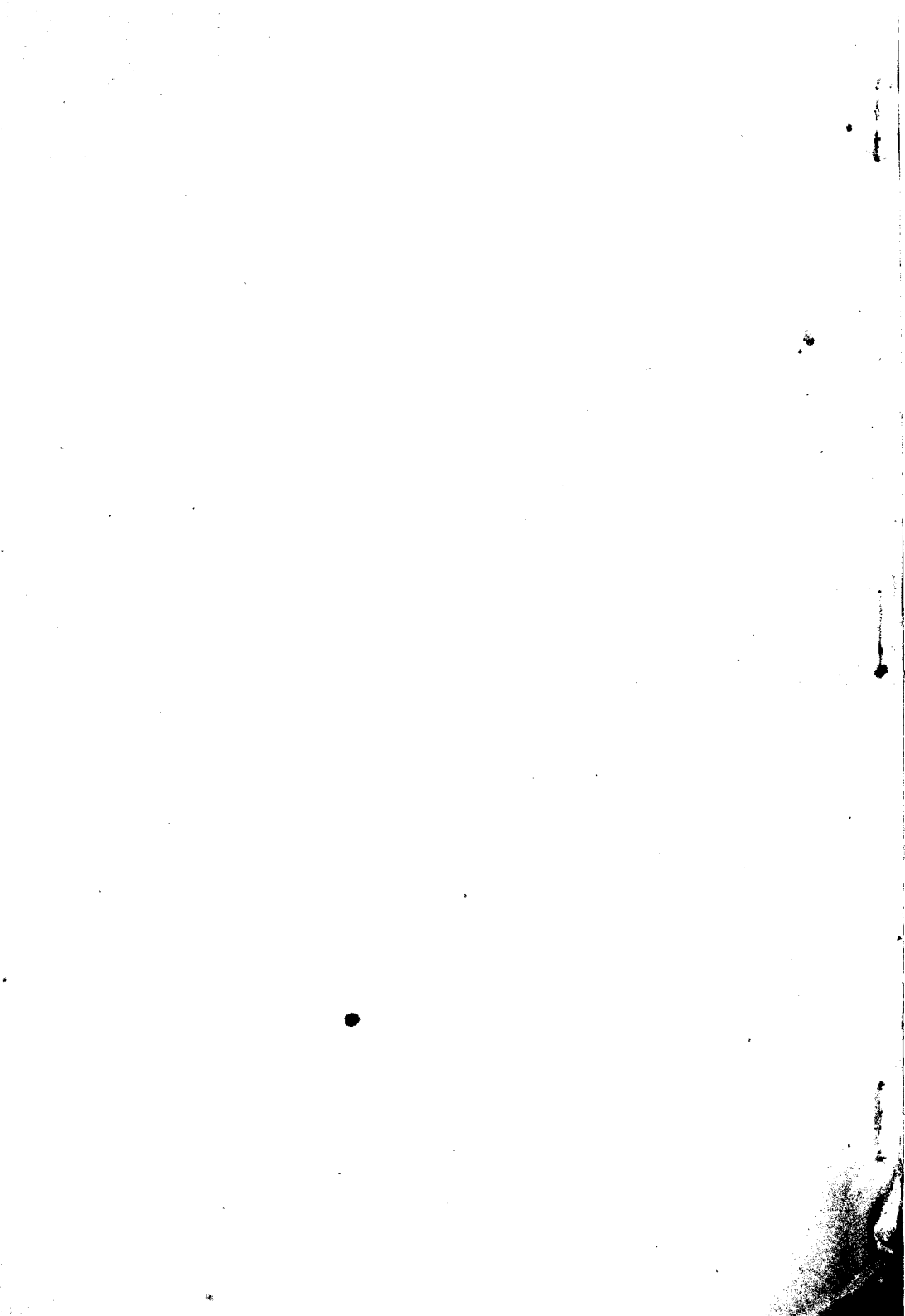
"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

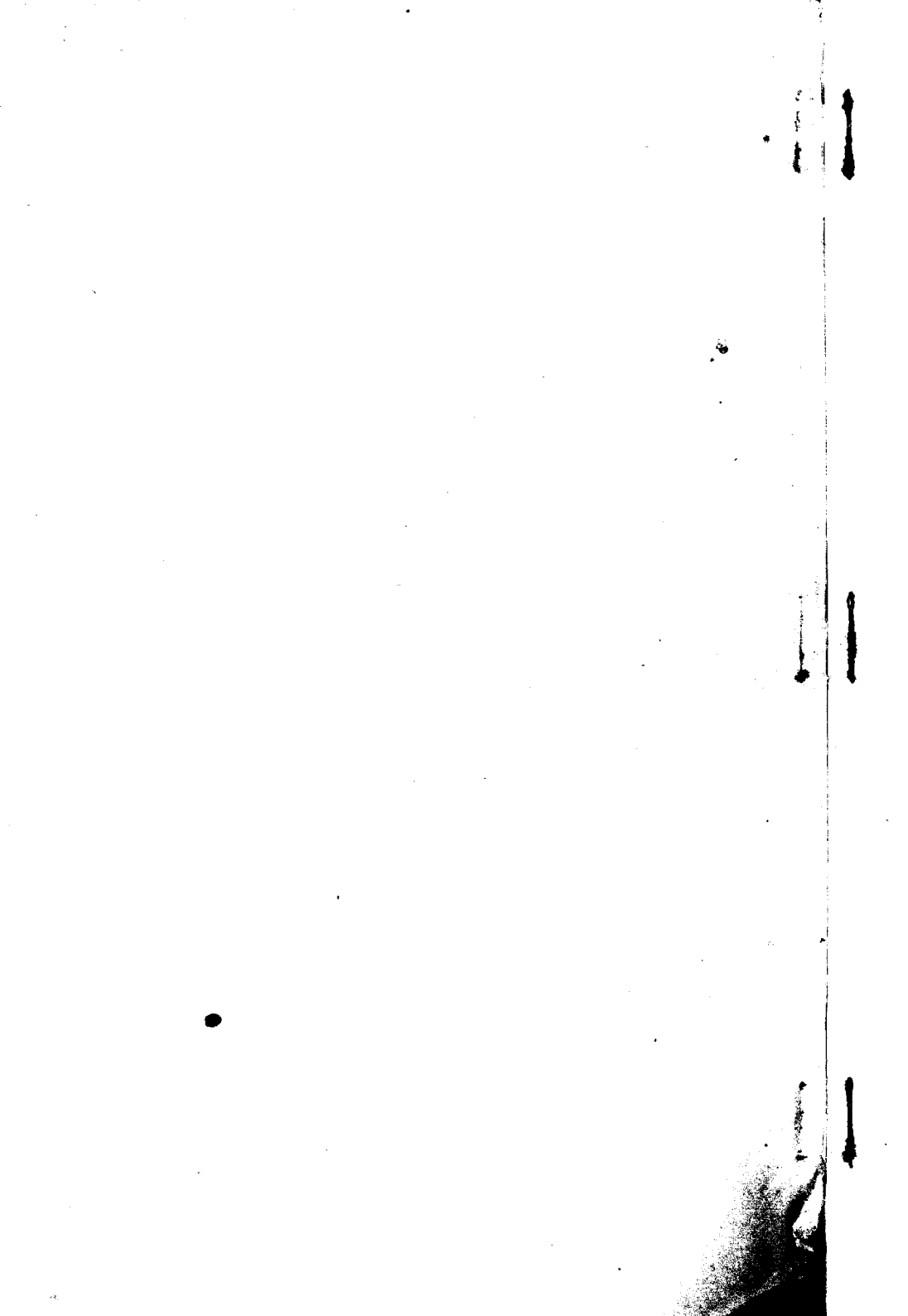


Mu. B. 30.4



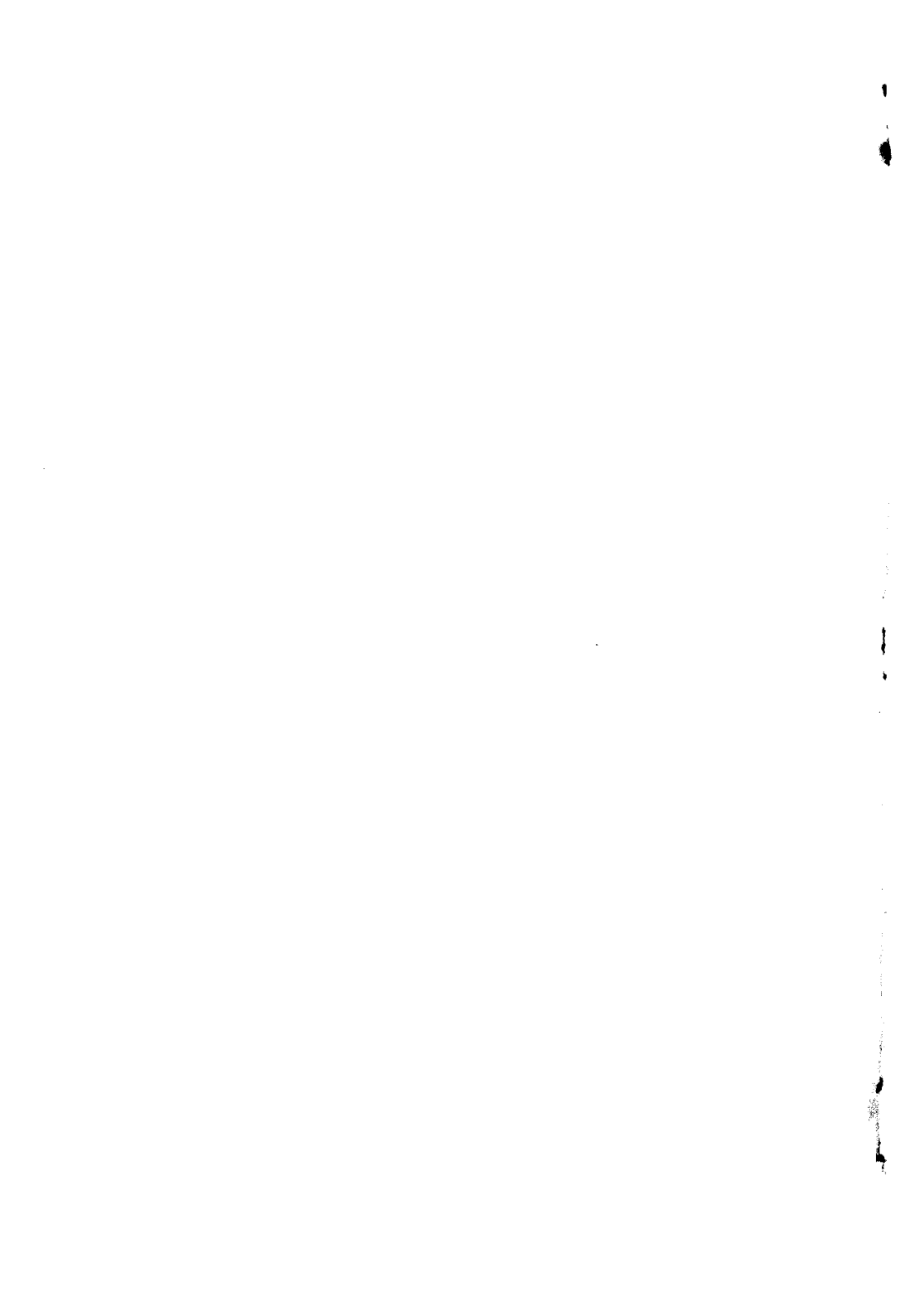
CÁNCER DEL COLOX DESCENDENTE

(SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO)



CÁNCER DEL COLOX DESCENDENTE

(SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO)



Año 1916

Núm. 3134

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CANCER DEL COLON DESCENDENTE

(SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO)

TÉ S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN F. SOLARI

Ex-practicante interno del Hospital San Isidro (1910-11)

Ex-practicante externo del Hospital Rawson (1911-12)

Ex-practicante menor interno por concurso de clasificaciones y examen del Hospital Militar Central (1912-13)

Ex-practicante mayor interno del Hospital Militar Central (1913-15)

“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. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

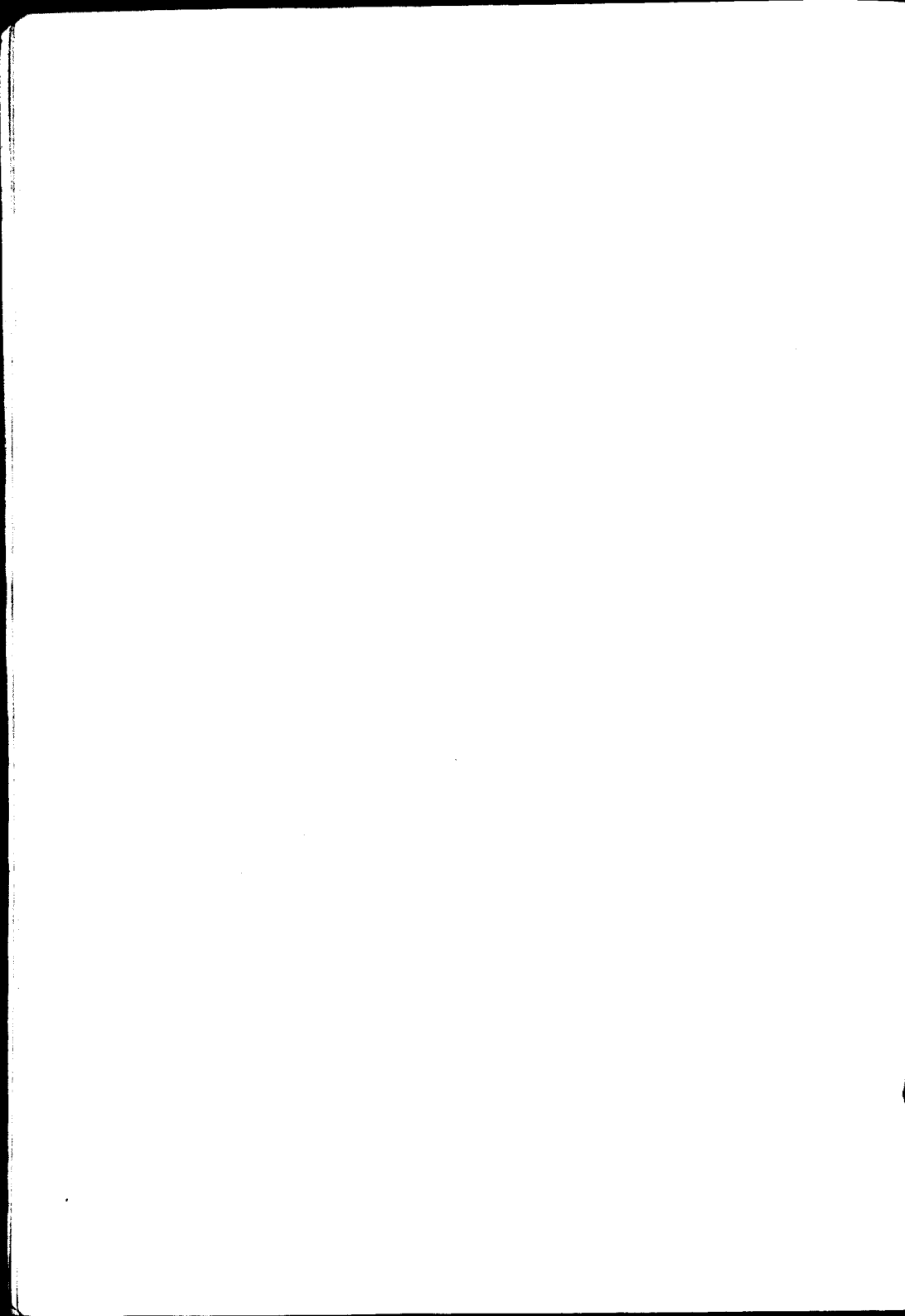
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

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

Secretarios

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



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. > > EMILIO R. CONTI
3. > > OLINTO DE MAGALHAES
4. > > FERNANDO VIDAL
5. > > OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

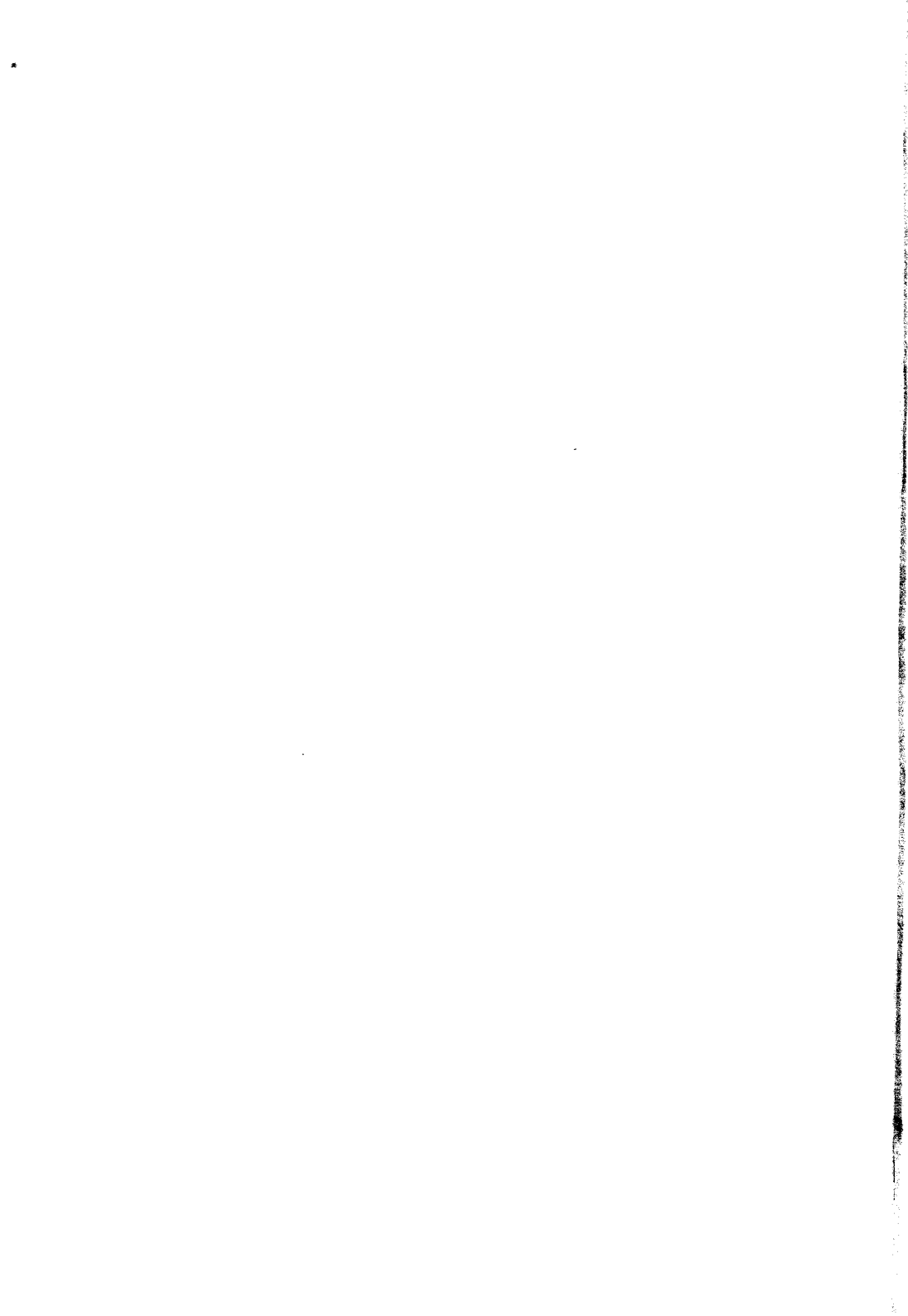
DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

- DR. D. LUIS GÜEMPS
- » » ENRIQUE BAZTERRICA
 - » » ENRIQUE ZÁRATE
 - » » PEDRO LACAVERA
 - » » ELISEO CANTÓN
 - » » ANGEL M. CENTENO
 - » » DOMINGO CABRED
 - » » MARCIAL V. QUIROGA
 - » » JOSÉ ARCE
 - » » ABEL AYERZA
 - » » EUPHIMIO UBALLES (con lic.)
 - » » DANIEL J. CRANWELL
 - » » CARLOS MALBRÁN
 - » » JOSÉ F. MOLINARI
 - » » MIGUEL PUIGGARI
 - » » ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

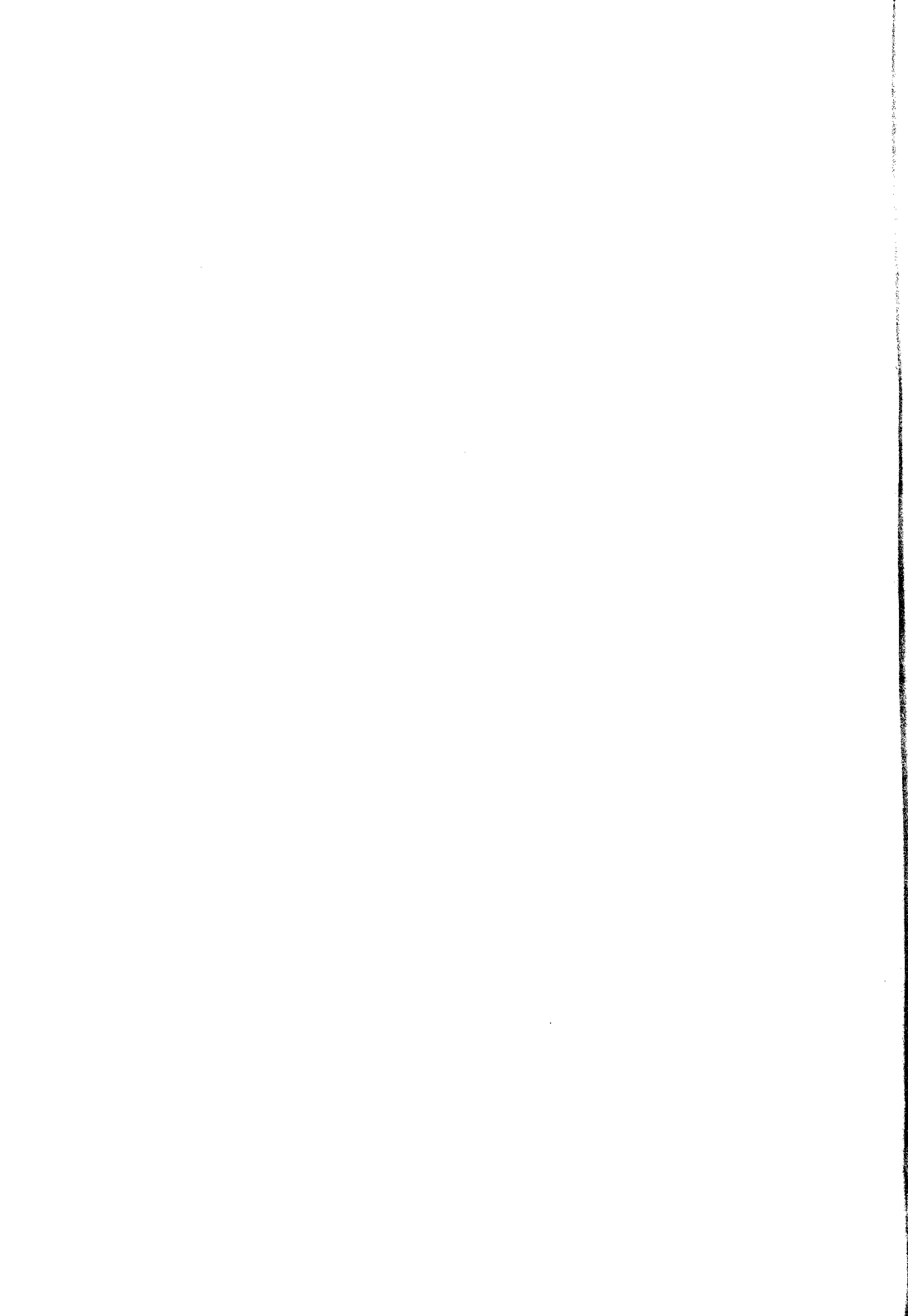
- DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
- » » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

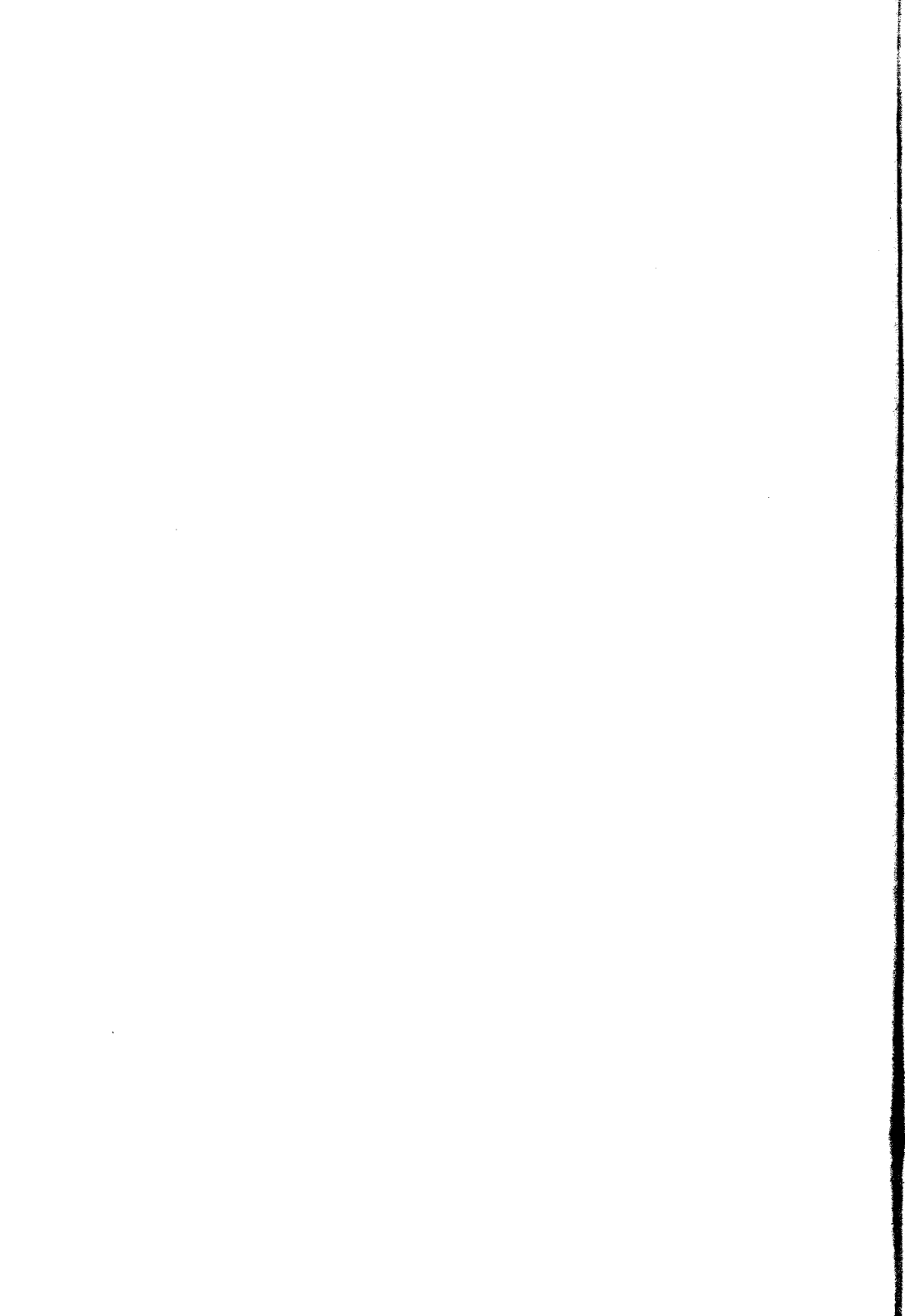
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología 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
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica.....	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	{ » MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	« ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

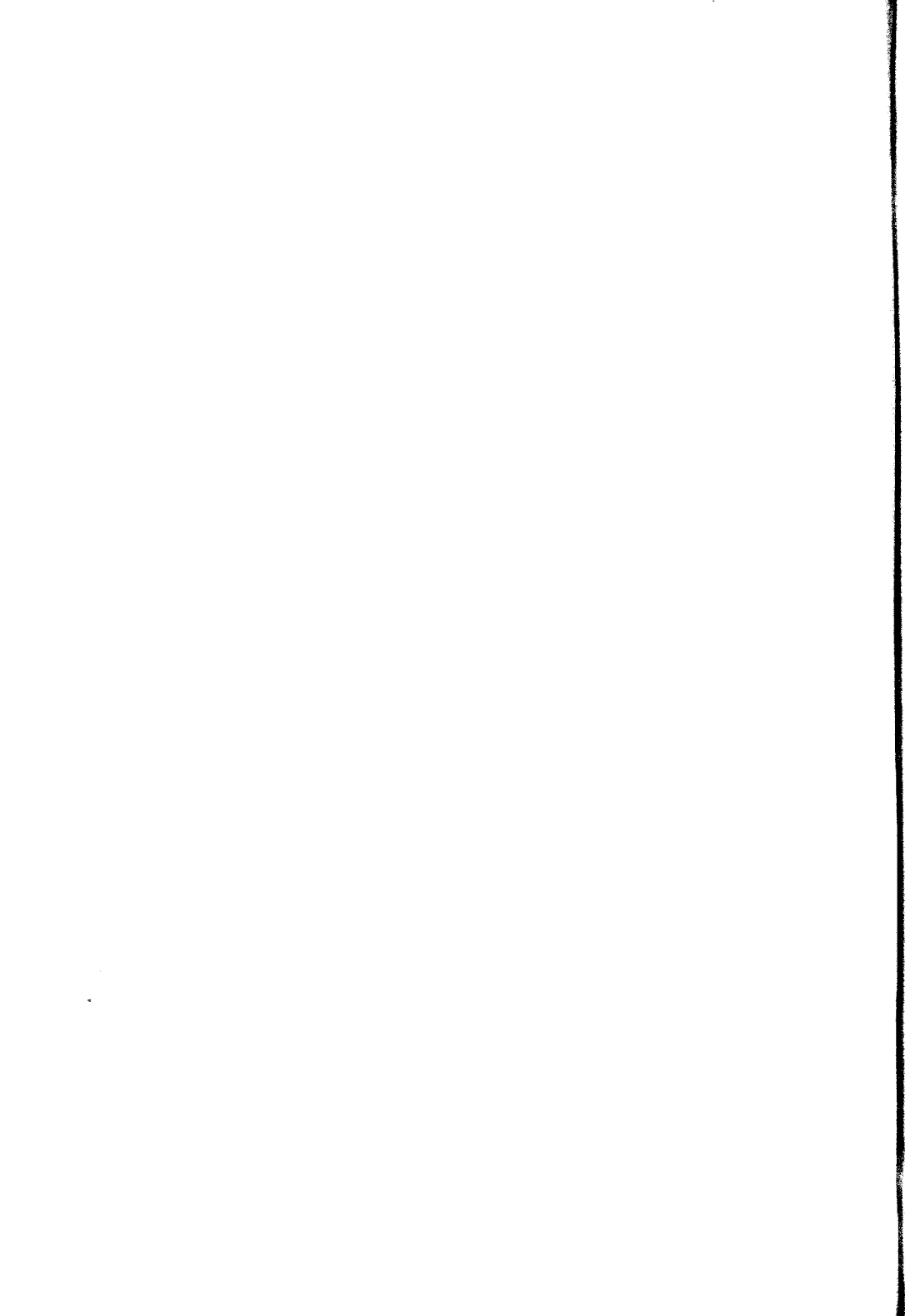
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	„ JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	} „ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	„ JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica.....	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-sifilográfica.....	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	} „ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica.....	„ BENJAMIN T. SOLARI
Clínica Psiquiátrica.....	} „ ANTONIO F. PIÑERO
	„ MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica.....	„ FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica.....	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna.....	„ RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.....	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica.....	„ JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	" SILVIO E. PARODI
	" EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana.....	" FRANK L. SOLER
	" BERNARDO HOUSSAY
	" RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Química Biológica.....	" GERMAN ANSCHUTZ
Higiene Médica.....	" BENJAMIN GALARCE
	" FELIPE JUSTO
Semeiología y ejercicios clínicos.....	" MANUEL V. CARBONELL
	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	" ALFREDO VITON
Materia Médica y Terapia.....	" JOAQUIN LLAMBIAS
Medicina Operatoria.....	" ANGEL H. ROFFO
	" JOSE MORENO
	" ENRIQUE PINOCCHIETTO
	" CARLOS ROBERTSON
Patología externa.....	" FRANCISCO P. CASTRO
	" CASTELFORT LUGONES
	" NICOLAS V. GRECO
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" PEDRO L. BALIÑA
» Genito-urinaria.....	" BERNARDINO MARAINI
» Epidemiológica.....	" JOAQUIN NIN POSADAS
» Oftalmológica.....	" FERNANDO E. TORRES
» Oto-rino-laringológica.....	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" ADOLFO NOCETTI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" PEDRO LABAQUI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
Patología interna.....	" PABLO M. BARLARO
	" EDUARDO MARLÓ
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
Clinica Quirúrgica.....	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHUTRO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" VICENTE DIMITRI
Clinica Neurológica.....	" ROMULO H. CHIAPPORI
	" JEAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
» Médica.....	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" JUAN JACOBO SPANGENBERG
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
» Pediátrica.....	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN ARLÓS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
» Ginecológica.....	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONQE
» Obstétrica.....	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. BOERO
	" JOAQUIN V. GNECO
Medicina legal.....	" JAVIER BRUNIAN
	" ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
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

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas....	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMI
Química orgánica.....	SR. PEDRO J. MESIGOS
	» LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SANCHEZ
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI

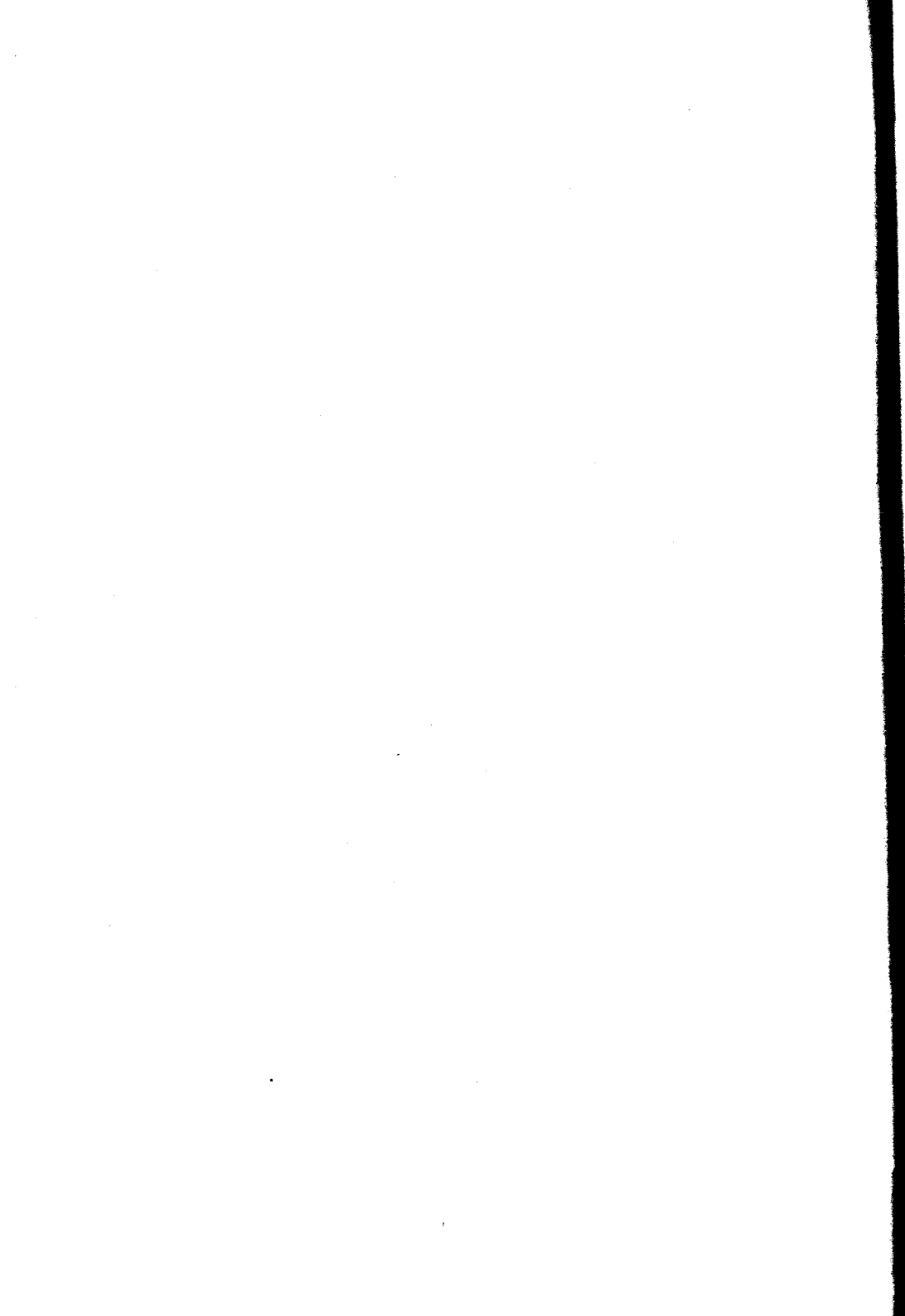


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

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



ESCUELA DE PARTERAS

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



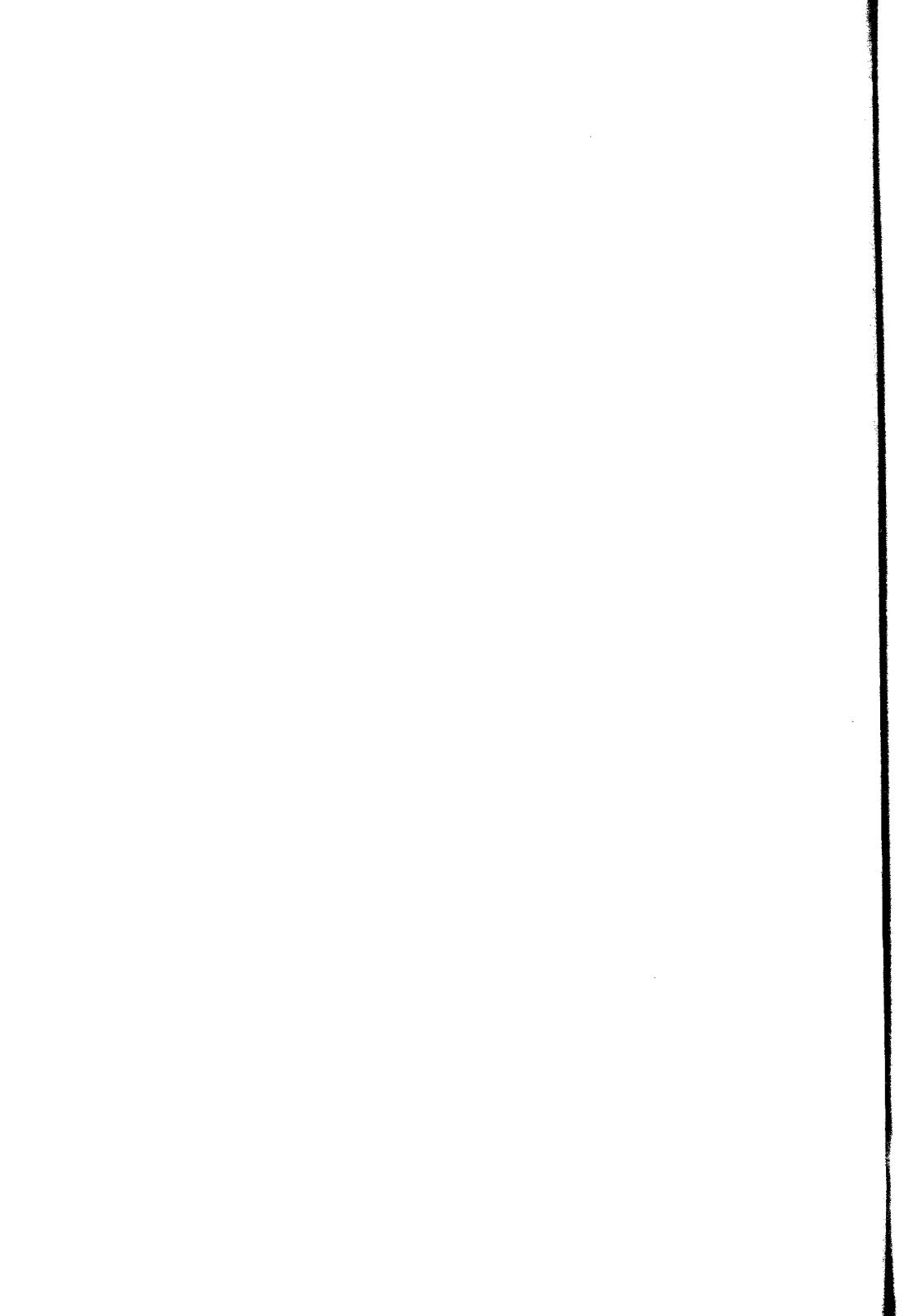
Padrino de tesis:

Dr. RODOLFO S. ROCCATAGLIATA

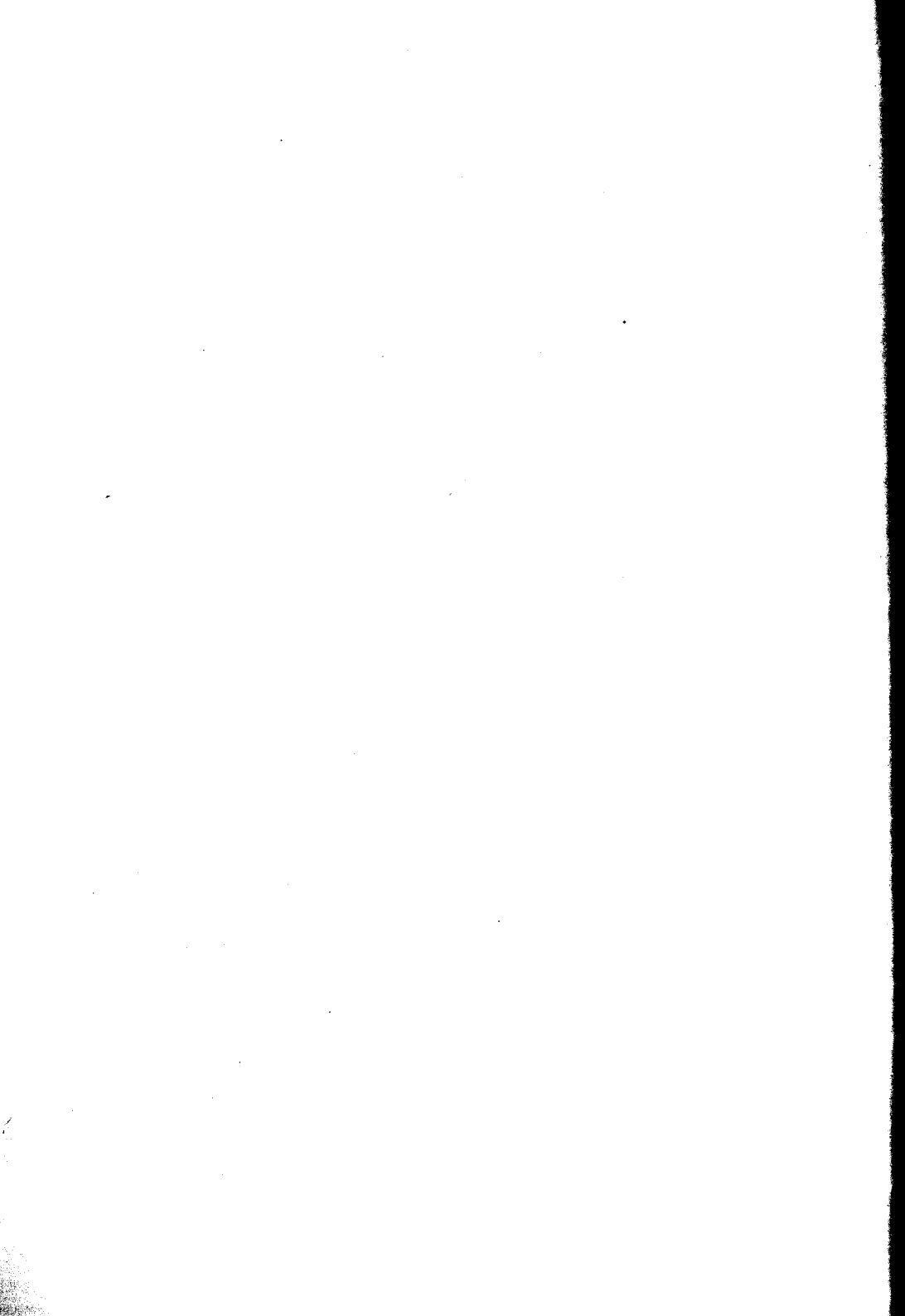


A MIS PADRES
A quienes todo lo debo

GRATITUD Y CARÍÑO



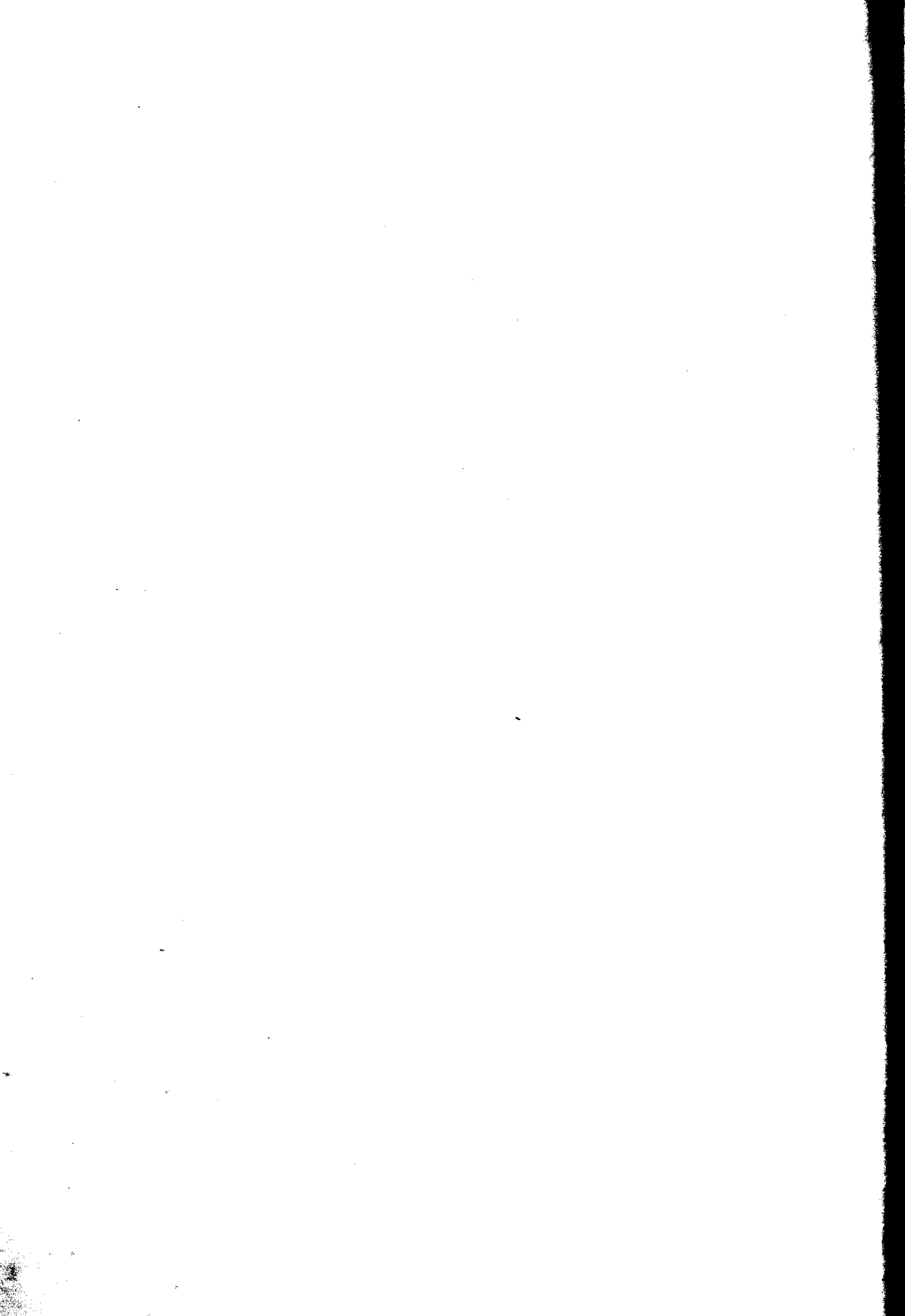
A MIS HERMANOS



AL DOCTOR

ENRIQUE BERDUC

RECONOCIMIENTO



A MIS AMIGOS Y COLEGAS, LOS DOCTORES :

FRANCISCO D. MEDUS
MIGUEL S. SCATTINI
JOSÉ I. EGUES
MANUEL BERTOLDI
MANUEL ZAMBONI
FERMIN G. RAMOS



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Quenú, en la sesión de la Sociéte de Chirurgie de Paris del 3 de Abril de 1901, decía: La terapéutica del cáncer del intestino grueso, no gana nada estudiándola en bloc; es conveniente estudiarla por segmentos.

El recuerdo de esta frase, y la impresión que dejó en mi espíritu, la observación de un caso de colectomía en un tiempo, practicada con todo éxito por el doctor Roccatagliata en su servicio del Hospital Militar Central me decidieron a tomar este asunto como tema del trabajo final que la Facultad me exige para optar al doctorado en medicina.

No encontraréis en él gran cosa de original; el crear es patrimonio de la experiencia, y mal podemos tenerla nosotros, que recién abandonamos el regazo materno de las aulas. Sólo he procurado hacer una recopilación de las ideas pasadas y de las actuales, confrontando los resultados de su aplicación práctica, y deduciendo de ellos algunas conclu-

siones, aplicables a la terapéutica quirúrgica del carcinoma del colon descendente.

Pero, antes de entrar de lleno a abordar el tópico elegido, abro un paréntesis breve para mirar el pasado de espinas recorrido, que el recuerdo es siempre un consuelo cuando no un acicate para perseverar en la tarea. Gratos son los recuerdos, y más gratos todavía después del triunfo. Involucrados en esa rememoración gratisima, vayan los nombres de todos aquellos que nos enseñaron con perseverancia infatigable y con dedicación exquisita, los misterios de la ciencia médica; el cariño al enfermo, en la lucha diaria de la vida contra la muerte y de la alegría contra el dolor.

A los que fueron mis maestros, el recuerdo y agradecimiento del ex alumno, y el respeto que se debe a la edad, a la experiencia, y a la sabiduría.

A mi padrino de tesis, el Dr. Rodolfo S. Roccatagliata, en cuyo servicio he permanecido largo tiempo, y que me hace el honor inmerecido de acompañarme en este acto, la gratitud por sus enseñanzas diarias; el respeto por su experiencia bien cimentada de cirujano experto; la admiración del discípulo por el sabio maestro, y por el caballero sin tacha, todo corrección y todo hombría.

Al doctor Amílcar Luzuriaga, modelo de hidalguía y caballerosidad, mi agradecimiento por sus.

enseñanzas y atenciones, y la amistad invariable del amigo.

Al doctor Julio R. Garino, Director del Hospital Militar Central, reconocimiento por sus gentilezas repetidas.

A los doctores Mariano de Tezanos Pinto, Antonio Agudo Avila y Arturo Schnaibel, un afectuoso recuerdo. Y a mis compañeros de internado del Hospital Militar Central, Rawson, etc., con los cuales hemos pasado juntos los sinsabores y alegrías de la vida de estudiantes, a los buenos camaradas del Hospital, la amistad de siempre y el abrazo de despedida.

CONSIDERACIONES GENERALES

Hace apenas cuarenta años la cirugía mayor de intestino no existía y con razón pudo decirse que la cirugía de este órgano era una cirugía del porvenir.

Los progresos acentuadísimos de la asepsia y de la antisepsia, el perfeccionamiento paulatino de la técnica operatoria y el conocimiento más exacto de su sintomatología clínica, traen como consecuencia su diagnóstico precoz a término, pudiera decirse, transformando la cirugía del intestino grueso, en operación actual y corriente en la práctica diaria de hospital. Pero si bien se aborda impunemente el foco de perturbación mórbida, si la resección atrevida y audaz no detiene al cirujano experto, si el peritoneo no es ya una barrera, en cambio, es menester fijarse antes de actuar, sometiendo a un severo análisis el caso clínico y adaptando justamente a él el criterio quirúrgico.

En efecto, el éxito del tratamiento depende, en una gran parte de la ponderación exacta de las condiciones de la intervención; ella será en uno, dos o tres tiempos, paliativa o radical, según el caso clínico, el cual debe condicionar el procedimiento.

Entre las neoplasias intestinales, el cáncer del colon descendente merece tratarse ya que por su relativa frecuencia, por su evolución a largo plazo, y por la lejanía de la recidiva, hacen que el tratamiento operatorio tenga una importancia indiscutible, tanto mayor, cuanto que el éxito distal está en razón directa de la precocidad del diagnóstico.

Es necesario pues poner a contribución todos aquellos datos que nos permitan hacer del cáncer del colon un cáncer quirúrgico desde el punto de vista de la cura radical, antes de que sea un cáncer clínico palpable diagnosticable groso modo, sin mayor profundización, y en cuyo caso la invasión de los tejidos proximales podría hacer peligrar el éxito operatorio. Repetimos: la probabilidad de la cura radical está en razón directa de la precocidad del diagnóstico, y en cuanto al tratamiento, confirma el viejo aforismo de que en cirugía de tumores, la más conservadora es aquella que saca más, y nosotros añadiríamos *que saca más precozmente*. En la mayoría de los libros el cáncer del colon descendente está englobado con el epiteloma del ansa

omega, o tratado sumariamente entre las causas de obstrucción intestinal.

Cierto es que la neoplasia concluye por traer la obstrucción, pero es necesario no llegar a que ésta se efectúe para posar el diagnóstico etiológico, ya que en este caso poco, muy poco podría hacer la cirugía radical, y a lo sumo quedaría el ano contra natura o la exclusión, como recurso paliativo, pobres recursos en verdad que hacen transcurrir los últimos días del enfermo en una situación antigustosa!

Se me dirá que el cáncer del colon que nos ocupa es poco frecuente; respondería, que la falta de observación exacta y perseverante, o los errores de diagnóstico hacen disminuir su número. Cuántos casos de falsos bolos fecales, de pseudos tuberculomas, cuántas oclusiones intestinales agudas no son sino la primera manifestación sintomática en un cáncer hasta ese momento silencioso del colon descendente.

HISTORIA

La terapéutica quirúrgica del cáncer del colon se reducía hasta hace pocas décadas al establecimiento de un ano contra natura.

Ya Peyrot en su tesis inaugural ha recordado las intervenciones de Praxagoras, de Cos, de Leonidas, de Alejandría, donde podía muy bien tratarse de casos de cáncer de intestino.

Desde Littre hasta fines del siglo XVIII y los 3/4 del XIX el cáncer de intestino fué considerado como una entidad poco importante al decir de De Bovis y sólo en la práctica de las autopsias se llega a diagnosticar esta afección.

La intervención paliativa fué practicada por vez primera por el médico de Ginebra Fine, en el año 1797 sobre dos enfermos de carcinoma del colon con fenómenos de ileus.

En 1843 varias décadas antes del descubrimiento de la antisepsia de Lister, Reybaud commueve el

mundo médico con una comunicación en que relataba la resección de parte del colon descendente y de la S íliaca por cáncer, con curación del enfermo.

Según parece Richerand había practicado con mal éxito, pero con anterioridad, una operación análoga. La intervención malgré el éxito fué condenada por la Academia y hoy hemos de darle razón.

Fué, indudablemente, una operación feliz llevada a buen término en esa época por la coexistencia fortuita de una serie de factores que seguramente no se hubieran presentado si la operación se hubiera repetido en otro sujeto. Treinta años después A. Despres declaraba (1874) que el tratamiento del cáncer de intestino debía ser caecado sobre el del cáncer de estómago, “es decir, que sería tan ineficaz en uno como en otro caso”.

Thiersch, en 1875, y Gussembauer, en 1877, practican la colectomía con fatales resultados. En 1883 Ballance, a pesar de las consecuencias funestas de la intervención y de los pocos datos estadísticos, tuvo sin embargo el ánimo de declarar, que la colectomía era preferible a la colostomía; concepto demasiado avanzado para la época en que se le escribió. Es a la cirugía alemana, especialmente que con Fischer, Billroth, Czerny y Mikulicz pertenece el honor del perfeccionamiento de la técnica transformando la negra estadística de sus antecesores

en una más aceptable desde el punto de vista del porvenir vital de los enfermos.

Cuando Bloch, en 1892, recogía 46 casos de resección de diferentes porciones de colon por cáncer, la mortalidad del 60 o|o habíase reducido al 20 o|o, y hoy sólo el 12 o|o de los enfermos tiene un desenlace fatal.

La cifra de 12 o|o es bastante baja con relación a la gravedad de la intervención, tanto más si se tiene en cuenta que el éxito operatorio es bastante duradero, prolongando la vida del paciente 2, 3, 4 ó más años. Es de esperar que estas cifras se reducirán más aún, y que en tiempo no lejano se acercará a 0 o|o.

Es de todo punto interesante el estudio de la frecuencia del cáncer del colon total con relación al resto de las localizaciones cancerosas de la economía.

El cuadro siguiente, extractado de De Bovis da una idea exacta de ello. Si bien el porcentaje es elevadísimo para el cáncer de estómago, útero, exófago y mama, desciende desde 0,47 o|o (Maydl), hasta 5,37 o|o (Ruepp). Esta última cifra es tal vez la más cercana a la verdad e indica por sí sola la importancia de la afección que estudiamos. Sobre 268 casos de cáncer del intestino grueso publicados por Haussmann, 29 pertenecían al colon descendente. Sobre 99 casos de H. Fagge, Coupland y Morris 11 le correspondían. Por último, en 128 de una es-

tadística de Mikulicz, 4 casos son del colon que tratamos. En otro cuadro que extractamos de De Bovis están detalladas el resto de las observaciones.

SITIO	Tanchon	Leichternstein	Maydl	Maydl	Ruepp	Ruepp	Holsti
Colon e intestino delgado.....	157	35	30	52	100	20	7
Recto.....	221	143	224	48	133	15	7
Estómago.....	2403	—	—	—	2397	—	148
Utero.....	—	—	—	—	444	—	—
Mama.....	—	—	—	—	226	—	—
Exófago.....	—	—	—	—	293	—	—
Afecciones cancerosas en general.	6787	4389	6033	1360	1268	337	115
TOTAL	9118	4567	6287	1460	4861	372	282
Frecuencia por ciento.....	1,72	0,72	0,47	3,56	2,22	5,37	2,48

Hausmann, sobre 268 casos de cáncer del intestino grueso (recto exceptuado, observa:

Cáncer de la S ilíaca	100
„ del ciego	48
„ „ colon descendente	29
„ „ „ transverso	26
„ „ „ ascendente.	22

Cáncer del ileón	21
„ „ ángulo esplénico . .	10
„ „ „ hepático . .	8
„ „ yeyuno	4

Si ahora estudiamos las diferentes estadísticas desde el punto de vista de la frecuencia del cáncer del intestino, particularizándonos con su localización segmentaria, tenemos:

Mikulicz, sobre 128 casos de cáncer del intestino grueso, localiza:

Ciego	24
Colon ascendente	10
Angulo hepático	9
Colon transverso	15
Angulo esplénico	17
Colon descendente.	4
Ansa sigmoidea.	49

FRECUENCIA DEL CANCER DEL INTESTINO
CON RELACIÓN A SU LOCALIZACIÓN SEGMENTARIA

La porción del colon interesada por la neoplasia según una estadística levantada por Hilton Fagge, Coupland y Morris, era:

S iliaca	58
Colon descendente	11
Codo esplénico	7
Colon transverso	7
Codo hepático	9
Colon ascendente.	2
Ciego	4

Las estadísticas que anteceden nos demuestran que el sitio de predilección es la S iliaca (excluyendo el recto) y que luego en orden decreciente viene el ciego, el colon transverso, colon ascendente, *descendente*, intestino delgado. A pesar de todo, su frecuencia es apreciable, como puede observarse en la estadística de Haussmann.

En lo que a nosotros se refiere, el orden de frecuencia mencionado persiste, pero el colon descendente queda relegado a último término, ya que recorriendo las estadísticas de nuestros hospitales no he podido encontrar sino el caso que publico.

FRECUENCIA POR CIENTO DEL CÁNCER DEL INTESTINO
(RECTO EXCEPTUADO) SEGUN DE BOVIS

SITIO	FRECUENCIA POR CIENTO					
	Leichtenstein	Maydl	Maydl	Hausmann	Ruepp	De Bovis
Válvula ileo-cecal.....	7,4	—	—	19	33,3	7,1
Apéndice.....	2,4	—	3,4	—	—	0,9
Ciego.....	16,5	6,6	31	19	33,3	24,2
Colon ascendente.....	49	33,3	20,6	9	16,6	11,6
Colon transverso y ángulo hepático....	24,7	13,3	20,6	18,1	16,6	4,9
Colon transverso y ángulo esplénico....	—	—	—	—	—	—
Colon descendente.....	9	6,6	20,5	11,9	16,6	7,1
S iliaca.....	33,8	40	44,8	41,1	33,3	27,3

FRECUENCIA CON RELACIÓN A LA EDAD

Es con respecto al cáncer del intestino grueso que se aplica más justamente el aforismo tan conocido en Patología, que de los tumores malignos el sarcoma es de la juventud y el cáncer de la vejez y del adulto.

Sumamente raro por debajo de los veinte años, aumenta su frecuencia con el aumento de la edad.

El sarcoma es propio de la edad de las evolu-

ciones y del crecimiento; el cáncer pertenece a la época de los involuciones. El siguiente cuadro prueba lo que afirmamos en las líneas antecedentes. Pero es menester decirlo, que lo que antes era raro se hace ahora más frecuente, y la observación diaria demuestra que el cáncer va siendo cada vez más común entre los 20 y 40 años, quizás porque los medios de diagnóstico son más avanzados, quizás por una especie de evolución inversa, cuya causa es imposible discernir.

FRECUENCIA DEL CÁNCER DEL INTESTINO GRUESO
CON RELACIÓN A LA EDAD

E D A D	HAUSSMANN	DE BOVIS
0 a 10 años	5	—
11 » 20 »	4	5
21 » 30 »	24	30
31 » 40 »	38	73
41 » 50 »	46	113
51 » 60 »	51	103
61 » 70 »	31	41
71 » 80 »	16	4
81 » 90 »	2	2
Desconocida	2	29
Totales.....	217	400

Se afirma que el carcinoma es más frecuente en el hombre que en la mujer, y en general es cierto.

Sobre una estadística de 244 casos presentados por Hausmann, 125 eran en el hombre, y 119 en la mujer.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

He creído conveniente suprimir el capítulo referente a etiología por no existir al respecto sino teorías e hipótesis más o menos aceptables (ninguna está debidamente probada) y no constituir, por otra parte, la finalidad de la presente tesis.

Entre las causas predisponentes del cáncer del colon, además de la edad, se admiten la colitis y todas aquellas afecciones que traen como consecuencia el estacionamiento de las materias fecales en el intestino grueso, trayendo como resultado lógico la irritación permanente de las tónicas digestivas y su degeneración consecutiva hacia el proceso hipertrófico neoplásico.

Se me objetará de que porqué todos los colíticos no son cancerosos; indudablemente, debe intervenir aquí un factor determinante que hasta el presente se nos escapa, pero es indudable, que entre los colíticos es donde se reclutan los candidatos más seguros al cáncer del colon.

SINTOMATOLOGÍA

Si exceptuamos el cáncer del intestino delgado, por su poca frecuencia, podemos reducir a tres tipos clínicos principales las neoplasias epiteliales del intestino grueso y por ende del colon descendente.

El profesor De Bovis, en una notable publicación hecha en el año 1900 en la *Revue de Chirurgie*, hace una división en tres tipos tanto más necesaria cuanto que corresponden a entidades completamente características por su sintomatología especial.

En efecto; no todos los cánceres tienen síntomas iguales, aunque el sitio de localización sea el mismo, y esta diferencia en su expresión clínica depende de una serie considerable de factores, individuales los unos, de orden dietético otros, y del tumor mismo la mayoría.

No evolucionará de igual manera ni tendrá iguales síntomas, un carcinoma lateral escirro en un sujeto adulto de hábitos moderados en su dietética que un neoplasma anular a forma encefaloide

en un viejo gastado por la edad y los excesos. Podemos dividir el estudio del cáncer del colon en tres períodos: 1) Período de iniciación o de debut. 2) Período de estado o período de las complicaciones. 3) Período final o de desenlace.

A su vez y siguiendo el criterio expuesto por el profesor De Bovis consideraremos en el primer período tres tipos principales:

- I. Tipo de latencia absoluta o relativa.
- II. Tipo oclusivo.
- III. Tipo gastro-intestinal.

TIPO DE LATENCIA ABSOLUTA Ó RELATIVA

En tesis general, el cáncer del colon es el que quizá presente en mayor grado la particularidad de poder permanecer más largo tiempo sin ser diagnosticado. Es, en la mayoría de los casos, muy lento en su exteriorización sin tomática y evolutiva.

De aquí que su latencia relativa (la absoluta es difícilmente aceptable) se manifieste por ligeros trastornos del lado del intestino, síntomas locales poco llamativos en apariencia: constipación, a veces ligeros cólicos con gorgoteo, o una vaga sensación de pesadez en la región correspondiente.

Al final la constatación del tumor hasta ese momento silencioso, permite afirmar el diagnóstico.

TIPO OCLUSIVO

La oclusión aguda o sub-aguda con su cortejo de síntomas: timpanismo, vómitos, detención de gases y materias fecales, hipo, constipación, etc., es rara de observar.

Mucho más frecuente es la oclusión progresiva (obstrucción) producida por el crecimiento paulatino del tumor, que borra la luz del intestino en un sitio dado, acumulándose las materias por encima del obstáculo.

La oclusión aguda debe reconocer indudablemente como origen, un espasmo de las fibras enfermas, cuyo punto de partida es a veces un simple cambio de régimen en la alimentación del paciente.

Estas crisis de oclusión son muy variables en su duración, pudiendo ceder al cabo de pocos días como prolongarse por semanas enteras y aún por meses, como en un caso observado por Cooper-Forster.

TIPO GASTRO-INTESTINAL

El primer caso clínico que sirvió para escribir este modesto trabajo, pertenece a este tipo.

Es de observación común y en la historia de los enfermos es frecuente encontrar los síntomas característicos. Podemos resumirlos en dolor, constipación, diarrea, disturbios dispépticos, melenas, y los generales de la caquexia cancerosa.

El dolor es frecuente, casi diría constante; su localización varía según el sitio del neoplasma, y su intensidad es sumamente variable. Es común que los enfermos se quejen de dispepsia, que se digan enfermos del estómago, que tengan náuseas, eructaciones agrias, mal gusto bucal, diarreas frecuentes alternadas con períodos normales o de constipación rebelde, con deyecciones dolorosas, frecuentemente hemáticas, con glaires y estrías mucopurulentas o mucosidades análogas a las de la colopatía mucomembranosa, etc., etc.

Conjuntamente con todos estos síntomas de orden local aparecen aquellos generales, que son el cortejo obligado de la intoxicación cancerosa y el enflaquecimiento, la palidez pajiza, la anemia sanguínea, la hemoglobinemia, la astenia, la irritabilidad nerviosa, y por último, los edemas y la caquexia final.

Para terminar queda el síntoma evidente: el tumor. No siempre es factible hacer el diagnóstico etiológico al constatar un tumor local en vientre, pero el conjunto clínico del enfermo decidirá en la duda.

PERIODO DE ESTADO

Podemos dividir la sintomatología de este período en dos grupos: síntomas funcionales, y síntomas objetivos, siendo de advertir que es en este período especialmente donde se producen con más frecuencia las complicaciones; de aquí que lo háyamos designado también con el nombre de período de las complicaciones.

Es por lo común largo, con duración variable naturalmente según la resistencia orgánica del enfermo, y presentando tal variedad de síntomas que bien puede servir de base a una clasificación sintomática como la hace De Bovis.

Pueden observarse cánceres del colon descendente, con el síndrome de constipación; por el contrario, suele verse el tipo diarreico, el alternante que no es sino una combinación de los dos anteriores; los obstruidos, otros en que el dolor es el signo predominante, y por último, aquellos en que los trastornos son tan ligeros, que a un examen clínico superficial entrarían en el cuadro de una dispepsia crónica.

Añadiríamos, pero tan solo por vía de excepción, los negativos u objetivos en los que un examen accidental revela la presencia de un neoplasma silencioso hasta entonces e ignorado por el enfermo.

El tipo constipado es el que más frecuentemente se observan: un 37 a un 40 por ciento le pertenece.

Luego vienen los alternantes con un 20 o|o. El resto se reparte entre los dispépticos y objetivos. Es de observación común que los enfermos del primer tipo sean progresivamente constipados, y que necesiten para evacuar su intestino el uso repetido de una serie de purgantes, o de enemas.

Las crisis cólicas y el tenesmo constituyen una mortificación casi constante para estos enfermos. El dolor que las acompaña no es sino la manifestación subjetiva de oclusiones intestinales atenuadas, y es común observar que vayan acompañadas de náuseas, gusto fecaloideo, aliento fétido, etc.

Si bien es cierto que este período es sumamente largo, no lo es menos que concluye lentamente con el enfermo en su parte física y moral. Enflaquece, se anemia, y su astenia corporal, marcha a la par con su astenia psíquica: el sueño es irregular, ligero, el enfermo es presa de un eretismo nervioso especial que Konig llama con toda propiedad "dispepsia estercoral" y que no es sino el resultado de la doble intoxicación neoplásica y coprostásica del organismo.

Y en efecto estos trastornos desaparecen momentáneamente por la administración de un purgante, repitiéndose cada vez más intensos cuando sus causas originarias vuelven a coexistir.

Los alternantes son aquellos en que las crisis de obstrucción, son seguidas de una crisis de diarrea; su sintomatología, es análoga a la de la tuberculosis intestinal.

La intensidad de los dolores en estos casos es tal, que pueden simular a veces el tipo apendicular, o revestir el carácter subintrante. Cuando el peristaltismo y los esfuerzos del enfermo, consiguen vencer la resistencia del obstáculo, los gases primeramente en un gorgoteo sonoro, y las materias fecales después, pasan formando una verdadera defecación por regurgitación, a la que sucede una debacle diarréica.

En los diarreicos, es común encontrar síntomas añadidos: hemorragias, (ya en forma de estriaciones, o de verdaderas pérdidas profusas de sangre) y hasta la lienteria: frecuentemente hay comunicación fistulosa del intestino delgado con el colon en estos casos.

El tipo doloroso como su nombre lo indica posee por característica, la particular agudeza del dolor. El enfermo procura calmarlo en toda forma, sea acostado sobre su vientre, sea relajando sus músculos abdominales. Variable en cuanto a intensidad, no lo es menos en cuanto a su sitio pudiendo observarse dolores paradójales por la situación del mismo con relación al sitio del tumor. Contraria-

mente a lo que pudiera creerse las deyecciones no suelen presentar nada de particular.

El tipo dispéptico, por la vaguedad de sus trastornos, se presta a menudo a la confusión, y no es el primer caso, en que un enfermo es diagnosticado como un dispéptico crónico y solo, muy tarde, cuando ya el mal ha avanzado demasiado, cuando el tumor es palpable, se cae en la cuenta de que toda la sintomatología dependía de una neoplasia latente, tardamente objetivada, pero cuya apariencia sintomática no correspondía a la lesión que estudiamos. En resumen como muy bien dice Okinzyc en su tesis del doctorado: “Il faut donc penser a un tumeur intestinal et y penser toujours en presence d’ un malade qui maigrít et qui presente des troubles digestifs”.

DEYECCIONES

Dada la situación del tumor en pleno intestino, es raro sin embargo, que transcurra su latencia hasta no producir algún trastorno en el orden evacuante del enfermo, ya consistan en pequeños disturbios frecuentemente repetidos, crisis de diarrea, deyecciones mucopurulentas, etc., algo hay siempre que orienta al médico.

Casos hay en que se han observado verdaderas hemorragias, pus, mucosidades glerosas; son casos raros ya que la mayoría de los enfermos no recuerda haber visto en el aspecto físico de las materias fecales nada que llame su atención.

TUMOR.—Las neoplasias del ciego, de la válvula ileo cecal, del colon ascendente, son en general voluminosas. En cambio, las del colon descendente, son pequeñas por lo común, del tamaño de una nuez de una manzana o de un puño; bien entendido que a este respecto todo es relativo, y depende de la

edad del tumor, de su rapidez de evolución subordinada en este sentido a su constitución anatómo-patológica etc.

Su superficie, rara vez es lisa, casi siempre desigual y verrugosa; su consistencia compacta; su forma variable, redondeada o cilíndrica, sin guardar relación con el sitio de implantación y de desarrollo. Y es de advertir, ya respecto de la forma como respecto del tamaño, que más de un error en su apreciación puede cometerse, dado que la exploración física del tumor está dificultada frecuentemente por el meteorismo y la tensión exagerada de las paredes musculares.

Fácil es comprender, que en estas condiciones, la palpación se hace muy difícil o imposible variando los resultados del examen de un momento a otro, y favoreciendo el error al querer posar un diagnóstico, exacto basado en la interpretación defectuosa que tiene forzosamente que resultar de un examen imperfecto. Por otra parte, por encima del obstáculo, el intestino hipertrofia sus tónicas para vencer la estenosis; las adherencias de origen inflamatorio pericólicas se unen a la masa neoplásica para aumentar su tamaño, aparente y alterar su superficie y su consistencia.

Si se percute el tumor es muy raro encontrar matitez acentuada, sólo una sub-matitez, o un sonido sub-timpánico es lo que se percibe. Es pues de

seable que en la medida de lo posible, el examen de estos enfermos se haga bajo anestesia y después de haber procedido a la evacuación del colon mediante un purgante o un enema, ya que el estancamiento de las materias fecales en el ansa aferente, es también una causa de error, que hace percibir el tamaño aumentado del tumor.

Konig, Lardennois, Paul, Carlson, citan casos de verdaderos tumores fantasmas, en que la acumulación de materias, hacía aumentar, cambiar de sitio a la neoplasia, y las evacuaciones, los hacían desaparecer o disminuir.

Más todavía; aún en plena posesión visual y táctil del tumor después de laparotomía, es factible confundirse como en el caso citado por Czerny, en que habiéndose diagnosticado un cáncer del colon transverso, la autopsia demostró que se trataba en realidad de una contracción persistente del intestino sobre scybalas endurecidas.

Movilidad.—Constituye un carácter de los tumores del colon descendente; fácil al principio cuando el tumor no ha adquirido vinculación con los órganos vecinos, permitiéndole su meso cuando existe un desplazamiento más o menos considerable según su longitud. Por otra parte, el peso mismo de las materias acumuladas en el ansa aferente, actúa sobre las adherencias normales retro cólicas,

disminuyendo su resistencia. De la movilidad del tumor, no debemos deducir que sea una lesión local en el momento del examen, ya que bien puede el tumor ser desplazable y haber sin embargo, siembra neoplásica en el epiplón o en el mesenterio. El primer caso de la presente tesis era fácilmente movable pudiendo describir un arco de círculo con el tumor.

Por último: pensaríamos mal, si se pretendiera deducir de una manera absoluta del sitio aparente indicado por la palpación, el sitio real del epitelio-ma.

El tacto rectal preconizado como medio de aclarar dudas no vale sino en el cáncer del recto. El colon descendente no es susceptible de ser palpado, pero es bueno practicar el tacto rectal ya que puede haber metastasis en este órgano que no es posible percibir las por la palpación abdominal.

Adenitis.—No es frecuente; en nuestro primer enfermo había sin embargo, adenitis inguinal superficial bien marcada del lado izquierdo; no había Troisier.

Hemorroides.—En caso de coexistencia con un tumor del colon no hace sino traducir el estasis del plexo hemorroidal debido a la constipación crónica no constituyendo por consiguiente un signo clínico de valor, a menos que los paquetes hemorroidales tengan una apariencia francamente neoplásica.

Signos generales.—Si bien es cierto que el cáncer tiene una sintomatología general clásica, no lo es menos que en el cáncer del colon es lenta para manifestarse siendo la intoxicación neoplásica sumamente paulatina, y no siendo dable observar los casos de caquexia rápida que se ve en los carcinomas del estómago, del hígado o útero. La especial disposición de las vías linfáticas a nivel del colon descendente, y su pobreza explican por lo menos en parte, la lenta progresión del tumor y su débil poder caquetizante.

Hay otro factor todavía, y es que el enfermo, tratando de retardar lo más posible sus crisis de obstrucción, como poco y se debilita progresivamente: es lo que De Bovis llama con toda propiedad, “caquexia de famelismo”.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La sintomatología del cáncer del colon descendente, es profusa; el conjunto de signos físicos y funcionales es considerable, y a pesar de todos los medios de examen clínico y de laboratorio, casos existen en la literatura médica, que solo fueron diagnosticados en la sala de autopsia: tan poco notable para el enfermo eran sus manifestaciones, que sobrellevó el tumor en su intestino en completa ignorancia personal, por verdadera latencia del neoplasma, que no expresando su presencia en lenguaje doloroso u obstructivo, solo hablaba con los términos generales de la intoxicación cancerosa, desarrollando una astenia y pobreza orgánica progresiva.

Algunos acuden al médico desde los primeros síntomas; y son naturalmente los más beneficiados; sería pues de desear, el poder examinar a esos enfermos, en los intervalos de calma; se evitarían tal vez muchos errores de diagnóstico, y se salvarían muchas vidas sometiéndolos con tiempo al trata-

miento que permitiera su intervención radical y curativo, ya que sabemos perfectamente, que no es lo mismo intervenir por cáncer del colon descendente en un paciente en estado de obstrucción o de oclusión aguda que en período de reposo del tumor.

Los riesgos en el primer caso son por razones obvias considerablemente aumentados. En caso de oclusión aguda el diagnóstico es difícil, ya que el meteorismo impide el examen. En caso de latencia, el diagnóstico es más fácil.

Pasemos ahora una breve revista a los principales signos de orientación: Ya hemos dicho que la edad constituye un signo de relativa importancia pero nada más. Es claro que entre un joven y un viejo con un tumor del colon descendente, y con el resto de la sintomatología de acuerdo en ambos casos, pensaremos en cáncer en el anciano con más razón que en el joven.

La anamnesia: ésta debe ser lo más completa y minuciosa posible: solo así es dable despistar la presencia de un carcinoma poco expresivo, ya que como lo hemos dicho en las consideraciones generales y no nos cansaremos de repetirlo: el éxito de la colectomía está en razón directa de la precocidad del diagnóstico. A los signos que ya hemos citado al tratar de la sintomatología, agregaremos los siguientes:

- 1) La investigación de un meteorismo local

más o menos constante, (signo de von Wahl). 2) Movimientos peristálticos localizados, (signo de Boas). 3) Los borborigmos y gorgoteos. 4) El examen físico y repetido del colon, facilitado por la posición de Trendelemburg. 5) La insuflación del colon por vía anal. 6) La rigidez especial del intestino. 7) La endoscopía recto-cólica. 8) El sondaje del colon. 9) La radiografía. 10) La investigación de fragmentos neoplásicos expulsados espontáneamente, o por biopsia. 11) Las reacciones de laboratorio.

Debemos insistir, en especial sobre algunos: La rigidez del intestino grueso tiene según Okinzye, importancia particular: ella es espasmódica, intermitente, segmentaria y dolorosa. “Su exageración y su extensión al resto del colon, desemboca a una verdadera tetanización del intestino, que podría ser el indicio de una próxima oclusión: es el último esfuerzo de un músculo que agoniza, y el primer prodromo de la asistolia intestinal”.

Esta rigidez como dice Lanz, es debida al hecho que la onda peristáltica directa hacia el ano, empuja el contenido contra el punto estenosado, mientras la porción del intestino que se contrae, asume la forma de un saco tenso.

Cuando la onda peristáltica ha pasado, le sigue el relajamiento, y los líquidos retornan dentro de la bolsa dilatada. Esta alternancia de flujo y de reflu-

jo, esta especie de rigidez tetánica de algunas ansas por encima de una oclusión es lo que se encuentra descrito en los textos alemanes bajo el nombre de "darmsteifung".

W. Meyer, basado sobre este signo particular, que se revela subjetivamente por cólicos y objetivamente por la rigidez a la palpación o la percusión débil de la parte correspondiente de la pared abdominal; W. Meyer decía, ha publicado 11 casos de carcinoma del colon que presentaban este signo y una particular fetidez de las materias fecales. El valor de la telangiectasia y de los papilomas de la pared cutánea del abdomen, la Acanthosis nigricans, considerada por el mismo Meyer como de valor diagnóstico positivo, debe descartarse, según las últimas investigaciones de Leser.

Los cólicos dolorosos, frecuentes antes y durante las crisis de obstrucción, aumentan de gravedad y de frecuencia con su repetición, y son por lo general más manifiestas, después de un error o abuso dietético. Pero a veces, las crisis se mantienen leves y pasajeras de modo que la primer señal de alarma es dada por el estallido de un íleus agudo.

Alguien ha mencionado también que podría contribuir al diagnóstico, el examen de las materias fecales con el fin de encontrar pequeñas partículas cancerosas, como pasa con el sondaje del exófago en estado de estenosis neoplásica, y en el cual la punta

de la sonda, suele arrastrar algún fragmento. Evidentemente, si en la afección que estudiamos, se hallara alguna vez aunque fuera una pequeña porción de masa cancerosa, el diagnóstico no dejaría lugar a dudas, pero por desgracia, no hay conocimiento de que esto se halla observado.

Debemos pues, darle más importancia, a la sangre, al pus, o a las mucosidades glerosas, con el fin de informarnos respecto al estado del intestino. Si a estos detalles agregamos, los signos generales de la intoxicación, añadidos a los de la estercoremia, ya tendremos una vía para dirigirnos fácilmente hacia el diagnóstico final. Entre todos los síntomas, locales y generales solo hay uno que es decisivo, y a esta palabra deberíamos anteponerle todavía otra: casi decisivo: el tumor. Suele ser tardío en su aparición, a la palpación; y es que esta solo vale para los casos de cierto tamaño.

Para felicidad del enfermo, y satisfacción del cirujano, no se aplica a los tumores del colon descendente la regla que rige para los tumores del estómago: cuando el cáncer es palpable, es cáncer inoperable. Si esta máxima, (podríamos decir regla invariable) tuviera su aplicación en el cáncer del colon, es posible que la cirugía radical no tuviera razón de aplicarse en este segmento del tubo digestivo. En efecto: la mayoría de los casos; por no decir la totalidad de los cánceres del colon son diag-

nosticados en presencia del tumor; *pero no es necesario* que este se muestre para recién entonces poner la firma al diagnóstico.

La recto-colon copia puede suministrar datos decisivos, en casos de cánceres de la S. Yliaca, con invasión de la porción inferior del colon descendente: sólo así ya que la longitud de los tubos es mucho menor que los segmentos a examinar.

Las reacciones de laboratorio como medio de investigar la presencia de tumores por los ante cuerpos que circulan en la sangre: Abder, Halden, etc., no creo que constituyan una solución para el diagnóstico; hasta casi les negaría que sirvieran como punto de partida para apoyarlo. El laboratorio es bueno: pero creo que la clínica es mejor. Hasta hoy por lo menos, debemos pedirle al laboratorio, lo que humanamente puede y debe dar. Pidámosle que nos aclare dudas y no que contribuya a aumentarlas.

En un futuro no lejano, tal vez estas palabras no tendrán razón de ser: por el momento, me parece que no debemos prestar fé a las reacciones de laboratorio que con diferentes nombres circulan para el diagnóstico del carcinoma humano. Por último, creo que como medio de aclarar dudas es menester dedicirse por la laparotomía exploradora en muchos casos. Ella no daña al enfermo, contribuye a salvar su vida si el tumor es susceptible de extirpación.

Hablaremos más extensamente de ella al tratar del tratamiento.

Hecha la acentuación de los signos principales en que debemos sentar el diagnóstico, pasemos a analizar las diversas afecciones con las cuales puede confundirse. Ante todo se me ocurren dos preguntas obligatorias. ¿Se trata de un tumor del colon descendente? y ¿qué clase de tumor es? Procuremos resolver las dudas en los diferentes casos:

1) Con las afecciones que presentan como el cáncer, un tumor. 2) Con el carcinoma o con tumores de órganos vecinos. 3) Con órganos ectópicos.

PRIMER GRUPO

Bolo fecal.—No constituye sino un caso de obstrucción crónica; más común en la mujer que en el hombre, y particularmente en los histéricos y alienados. Los antecedentes del enfermo con respecto a su etiología son decisivos: constipación prolongada, con aumento rebelde y progresivo; con timpanismo del abdomen y movimientos peristálticos visibles a través de las paredes intestinales; si la obstrucción se pronuncia, el vientre se hace doloroso y aparecen los vómitos que pueden llegar a tener carácter fecaloideo.

El signo característico es el tumor pastoso que guarda la impresión del dedo, (godet de los franceses). La parálisis del intestino constituye una finalidad común del bolo fecal. Por último el tratamiento evacuante prolongado y repetido mejora sus síntomas y cura estos enfermos.

Tuberculoma del colon.—La localización a nivel del colon descendente es rara. El bacilo de Koch cuando ataca primitiva o secundariamente el intestino grueso lo hace con preferencia en el ciego, y al contrario del cáncer, infiltra con una rapidez mayor el epiplón y el meso ciego cuando existe, trayendo como consecuencia un empastamiento difuso, debido a la peritiflitis.

De aquí la poca movilidad anatómica (por ausencia de meso) y clínica (por la rápida infiltración) que hacen que el ciego se fije a la pared desde el principio.

El cáncer, es móvil en mayor grado; la invasión proximal es tardía: el cáncer del colon descendente es el menos canceroso del organismo. El epiteloma tiene límites más netos, más a pico diría con superficie boselada e irregular. En el caso que hubiera fístula, la presencia del bacilo de Koch en el pus o en las materias fecales define el diagnóstico.

No hay que olvidar el examen general del enfermo, ya que en la mayoría de las veces es factible

encontrar los vértices tomados no siendo la tuberculosis del intestino sino una localización secundaria. Por último, el cáncer no da fiebre, a menos que haya supuración, o flemón adyacente; en cuanto a la tuberculosis, ya sabemos que siempre se expresa con una pequeña alza vespertina, a veces a tipo invertido, o en otros casos a grandes oscilaciones. Hay que convenir sin embargo, en que a veces solo define las dudas el examen histo-patológico.

Invaginación.—Constituye más bien una complicación del cáncer del colon, que una entidad mórbida aparte. Las melenas, las glaires, son más frecuentes que en el cáncer sin invaginación. Los dolores son de intensidad especial, violentos, en forma de crisis agudísimas. Pero es del tumor mismo de donde se sacan la mayoría de los datos; advirtiendo sin embargo, lo que ya hemos dicho a propósito de ciertos cánceres, que aumentan o disminuyen de tamaño aparente según el estado de vacuidad o repleción del intestino; tumores, que podríamos designarlos con el nombre de “tumores, en acordeón”, si es que es posible usar aquí esta expresión sancionada por la clínica para la congestión hepática por lesión valvular especial.

El tumor, en la invaginación cólica, concomitante o no con un cáncer del mismo órgano, posee también la particularidad de la variación de volú-

men y de la erraticidad, carácter este último, que comparte también el sitio de la invaginación. En efecto: la porción del intestino en que se palpa la invaginación, está lejos de coexistir con su sitio real.

Actinomicosis. — Ataca de preferencia al ciego; faltan por lo común los trastornos intestinales; la infiltración tiene una dureza leñosa; tendencia a invadir las paredes abdominales y abrirse al exterior. La presencia de las granulaciones amarillas características en el examen del pus que se escurre por los trayectos fistulosos, define el diagnóstico.

Sifiloma del colon descendente.—Las estenosis sifilíticas pertenecen más bien al recto y son raras a nivel del colon. Es natural suponer que si hay antecedentes en el enfermo y aun en la duda, debe practicarse la reacción de Wassermann, (aquí es útil el laboratorio) y en caso positivo hacer un tratamiento apropiado, pero en tesis general, el diagnóstico diferencial con esta afección no trae dudas inquietantes. La anamnesis y el estado general contribuyen a disiparlas.

Cuerpos extraños.—Solo a título de completar el cuadro de diagnósticos diferenciales, pueden incluirse los cuerpos extraños. Raros son los que se introducen por vía bucal; carozos o núcleos de cere-

za, que luego son el sitio de una obstrucción, además de los fenómenos inflamatorios concomitantes; más raros todavía son los que penetran por vía anal, por accidente o con fines bochornosos.

El diagnóstico se basa en la anamnesis, en la ausencia de enflaquecimiento y caquexia, en los fenómenos agudos de obstrucción, si se produce el enclavamiento del cuerpo extraño, etc.

SEGUNDO GRUPO

Diagnóstico diferencial con cánceras y tumores de los órganos vecinos

Tumores de las paredes abdominales.—El diferente plano en que están situados, es suficiente para establecer su diferenciación; pero cuando el proceso neoplásico en su crecimiento paulatino ha ido extendiéndose hasta unificarse con las paredes ventrales, entonces el diagnóstico puede prestarse a una confusión pasajera. En efecto, no hay sino que palpar profundamente, y se observará que la tumefacción, progresa y se arraiga hacia el fondo izquierdo de la cavidad abdominal. Por otra parte los trastornos del lado intestinal, que son la regla en el cáncer del colon, y los signos generales ayudan a dilucidar la duda.

Tumores del bazo.—La tumefacción es más elevada; a menos que haya tumor en bazo móvil; el dolor y los tironeamientos tienen otro sitio; la matitez esplénica está aumentada; la percusión del tumor, no da, la semi-matitez o la semi-sonoridad del cáncer del colon. Los trastornos del aparato digestivo son nulos y solo por compresión, pueden dar una apariencia lejana de neoplasma intestinal.

Tumores del mesenterio y del epiplon.—Es probablemente el diagnóstico diferencial más difícil. Como se ve no es sino cuestión de sitio y esto es tal vez lo más dificultoso. En general son más voluminosos y no se acompañan de disturbios intestinales ya que son extra cólicos, pero, cuantos cánceres del colon, evolucionan sordidos y silenciosos, sin dar ninguna muestra objetiva ni funcional de su presencia!

Tal vez la ascitis, frecuente cuando la serosa está tocada, ascitis pequeña en cantidad pero de calidad hemorrágica quizá fuera esta si se constata un signo diferencial. Podríamos agregar, una mayor movilidad, una mayor matitez, pero estos términos de más y de menos son de tan difícil apreciación y sobre todo tan individuales.

TERCER GRUPO

Organos ectópicos

Bazo móvil.—No es un órgano que se ectopie con facilidad; su observación clínica es rara. La ausencia de matitez en la celda esplénica en caso de desplazamiento; la ausencia de disturbios intestinales; la mayor movilidad del tumor, y su reintegración a su sitio habitual, pueden servir de diferenciación. Añadamos la forma típica del bazo ectópico con su borde anterior crenelado característico, su superficie perfectamente lisa, su matitez absoluta, etc.

Riñón móvil.—Los signos que damos de diferenciación para el bazo móvil, son aplicables al riñón ectópico. Podríamos señalar además, los trastornos urinarios debido al acodamiento de los uréteres, los trastornos gástricos por vía refleja, la forma del tumor en poroto con su escotadura lateral, su fácil reductibilidad, etc. Si el tumor es irregular en su forma y boselado, puede pensarse en un riñón móvil tuberculoso y neoplásico, pero en este caso, la hematuria, piuria, el dolor local, ayudarían a solventar la dificultad. Pero en clínica, los signos más absolutos en los libros, son a menudo los que condu-

cen al error frente al enfermo: no es el primer caso y para muestra vaya el citado por Tédénat, (1898) en que un paciente con piuria, hematuria, dolores renales, con un tumor reductible del hipocondrio izquierdo, trastornos dispépticos, y constipación ligera, fué diagnosticado como nefroptosis, encontrándose en cambio en la intervención, un amplio carcinoma del colon descendente. Todos los síntomas que habían conducido al error desaparecieron con la colectomía.

En páginas anteriores decía: La primer pregunta que se me ocurre al examinar un tumor del flanco izquierdo es: ¿Se trata, de un tumor del colon descendente? y la segunda: ¿Qué especie de tumor? Si la una es relativamente fácil la otra es en realidad difícil.

¿Es un cáncer? ¿Es un quiste? ¿es un sifiloma, tuberculoma, o sarcoma? Y en el caso de un cáncer que es lo que nos interesa: ¿Es un escirro, o un epiteloma encefaloide? Creo que en todos los casos, habremos hecho bastante, si diagnosticamos con certeza, un cáncer del colon descendente. Para satisfacción mayor, habría que solucionar el problema de su constitución anátomo patológica. Un tumor grande, boscado, irregular, sería un encefaloide; uno pequeño y duro, sería un escirro; son indicios: nada más.

Los datos que nos dá la palpación y todos los

medios físicos de examen, pueden estar sujetos a tantas causas de error, a este respecto, que si no fuera porque el escirro es más frecuente, casi diría, que es cuestión de suerte más que de criterio clínico, acertar el diagnóstico de la forma anátomo patológica del tumor. Y en cuanto a la diferencia entre un epiteloma y un sarcoma, el honor de su identificación le corresponde casi siempre al microscopio.

Claro es que si en un enfermo operado un año antes de un sarcoma del testículo, constatamos un tumor del colon descendente, las probabilidades están en favor del sarcoma y no del epiteloma; pero en el caso de no existir estos antecedentes. ¿Qué signos de certeza poner a contribución?

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

El cáncer del intestino grueso Dice Maydl, ataca poco el estado general, y permanece largo tiempo en estado de lesión local. Es sumamente tolerante, y no parece que tuviera apuro en caquetizar al enfermo. Podría decirse, sin temor de exagerar que el cáncer del colon descendente es el menos canceroso del organismo. Tan lento es, que se cuentan por años su evolución en algunos casos. La mayoría de las veces, se expresa clínicamente y en ocasiones de manera ruidosa.

No es la fiebre, ya que sabemos que estos neoplasmas son apiréticos y solo en su finalidad o si hay supuración suele ella aparecer. Me refiero, a la oclusión y a la obstrucción, dos síntomas que casi podríamos llamar complicaciones, porque no todos lo presentan y que es la regla observar en el período de estado del tumor. Otras veces habiendo permanecido largo tiempo silencioso y tolerante, o con muy ligeras manifestaciones intestinales, aparecen brus-

camente los fenómenos de íleus o las crisis de oclusión aguda, que repitiéndose, desembocan a la obstrucción crónica.

Constituyen, como decía Okinzye tan gráficamente, “el último esfuerzo de un músculo que agoniza, y el primer prodromo de la asistolia intestinal”.

Ambas a dos, forman como veremos al tratar del Tratamiento, dos contraindicaciones de la colectomía en un tiempo. Pero pueden presentarse una serie de complicaciones, además de las mencionadas: la supuración, la ascitis, el edema de los miembros inferiores, la peritonitis por perforación, la apertura del neoplasma en órganos vecinos, etc.

La supuración.—Cuando el cáncer es avanzado, cuando las adherencias neoplásicas e inflamatorias han aumentado el tumor, y cuando las paredes cólicas infiltradas y friables dejan pasar bacilos y pequeñas partículas fecales, la supuración bajo forma de flemón aparece, con tendencia o no a abrirse al exterior, y dando lugar a la aparición de fístulas cutáneas estercorales o pyo estercorales acompañadas de fiebre.

La invasión de la gran cavidad no se hace felizmente en la mayoría de los casos, debido al tabicamiento y defensa hecha por adherencias crónicamente espesadas. Cuando el tumor adhiere a la pa-

red, la operación por colectomía es difícil, siquiera quiera ella ser efectuada en varios tiempos; ya que no es posible hacer la exteriorización franca del colon neoplásico, demasiado adherido, y demasiado extenso. Queda sin embargo, como veremos, el recurso de la exclusión total o la entero anastomosis, íleo sigmoidea, procedimiento paliativo pero que alarga los días del enfermo.

La ascitis y el edema de los miembros inferiores.—Es un signo de invasión de la serosa o de simple irritación del peritoneo. Frecuentemente hemorrágica, como en todos los cánceres de serosa, la reacción hemolítica del suero del derrame puede ponerse a contribución para comprobarla. (Reacción del laquage de Bard).

El edema puede ser atribuido a la trombosis de los vasos femorales o poplíteos; a menudo no es sino una manifestación, de la caquexia final.

La peritonitis por perforación.—Son raras contrariamente a lo que se podría suponer; las adherencias peri cólicas la evitan, y en cuanto a las perforaciones viscerales, lo son más todavía en el cáncer que estudiamos. Pueden existir sin embargo, fístulas entero cólicas. La mayoría de los cancerosos del colon descendente concluyen en la obstrucción crónica, cuando no se los lleva una oclusión agu-

da; otros por diarrea incoercible; los menos por caquexia progresiva. Sobre 426 casos recogidos por De Bovis, 112 estaban en período de oclusión o de obstrucción en el momento del examen.

Los cancerosos del colon y los retencionistas prostáticos, pueden asimilarse; los unos, son retencionistas fecales; los otros son retencionistas urinarios. La evolución en uno y otro caso, depende del grado de estrechez, que a su vez es un factor dependiente de la edad del individuo, de su resistencia orgánica, de la edad del tumor, y de su forma anátomo patológica, etc.

Como se comprende la evolución de la afección está en razón directa del carácter predominante que tome cada uno de estos factores, en especial los dos últimos. El pronóstico, está condicionado en parte, por el momento en que se efectúa el examen y según la forma evolutiva y de estructura del tumor.

En los viejos por la edad, en los gastados por los excesos, es natural, que el pronóstico adquiera, un carácter más reservado. En aquellos que son portadores desde hace años de un carcinoma del colon, con invasión de los tejidos vecinos, la sobrevida no puede ser considerable, ni aun en el caso de intervención quirúrgica, ya que la operación radical es imposible. El sexo, es un factor de pronóstico. Todas las estadísticas están contestes en coincidir en la resultante, de que el carcinoma del intestino

grueso, es más leve en la mujer que en el hombre. Es un factor cuya causa debe averiguarse: En efecto es lógico deducir, que la mujer, en razón misma de su función genésica, con su peritoneo abierto a infecciones continuadas, blenorragicas o estreptocóccicas, acaba por inmunizar en cierto grado su serosa, fortaleciendo sus defensas y aumentando en su favor, las probabilidades en una lucha larga y tenaz contra la infección neoplásica. El peritoneo del hombre, cerrado por completo, sin inmunización previa, está naturalmente en condiciones desventajosas para una resistencia prolongada.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

La forma física del cáncer del colon descendente es sumamente variable: puede ser cilíndrico, anular, y en su situación, laterales o totales. Retengamos que, el cáncer lateral, es casi siempre un escirro, con poca tendencia a la estenosis pero sí a la invaginación; que el anular, trae la oclusión aguda o sub-aguda o la obstrucción crónica.

En cuanto a su estructura celular, podemos dividirlos como a todo cáncer en: adeno carcinoma escirro y encefaloide. El primero es lento en su progresión dada la gran cantidad de tejido fibroso, y el ahogamiento de las células cancerosas que resulta.

Según la expresión de Thiéry el cáncer anular escirro constituye una verdadera ligadura del intestino. Examinado por el lado de la serosa, se advierten algunos pliegues; su coloración es blanco grisácea; por la parte mucosa, el relieve estenosante es marcado, hasta el punto, de no dejar pasar en algu-

nos casos sino el pulgar, un lápiz, y aun menos todavía.

Al corte no dá jugo, y grita como un fibroma bajo el cuchillo.

Forma encefaloide.—Es más voluminoso en tamaño que el escirro; es también, de más rápida evolución; de forma alargada o cilíndrica, bien puede alcanzar a ocupar todo el colon como en el caso de Jesset, en que el neoplasma se extendía del ciego al ángulo hepático, o como en los citados por Haussmann, que median hasta 30 centímetros de largo.

Si no disminuye la luz del intestino hasta el grado en que lo hace el escirro, en cambio y como consecuencia de su longitud, transforma el colon en un verdadero desfiladero. La consistencia del epiteliona encefaloide es más blanda que en el escirro; su superficie es más irregular, y da al corte un jugo turbio. Visto por su cara mucosa, el aspecto que presenta, depende de la edad de las lesiones: en efecto: la mucosa puede estar sana, o apenas tocada; pueden existir pérdidas amplias de sustancia en forma de ulceraciones saniosas y sangrando al menor contacto; y pueden ser vejetantes, en coliflor, obstruyendo por completo la luz del intestino, y sufriendo después un proceso de gangrena, que haciendo desaparecer las vejetaciones, restablece hasta una nueva pousée la permeabilidad del mismo.

Decíamos que la invasión neoplásica proximal y distal, era tardía en el cáncer del colon descendente. Sabemos que su propagación se efectúa por vía linfática: debemos pues buscar en una especial disposición, la causa de esta falta de expansión. Es en parte explicable, por la forma escirrosa de la mayoría de los cánceres del colon, y en parte también por la distribución de las vías linfáticas.

En el colon lumbar izquierdo, tenemos dos órdenes de vasos linfáticos en cuanto a su situación:

- 1) Linfáticos profundos o sub-mucosos, y
- 2) Linfáticos superficiales o sub-serosos.

Los pertenecientes al primer grupo, corren debajo de la mucosa cólica; a nivel de la línea de inserción del mesenterio, atraviezan las paredes del colon, para unirse con los superficiales en el mesenterio mismo, y su reunión en este punto constituye la primera estación linfática. Luego los eferentes se arrojan en los ganglios lumbares del lado izquierdo. Los que emanan del resto del intestino grueso, después de atravesar los ganglios correspondientes, se dirigen a desaguar su contenido en el grupo superior de los ganglios mesentéricos.

Por otra parte, si recordamos que en el carcinoma escirro de la mama, el tejido cicatricial se desarrolla a medida de la invasión neoplásica, resultando por lo general un tumor benigno dentro de su gravedad, como si el tejido de defensa quisiera aho-

gar entre sus mallas las células cancerosas, no debemos extrañarnos que algo análogo pase en el intestino grueso y que el escirro de este órgano tenga los caracteres de lentitud evolutiva e invasora que lo caracteriza. En el enfermo cuya historia nos sirve de base, el análisis histopatológico del tumor practicado por el Dr. F. A. Justo, confirmó el diagnóstico.

TRATAMIENTO

Las páginas que anteceden, nos demuestran que el cáncer del colon descendente, es una afección grave, pero que su localización prolongada, y su siembra tardía son dos factores que hablan imperiosamente, en pro de la intervención quirúrgica, que suprimiendo a tiempo la causa mórbida, pocas veces fracasa, muchas veces cura, y prolonga la vida del enfermo.

Pero si la existencia del enfermo corre riesgos, es humano no aumentarlos por intervenciones inoportunas, y que no llegue el caso, de que el cirujano haga cirugía por sport, por hacer técnica personal, que justificarían las palabras de Dupuytren al morir: "vale más perecer por mano de Dios, que en mano de los hombres" .

Podemos clasificar, los procedimientos operatorios del cáncer del colon descendente, en dos grandes divisiones: Radicales y Paliativos, subordinados en su aplicación, a dos variedades tumorales:

operables, e inoperables. Entre los procedimientos paliativos, comprenderemos: el ano contra natura; la entero anastomosis, y la exclusión del intestino.

La extirpación del tumor, único método radical, puede subdividirse, según los tiempos en que se ejecuta, en:

- Colectomía simple en un tiempo.
- Colectomía en dos tiempos, y
- Colectomía en tres o más tiempos.

En la segunda y tercera división el ano contra natura, indicado como procedimiento paliativo, constituye el primer tiempo de la intervención, pero solo a título temporario.

La discusión, respecto al procedimiento de elección, ha sido y es se puede decir inagotable. Los partidarios de la intervención fraccionada o en varios tiempos, prueban estadísticas en mano, la bondad del sistema, con su relativa débil mortalidad, con la disminución de los peligros inherentes a toda intervención en un tiempo, con la sobrevivencia de los casos tratados, etc. Efectivamente, las estadísticas de la colectomía d'embrée eran tan negras hasta hace quince años, que quedó sentado en Patología Quirúrgica que la colectomía en un tiempo era una operación de excepción.

Se reconocía, sin embargo, que era el procedimiento ideal, pero que por múltiples circunstancias

no podía practicarse siempre y erigirse en sistema de elección.

La colectomía en varios tiempos constituye pues un procedimiento de necesidad. Pero, en estos últimos quince años la colectomía en un solo tiempo, es sacada otra vez de su olvido temporario: las estadísticas, son hermosas: Littlewood, Bilton Pollard, Bakés, Pauchet, Morton, Dobrowolsky, Von Haberer, de la clínica de Von Eiselberg, en Viena, Viannay, etc., la practican, y se declaran partidarios.

Pero antes de seguir más adelante, recordemos lo que decíamos en las consideraciones generales: el éxito del tratamiento, depende en un todo, de la ponderación exacta de las condiciones de la intervención: ella será en uno, dos, o tres tiempos, radical o paliativa, definitiva o temporaria *según el caso clínico, el cual debe condicionar el procedimiento.*

Para mayor claridad, en vez de dividir el colon segmentariamente, de acuerdo con los datos anatómicos, hagamos una división general en dos partes: primera y segunda porción. La una comprendería el colon ascendente, el ángulo hepático, y el colon transverso; la otra, el ángulo esplénico, el colon descendente, y el colon íleo pélvico.

No nos ocuparemos sino muy sumariamente, de la primera; ya que no constituye la finalidad de nuestro tema. En cuanto a la segunda, nos referiremos con particularidad al colon descendente. En la pri-

mera porción, es un hecho adquirido por la práctica, que las intervenciones tienen un carácter de mayor benignidad, y que la colectomía en un tiempo, es en regla general, la intervención de elección. Cavaillon, hace una división análoga en tumores derechos y tumores izquierdos; los derechos caracterizados por la circunstancia de practicarse después de la resección del tumor una anastomosis del intestino delgado con el colon restante: anastomosis benigna; y los segundos porque debe hacerse una unión colónica: anastomosis grave. Veamos cuales son los factores que intervienen, agravando la operación del lado izquierdo.

1) A medida que nos acercamos a la porción terminal del intestino, grueso, las materias fecales sufren un proceso de condensación, en su masa, debida a la absorción de agua; deshidratación que iniciándose en alto grado en el ciego, continúa acentuándose a medida de su avance. La dureza consecutiva de las masas estercorales, hacen presión sobre las suturas, poniéndolas en tensión permanente, dificultando la soldadura fisiológica de la unión, y facilitando la ruptura e irrupción de bacterios y partículas fecales en la gran cavidad.

2) La naturaleza misma de la afección que trayendo una infiltración difusa, más o menos acentuada de las tunicas por encima y por debajo del obstáculo, hace problemático el éxito de la anastomosis de los dos cabos, si la resección no ha sido del

todo amplia. Bien sabemos por otra parte, fue no es solo local la lesión, sino que existe una intoxicación general en los neoplásicos, que dificulta el buen éxito de una sutura, siquiera sea ella alejada del foco mórbido: falta de resistencia orgánica defensiva del organismo, que impide la marcha fisiológica de la unión.

3) Como consecuencia de la disposición anatómica de la segunda porción del colon, sucede a menudo una falta de aptitud conectiva, refiriéndonos al diámetro y circunferencia de los cabos a coaptar; una incongruencia terminal de los extremos a reunir. Ciertamente que este inconveniente puede ser subsanado por la técnica, pero siempre es un factor que interviene para la no consolidación exacta.

4) La falta de movilidad de los segmentos a coaptar. A veces es necesario para facilitar la unión, tirar un poco de los extremos a suturar. Ciertamente es también que la incisión del peritoneo parietal, y el desprendimiento del colon, rompiendo las adherencias conjuntivas del plano de clivaje retro cólico, facilita en alto grado esta movilización.

Fácil es comprender que en los casos en que la invasión cancerosa se ha propagado hacia atrás este clivaje es difícilísimo sino imposible. Es de advertir que en este caso, la operación radical no está indicada.

Pero todos estos inconvenientes, quedan en su totalidad subsanados:

1) Si la operación se hace lo más precozmente posible, y en colon vacío.

2) Si la colectomía se efectúa, en ausencia de crisis de oclusión o de obstrucción.

3) Si la intervención se lleva a cabo con un buen estado general del enfermo.

Pero la regla desgraciadamente, es que los pacientes procuren retardar en lo posible el momento operatorio, y solo llegan al cirujano, cuando su estado es lamentable, y que alguna manifestación aguda les ha puesto en evidencia la gravedad de su afección. Es natural que entonces ya no sea posible la cura radical en un tiempo.

Pero hay algunos que solo requieren los auxilios de la ciencia, cuando su hígado o riñón están tomados: ¿Qué tratamiento instituir en estos casos?

Aquí debe intervenir el médico y no el cirujano. Examinemos primeramente, los diversos procedimientos operatorios; veamos luego los casos clínicos posibles; y en último término, procuremos dictaminar para cada caso el criterio quirúrgico a seguir.

MÉTODOS OPERATORIOS

PROCEDIMIENTOS PALIATIVOS.—Sólo se aplican, con un fin de alivio, de prolongación de vida, y con

carácter definitivo, pero deben también usarse a título temporario, queriendo con ello facilitar la desintoxicación estercorémica, disminuir los trastornos inflamatorios peri-tumorales y locus-tumorales, distraendo de la circulación fecal el sitio de la invasión neoplásica, procurando levantar el estado general, para tentar si es posible la cura radical en un tiempo lejano, si han mejorado las condiciones mismas del tumor, y las que debe dar el enfermo como garantía de éxito. Estas operaciones son:

- 1) Ano contra natura. 2) Entero anastomosis.
- 3) Exclusión del intestino. 4) Apendicostomía.

Ano contra natura

Fué practicado por vez primera por el médico de Ginebra Fine en el año 1787.

Tratándose del carcinoma del colon descendente, puede efectuarse en rigor en cualquier sitio del resto del colon por encima del obstáculo, prefiriéndose, ya inmediatamente arriba del tumor, o en sitio alejado del mismo: casi siempre a nivel del ciego. Ahora bien: ¿Qué condiciones debe llenar un ano contra natura paliativo y definitivo? Indudablemente dos: 1) Que garantice la derivación completa de las materias fecales, y 2) Que sea con-

tinente como un ano normal. La primera requiere su localización en el ansa aferente, con formación de un espolón; la segunda la formación de un esfínter contractil. La operación es sencilla, pudiendo hacerse con simple anestesia local.

Muchos se han sublevado contra esta intervención, cuyas consecuencias, dicen, desde el punto de vista de la moral del enfermo son desastrosas.

Para mi modo de ver, esto sería lo mismo que condenar la gastrostomía o la yeyunostomía por cáncer inoperable del estómago, lo cual no puede en manera alguna admitirse.

Naturalmente que el ano contra natura no es una operación ideal, pero si se piensa que muchas veces un tumor declarado inoperable, ha sufrido una evolución feliz después de su ejecución, trayendo el reposo intestinal que procura, la desaparición de todo factor de orden inflamatorio, haciendo factible una intervención secundaria radical; si se piensa, no en la parte moral, sino en la más interesante de orden material y de sobrevida, habrá que convenir en que es una intervención previsoras algunas veces, obligada en otras, pero ventajosa siempre para el porvenir del paciente.

La operación consta de cuatro tiempo: incisión cutánea, exposición del ciego, fijación del intestino a la pared, y por último, apertura del mismo. Para evitar que la herida se contamine, puede hacerse

una derivación lejana de las materias, colocando en el ansa aferente un tubo de Paul que va a vaciar su contenido en un tanque próximo. Antes para llegar al mismo fin, se herniaba la mucosa cecal extropiándola, y así se cubría la herida cutánea.

Entero anastomosis y exclusión

Constituyen dos operaciones paliativas pero más largas y por lo tanto más traumatizantes, subordinadas en su ejecución a la resistencia del enfermo en el momento de la intervención. Se practican casi siempre en casos de inoperabilidad del tumor, pero si en principio son definitivas, pueden también ser hechas a título temporario, como condición previa de una posible intervención posterior radical. Recordemos que tanto el ano contra natura, la apendicostomía, la entero anastomosis o la exclusión, no tienen por objeto, sino el de derivar las materias, procurando poner en reposo el intestino invadido por la neoplasia; reposo que suele traer una regresión tal de los fenómenos inflamatorios, (los propios del cáncer no retrogradan); la desintoxicación del organismo y como consecuencia un levantamiento del estado general del enfermo no sujeto a la dispepsia estercoral, que hace factible en determi-

nadas condiciones, la extirpación *a posteriori* de un neoplasma juzgado hasta ese momento inoperable.

Entero anastomosis. — ¿Pero a qué procedimiento de entero anastomosis damos preferencia? ¿Se hace una unión colo cólica o se practica una íleo colostomía? La primera, está indudablemente subordinada a la longitud de los mesos. Cuando el colon transverso está ptosado es relativamente fácil abocarlo a la parte inferior del descendente o del colon íleo pélvico, pero los resultados, a juzgar por las estadísticas no son muy satisfactorios. El intestino grueso en los casos de cáncer del colon descendente, está más o menos alterado por encima y por debajo del tumor. Y no es acaso un *pis aller* como dicen los franceses, unir un intestino inflamado crónicamente a otro en las mismas condiciones?

La anastomosis del íleo al ansa sigmoidea o al recto, es preferible. Es de aplicar aquí la íleo sigmoidostomía de la cual se declara tan partidario Pauchet. La entero anastomosis como dice Okinczyc, tiene tantas mayores probabilidades de funcionar normalmente y largo tiempo, si ella se hace en tejido sano y lejos del neoplasma, evitando así en lo posible la invasión de la boca anastomótica por el tumor. Por otra parte, tiene la ventaja de ahorrar al paciente el ano contra natura. Es el argumento de Terrier en pro de esta intervención. Des-

graciadamente su ejecución no siempre es posible estando supeditada al estado del enfermo. Creemos pues preferible la unión íleo sigmoidea.

Exclusión. — Es una operación más laboriosa que la anterior y poco practicada en el cáncer que nos ocupa. Se aplica de preferencia en aquellos casos en que es difícil discernir con exactitud, la parte que corresponde al elemento neoplásico, y la que pertenece al factor inflamatorio, ya que el reposo de la porción de colon afectada es absoluto y entonces estos retrogradan fácilmente.

La entero anastomosis permite también la derivación de las materias, pero ella no es nunca completa: la exclusión la realiza totalmente.

Puede ser unilateral o bi-lateral: la primera puede realizarse seccionando el colon descendente por encima del tumor, cerrando el cabo distal y uniendo el ángulo esplénico o el colon transverso a la porción inferior del descendente o al íleo pélvico. Ya hemos dicho que la anastomosis colo cólica es grave, y por otra parte me parece mejor en estos casos hacer una anastomosis íleo sigmoidea que aunque inutilice para la función fisiológica la mayor parte del cuadro cólico, no tiene tantos inconvenientes como se le atribuye y es una intervención más rápida y menos traumatizante.

En la exclusión bi-lateral o total el colon des-

pendiente es seccionado por encima y por debajo del neoplasma como si se tratara de una resección; sus dos cabos terminales son ocluidos y se abandona el segmento en el abdomen (exclusión cerrada, que ya no se practica por los peligros que implica el dejar un ansa séptica sin abertura de comunicación con el exterior); la continuidad del intestino se restablece uniendo los dos extremos restantes.

Para evitar los inconvenientes de la exclusión cerrada se hace generalmente comunicar uno de sus extremos o los dos con la piel. Pero qué método de unión emplear? ¿Sutura o botón? Ya hablaremos de ello al tratar de la técnica de la colectomía.

Apendicostomía

Como se sabe no consiste sino en la fijación del apéndice cecal a la pared abdominal, seccionando su extremo de manera a constituir un pequeño ano contra natura.

Es Keetley que en 1894 tuvo la idea de practicar esta operación, que 8 años más tarde Willy Meyer bautizó con este nombre.

Fué practicada en vivo recién en 1902 por Weir. Indicada como tratamiento de la oclusión producida por cáncer del intestino grueso, sus indicaciones

han ido ampliándose como tratamiento de las enteritis rebeldes crónicas.

Arnaud en el Journal de Chirurgie de 1913, trata extensamente el tema y llega a la conclusión que en los cánceres de ángulos cólicos, del colon descendente, etc., la apendicostomía es preferible a la cecostomía, ya que la pequeña fístula no constituye sino una vía de derivación temporaria, y que juega en el momento de la exeresis el rol de una verdadera sopapa de seguridad.

Lapeyre de Tours, preconiza el método y Segond que fué quien la introdujo en Francia, se declara un entusiasta partidario, en los casos de cáncer del colon complicados de oclusión.

En todas las intervenciones sobre órganos abdominales es la regla observar después de la operación el desarrollo de un meteorismo molesto en grado sumo para el enfermo, y en los casos de colectomía fácil es comprender que esa dilatación post operatoria no hace sino perjudicar el buen éxito de la enterorraffía.

En el caso que constituye nuestra historia clínica, la apendicostomía se practicó no en un tiempo previo, sino concomitantemente con la exeresis del tumor.

No tuvimos que lamentar ningún trastorno post operatorio del lado del intestino; el apéndice fijado a la pared y en cuyo interior se había introducido

una sonda, funcionó admirablemente y gases y materias líquidas eran frecuentemente evacuados por su orificio.

La tranquilidad de ese colon descendente reseca-
cado en un tiempo, se debe a la apendicostomía con-
comitante?

Desgraciadamente no tenemos sino un caso y es
poco para poder sacar conclusiones, pero creemos
que a ella debemos parte del éxito.

PROCEDIMIENTOS RADICALES.—Habíamos dividi-
do las colectomías según los tiempos en que se eje-
cutan en:

(1) Colectomía en un tiempo. (2) Colecto-
mía en dos tiempos. (3) Colectomía en tres o más
tiempos. Ahora bien: ¿Qué método preferir?

Analícemos sumariamente las opiniones de los
autores que más se han ocupado de este asunto. Han
sido tan variados los resultados obtenidos, según la
época en que se efectuaron, según la técnica segui-
da, y el caso clínico tratado, que cada autor ha sen-
tado una conclusión favorable o no respecto a los
tiempos a emplearse.

Paul, Bloch, Goschel, Hoehenegg, Mikulicz, W.
Denk, y la mayoría de los autores son partidarios
de la intervención fraccionada. Okinczyc, en sus
primeros trabajos publicados en Hartmann lo es
también, pero en su publicación sobre cáncer del

colon se muestra entusiasmado con las estadísticas recientes, y cree que dentro de pocos años la colectomía en un tiempo será el método de elección. De Bovis piensa con Hartmann que la operación en dos tiempos es preferible.

Mientras que Duval, en 1902 decía a propósito del cáncer del colon íleo pélvico. "Las intervenciones en varios tiempos, con sus maniobras de seguridad son inútiles, gracias a los progresos de la cirugía", tres años después, (1905) Cavaillon en su tesis sacaba como conclusión. "Las operaciones en dos tiempos, dan excelente resultado. La operación más segura, parece ser la operación en tres tiempos". Hoy volvemos a la primera opinión, en parte salvados los inconvenientes primitivos, pero es bueno recordar, que el entusiasmo demasiado excesivo de algunos cirujanos, ha hecho arriesgar más de una vez la vida de los enfermos.

Bilton Pollard y Morton en (1904), Pauchet (1905), Bakés (1906), Dobrowolsky (1910), Von Haberer de la clínica de Von Eiselberg de Viena (1909) y Viannay (1912), son netamente partidarios de la colectomía en un tiempo. Y hay que convenir que las estadísticas que presentan, deducidos los casos de muerte no imputables a la intervención, les son sumamente favorables.

Pero es bueno mencionar, que en la mayoría de los casos así tratados, el diagnóstico había sido rela-

tivamente precoz, y que esos mismos autores, no vacilaban en presencia de un enfermo en oclusión u obstrucción, en practicar previamente un ano contra natura, para intervenir posteriormente haciendo la exéresis del tumor. De aquí pues que si a un análisis superficial, hay divergencias, no la hay en el fondo, pudiendo sentar como noción adquirida, que no debe operarse por colectomía en un tiempo, a los pacientes portadores de un cáncer del colon en períodos de oclusión aguda o de obstrucción crónica. Es tal vez la colectomía en varios tiempos una operación menos brillante, pero constituye una necesidad y como tal debe aceptarse.

Las estadísticas de los que colectomizan en un tiempo, son susceptibles de una crítica, a causa de que sus autores acumulan en su favor las colectomías practicadas sobre el colon ascendente, ángulo hepático, etc., es decir sobre el colon derecho donde sabemos que a causa de su mayor benignidad la intervención en un tiempo es la operación de elección. Por otra parte, incluyen en ellas, algunos casos de colectomía por tuberculoma, que teniendo la misma sintomatología es factible de análogo tratamiento.

Es conveniente, sin embargo, no considerarlos en conjunto por su etiología diferente, por su evolución diversa, etc. Hecha esa corrección a las estadísticas y tomando en consideración solo las colectomías sobre cánceres izquierdos, resultaría una

mortalidad de 46 o|o. Y siguiendo este criterio, la colectomía fraccionada de la cual se manifiestan tan entusiasmados Cavaillon y Perrin, sólo daría un 26 por ciento de casos fatales.

De cualquier modo que sea y sin ser tan desmenzadores como Cavaillon y Perrin, hay que convenir en que las que presenta B. Pollard entre otros son sumamente satisfactorias. En mi modesto criterio, las discusiones respecto a la preferencia por uno u otro método operatorio no tienen razón de ser. La sistematización obstinada sobre un determinado procedimiento operatorio, no me parece loable. No es el enfermo quien debe adaptarse a una determinada intervención quirúrgica, sino que es el cirujano quien debe adaptarse al enfermo; es *el caso clínicamente considerado quien debe condicionar la intervención.*

Todo el mundo está de acuerdo en que el procedimiento ideal es la colectomía en un tiempo, pero para llegar a ella son condiciones indispensables: la precocidad del diagnóstico, la ausencia de fenómenos graves de oclusión o de obstrucción, y un estado general del paciente que soporte la intervención, es decir, la coexistencia de una serie de factores que desgraciadamente no se encuentra sino raras veces. De aquí que se diga: la colectomía en un tiempo es un procedimiento de excepción; la colectomía fraccionada es un procedimiento de elección.

Yo creo que no hay que generalizar en esa forma, sino que tanto la una como la otra tienen sus indicaciones perfectamente definidas por el conjunto clínico del enfermo. No hay en esto sino una cuestión de momento de diagnóstico.

Veamos ahora que condiciones deben concurrir para poder decidir en un enfermo la operación en un tiempo.

Condiciones de la Colectomía en un tiempo

1) *Precocidad del diagnóstico.*—Es el factor fundamental y si no fuera una exigencia muy grande, sería el caso de pretender hacer la colectomía en un tiempo aun antes de que el tumor fuese palpable.

Cuando el conjunto sintomático del enfermo hiciera sospechar siquiera la existencia del neoplasma debiera practicarse la laparotomía exploradora, tan inocua en estos casos de iniciación, y que confirmando o no el diagnóstico determinarían la actitud del cirujano de acuerdo con los datos que ella le diera.

Bien entendido, laparotomía exploradora solamente en principio, de la afección ya que todos sabemos la gravedad de cualquier intervención quirúrgica en los neoplásicos avanzados.

2) *Ausencia de crisis agudas de oclusión o de obstrucción crónica.*—Son dos factores que contra-

indican la intervención rápida. La reacción del intestino que procura vencer el obstáculo, esta pre-asistolia de Okinezye, agravan considerablemente la operación en un tiempo. Si las crisis fueran muy ligeras y poco frecuentes, creo que no habría contraindicación absoluta. Tal sucedía en el enfermo que constituye nuestra historia clínica.

3) *Un estado general satisfactorio.*—Coexistiendo un diagnóstico precoz con la ausencia de crisis de obstrucción, es casi seguro que el estado del paciente debe ser satisfactorio. Pero como los dos primeros factores no se encuentran sino rara vez reunidos, es frecuente que la intervención la decida la resistencia orgánica del enfermo en el momento del examen. Y esta condición es tanto más importante, cuanto que es de rigor en toda colectomía, sea ella en uno o varios tiempos procurar levantar en cualquier forma ese mismo estado general si se quiere obtener éxito.

Demás está decir que no hay ni que pensar en colectomizar en un tiempo, en los casos en que el examen revela que el cáncer del colon no es sino una metastasis de un epiteloma vecino o de otro órgano, en los que padecen desde hace tiempo de crisis graves de obstrucción, en los metastáticos de hígado u otra vísceras, en los caquéticos, o en los

que padecen de una afección crónica pulmonar o cardiaca.

Cuidados pre-operatorios: El éxito de la operación depende de la minucia empleada: esta es una frase que se encuentra en todos los autores que abordan este tema. Pero la minucia exigida se refiere no solo a la técnica en sí, sino también a la preparación del operado, que aquí como en ningún caso debe llevarse al máximun.

La vacuidad del intestino es condición importantísima: cuanto más vacío esté tantas mayores probabilidades de buen éxito de las suturas, tantas mayores seguridades de evitar la contaminación del peritoneo, fatal si se produce.

De aquí los lavajes repetidos del intestino, los enemas y purgantes ligeros que se administran con tal fin.

Anestesia: La anestesia debe ser llevada con gran cuidado; ya que se trata de una intervención larga y delicada que en el mejor de los casos alcanza a una y media o dos horas de duración. La eliminación del anestésico se hace con dificultad en estos enfermos que en mayor o menor grado según su estado presentan alteraciones de los órganos encargados de anular sus afectos. El éter es preferible, y mejor todavía la anestesia combinada éter-cloroforno-oxígeno o éter-oxígeno, con el aparato tan completo de Roth-Draeger. Se obtiene así la utili-

zación del máximun de eficacia, con el mínimun de toxicidad y la dosificación exacta de las dosis a administrar.

Algunos llevan sus precauciones hasta un extremo admirable: no solamente hacen inyecciones de ácido nucleínico para aumentar las defensas fagocitarias, sino que en el momento operatorio colocan al enfermo en una mesa termófora, adoptando providencias extraordinarias que se justifican por la seriedad de la intervención.

Resumiendo: todas las medidas tendientes a levantar el estado general, y a precaverse de los posibles trastornos post-operatorios de la anestesia, etc., deben adoptarse si se quiere garantir en la medida de lo posible el éxito quirúrgico y la vida del enfermo.

Técnica de la colectomía en un tiempo.—La incisión debe hacerse mediana o a nivel del tumor?

La fijeza anatómica del colon decendente, pareciera a primera vista hablar en favor de la incisión sobre el neoplasma. Pero la movilidad que procura el incidir el peritoneo parietal yuxta-cólico abriendo el plano de clivaje que forma la fascia retro-cólica, hace casi innecesaria la laparotomía lateral. Solamente cuando el neoplasma adhiere a la pared debe practicarse la incisión supra tumoral.

Por otra parte hay que recordar la regla del

maestro de las resecciones: Kocker ha dicho: vale más seccionar un músculo, una arteria o una vena, que cortar un nervio. La sección de los tejidos sobre el tumor trae como consecuencia la destrucción de los filetes nerviosos que constituirán más tarde una causa de atrofia de los músculos de la pared.

En el cáncer que nos ocupa creemos preferible la incisión mediana. Abierto el peritoneo, debe hacerse la exteriorización del tumor, la cual no es posible espontáneamente dado que el colon descendente carece normalmente de meso. Pero la técnica suple la deficiencia anatómica: incindiendo el peritoneo parietal a nivel de la cara externa del colon y desprendiendo este de la pared posterior aprovechando le plano de clivaje retro-cólico facilitando así el poder llevar hasta la línea media el colon portador del neoplasma.

Si fuera necesario, se puede todavía desprender el ángulo cólico izquierdo, seccionando los ligamentos freno-cólicos. La hemorragia es pequeña y no hay que preocuparse de ella.

Todo el resto de la intervención debe ser practicada bajo compresas aisladoras, extra-abdominalmente, evitando en toda forma la infección del peritoneo. La coprostasia debe ser cuidadosamente hecha por la aplicación a distancia de los clamps de Doyen, que son los más usados y cuyas ramas protegidas hacen una compresión suficiente sin llegar a

ser peligrosa para la integridad de las tónicas intestinales.

Exteriorizado el colon y hecho su aislamiento bajo compresas, se practica la resección de la manera ordinaria, teniendo en cuenta que como dice Pouchet debe sacarse la porción neoplásica como si fuera un saco séptico, y siendo así todas las precauciones son pocas.

La extirpación debe hacerse ampliamente ya que en cirugía de tumores, la más conservadora es aquella que saca más, y como dice Bakés, ella disminuye las probabilidades de recidiva; saca en bloc junto con el tumor la masa de materias acumuladas por encima del obstáculo, y que hacen peligrar la solidez de la sutura; y por último hace posible la colorrafia sobre paredes sanas.

Si por particularidad anatómica, existiera meso colon descendente, la liberación del tumor es más fácil, ya que aunque corto le presta mayor movilidad. La resección del meso colon en todos los casos no difiere de la que se practica sobre los otros segmentos del intestino grueso que lo poseen. Resección en cuña un poco menor en longitud que la fracción de colon a extirpar; respetando la vascularización, y procurando con todo cuidado no lesionar la arcada de Riolano.

Practicada la resección, queda ahora el restablecer la continuidad del canal intestinal. ¿Qué medio preferir? ¿Usamos sutura o usamos boton?

Y al hacerla, practicamos la anastomosis término-terminal, término-lateral, o látero-lateral? Aquí vuelven a divergir las opiniones de los autores. Littlewood hace la enterorrafia bout a bout, con catgut 000 sutura en surget con puntos de paso, para evitar la estrechez secundaria del intestino. Bilton Pollard es de la misma opinión: dos planos de sutura: el primero es hemostático con puntos de paso en cada espira; el segundo es solamente seroso. Morton procede de igual manera.

En cambio, Pauchet y Bakés, son partidarios decididos de la anastomosis colo-cólica látero-lateral. Esta no siempre es posible, ya que si la resección ha sido bien amplia, los dos cabos no alcanzan a yuxtaponerse para hacer una sutura término terminal y mucho menos látero-lateral. Por otra parte, cuanto mayor es la movilización artificial del colon, tanto mayor labor se requerirá al terminar la operación para hacer la peritonización de las superficies desnudas de serosa y esto va en contra de la rapidez. Bakés y con él Morton y otros practican en caso de necesidad la sección de los ligamentos freno cólicos izquierdos, hasta conseguir la adaptación de los segmentos a coaptar y hacen la boca anastomótica a nivel de una de las bandeletas, para mayor seguridad de la sutura.

Todos los autores están completamente de acuerdo, en que la resección debe ser amplia, sin preocu-

parse en manera alguna del modo en que se restablecerá la continuidad del intestino, ya que si no es posible hacerla colo-cólica, se puede abocar el íleon al colon íleo pélvico.

Pauchet es un entusiasta del método; es incontestable dice, que el modo de restablecimiento del conducto intestinal, es la entero anastómosis íleo cólica; así no se vacilará en resecar lo más posible de colon enfermo, sin temor de dificultar su aproximación; la unión a distancia pone por otra parte en reposo las porciones suturadas. Pero advirtamos desde ya, que se alarga la operación, y en las colectomías el factor tiempo es imperioso. Es aquí precisamente donde la rapidez del cirujano, pesa más en la balanza de la vida del enfermo.

Decíamos de la unión la hacían todos por sutura; Bakés solo por necesidad emplea el botón anastómico; Morton y Wollecombe lo usan, ya el clásico de Murphy, o la bobina decalcificada de Mayo Robson. En el caso que presentamos, se restableció la continuidad del intestino por anastómosis látero-lateral a botón de Murphy grande, no teniendo ni desde el punto de vista de la seguridad de la unión, ni respecto a su eliminación, ningún trastorno apreciable.

Hoy se prefiere la sutura, pero debemos decir que el botón ha prolongado muchas vidas en cirugía del intestino delgado y del estómago, y si la rapidez

es un factor capital en colectomías su uso no debe abandonarse.

Por último: un cirujano poco práctico en la sutura, o apurado por una intervención que se prolonga demasiado, no debe vacilar en preferir el botón anastomótico a una sutura rápida y mal hecha. Y creemos también, que algunos de los casos de fracaso del botón son atribuibles, más a falta de técnica en su aplicación.

La enterorrafia término terminal es a priori el método de elección; pero si seguimos la opinión autorizada de Terrier, está lejos de ser la mejor. Terrier y Gosset se expresan así: La entero anastomosis látero lateral es el método de elección. (I) Porque pone en contacto superficies serosas de la longitud que se quiere, sin traer perjuicio al intestino; es obtener la soldadura rápida y amplia de los cabos intestinales sin el menor inconveniente.

En efecto, en la enterorrafia circular, cuanto mejor aplicadas son las superficies serosas, tanto mayor es el estrechamiento de la luz del intestino. La segunda ventaja de la anastomosis látero lateral, es que el diámetro de los cabos a coaptar importa poco. La incongruencia de los extremos a reunir no es aquí un factor que pese. La tercera ventaja es que se puede establecer una boca de comunicación tan amplia como se desée.

Los reproches que se hacen en contra del res-

tablecimiento del trayecto cólico por anastomosis látero lateral son más teóricos que reales. Se afirma que las materias sólidas van a dar de frente en pleno fondo de saco del segmento aferente, dilatándolo, trayendo la ectasia y el estancamiento. Las investigaciones de Reichel, Seen etc., sobre animales, atestiguan que ese fondo de saco se atrofia paulatinamente.

La única objeción valedera sería la de que las materias fecales sufren en su marcha una desviación en S y que por lo tanto circularían con dificultad.

Pareciera que la unión bout a bout fuera a este respecto sumamente ventajosa, pero los hechos demuestran que en la anastomosis látero lateral los dos cabos de colon que cabalgaban en un principio, concluyen por continuarse en línea recta después de cierto tiempo. Por consiguiente aceptaremos como de elección la unión látero-lateral por considerar que sus ventajas compensan con creces los inconvenientes que presenta. Queda ahora que practicar la peritonización de las superficies que en el curso de la intervención han quedado desprovistas de serosa, y una vez terminada, dejamos o no drenaje? La respuesta depende de la operación misma; si hay la menor sospecha de posible contaminación, si la peritonización es imperfecta, si se abriga alguna duda sobre la estanqueidad de las suturas

o su seguridad, el drenaje debe practicarse. En caso contrario, es un tiempo demás e inútil.

Colectomía en dos o más tiempos

La diferencia que existe entre las colectomías en dos y tres tiempos, reside en que en el primer caso la exeresis del tumor y el restablecimiento de la continuidad del intestino, se hace en el mismo tiempo mientras que en el segundo, ese restablecimiento, se deja para un tercer tiempo.

Podemos clasificar en conjunto estas operaciones en tres grupos: resección después de ano contra natura; resección después de anastomosis o exclusión, y resección después de exteriorización.

1) Se practica el establecimiento de un ano artificial lejano al tumor, de acuerdo con la técnica ya descripta; diez a quince días después se reseca la porción neoplásica y se restablece la continuidad del intestino; y por último en una tercera sesión se ciega el ano cecal.

2) Como medio paliativo y de espera se hace una exclusión o una entero anastomosis derivativa y una vez mejorado el estado general del paciente, se reseca el tumor y se establece el curso normal de las materias.

3) Resección después de exteriorización. Es el procedimiento de Hartmann y el que se emplea

con más frecuencia. La intervención se hace en dos tiempos:

En el primero, laparotomía mediana con o sin incisión transversal del recto anterior izquierdo para dar mayor luz. Movilización del colon descendente siguiendo la técnica indicada al tratar de la colectomía en un tiempo. Resección del meso liberado.

“Antes que la cavidad intestinal sea abierta, se ha ejecutado la mayor parte de la operación” (Hartmann).

Exteriorización del ansa portadora del neoplasma, y disponiendo las cosas de manera que el ansa aferente sea más larga y la eferente de menor longitud. Sutura por un surget seroso de los dos cabos exteriorizados, quedando dispuestas en forma de caño de fusil. Fijación de los dos segmentos ya adosados entre sí a la pared del abdomen por una sutura de la serosa intestinal al peritoneo de los bordes de la incisión. Luego (y esta es una de las grandes ventajas del método) se cierra el abdomen por encima y por debajo de las ansas exteriorizadas, comprendiendo en la sutura a planos superpuestos peritoneo, músculos, aponeurosis y piel. Aplicación de un enterotribo de Doyen sobre el segmento eferente, ligadura y sección del mismo al termo cauterio. Sección del cabo aferente entre dos clamps para asegurar la coprostasia, pero de tal

manera que su longitud después de la sección sea más grande que la del segmento eferente. Separado el pedazo de colon enfermo, se ajusta sobre el cabo superior un tubo de Paul al que a su vez se adapta otro de goma evacuando las materias que salieren lejos de la herida y evitando así su contaminación. Antes de una semana el tubo se desprende pero ya la herida está cicatrizada.

Esta operación constituye sin duda alguna el método de elección para la colectomía en dos tiempos, ya que satisface ampliamente las seguridades contra una posible infección. Se puede decir que la intervención se ejecuta desde su principio extra abdominalmente.

En el segundo tiempo se practica la cura del ano artificial. Esta puede efectuarse ya por destrucción del espolón, o por extirpación en masa de sus partes constituyentes, que es el mejor procedimiento. Previa desinfección muy cuidadosa de la piel se cierra el ano como lo hace Hartmann mediante un surget de seda que lo ciega. Una vez ocluido y operando sobre una piel estéril se circunscribe toda la región ocupada anteriormente por el ano con una incisión ovalar; se abre la cavidad peritoneal, se debridan los dos cabos intestinales, se exteriorizan, se resecan sus extremos y luego se hace su anastomosis para reconstituir el trayecto de las materias.

En cuanto al medio a emplear para la unión, y a la manera de disponer los extremos de colon a reunir ya hemos mencionado las diferentes opiniones que reinan al respecto al tratar de la enterorrafia en la calectomía en un tiempo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Del conjunto de todas las ideas expuestas en los capítulos que anteceden se deduce que ninguno de los métodos presentados constituye como lo sostienen sus autores, métodos de elección en el sentido absoluto de la palabra. Cada uno de ellos tienen sus indicaciones perfectamente delimitadas según el momento del diagnóstico, las manifestaciones sintomáticas y el estado general del paciente.

RESULTADO DE LAS OPERACIONES PRACTICADAS POR CÁNCER DEL COLON DESCENDENTE

Pasando revista rápida a la literatura médica extranjera, he podido recoger el resultado obtenido en los casos tratados con algún detalle.

OPERADOR	INTERVENCIONES PRACTICADAS	RESULTADO	SOBREVIDA
Tuffer.....	Anastomosis colo-cólica	Muerto	
Hartmann.....	Colectomía en dos tiempos	Vive	3 años.
Hochenegg.....	" " "	Muerto	
Littlewood.....	" " un tiempo	"	
"	" " "	Vive	2 meses y sigue bien.
Panchet.....	Exclusión	—	Muerto después de 6 meses.
"	Año cecal e ileo-sigmoidostomía	Muerto	
"	Colectomía en dos tiempos (exteriorización)	Vive	
Souligoux.....	Exclusión unilateral	Muerto	
Hartmann.....	Ileo-sigmoidostomía	Vive	1 año y nd mes.
"	Colectomía (exteriorización)	"	2 años.
Czerny.....	" en 2 tiempos	"	
Koenig.....	" " "	"	
Kronfel.....	" " "	"	
Hochsazy.....	" " "	Muerto	
Viannay.....	" " 3 "	Vive	7 meses.

Este último cirujano ha operado además nueve casos de cáncer del intestino grueso, de los cuales *tres* pertenecían al colon descendente.

Sobre los nueve casos había 4 en que la intervención se hizo en varios tiempos con dos fracasos. en las cinco restantes se hizo colectomía en un tiempo con 5 éxitos.

Recorriendo la bibliografía argentina y los servicios hospitalarios, no he podido recoger otro caso de colectomía que el que sirve de base a este modesto trabajo.

El enfermo que citamos entró al servicio el 8 de Diciembre del año 1915 pesando 61 kilos; fué operado el 17 del mismo mes por colectomía en un tiempo con apendicostomía concomitante. Hoy está sano (?) y pesa 76 kilos.

Como decíamos anteriormente el ideal sería la colectomía en un tiempo, ya que evita molestias al enfermo y trabajo al cirujano; pero ella no siempre es posible.

En resumen: Se practicará la colectomía en un tiempo cuando coexistan un diagnóstico precoz, un tumor libre que no haya manifestado su presencia por crisis graves de oclusión u obstrucción; y un estado general del paciente que le permita soportar sin muchos riesgos, una intervención tan larga y delicada. Si las crisis fueran leves o poco frecuentes; si hay tumor palpable pero móvil y el en-

fermo puede soportar la exéresis, la colectomía rápida puede practicarse. En casos de neoplasmas bien palpables que en su evolución han manifestado ya su intolerancia por explosiones agudas o trastornos crónicos; en un paciente debilitado por la intoxicación cancerosa y estereorémica, debe practicarse, de acuerdo con ese estado general y según sus resistencias orgánicas, ya un ano ceecal o una apendicostomía, ya una anastomosis íleo sigmoidea, o una exclusión operaciones paliativas y a título temporario, porque la mayoría de las veces la mejoría que traen por el reposo intestinal que procuran es tal, que permite esperar hacer la exéresis del tumor en un segundo tiempo operatorio.

En casos de neoplasma inoperable, deben preferirse las intervenciones paliativas que produzcan el menor traumatismo, adaptando el procedimiento a seguir a la resistencia del sujeto en el momento de la operación.

La colectomía en cualquier tiempo, está rigurosamente contra indicada, en los caquéticos, en los metastáticos viscerales, etc.

HISTORIAS CLÍNICAS

Hospital Militar Central. Sala 2. Servicio de Cirugía a cargo del Dr. Rodolfo S. Roccatagliata.

N. N., argentino, 55 años, casado. Fecha de ingreso: 8 de Diciembre de 1915. Operación, 17 de Diciembre de 1915. Alta, 1 de Marzo de 1916.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.— Siempre fué sano. Solo a los 20 años tuvo un chanero, que curó sin mayor dificultad, y sin traer ningún trastorno posterior.

Desde su juventud, ha sido siempre un constipado. Las evacuaciones se producían cada 3, 4 o 5 días.

Enfermedad actual. — Es desde hace 8 meses más o menos que se siente enfermo. Comenzó por pérdida del apetito, sensación de cansancio y de fatiga, síntomas que se fueron acentuando, junto con una anemia y enflaquecimiento que le ha hecho disminuir 12 kilos de peso.

Conjuntamente, dice el paciente, sentía el vientre dilatado, mal gusto bucal, eructos y regurgitaciones agrias, la digestión de los pocos alimentos que toma con agrado es laboriosa y suele sentir pesadez gástrica y en algunas ocasiones náuseas.

Sus evacuaciones continuaban verificándose con la normalidad habitual en él desde hacía años, es decir cada 3, 4 o 5 días notando sin embargo, la presencia de mucosidades adheridas a su superficie (cosa que ya había notado antes de su enfermedad actual) y que obedecían naturalmente a la colitis muco membranosa de que ha padecido.

Todo iba bien hasta hace dos meses en que su vientre que hasta entonces había sido indoloro o casi, se hace sumamente sensible, localizándose el dolor en su flanco izquierdo tiene náuseas y en este estado se decide a ver un médico quien le receta hielo al vientre, y enemas evacuantes.

Estos provocan deposiciones abundantes de materias fétidas en extremo, de consistencia compacta. Pasada la crisis se levantó y volvió a sus ocupaciones. Veinte días después los dolores vuelven a acentuarse, la anorexia es absoluta, y constata por primera vez la presencia en su flanco izquierdo, de un tumor duro del tamaño de un huevo de gallina. Alarmado pide consejo a dos médicos y mientras que uno de ellos diagnostica bolo fecal y propone su extracción, el otro más perspicaz y prudente mani-

fiesta sus dudas y reservas respecto a la naturaleza del tumor, y le aconseja su venida a esta ciudad para someterse a un tratamiento conveniente.

Un distinguido clínico lo observa y le prescribe un régimen alimenticio reconstituyente y de fácil digestión, conjuntamente con otro evacuante de su intestino. Como el clínico de referencia le aconsejara el hacerse ver con un cirujano, ingresa al servicio del Doctor Roccatagliata el 8 de Diciembre de 1915.

Estado actual.—La anemia y el enflaquecimiento es visible. Su color pálido con un ligero tinte amarillento. No es sin embargo, el color amarillo pajizo de que hablan los libros: Corazón, pulmones, hígado y bazo normales.

Abdómen. Inspección: Nada de anormal.

Palpación: En el flanco izquierdo, un poco por encima de la cresta iliaca, se percibe un tumor duro, doloroso, ligeramente ovalar y bosalado, del tamaño de una naranja mediana, móvil fácilmente y al parecer sin adherencias profundas que no guarda la impresión del dedo.

Por encima se palpa el resto del colon descendente tenso y dilatado dando la sensación de espesamiento de sus paredes. Hay ganglios inguinales netamente infartados. Gorgoteo en la fosa ilíaca derecha.

Percusión.—Ligero meteorismo general, más pronunciado en el flanco izquierdo; la percusión del tumor es dolorosa y no podemos percibir cambio de sonoridad apreciable a su nivel.

Tacto rectal.— No revela absolutamente nada de anormal.

Análisis de orina.—Vestigios de albúmina. Presencia de indican en regular cantidad. Diazo reacción de Erlich positiva. Demás elementos encuadran dentro de los límites normales. No hay fiebre.

Se somete al enfermo durante 8 días a un régimen evacuante de enemas de aceite, y purgantes de ricino, día por medio. Como dietética líquidos, manteca, purées, jugo de carne, frutas, etc.

Los dolores han disminuido; el enfermo duerme mejor; dice sentir un poco más de apetito. Su peso al entrar es de 61 kilos. Operación: 17 de Diciembre. Anestesia mixta con aparato de Roth Draeger.

Incisión mediana amplia: Se palpa a nivel de la parte final del colon descendente, un tumor del tamaño de un huevo de gallina grande. Incisión del peritoneo parietal yuxta cólico y sección del ligamento freno cólico izquierdo. Exteriorización del ansa enferma; aislamiento y resección. Restablecimiento del conducto intestinal por anastomosis látero-lateral a botón de Murphy grande-peritoni-

zación. Se fija el apéndice a la pared, y sección de su extremo libre. En su interior se coloca una sonda de mediano calibre. No se deja drenaje, y se sutura la pared.

La operación ha durado dos horas y media. El enfermo despierta bien a las dos horas. Algunas náuseas; no hay vómitos. Pulso un poco débil; sueño fisiológico y aceite alcanforado. Al día siguiente 37°2 de temperatura. El 19 se cambia la curación; la herida muy bien; el tubo de goma del apéndice funciona bien. No hay absolutamente hasta ese momento nada de meteorismo. Lengua húmeda y roja.

El 21 el pulso afloja, débil, hipotenso, y con algún falso paso cardíaco. Se sostiene el corazón con los estimulantes habituales.

El 22: Existe un poco de hipo; hay un empastamiento difuso en la fosa ilíaca izquierda; el pulso sigue deficiente; se le hacen inyecciones de estricina.

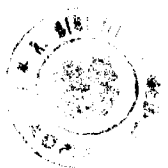
El 23: La herida cutánea ha cicatrizado perfectamente. Se sacan los puntos. El empastamiento persiste. Hielo al vientre. El hipo ha desaparecido. Al enfermo se le dá aceite de ricino y tiene su primera evacuación abundante. El botón no ha sido expulsado; está detenido por el esfínter del ano. Se practica su extracción.

En los días subsiguientes se empieza a alimentar al paciente y se le administra todos los días un

laxante. El peso había disminuido a 57 kilos. Como hubiera un poco de dolores en el flanco y la tumefacción no disminuyera se le dan masajes diarios. Esta desaparece lentamente. El enfermo se levanta a los 24 días de su operación. Su estado general mejora satisfactoriamente. La fístula apendicular apenas da salida a gases y muy pocas materias. Al mes de la intervención el operado pesa 61 kilos. Sale de alta el 1 de Marzo con 65 kilos.

Después de una estadía de 3 meses en su pueblo natal regresa a Buenos Aires el 30 de Mayo. La fístula se ha cerrado. La herida cutánea normal. El enfermo se siente bien, come con apetito, buena coloración, y evacua su vientre todos los días mediante régimen apropiado dietético y laxante. No se palpa en su vientre nada de normal. Pesa actualmente 76 kilos.

Se reseco el colon descendente en toda su longitud y parte del ángulo esplénico en total 18 centímetros. El tumor no obstruye por completo la luz del colon pudiendo admitir el pasaje holgado del índice, es duro y cruje al corte. Examen histopatológico practicado por el doctor Felipe. A. Justo, confirmó el diagnóstico clínico: Epitelioma escirro del colon descendente.



BIBLIOGRAFÍA

- Cavaillon y Perrin.*—La colectomie dans le cancer du Gros Intestin. *Revue de Chirurgie.*—1908.
- Hartmann et Quenú.*—La chirurgie dans le cancer du Gros Intestin. *Bulletin et Memoires de la Société de Chirurgie.*—1904.
- Vautrin.*—Traitement chirurgical des Tumeurs du Gros Intestin. *Congrés de Chirurgie.*—1897.
- Pauchet.*—Traitement du cancer du Gros Intestin. *Congrés francais de Chirurgie.*—1905.
- De Bovis.*—Cancer du Gros Intestin. *Revue de Chirurgie*, XXI y XXII.—1900.
- H. Hartmann.*—Travaux de Chirurgie Anatomico Clinique. *Chirurgie de l'intestin.*—1907.
- Gosselin.*—Enciclopedia de Chirurgie. VI.
- P. Daval.*—Traitement du cancer du Colon Pelvien. *Thése de París.*—1902.
- J. Okinczyk.*—Contribution a l'étude du traitement chirurgical du cancer du Colon.—1907.

- Ch. Monod et J. Vanverts.*—Traité de Technique
Operatoire. Resection du Colon.—1908.
- M. Guibé.*—Chirurgie de l'Abdómen.—1912.
- Lanz.*—Malattie dell'Intestino.—1914.
- Tédenat.*—Essaie sur le cancer de l'Intestin. Con-
grés de Chirurgie.—1898.
- Revue de Chirurgie. XI.—Traitement Chirurgical
des Tumeurs de l'Intestin.—1893.
- Journal de Chirurgie.—Comunications de Mrs. les
Docteurs: W. Denk; W. Dobrowolsky; Von
Haberes; Viannay, etc.
- L. Wullstein y Max Wilms.*—Tratado de Cirugia.
—1900.
- Arnaud.*—L'Apendicostomie. Journal de Chirur-
gie.—1913.

Buenos Aires, Junio 8 de 1916.

Nómbrese al señor Académico Dr. Diógenes Decoud, al profesor titular Dr. Pascual Palma y al profesor suplente Dr. Adolfo F. Landivar, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou

Secretario.

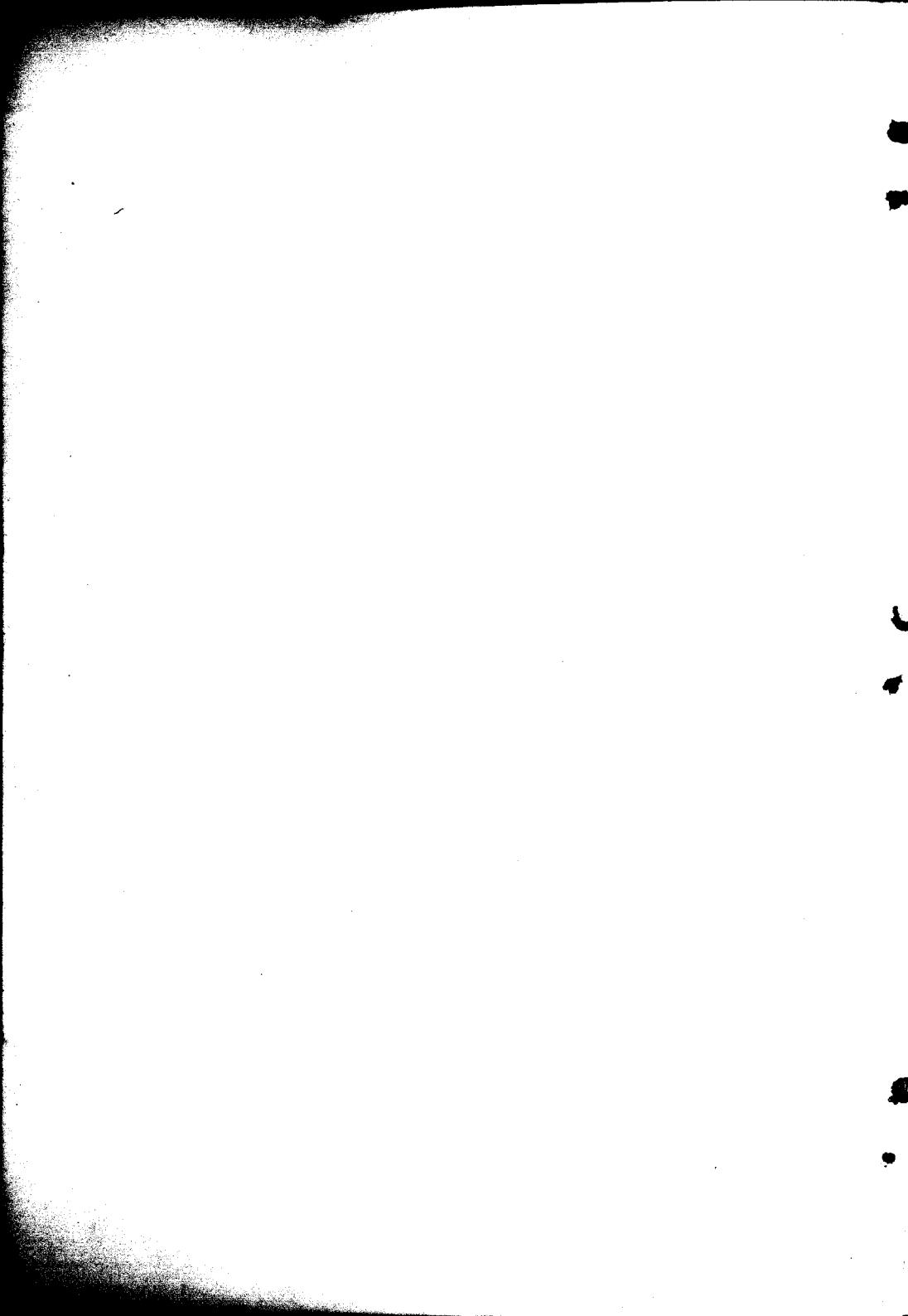
Buenos Aires, Junio 29 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3134 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou

Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Bibliografía argentina sobre los tumores del colon.

Diógenes Decoud.

II

Tumores del colon derecho bajo el punto de vista de pronóstico operatorio, comparados con los del colon izquierdo.

Pascual Palma.

III

Anatomía quirúrgica del colon descendente y del colon pelviano.

Adolfo F. Landivar.

30541

