



Año 1916

Núm. 3125

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EXTASIS INTESTINAL

SU TRATAMIENTO QUIRURGICO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GERARDO C. PALACIOS

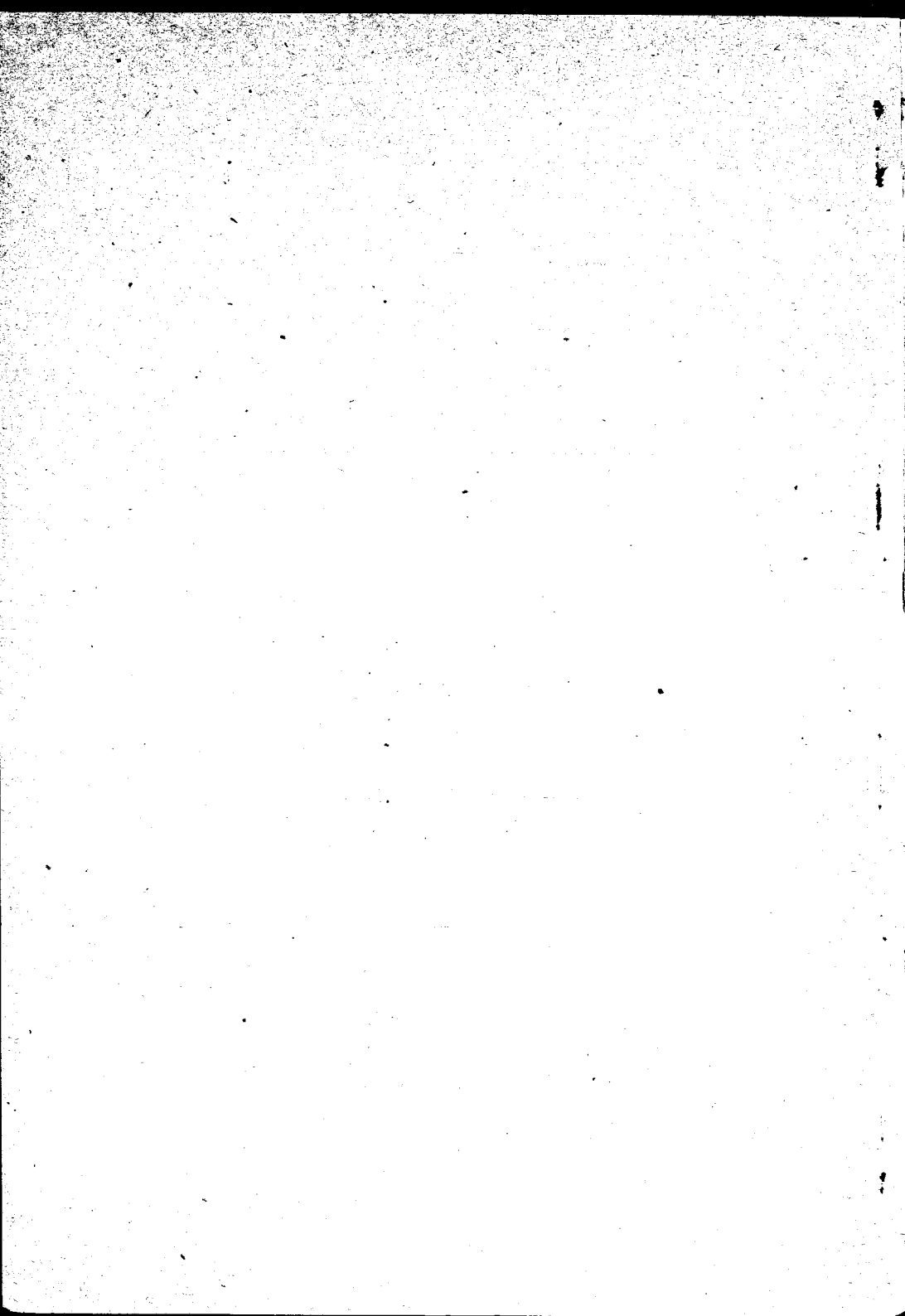


"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI

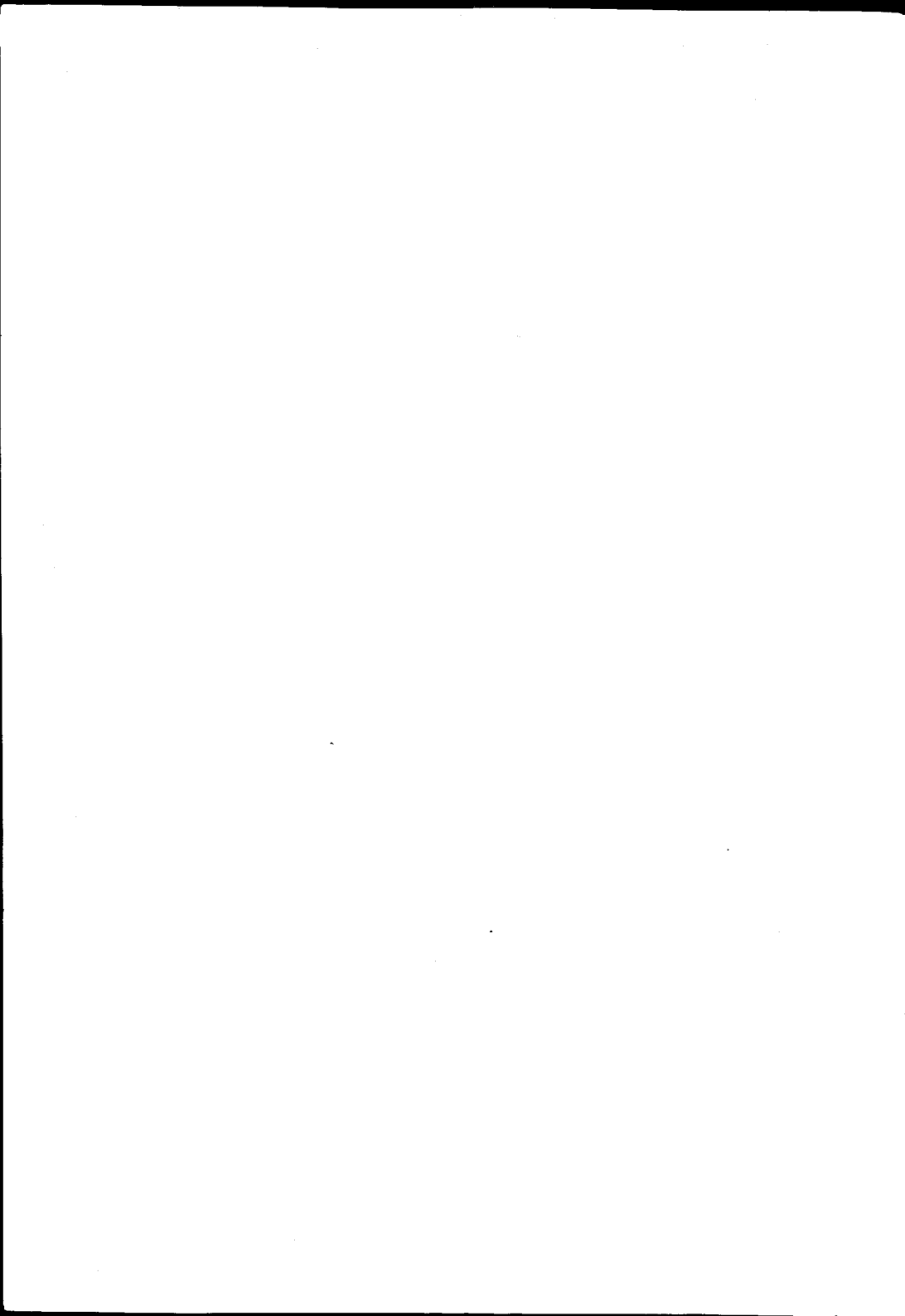
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

Man. B. 92.6



EXTASIS INTESTINAL

SU TRATAMIENTO QUIRURGICO



Año 1916

Núm. 3125

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EXTASIS INTESTINAL

SU TRATAMIENTO QUIRURGICO

=

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GERARDO C. PALACIOS



"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

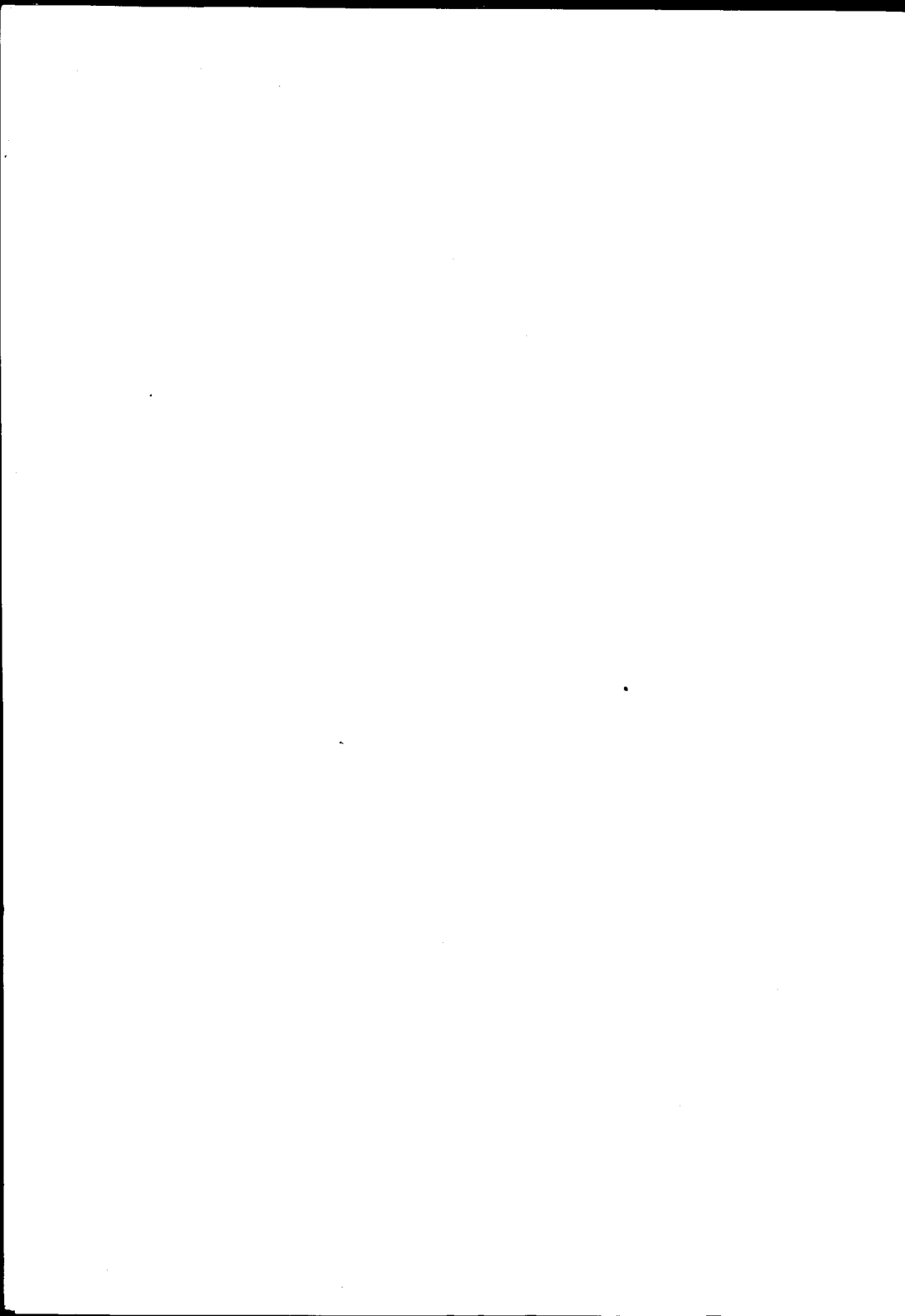
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

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

Secretarios

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

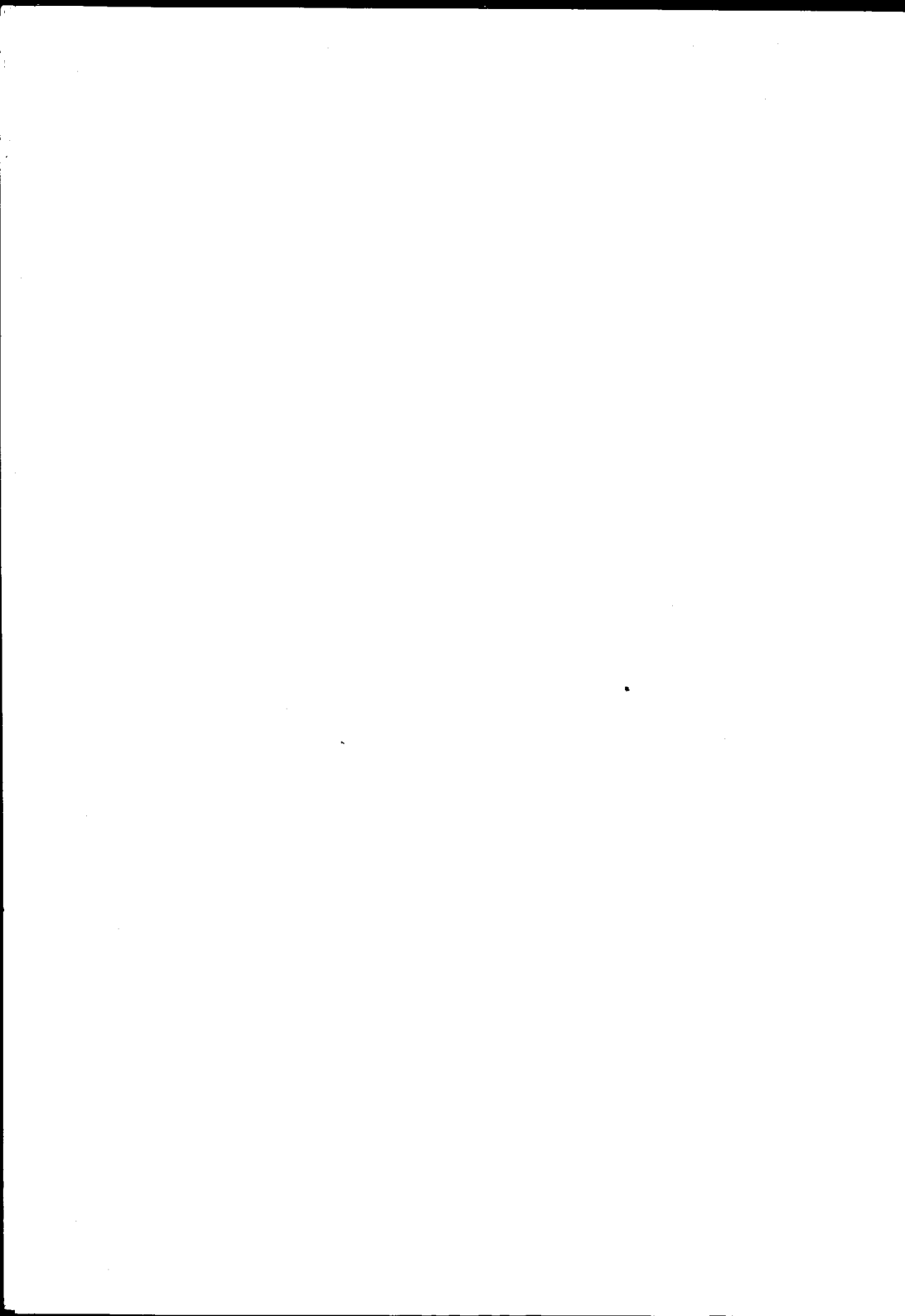


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHÃES
4. " " FERNANDO WIDAL
5. " " OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

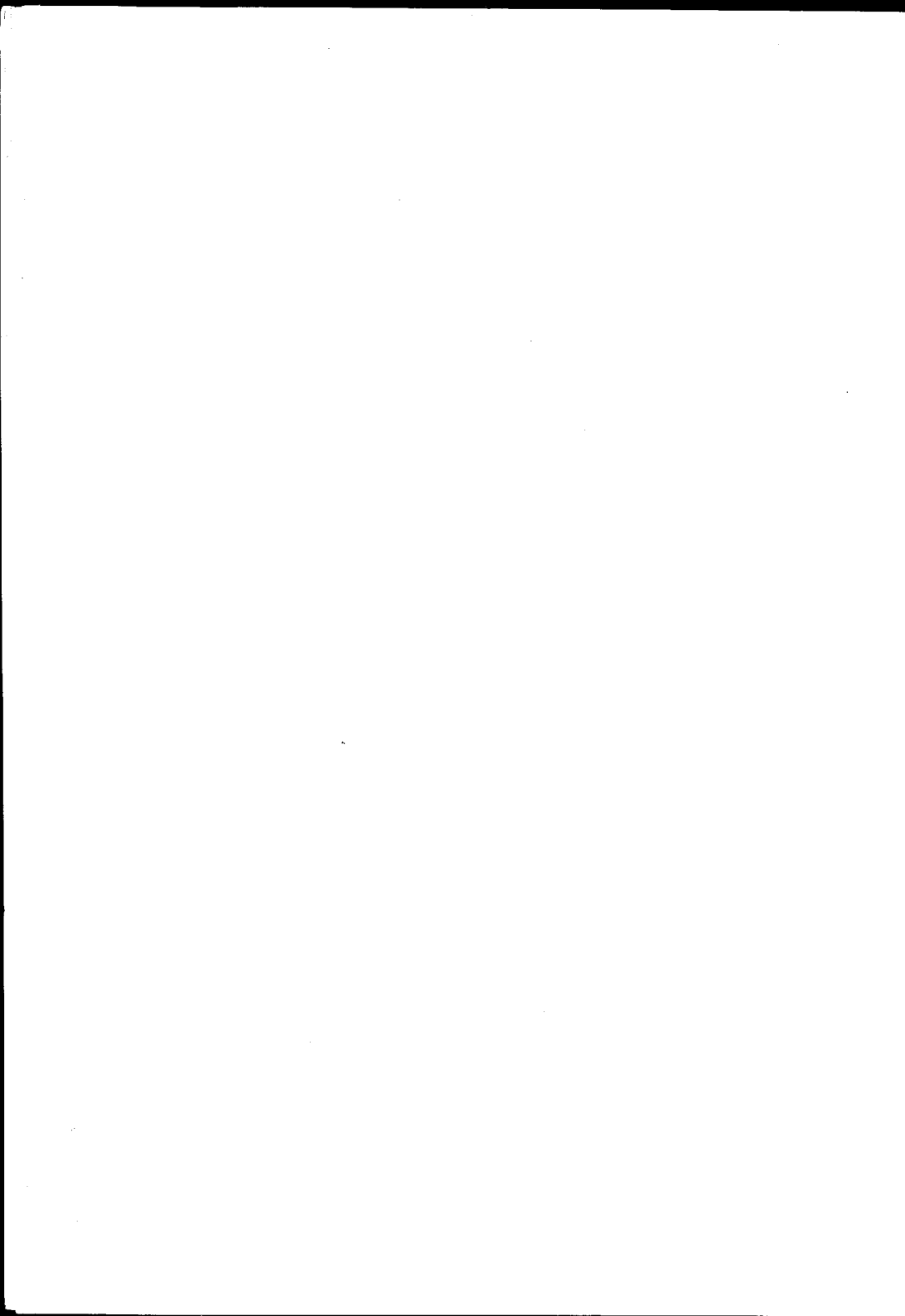
DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

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

Secretarios

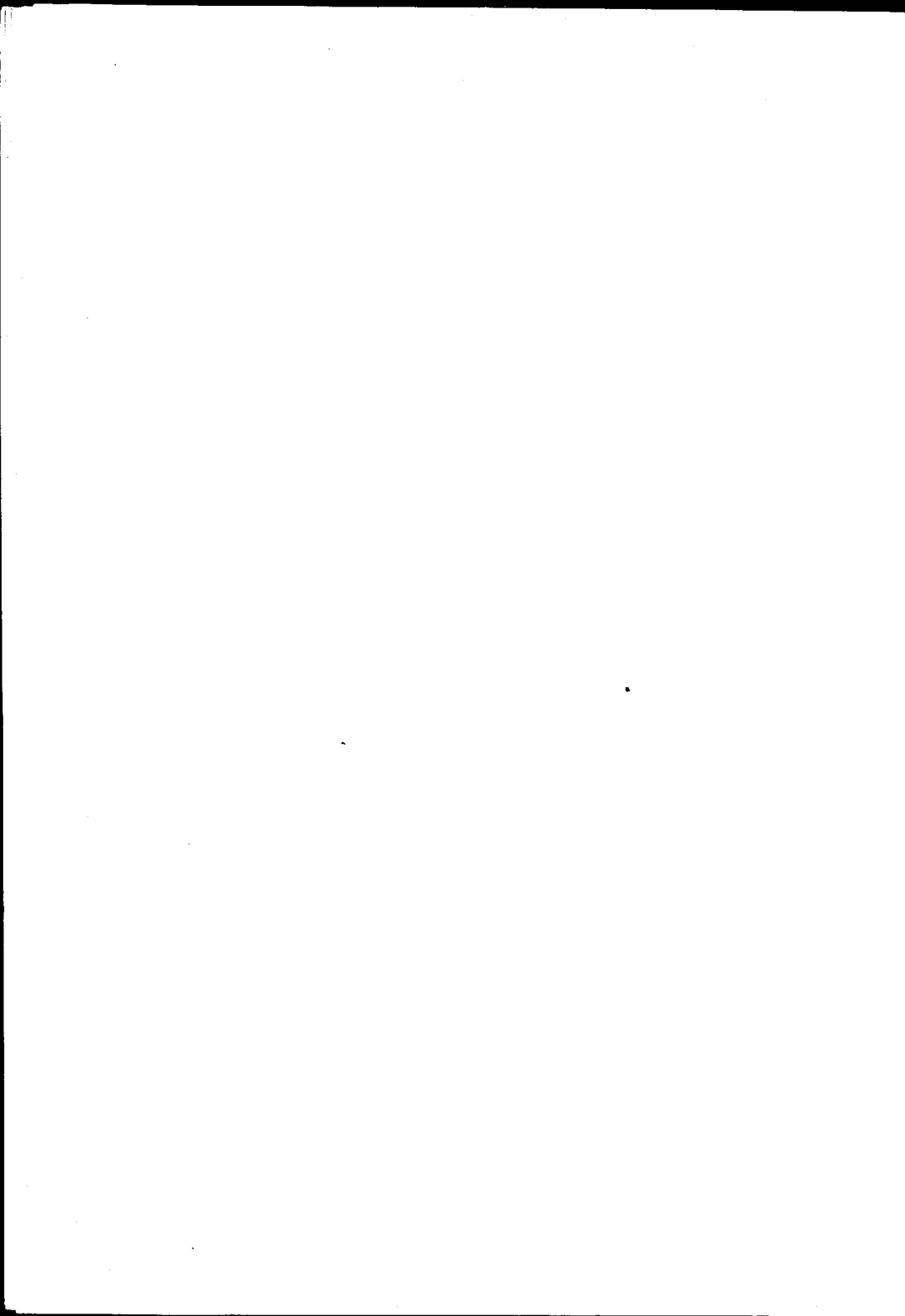
DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
• • JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

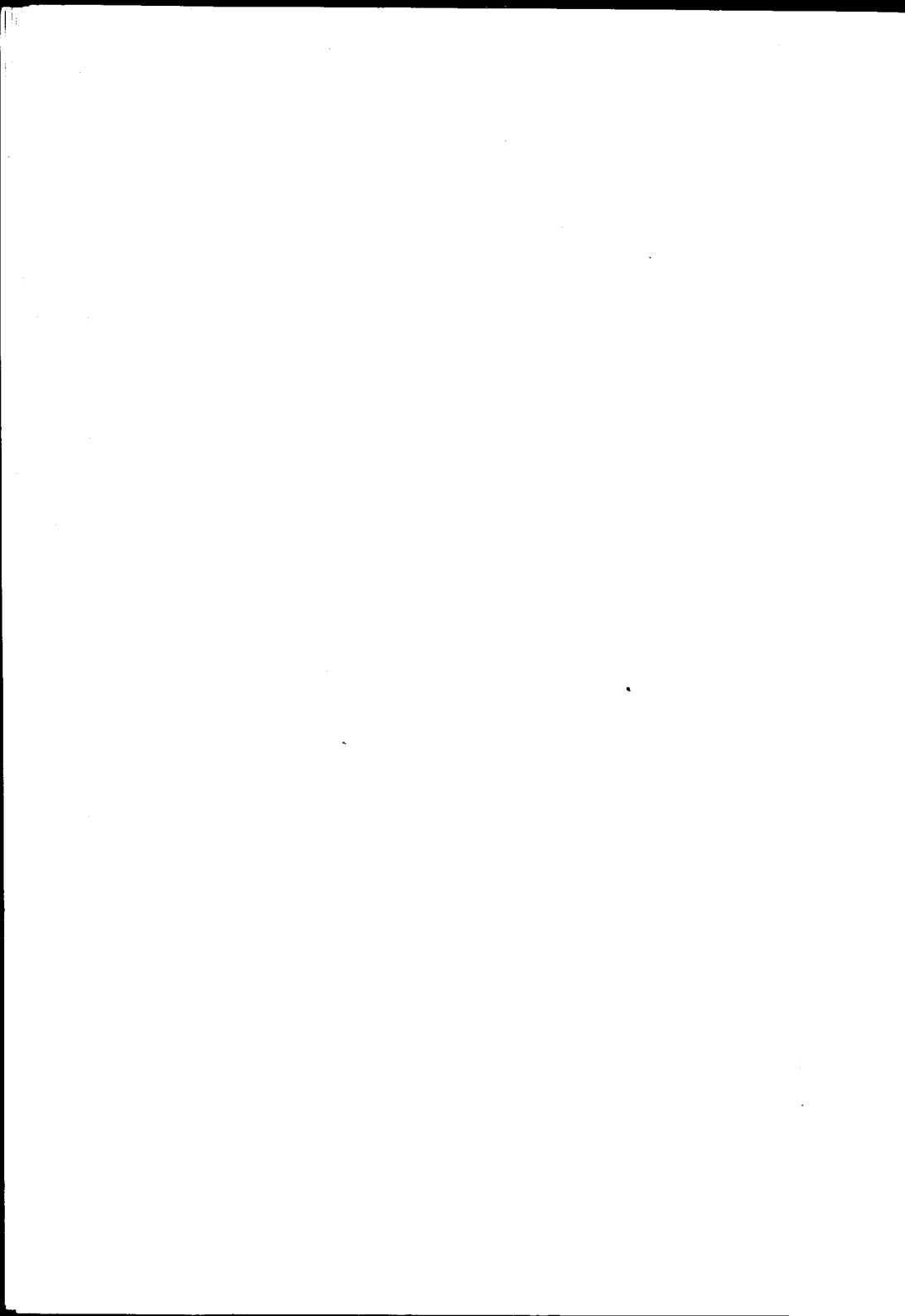
PROFESORES HONORARIOS

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



ESCUELA DE MEDICINA

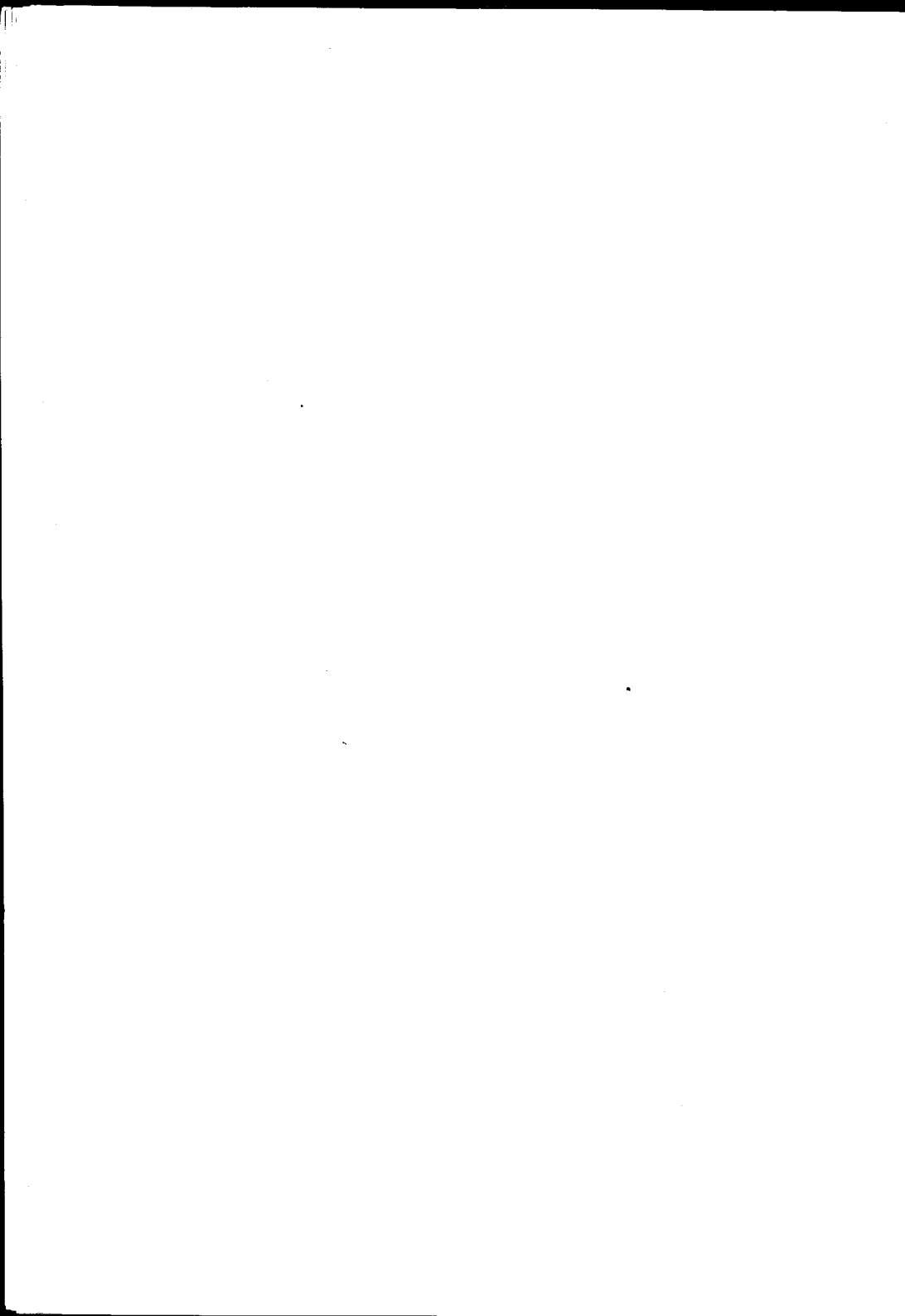
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Química Médica.....	» PEDRO BELOU
Histología.....	» ATANASIO QUIROGA
Física Médica.....	» RODOLFO DE GAINZA
Fisiología General y Humana.....	» ALFREDO LANARI
Bacteriología.....	» HORACIO G. PIÑERO
Química Médica y Biológica.....	» CARLOS MALBRÁN
Higiene Pública y Privada.....	» PEDRO J. PANDO
Semiología y ejercicios clínicos.....	» RICARDO SCHATZ
	» 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 GUMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Quirúrgica.....	» 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

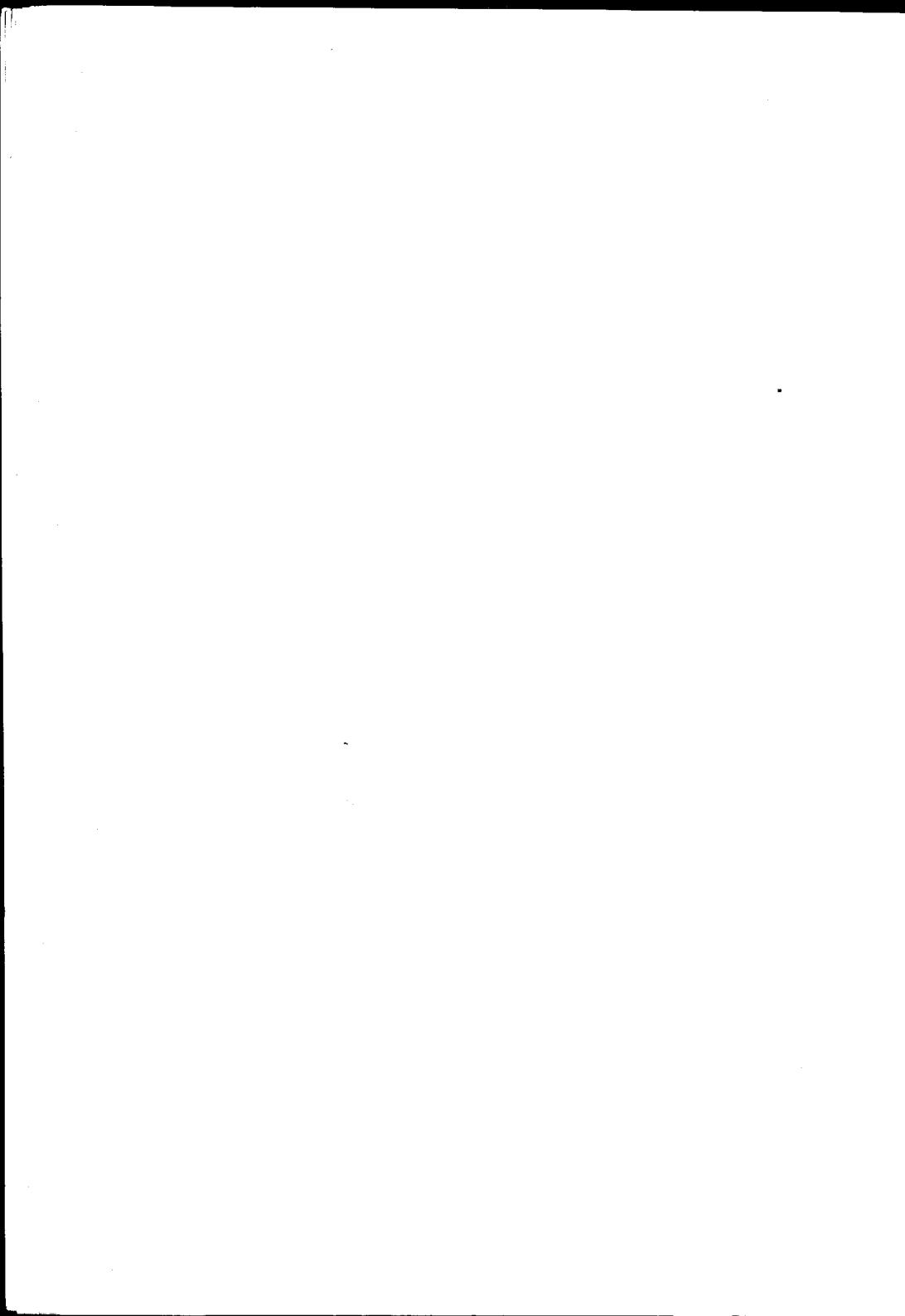
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

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



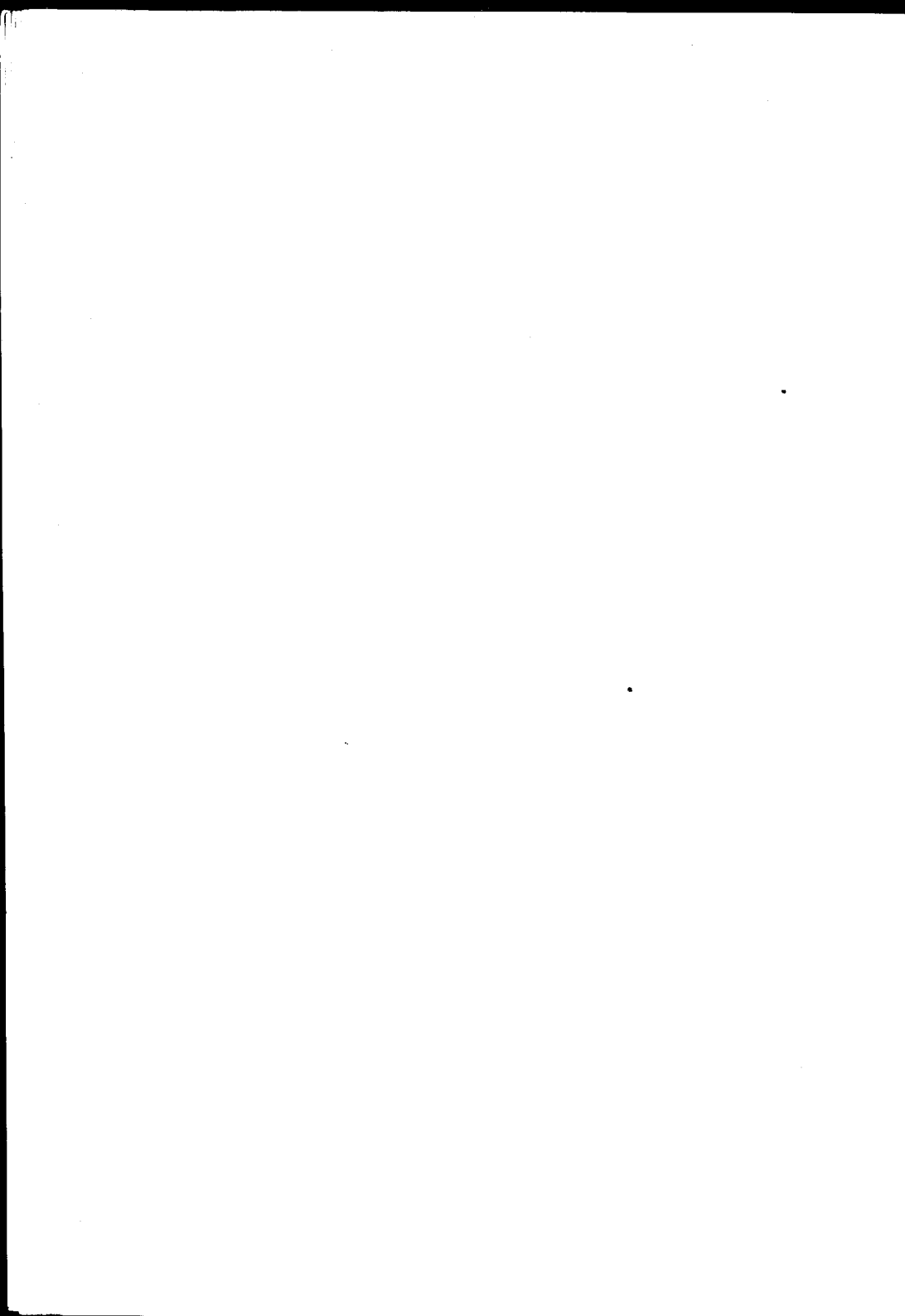
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	SILVIO E. PARODI
	EUGENIO GALLI
	FRANK L. SOLER
Fisiología general y humana.....	BERNARDO HOUSSAY
	RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	ALOIS BACHMANN
Química Biológica.....	GERMAN ANSCHUTZ
Higiene Médica.....	BENJAMIN GALARDE
	FELIPE JUSTO
Semeiología y ejercicios clínicos.....	MANUEL V. CARBONELL
	CARLOS BONORINO UDAONDO
	ALEREDO VITON
Anat. Patológica.....	JOAQUIN LLAMBIAS
	ANGEL H. ROFFO
Materia Médica y Terapia.....	JOSE MORENO
Medicina Operatoria.....	ENRIQUE FLOCCHIETTO
	CARLOS ROBERTSON
Patología externa.....	FRANCISCO P. CASTRO
	CASTELFORT LUGONES
	NICOLAS V. GRECO
Clinica Dermato-sifilográfica.....	PEDRO L. BALIÑA
» Genito-urinaria.....	BENJAMIN MARAINI
» Epidemiológica.....	JOAQUIN NIN POSADAS
» Oftalmológica.....	FERNANDO R. TORRES
	ENRIQUE B. DEMARIA
» Oto-rino-laringológica.....	ADOLFO NOCEPI
	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	MARTIN CASTRO ESCALADA
	PEDRO LABAQUI
	LEONIDAS JORGE FACIO
Patología interna.....	PABLO M. BARLARO
	EDUARDO MARL O
	JOSE ARCE
	ARMANDO R. MAROTTA
	LUIS A. TAMINI
	MIGUEL SUSSINI
Clinica Quirúrgica.....	ROBERTO SOLE
	PEDRO CHITRO
	JOSE M. JORGE (hijo)
	OSCAR COPELLO
	ADOLFO F. LANDIVAR
	JUAN JOSE VITON
	PABLO J. MORSALINE
	RAFAEL A. BULLRICH
	IGNACIO INAZ
» Médica.....	PEDRO ESCUDERO
	MARIANO R. CASTEX
	PEDRO J. GARCIA
	JOSE DESTEFANO
	JUAN R. GOYENA
	MAURITO ACUÑA
	GEXARO SISTO
» Pediátrica.....	PEDRO DE ELIZALDE
	FERNANDO SCHWEIZER
	JUAN CARLOS NAVARRO
	JAIME SALVADOR
» Ginecológica.....	TORIBIO PICCARDO
	CARLOS R. CIRIO
	OSVALDO L. BOTTARO
	ARTURO ENRIQUEZ
	A. PERALTA RAMOS
	FAUSTINO J. TRONGE
» Obstétrica.....	JUAN B. GONZALEZ
	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	JUAN A. GABASTOU
	ENRIQUE A. BOERO
	JOAQUIN V. GRECCO
Medicina legal.....	JAVIER BRANDAN
	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
Farmacognosia y posología razonadas....	„ PASCUAL CORTI
Física farmacéutica.....	„ OSCAR MIALOCK
Química orgánica.....	DR. TOMÁS J. RUMI
Química analítica.....	SR. PEDRO J. MESIGOS
Química inorgánica.....	„ LUIS GUGLIAMELLI
	DR. JUAN A. SANCHEZ
	„ ANGEL SABATINI

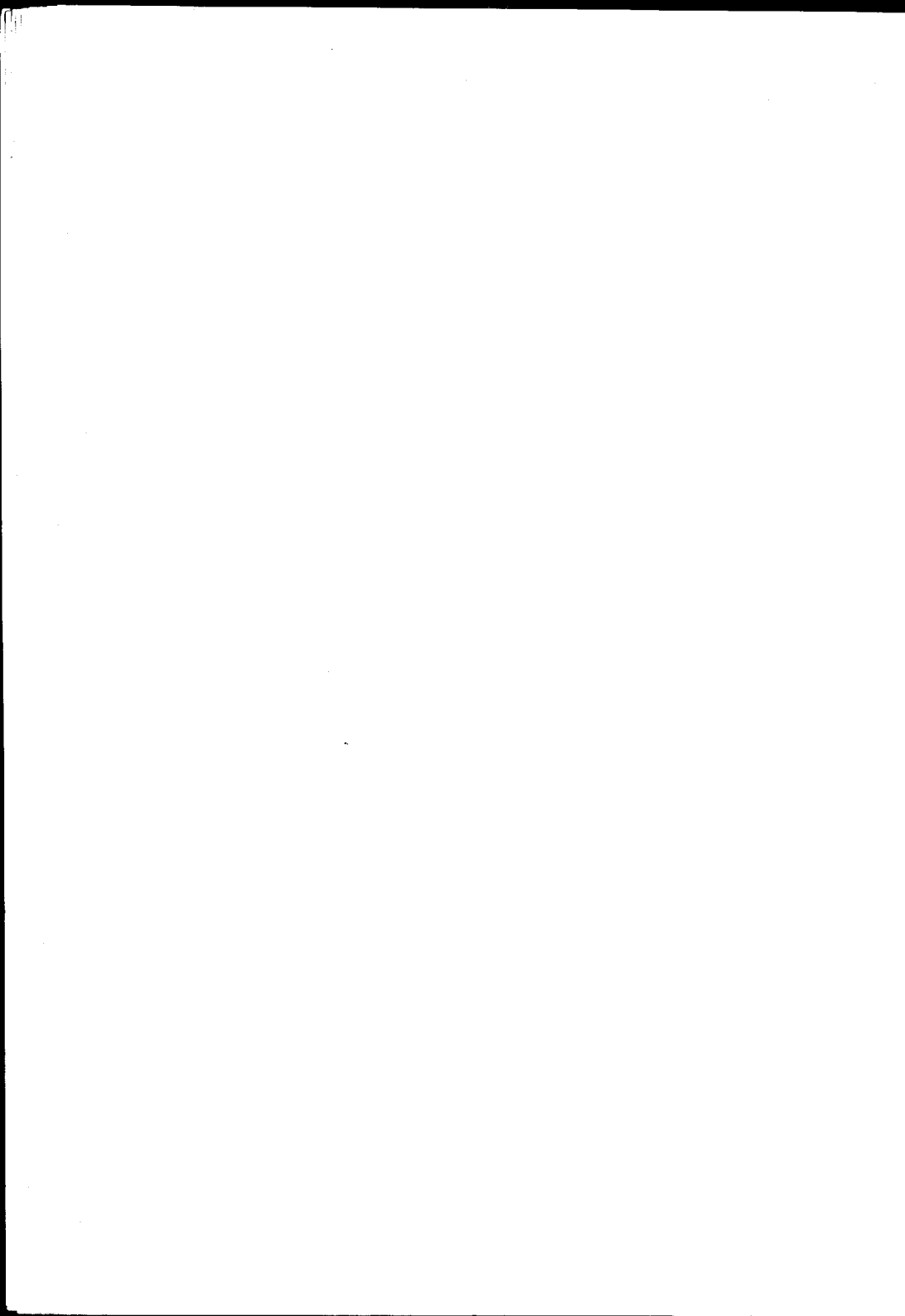


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

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

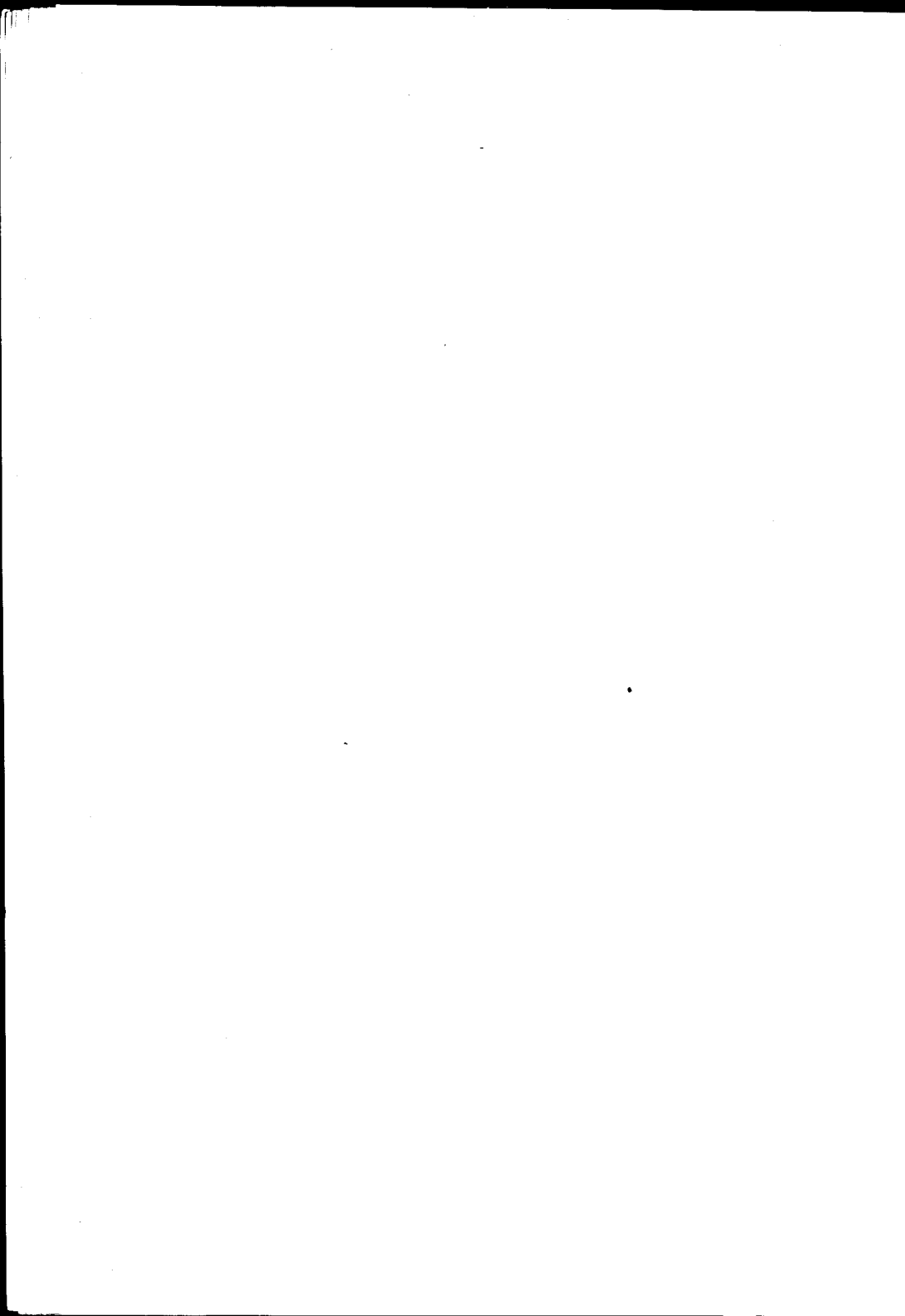
Catedráticos suplentes

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



ESCUELA DE PARTERAS

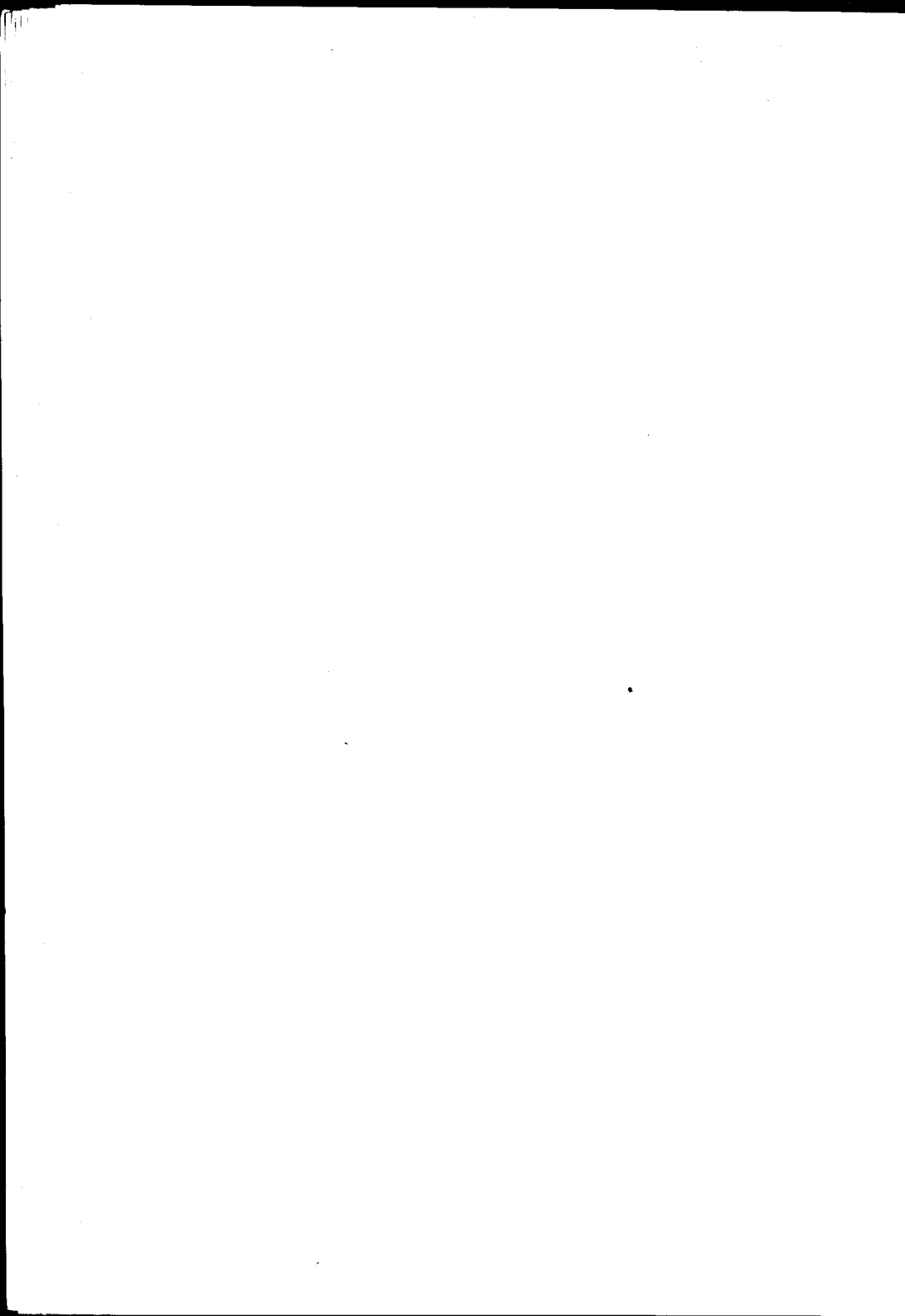
Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	DR. UBALDO FERNANDEZ



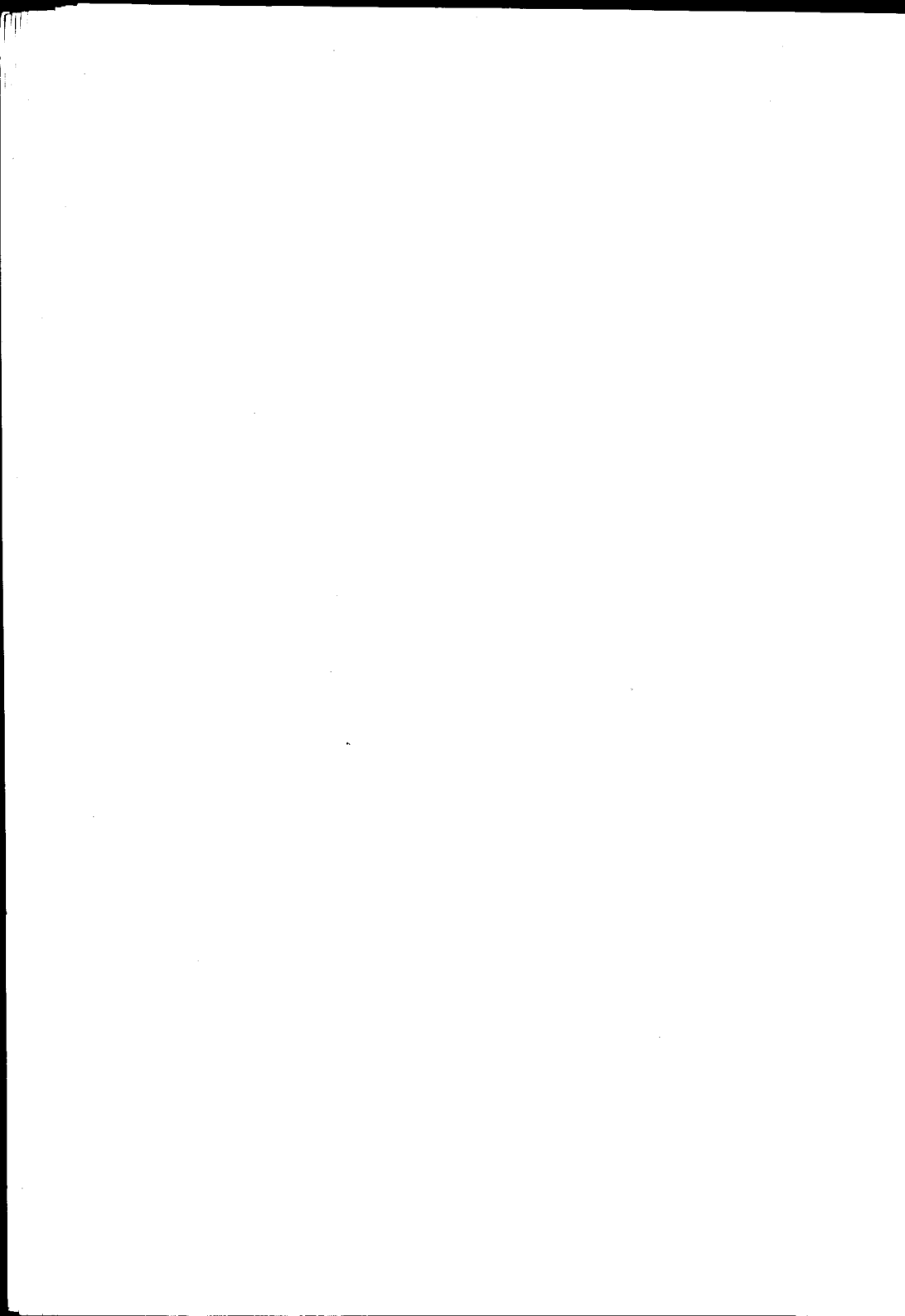
Padrino de tesis :

Doctor MIGUEL SUSSINI

Profesor suplente de Clínica Quirúrgica
Jefe de la Sala III del Hospital Teodoro Alvarez

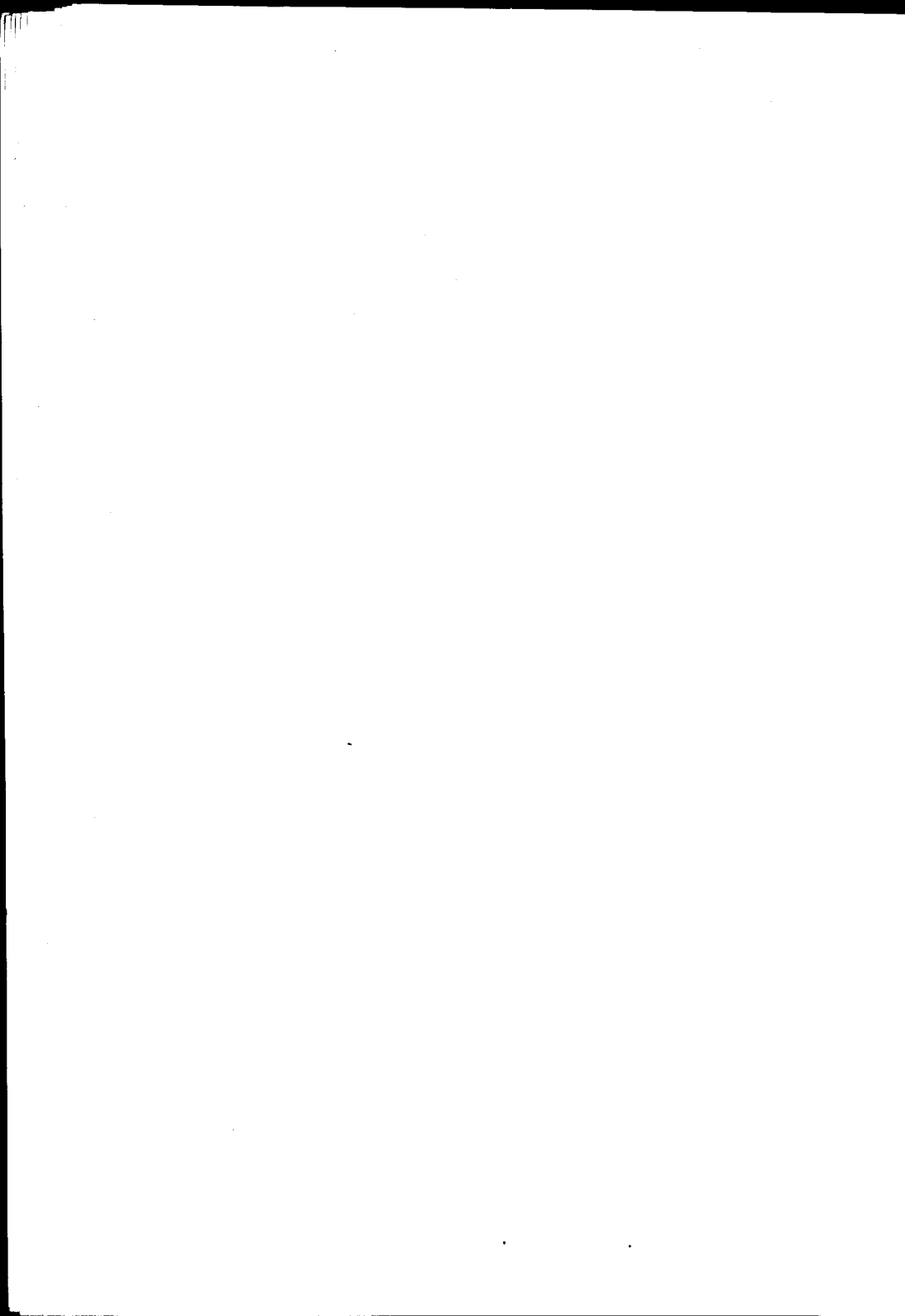


A LA MEMORIA DE MIS PADRES



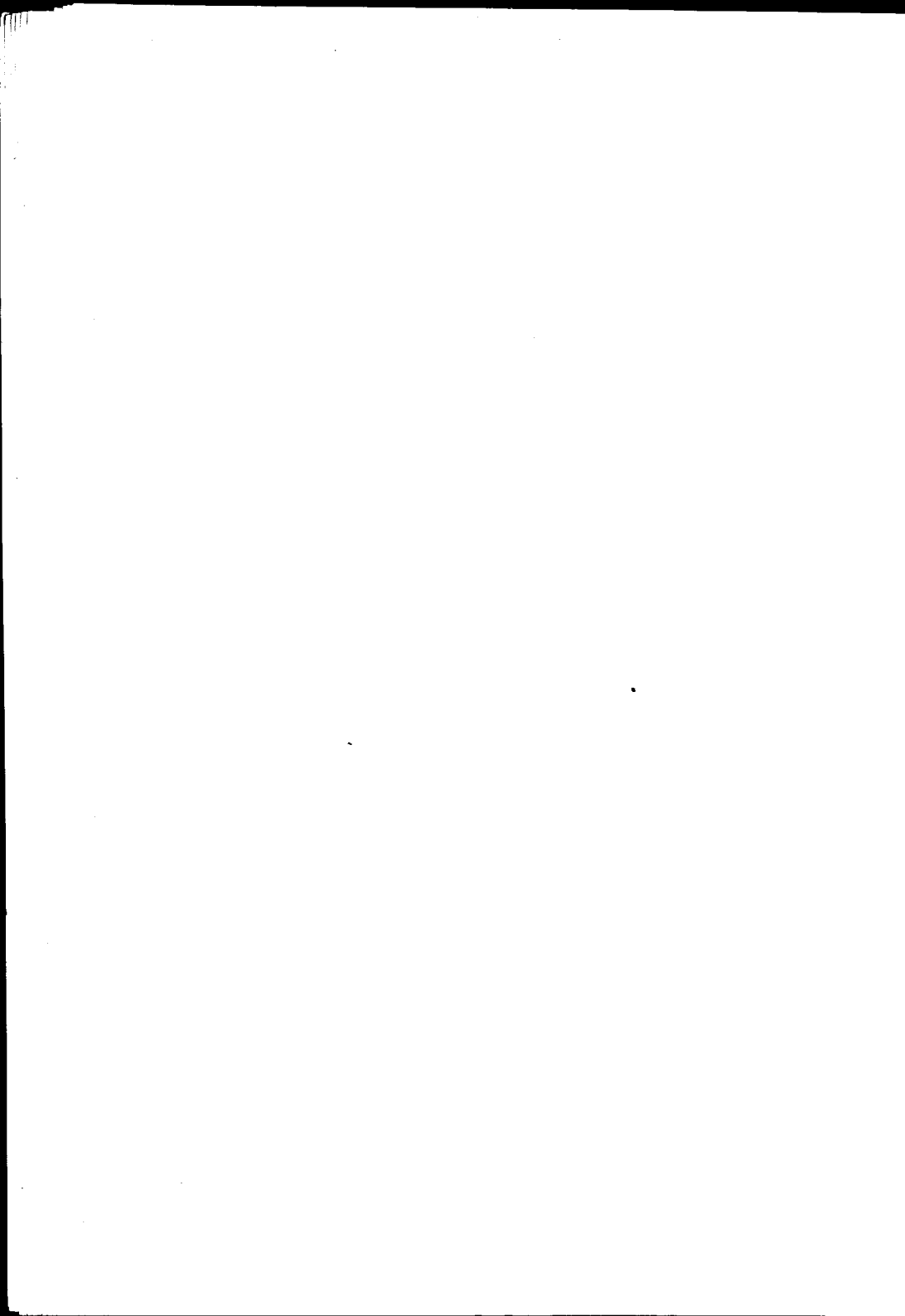
AL DOCTOR P. CHUTRO

Mi agradecimiento y admiración por sus lecciones magistrales



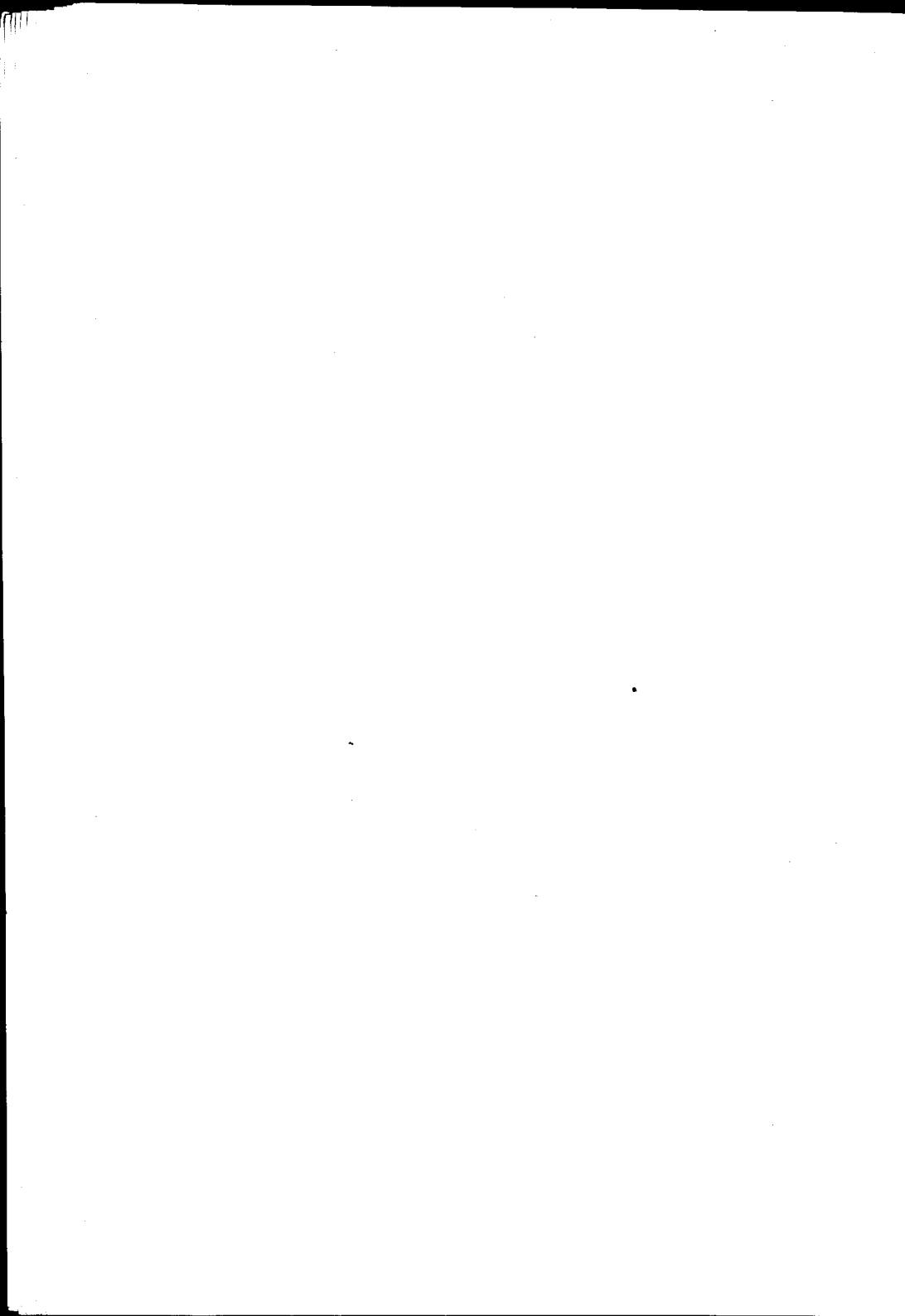
AL DIRECTOR. MÉDICOS INTERNOS. MÉDICOS DE SALA
DEL HOSPITAL TEODORO ALVAREZ

GRATITUD

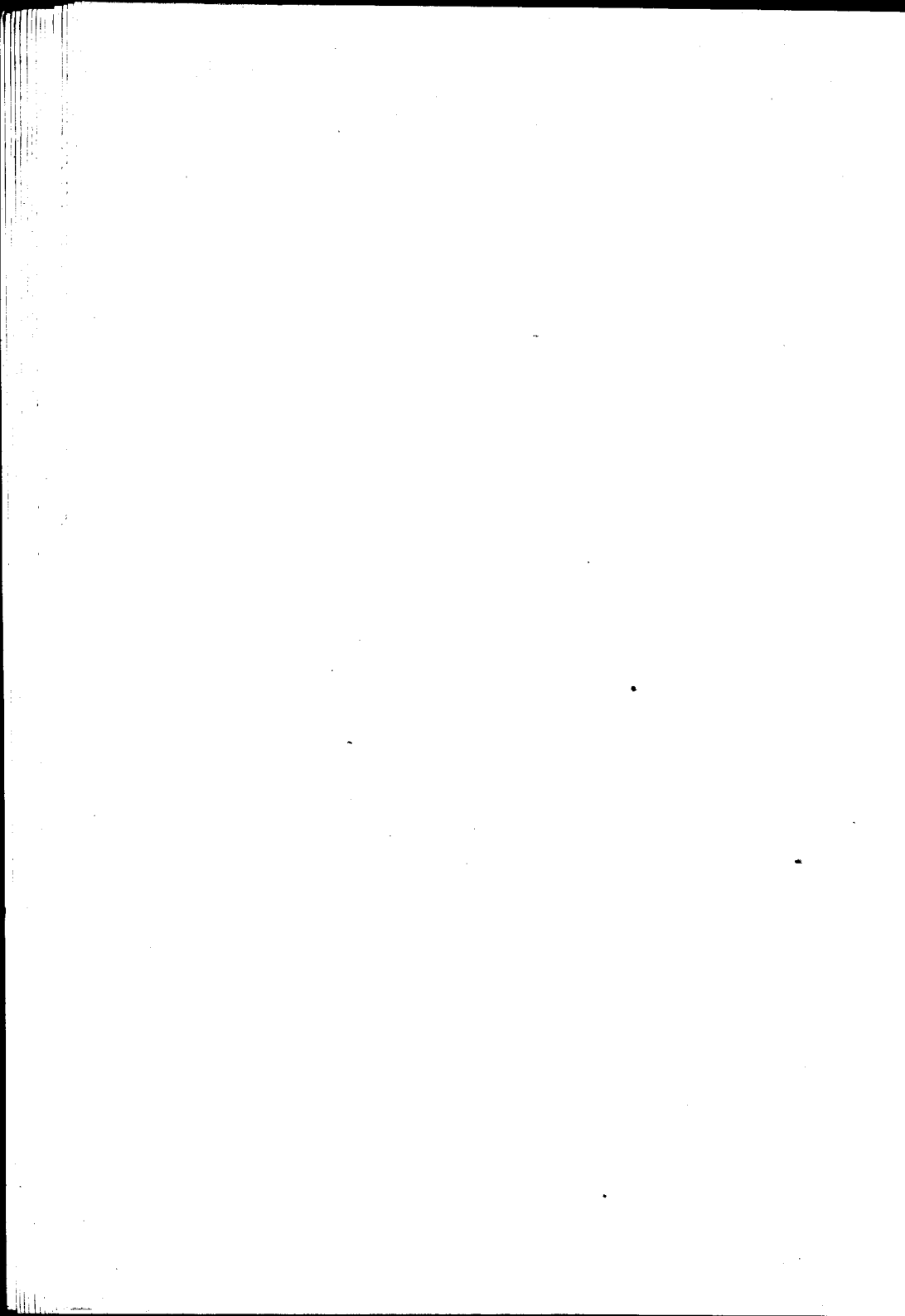


AL DOCTOR JUAN C. LAMON

Mi reconocimiento por su hermosa contribución a este trabajo



A MIS COMPAÑEROS DE INTERNADO



El ansa intestinal y su mesenterio sufren alrededor de su línea de inserción en la porción lumbar, de la columna vertebral, una rotación no menor que aquella que experimenta el estómago.

Las ramas descendentes y ascendentes están primero yustapuestas, la última que dará el intestino grueso se repliega siguiendo una dirección oblicua, cruzando transversalmente el segmento inicial del intestino delgado. Las dos porciones, pero en particular el intestino delgado, se alarga considerablemente en longitud al fin del segundo mes, describiendo sinuosidades numerosas.

La parte inicial del intestino grueso o ciego al tercer mes presenta una apéndice falciforme, que se coloca en la parte derecha hacia arriba y debajo del hígado, de allí se dirige en una dirección transversal pasando por delante del duodeno y detrás del bazo; enseguida se recurva bruscamente y descien-

de en la región izquierda de la pelvis, donde se continúa con la silíaca y el recto.

De manera que al tercer mes se puede ya distinguir en el intestino grueso: el ciego, colon transverso, el colon descendente, faltando el colon ascendente que se forma en los meses siguientes, de esta manera: el ciego primitivamente situado debajo del hígado toma progresivamente una posición más profunda; al séptimo mes viene a colocarse por debajo del riñón derecho y al octavo mes desciende hasta encima de la cresta ilíaca. Al mismo tiempo el ciego se alarga y al fin de la gestación constituye un anexo bastante voluminoso, situado en el punto de pasaje del intestino delgado y del grueso; en este momento el ciego presenta un crecimiento desigual; la porción terminal que a menudo constituye más de la mitad de su longitud total, se desarrolla menos que la otra porción muy dilatada; la primera constituye el apéndice vermicular, la segunda el ciego propiamente dicho.

En el recién nacido el apéndice no está netamente separado del ciego, sino algunos años más tarde se transforma en un apéndice del diámetro de una pluma de ave y de una longitud de 6 a 8 centímetros.

En el interior de la región delimitada por las circunvoluciones del intestino grueso se extiende el

intestino delgado, formando numerosas sinuosidades.

Primitivamente, todas las diferentes partes del intestino, a partir del estómago, están reunidas a la porción lumbar de la columna vertebral de una manera laxa, por un mesenterio común, el que es sometido naturalmente a las influencias del crecimiento en longitud del ansa intestinal, pues su línea de inserción al intestino se alarga mucho más en longitud que su línea de inserción a la columna vertebral, así, pues, el meso se transforma en una especie de manto plegado. Semejante disposición del mesenterio es definitiva en muchos mamíferos, como el perro, el gato, etc., pero en el hombre la disposición del mesenterio vuélvese al cuarto mes mucho más compleja, enseguida del acodamiento y soldadura de ciertas partes de la lámina mesentérica a las partes vecinas del peritoneo.

El intestino grueso posee todavía al tercer mes un aparato de suspensión muy largo que lo relaciona a la columna vertebral y que no es otra cosa que una parte del mesenterio intestinal común, que se la designa bajo el nombre particular de meso-colon. Enseguida de la torsión del ansa intestinal primitiva que hemos descripto precedentemente, no sólo el colon transverso está en relación encima del duodeno, sino también el meso extenso que le corresponde, el cual toma inserción secundaria nueva, de iz-

quiera a derecha y que parece ser parte del mesenterio intestinal común; llega así el colon transversal con su meso a dividir la cavidad abdominal en dos compartimentos, superior uno e inferior el otro.

El mesenterio del ciego, como aquel de la rama ascendente y descendente del intestino grueso, contrae una soldadura extensa con el peritoneo parietal; así, las diferentes partes del intestino que describimos están ampliamente unidas a la pared y fijadas por un mesenterio más o menos corto.

Estudiando el desarrollo embriológico del aparato digestivo humano o de los mamíferos en general, se constata que en una faz de la vida intra-uterina todos presentan un colon que puede sin mayor dificultad dividirse en colon ascendente, transversal y descendente; esta disposición, como es sabido, persiste en los carnívoros; en cuanto a las otras especies de animales, el colon sufre algunas modificaciones en su desarrollo. Es a expensas de la porción inicial del colon que se hacen los cambios que caracterizan el intestino grueso de las diversas especies. La primera porción se repliega, en los solípedos, para constituir el colon replegado; en cambio, en los rumiantes adopta una forma espiral y en los porcinos la forma helicoidal, mientras que en la especie humana no sufre modificaciones.

En la mayoría de las especies no es fácil delimitar en el curso del desarrollo, la porción que en

el hombre constituye el colon transverso, por esto, no se describe sino un colon ascendente y un colon descendente; el primero vascularizado por la arteria mesentérica superior y el segundo por la arteria mesentérica inferior.

ANATOMIA DEL COLON

Estúdiase en Anatomía descriptiva con el nombre de colon, la porción de intestino grueso comprendida entre la terminación del ciego por un lado en la fosa ilíaca derecha y la iniciación del recto por el otro en la excavación pelviana. Sus límites precisos son una línea que pasa a nivel de la desembocadura del íleon en el ciego para su porción inicial, y un punto colocado al nivel del cuerpo de la tercera vértebra sacra para su porción terminal.

Para su estudio se divide: en colon ascendente (lumbar derecho), colon transverso, colon descendente o (lumbar izquierdo), y finalmente, colon íleo-pelviano (S ilíaca de los autores franceses), ansa omega de Treves); los autores alemanes e ingleses describen esta última porción con el nombre de ansa sigmoidea.

Estudiando rápidamente su trayecto vemos que iniciado en la parte superior del ciego, se dirige verticalmente hacia arriba, contrayendo relaciones con

la cara inferior del hígado (impresión cólica), después sufre una primera acodadura (ángulo hepático) y se dirige hacia la región esplénica, donde entra en contacto con la parte inferior del bazo, dejando en muchos casos una impresión o faceta conocida con el nombre de faceta o cara basal de Cunningham; a este nivel sufre una nueva acodadura (ángulo esplénico) para dirigirse verticalmente hacia abajo y terminar después de una serie de incurvaciones que constituye su porción terminal al nivel de la iniciación del recto, cuyo límite preciso correspondía, dijimos, al cuerpo de la tercer vértebra sacra.

Sin insistir sobre su configuración, diremos que es sumamente característica y fácil de distinguir de cualquier otro segmento del tubo intestinal; sus bandas longitudinales, sus abolladuras y apéndices epiploicos facilitan su reconocimiento.

Sus dimensiones totales varían de un sujeto a otro.

Testut da como término medio:

0,12 a 0,17	centímetros	para el colon	ascendente	
0,50 a 0,60	"	"	"	transverso
0,14 a 0,30	"	"	"	descendente
0,45 a 0,50	"	"	"	ileo-pelviano

Al estudiar cada uno de los segmentos del colon

y analizando sus medios de fijación y relaciones vemos que el *colon ascendente* es un órgano relativamente fijo, en la gran mayoría de los sujetos; razones de embriología anteriormente expuestas lo explican; su meso, cuando existe, es sumamente corto. Encontrándose situado profundamente en la región lumbar derecha y contrayendo relaciones inmediatas con la pared, lo cual como es sabido, tiene su interés del punto de vista quirúrgico, como vía de acceso a esta porción.

Por su parte superior las relaciones íntimas que tiene con el hígado, en una parte de su cara inferior (faceta cólica del hígado) son mantenidas por el ligamento hepato-cólico; sabido es que este ligamento no es constante y que la acodadura derecha del colon es producida por un repliegue del peritoneo (ligamento freno-cólico o sustentáculum hepatis) dependiente del meso-colon transverso.

El ángulo hepático del colon forma en la mayoría un ángulo de 70° a 80°. Sus relaciones por su cara posterior son: parte del cuadrado de los lomos y la cara anterior del riñón derecho, relación por cierto de suma importancia, que nos explicaría en algunos casos la posibilidad de la abertura de un absceso peri-nefrítico en la cavidad de este segmento cólico.

La ausencia de meso-colon ascendente hace que el colon contraiga relaciones íntimas con la pared

lateral del abdomen, separándolo solamente de la masa muscular, un débil tejido laxo fácilmente lacerable; este detalle anatómico hace posible la abertura en ciertos casos del colon ascendente sin abrir la cavidad peritoneal, lo cual tenía señalada importancia en la era pre-antiséptica siendo a su nivel que se practicaba el ano contra natura lumbar derecha. Con las asas delgadas se encuentra en relación por dentro y aún por delante. Insistiendo sobre las relaciones del ángulo, derecho que como decía, se encuentra profundamente colocado en el hipocondrio derecho y en la cara inferior del hígado, agregaremos que esta porción del colon contrayendo relaciones con la cara anterior del riñón derecho (en su cuarto inferior) nos explicaría la posibilidad en ciertos casos de ptosis renal, la producción de acodaduras más o menos pronunciadas, que facilitando la entero-ptosis sería también productora de trastornos de la circulación de las materias fecales y el extasis consiguiente en el ciego y porción terminal del intestino delgado.

La porción transversal del colon, extendida del ángulo hepático al ángulo esplénico, suele afectar diversas formas: a veces directamente es longitudinal cruza la parte superior del abdomen desde el hipocondrio derecho al hipocondrio izquierdo, otras veces suele formar curvas caprichosas, en arco en S itálica o aun afectar la forma de una V o w; us ca-

raeteres y su configuración externa no presenta nada de particular que lo diferencie del resto del intestino grueso. Las relaciones del colon transverso importantes y podríamos decir dependientes en absoluto de su meso; de aquí como lo anotáramos anteriormente para el colon ascendente, el cambio de posición que puede adoptar por la movilización del mismo meso debido a desplazamiento de órganos, a los cuales se encuentra adherido; los que analizando rápidamente son de derecha a izquierda: la cara anterior del riñón derecho, la porción descendente del duodeno, la cabeza del páncreas, los vasos mesentéricos superiores, la porción ascendente del duodeno y la cara anterior del riñón izquierdo. Hacia arriba se encuentra en relación con la gran curvatura del estómago, abajo reposa sobre la circunvoluciones del intestino delgado; hacia adelante con la pared anterior del abdomen, separada por las inserciones o mejor dicho adherencias que sobre él hacen el delantal epiloico.

COLON DECENDENTE. — Podemos decir que sus caracteres son exactamente análogos a los del colon ascendente, en lo que respecta a su situación, dirección y medios de fijación; como el segmento cólico antedicho, es al estado normal difícilmente desplazable porque cuando existe su meso es sumamente corto. Sin embargo, es posible anotar algunas di-

ferencias, ellas serían: mayor longitud del segmento debido a que la acodadura esplénica, se encuentra colocada en un plano superior; su calibre menor, sus relaciones con la cara anterior del riñón izquierdo, que se caracterizaría por la adherencia más próxima al polo superior. Además la porción inicial del colon decendente, se encuentra más profundamente colocada, y sus relaciones en este punto son más próximas al borde externo del riñón que las que tiene el colon ascendente. Contrae también relaciones el colon decendente más íntimas con la pared, su superficie de contacto con el cuadrado de los lomos es más amplia, que la de su homólogo, esto constituye como lo decíamos anteriormente un detalle anatómico de capital importancia, del punto de vista quirúrgico en lo que respecta al tratamiento de ciertas afecciones.

La acodadura izquierda del colon se encuentra formada por la parte terminal del colon transverso y la porción inicial, del colon decendente. El ángulo esplénico por las razones expuestas anteriormente al estudiar el colon decendente, es más agudo (mide 50 grados próximamente) que su homólogo del lado derecho. Se encuentra colocado profundamente en el hipocóndrio izquierdo y normalmente situado a 4 cm. más alto que el ángulo hepático.

El ángulo esplénico contrae en la generalidad de los casos relaciones íntimas, con la pared del ab-

dómen a la cual se encuentra unida por el ligamento freno-cólico izquierdo o sustentáculum lienis. La forma de dicho ligamento, así como la disposición que guarda con relación a la inserción cólica, origina diversas deformaciones, que suelen apreciarse en la acodadura esplénica. Generalmente afecta una forma triangular, uno de sus bordes responde a su inserción parietal y el otro termina en forma de abanico en la cara anterior de la porción del colon, que contribuye a formar el ángulo esplénico; en cambio el borde superior libre, sirve cuando está suficientemente desarrollado, como medio de sosten para el bazo, que se encuentra inmediatamente colocado por encima. En algunos casos el ligamento freno-cólico no adopta la forma antedicha, y termina insertándose como una simple brida, en el vértice del ángulo en muchos casos, así como la posible oclusión intestinal, cuando existiera contemporáneamente una dilatación del estómago y ptosis del colon transverso.

La fijación de la acodadura izquierda del colon se encuentra aún garantida por la ausencia de movilidad, debido a la falta de meso de la porción inicial del colon descendente, de aquí que, en las acodaduras patológicas no intervenga para disminuir la abertura del ángulo, sino la porción terminal del colon transverso, la cual puede estar más o menos descendida, acompañando a la ptosis del segmento y

favorecida por mal formaciones que presenten el ligamento freno-cólico.

Las relaciones del ángulo esplénico son hacia atrás y afuera la cara anterior del riñón izquierdo en su tercio superior, así como la cápsula supra-renal y la porción del bazo correspondiente a su polo inferior. La relación íntima con este órgano se establece al nivel de la porción más inferior del borde interno; pues este se bifurca y determina pequeña superficie triangular, (faceta basal de Cunningham) siendo este punto donde el colon entra en contacto inmediato con el bazo.

COLON ILEO-PELVIANO. — Constituye la porción del colon que al decir de P. Duval, sería el segmento del intestino grueso, que se encuentra en vía de evolución en la especie humana. Este autor ha constatado que su longitud es mayor en las razas inferiores.

El colon pelviano (ansa-omega de Treves) se inicia en la fosa ilíaca interna del lado izquierdo, siendo sus límites una línea que pasara al nivel de la cresta ilíaca del mismo lado, y por otra parte un punto correspondiente al cuerpo de la tercera vértebra socra. Caracterízase por su movilidad, debida a la disposición especial que guarda su meso.

Estudiando el meso íleo-pelviano vemos que su inserción parietal, es más breve que su inserción visceral. Iniciado al nivel de la cresta ilíaca, pró-

ximo a la sínfisis sacro-ilíaca izquierda, se inserta según una línea que se extienda desde este punto hasta la parte media de la línea innominada, encima del músculo psóas; desde este punto, después de cruzar los vasos ilíacos primitivos, se dirige hacia arriba hasta el cuerpo de la cuarta vértebra lumbar, luego se dirige perpendicularmente hacia abajo cruzando previamente la arteria ilíaca primitiva izquierda en su origen; siguiendo un trayecto vertical, se inserta a lo largo de la cara anterior del sacro hasta la altura de la tercera vértebra.

El meso íleo-pelviano es mucho más largo en la parte que corresponde a su inserción pelviana, es esta porción también, la que goza de mayor movilidad y se desplaza hacia arriba cuando los órganos de la pélvis pasan del estado de vacuidad al de distensión.

Arterias.—Los diversos segmentos del colon se encuentran vascularizados, por dos ramas principales nacidas de la aorta abdominal; la arteria mesentérica superior y la mesentérica inferior.

La arteria mesentérica superior se origina al nivel de la cara anterior de la aorta a uno o dos centímetros por debajo del tronco celíaco, ella vasculariza todo el intestino delgado por una serie de ramificaciones. Al mismo tiempo sus tres colaterales las arterias cólicas derechas superior, media e

inferior irrigan la mitad derecha del intestino grueso.

La mesentérica inferior que nace también de la cara anterior de la aorta a 5 cms. de su terminación, se divide en tres ramas principales, las arterias cólicas izquierdas superior, media e inferior que irrigan la mitad izquierda del colon. Las arterias que vascularizan el ansa sigmoidea terminan directamente sobre ella, sin formar las numerosas arcadas que hacen en los otros segmentos del colon, especialmente de las porciones ascendentes y porción terminal del descendente.

Las venas cólicas siguen casi el mismo trayecto que las arterias; las del colon ascendente y mitad derecha del colon transverso son tributarias de la gran mesaraica; las de la mitad izquierda del colon transverso, descendente y ansa íleo-pelviana terminan en la mesentérica inferior.

Los nervios del colon provienen del plexo solar; para la parte correspondiente al colon ascendente y transverso en su mitad derecha; y del plexo lumbo-aórtico para la mitad izquierda del colon transverso, descendente y ansa sigmoidea; las numerosas ramas nerviosas acompañan a las arterias cólicas y se anastomosan formando plexo alrededor de las mismas.

PATOGENIA

La patogenia de la éxtasis intestinal, ha sido tan ampliamente estudiada, que hoy, coinciden ya la opinión de los muchos autores, que de esta lesión se han ocupado; por mi parte únicamente he de tratar someramente este capítulo de patogenia, con la intención de abordar el tratamiento médico y quirúrgico, bajo la crítica eliminatoria que dá la observación y la experiencia recogida en los ya muchos casos tratados en nuestros servicios de hospital.

La constipación crónica, puede ser originada por: deformidades o desarrollo anómalo del colon, desarrollo defectuoso o atrofia primaria esencial del mismo, situación o longitud anormal de la flexura sigmoídea, por tumores, por inhibición del peristaltismo, por alteración de los centros nerviosos, por éxtasis venosa del sistema porta y por atonía muscular.

Hay sujetos que pueden pasarse dor o tres semanas sin efectuar ninguna evacuación intestinal,

sin dar el menor síntoma; otros por el contrario hacen evacuaciones con regularidad, sin embargo pueden desarrollar un éxtasis intestinal considerable; de manera que la anamnesis tiene gran valor en el diagnóstico de tumor intestinal producido por éxtasis fecal.

Las adherencias inflamatorias o las del tipo de membranas de Jaeson, al acodar el intestino pueden ser causas de estancamientos; la acodadura de Lane en la última porción del ileon es un ejemplo acabado.

Es un hecho de observación que entre los enfermos nerviosos, se encuentran una buena proporción de sujetos que no vacían con regularidad su vientre. Los neurasténicos, los hipocondriacos y los depresivos en general son con mucha frecuencia, grandes hacedores de bolos fecales.

Una de nuestros casos de sexos femenino, pertenece a una familia de neuropatas; ella misma es una neurasténica consumada.

El doctor Navarro presenta algunas historias de mega-colon a la sociedad de cirugía de París y no aceptando la teoría de Marfan quien dice; que la constipación congénita lleva una hipertrófia de la túnica muscular del intestino, dando origen al mega colon; Navarro dice que no comprende como la simple constipación puede llegar al megacolon generalizado y más, que no es posible explicar con Marfan.

las éxtasias parciales del ciego y colon transverso; igualmente rechaza aquella otra de Treves y Josselin quienes las atribuyen a la existencia en el recto de ciertas válvulas, (Guillard, Rouneaux dicen haber encontrado válvulas en interesantes radiografías); Navarro se pregunta, como estas válvulas que están situadas a nivel del colon terminal pueden explicar las dilataciones superiores y segmentarias? No; dice el doctor Navarro. La válvula no es la causa y si efecto del megacolon, pero que a pesar del puesto secundario puede jugar cierto rol en la evolución patológica, dificultando o impidiendo la evacuación intestinal.

Navarro estudiando los casos en que ha intervenido, ha encontrado una falta de torsión del intestino grueso, el acolamiento del meso no, pudo completarse y con la persistencia de este, el megacolon puede establecerse; así él plantea su opinión en las siguientes proposiciones:

1.º En la existencia constante de un meso en el asa dilatada ya sea esta grande o pequeña. Es un meso espeso, más espeso que en estado normal y no tiene los caracteres de un meso largo por tiro-neamiento, sinó la dilatación intestinal debería hacer desaparecer este meso en lugar de crecer.

2.º En la mayoría de los megacolon el intestino extasiado no se encuentra en su sitio normal

siendo más bien mediano y la línea de inserción del meso está próxima al raquis y no en la fosa ilíaca.

3.º Cuando el ciego toma parte en el proceso es móvil y tiene meso, este no es adquirido, es una persistencia embrionaria y es de notar la evidente malformación en algunos casos de meso-apéndice; sentada como base la falta de torsión del intestino grueso puede explicarse y sin gran esfuerzo mental todas las variedades de dilataciones intestinales, siendo estas totales o parciales según que el asa que ha verificado su torsión, sea de todo el colon o parte y refuerza más este concepto teniendo presente que el colon sigmoideo es la última parte del intestino en fijarse, y por donde, la frecuencia del megacolon en este segmento. Okinczic prosector de la Facultad de Medicina de París presenta un caso interesante de una mujer adulta en la que el colon está completamente fijo y no tiene meso flotante, el colon transverso es rectilíneo normalmente flotante y sin ninguna adherencia anatómica en su trayecto; el descendente y el colon ilíaco tienen un pequeño meso muy corto; pero lo que es de notar es la existencia sobre una longitud de diez centímetros en la parte inferior del colon descendente y una parte del ilíaco una especie de estrechamiento en longitud, una atresia segmentaria atrófica del intestino, la disminución de calibre extraordinaria entre los segmentos supra y subyacentes del colon pelviano; di-

latados en su primera mitad, la segunda hasta el recto tiene el mismo aspecto atrófico del colon descendente, las abolladuras están apenas dibujadas, de volumen y calibre reducido, mientras que el colon transversal está dilatado como el segmento pelviano interpuesto entre los dos segmentos atróficos. No hay indicios de inflamación intestinal ni de peritoneo; no hay adherencias y salvo su volumen reducido no difiere del resto del colon; se trata pues de un estado permanente, el segmento atrofiado no se presta al desplegamiento excéntrico ni a la distensión además se constata que las arterias del colon descendente y las sigmoideas están muy delgadas desde su origen y que abordan el segmento atrofiado del colon descendente y del pelviano.

La luz del segmento atrepsiado muy reducida, la pared al corte parece normal, la mucosa no presenta discontinuidad ni traza de cicatrización, esta clase de anomalía intestinal hace concluir en la existencia de una disposición congénita. Este mismo autor concluye diciendo que estos estados congénitos son raros, pero su existencia es real y compatible con la vida. Estudiando la patogenia de esta misma lesión cita rápidamente las opiniones de Alglave, Simpson y Küttner, quienes atribuyen estos estados a peritonitis fetales más interesantes todavía dice el autor, es la teoría de Krenner sobre la etiología de las atrepsias intestinales y del esófago en la serie

animal, cree poder concluir que en un período precoz de la vida embrionaria el epitelio del esófago es asiento de una proliferación celular que puede terminar con una obliteración completa de la luz del órgano.

El esófago es representado por un cordón lleno y la luz no se restablece sino secundariamente; lo que interesa particularmente es que este proceso puede extenderse a todo el tubo digestivo, así Kren-ter termina diciendo que las atrepsias, esténosis congénitas dependen de esta obliteración normal en una faz de la vida intrauterina. La atrepsia sería la persistencia de un estado embrionario.

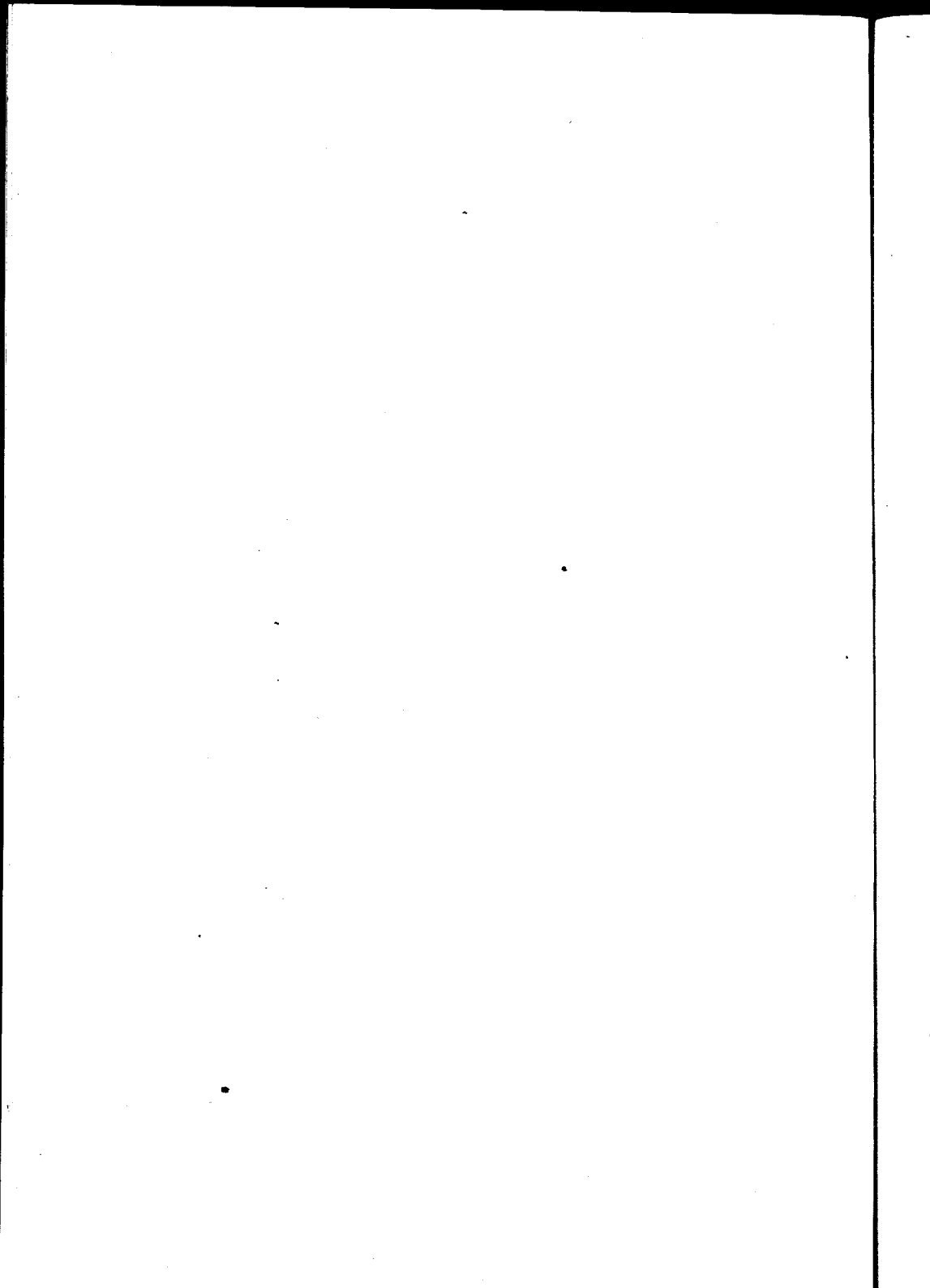
Esta concepción dice Okinzye dá cuenta de la atrepsia, pero no satisface en cuanto se refiere a las esténosis congénitas segmentarias. La teoría de Durante y Sión muy seductora dá gran valor a las alteraciones circulatorias del período congénito por obliteración o estrechamiento, trae en el curso de la vida intrauterina un detenimiento del desarrollo o una desaparición de los órganos correspondientes al terreno que deben nutrir; para Durante estas lesiones lejos de ser raras en el curso de la vida intrauterina, revelarían infecciones transmitidas a través de la placenta sean sustancias tóxico-microbianas u otras; Okinzye, por su parte, da gran valor a la teoría vascular de Durante en la explicación de estas lesiones; y aceptada la existencia de

estas atrofas segmentarias, menciona la relación posible y explicable del megacolon con esta clase de lesión.

El doctor Pedro J. Elizalde, entre nosotros, presenta un trabajo anátomo-patológico de la lesión del megacolon sigmoideo, bien nutrido de observaciones, a la Sociedad Médica Argentina, en las que llega a las conclusiones siguientes:

1.º—El megacolon sigmoideo es una mal-formación adquirida; para que él se produzca exige: un terreno constituido por un ansa sigmoidea demasiado larga (macrocolon) que le permite adoptar situaciones y posiciones viciosas que favorecen el éxtasis fecal, determinante de la hipertrofia.

2.º—La intervención de la constipación producida por cualquiera de las múltiples causas que la determinan, con sus consecuencias: las fermentaciones, factor de la dilatación e irritación que produce los estados inflamatorios crónicos, a su vez determinantes de la proliferación del tejido conjuntivo, la disminución del calibre de los vasos y la atrofia secundaria de las fibras musculares. De tal manera, que la intervención de obstáculos (como tumores, procesos cicatriciales, etc.) sólo tendrían algún valor para determinar la producción de la obstrucción intestinal, pero no del megacolon, salvo el caso que aquéllos coexistan con los factores enumerados en las conclusiones.



SINTOMAS. — DIAGNÓSTICOS

SINTOMAS

Constipación y distención, ha dicho P. Duval, es lo que domina en la sintomatología del megacolon; pero es necesario recordar algunos detalles acerca de los caracteres de estos dos signos.

La constipación es tenaz y constante, los purgantes actúan a medias, puede decirse, sin vaciar completamente el intestino y a menudo faltan las evacuaciones espontáneas.

Como en el cáncer cólico de los adultos, hay en el megacolon alteraciones, grandes debacles intestinales que se suceden con verdaderas constipaciones y que apesar de las profusas evacuaciones, el abdómen no queda por eso menos distendido, globuloso, con una piel brillante, con numerosas venas superficiales dilatadas; es el vientre en tonel de Fuetterer, el vientre en balón de Treves.

La palpación permite con frecuencia sentir verdaderos tumores fecales donde es fácil dejar la

impresión del dedo, lo que hemos constatado en uno de nuestros enfermos. Se ha señalado también deformidades torácicas, los espacios intercostales de la base, están estrechados por el rechazo hacia afuera de las últimas costillas. Debe añadirse a estos signos el síndrome de la oclusión intestinal crónica con las contracciones peristálticas, el gorgoteo, el clapotage intestinal, la matitez declive y el signo de falsa ascitis de Delbet-Mathieu-Ricard; fuera de estos signos sobre los que no insisto, se encuentran todos los accidentes resultantes de la éxtasis intestinal y de la estercoremia. •

Los vómitos son frecuentes, la colitis crónica por fermentaciones pútridas, da profusas diarreas fétidas, la tiflitis, la sigmoiditis son complicaciones observadas con relativa frecuencia.

La tetania ha sido otro signo encontrado por algunos autores; Leangmead ha constatado siete veces, en niños atacados de dilatación congénita del colon. El delirio también suele observarse en algunos de estos enfermos, en un caso de Morestin por la intoxicación estercorémica; traduciéndose en otros por alteraciones particulares del carácter.

DIAGNÓSTICO

Cuando a nosotros sea llevado un niño que es constipado y que tiene un vientre globuloso, debe

pensarse en la enfermedad de Hirschprung o que nos encontramos con un sujeto adulto que desde su juventud padece de constipación crónica, también debe pensarse en la enfermedad de Hirschprung.

Es necesario distinguir los signos diferenciales con las peritonitis y con la oclusión intestinal crónica. Para esto nos bastará recordar que en el megacolon existe siempre éxtasis intestinal, habiendo, por tanto, una obstrucción crónica; circunstancia ésta que la diferencia en todo de la constipación producida por peritonitis de cualquier origen que fuera.

Con la oclusión crónica, cuya característica es su principio generalmente insidioso, de evolución lenta, ausencia o poca repercusión de los fenómenos generales. Esta sintomatología, atestiguando una obstrucción incompleta durante algún tiempo, cede muchas veces a un tratamiento clínico; pero que, no en pocas ocasiones, suele la obstrucción progresar lentamente y llegar, otras, casi de golpe, a una oclusión definitiva. Puede presentarse bajo forma de crónica d'emblée y evolucionar progresivamente; o si no anunciarse por accidentes de extrema gravedad que tienen todos los caracteres de las formas agudas, aunque más tarde pierda su intensidad y se asista a la evolución lenta de la obstrucción crónica. Durante mucho tiempo lo que domina la sintomatología es el obstáculo intestinal, prime-

ro incompleto, y que poco a poco toma más importancia.

En todos los casos que sea posible, no deberá dejarse de efectuar el precioso recurso de los rayos X, muchas veces los únicos capaces de dilucidar un diagnóstico clínico de esta naturaleza, sea con la radiografía o radioscopía.

TRATAMIENTO MÉDICO

PROFILAXIA.—*Higiene del intestino*

La negligencia en la higiene intestinal no es solamente en algunos casos la causa única de la disquesia, sino también una causa determinante, importante en la mayoría de las variedades de constipación. Cuando la travesía intestinal es retardada, la constipación que resulta es a menudo agravada por la negligencia del enfermo en hacer un esfuerzo suficiente para expulsar las heces desecadas y acumuladas en el intestino, debajo del ángulo esplénico. Así, esta parte del intestino no se vacía completamente, lo que aumenta poco a poco la dificultad que encuentra el intestino en llenar sus funciones. Esta es la razón por la que la higiene del intestino y los consejos que ella da para aprender a defecar con el máximo de efecto, son el mejor remedio de prevenir la constipación en los niños y son también una parte esencial del tratamiento de la constipación.

En algunos casos de constipación ligera la observación de las reglas de la higiene intestinal puede ser suficiente para curar el enfermo. Debe esforzarse el paciente en obtener cada día una evacuación a la misma hora. Sin duda, el mejor momento es enseguida del desayuno, pues al estado normal casi todo el contenido del tubo digestivo es entonces amasado en el colon pelviano y los alimentos que penetran en el estómago vacío, estimulan enérgicamente la actividad intestinal y una parte del contenido pelviano es echado en el recto, produciendo así el deseo de defecar. •

Según la fisiología de la defecación, un cierto número de causas necesarias se combinan para hacer de la mañana el mejor momento para la evacuación diaria. Entre estas causas debe citarse: La actividad muscular que se pone en juego para levantarse y vestirse en ciertas personas; el baño frío o el vaso de agua frío antes del desayuno; en otros, la taza de café. Si los estimulantes naturales no han conseguido provocar el deseo de evacuar, el enfermo debe tratar de provocarlo, pues la elevación de la presión intra-abdominal determinada por la contracción voluntaria de músculos abdominales y del diafragma pueden contraer las tónicas musculares propulsoras del intestino, hacer progresar hasta el recto las heces y engendrar el deseo de evacuar.

En los casos de disquesia y en todos los casos.

donde el retardo de la travesía intestinal hasta el colon pelviano haya endurecido y desecado las heces, de manera que sea necesario un esfuerzo especial, para expulsar completamente, será útil tomar posición favorable para poder evacuar. Sábese ya que el uso elevado del asiento de la mayoría de los w. e. no permite hacer el esfuerzo máximo que necesita la defecación dependiente de la voluntad, y que la posición en *accroupie* es la fisiológica por excelencia.

PSICOTERAPIA.—Trousseau en 1868, declara que él estaba convencido que cuando la constipación no es constitucional, la voluntad aplicada paciente y con regularidad, llega a menudo a vencerla; desde entonces, el tratamiento psíquico de la constipación ha sido frecuentemente recomendada por Dubois, Forel, Goodhait y J. P. Lyon.

El tratamiento psíquico debe primero tener por fin, destruir dos ideas que son inhibidoras de la actividad intestinal y de la defecación.

La primera de éstas, es la convicción que inevitablemente tendrá constipación sino se recurre a los medios artificiales para hacer funcionar regularmente el intestino, de manera que se habitúa al uso de purgantes y enemas que en realidad no son necesarios. Es así que en estas gentes, en que la actividad funcional del intestino está subordinada a

estos usos terapéuticos, se arraiga la idea fija que tendrán inmediatamente obstrucción o cualquier otro accidente, si ellos olvidan estos medios artificiales; en tales casos será necesario persuadir al enfermo, que su constipación proviene simplemente del hábito defectuoso que se puede modificar fácil y completamente sin tener que recurrir a purgantes y enemas.

La segunda idea a destruir es aquella que tiene el enfermo de no poder evacuar a pesar de sus esfuerzos, en tales casos tratar de atenuar los temores del paciente, aconsejarle de hacer esfuerzos no violentos y distraer su atención para permitir a la evacuación refleja de producirse sin obstáculos.

TRATAMIENTO DIETETICO.—Las desviaciones del régimen son las frecuentes y numerosas causas de constipación; es a menudo posible de obtener curación completa por simple cambio de régimen. Westphalen presenta una estadística de 110 curaciones sobre 121 enfermos de su clientela en San Petersburgo, con sólo haber ensayado el cambio de régimen; así, en todos los casos que hay enrarecimiento de la actividad funcional de los músculos intestinales, sea por la insuficiencia muscular o por insuficiencia de reflejos, o cuando la constipación resulta de la deshidratación de las heces, el tratamiento dietético determina una mejoría considerable. En

los casos de disquesia ligera, el cambio de régimen es a menudo útil, aún cuando la actividad de los músculos del intestino es todavía normal, pues él acelera el pasaje de las materias en el recto, donde llegan todavía bastante blandas, de manera que el esfuerzo necesario para la expulsión se encuentra disminuído.

En primer término, es excesivamente importante que la nutrición sea suficiente, pues la constipación, sobre todo en los enfermos nerviosos, es a menudo debida a la insuficiencia de cantidad de alimentos más que a un régimen defectuoso. Es necesario que los alimentos sean tomados lentamente y bien masticados; los grandes pedazos no digeridos provocan contracciones irregulares del intestino y enteropasmo, en lugar de determinar los movimientos normales de propulsión. Es por la misma razón que se deberán extraer los dientes carcados y reemplazarlos por otros artificiales.

Podremos fácilmente determinar los principios, según los cuales deberá formular el régimen que conviene, si consideramos cuales son los estimulantes normales de la actividad intestinal.

La estimulación mecánica de las contracciones intestinales, resulta de la acción irritante de la celulosa y de la distensión producida por el bolo alimenticio; el primero de estos factores es que la celulosa no se digiere más y enrarece la digestión de

la albúmina vegetal y del almidón, de manera que el contenido intestinal y los bacterios que aumentan bajo el efecto de la alimentación vegetal, vienen todavía a aumentar la distensión del intestino.

Las substancias resultantes de la digestión y de la putrefacción de la carne, de la grasa neutra, los ácidos grasos, los jabones y la glicerina que proviene de la digestión o de las descomposiciones bacterianas de la grasa, son también estimulantes importantes aunque menos activos.

La principal cosa que hay que tener en cuenta para establecer el régimen de un constipado, es el aumento de los alimentos vegetales y, sobre todo, los alimentos que contienen mucha celulosa, ácidos orgánicos y azúcar, siendo posible, deberá también aumentarse la cantidad de grasa.

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO. — En los casos de constipación ligera, donde no se tiene sino que cuidar la higiene intestinal y lo mismo modificar ligeramente el régimen, el enfermo considera en general su enfermedad tan insignificante, que él mismo encuentra y dicta su terapéutica administrándose un purgante; pero la irritación continua de la mucosa intestinal tiende a disminuir su excitabilidad y nótese a menudo que debe aumentar poco a poco la dosis necesaria para producir una evacuación y a veces los purgantes mismos dejan al fin de

producir sus efectos. Así, es lo más frecuente observar que los enfermos consulten al médico cuando fuertes dosis de purgantes han terminado de dar sus resultados; en tales casos la constipación vuélvese inveterada, el tratamiento simple de la higiene y el régimen pelagra en su suficiencia, además la irritabilidad de la mucosa estando más atenuada, hace que los alimentos, como la estimulación fisiológica del régimen, no traigan sino una relativa mejoría. Bien que el empleo irrazonado de los purgantes puede presentar graves inconvenientes; también es verdad que ha sido exagerado por algunos autores que aconsejan de no emplear los medicamentos sino como último recurso y cuando los otros medios hayan fracasado. El régimen de los constipados actúa casi de la misma manera que la mayoría de los purgantes, es decir, estimulando la mucosa intestinal y determinando un reflejo local, pero la estimulación de los purgantes es puramente química y mecánica. En general, hay allí una ventaja; pero una cantidad de alimentos indigestos es probablemente más nociva para la mucosa que un excitante químico ligero, sobre todo en lo que concierne al colon pelviano, en el cual los innumerables fragmentos de substancias vegetales no digeridas que encierran las heces, quedan durante mucho tiempo en contacto con la mucosa, peligrando de determinar una irritación de la misma.

INDICACIONES. — Antes que nada es necesario determinar la causa de la constipación, para recién poder determinar la medicación.

Cuando la constipación se presenta como síntoma en el desarrollo de una enfermedad, como en la amigdalitis o pneumonía, una purga es útil e inofensiva; lo mismo en los casos en que se acompaña de constipación como en las enfermedades crónicas incurables del riñón, alienación mental y las diabetes, se deberá dar realmente purgantes. En fin, es útil el purgante para reblandecer las heces cuando la defecación es dolorosa, en los hemorroidarios y en los portadores de úlceras y físuras rectales.

Constipación constitucional. — El uso regular de los purgantes, durante largos períodos es loable en los casos que parece depender de la hipoplasia congénita o de una hipertrofia adquirida de los músculos intestinales; la hipoplasia es probablemente la causa de algunas constipaciones hereditarias llamadas constitucionales, y la hipertrofia la causa de la constipación senil.

Constipación por acumulación. — Muchas personas, sobre todo aquellas que tienen una vida sedentaria y que comen con algún exceso, toman el hábito de purgarse una vez por semana o al menos a intervalos regulares, bien que no sean manifesta-

mente constipados; esta práctica da excelentes resultados, pero debe concluirse en que estas personas sufren la constipación por acumulación y que el purgante les desembaraza de sus heces; también es evidente que estos sedentarios constipados podrían suprimir sus purgantes diarios, si adoptaran régimen alimenticio y si efectuaran ejercicios, pero muchas veces se tropieza con la imposibilidad de hacerles cambiar su género de vida.

En el tratamiento de la constipación por los alimentos, algunas condiciones deben ser llenadas antes que se pueda considerar el resultado como satisfactorio. Los purgantes deben ser dosados de tal manera que haya una evacuación diaria y que la necesidad de defecar se haga sentir inmediatamente después del desayuno y no en los momentos incómodos, de manera de no desplazar a los sujetos de sus ocupaciones diarias y del reposo nocturno.

El paciente no deberá tener dolor antes o durante la defecación y el medicamento deberá ser escogido de manera a no producir ninguna alteración inflamatoria de la mucosa intestinal y no tener efecto nocivo sobre el estómago, el riñón u otro órgano; si parece que el empleo del purgante debe ser prolongado indefinidamente, deberá escogerse aquel cuyos efectos se mantengan sin que sea necesario aumentar las dosis; la experiencia en estos casos será la mejor guía.

La estriénina aumenta la excitación refleja del sistema nervioso periférico y central. La tonicidad del intestino que depende probablemente en gran parte de la estimulación nerviosa ligera y constante del plexo de Auerbach, es decir, de los centros nerviosos situados en la túnica muscular, aumenta bajo el efecto de la estriénina, al mismo tiempo, la mayor excitabilidad del plexo de Auerbach refuerza la acción del régimen estimulante y de los purgantes que actúan por intermedio del reflejo periférico. Por consiguiente, en las formas de constipación que provienen de una depresión del sistema nervioso central y periférico, la estriénina y la nuez cónica tienen gran valor, sean solos o combinados, a los purgantes vegetales o salinos.

El jugo desecado de diversas variedades de áloes, es de todos los purgantes aquel más útil. En algunos casos se puede tomar regularmente durante años sin que él produzca ningún efecto nocivo y sin que él pierda su eficacia. El áloes actúa más lentamente que ningún otro purgante y su efecto no se produce sino al cabo de diez o doce horas.

La acción del áloes aumenta por la adición de sales de hierro, razón por la cual prescribese con algunos centigramos de sulfato de hierro; además, es evidente que la eficacia del purgante aumenta cuando se le añade estriénina o belladona; así, por ejemplo, en los constipados crónicos se obtendrá

buenos resultados si se prescriben píldoras que contengan:

Extracto nuez vómica.	0.03	ctgrs.
Extracto de belladona.	0.02	”
Aloes.	0.03	”

M. y H. p. 1 = XXX

La cáscara sagrada es después del áloes el más útil de los purgantes antraecénicos. En razón de su gusto amargo y desagradable debe mejor administrarse en píldoras o comprimidos. Se le da como e lálbe y la adición de nuez vómica y belladona refuerza su acción.

El aceite de ricino no es irritante y no tiene efecto sobre el estómago. La esteapsina del jugo pancreático le desdobra en glicerina y ácido ricino-leico; este ácido y sus sales de sodio irritan el intestino y purgan sin determinar cólicos. Cuando se le administra por la vía rectal el aceite de ricino no es más eficaz que el de olivas, a menos que no sea conservado bastante tiempo para sufrir la descomposición bacteriana.

Como la acción del aceite de ricino es suave pero segura y sin cólicos, constituye uno de los mejores purgantes para las personas que se purgan con frecuencia. Dosis 15 a 30 gramos. Estas dosis, administradas regularmente, constituyen uno de los mejores tratamientos de la constipación senil, y es

a menudo el único purgante de la constipación espasmódica y de la colitis mucomembranosa, sobre todo si se agrega al mismo tiempo opio o belladona.

El inconveniente del aceite de ricino es su sabor desagradable, que puede obviarse con una pequeña maniobra conocida, o si no tomarlo en cápsulas de dos a cuatro gramos.

Los purgantes sintéticos, los salinos, mercuriales y otros, también pueden ser empleados con más o menos ventajas, las que no describo por ser larga y conocida su enumeración y empleo.

EMPLEO DE LOS ENEMAS Y EXTRACCION DE LAS HECES

Uno de los tratados más antiguos de medicación conocidas, un papyrus egipcio del siglo xiv antes de Jesucristo, que se encuentra actualmente en el Museo Royal de Berlín, contiene indicaciones para la preparación de los enemas. Los enemas eran de uso corriente entre los egipcios. Herodoto en el año 443 antes de Jesucristo, dice que: “los egipcios hacían higiene intestinal cada mes durante tres días consecutivos con eméticos y enemas, pues ellos estimaban que todas las enfermedades del hombre provenían de los alimentos”.

En la antigüedad los enemas se administraban

con una vejiga y una cánula de hueso o de metal; la jeringa para enema fué inventada en el siglo xv.

Empléanse los enemas en el tratamiento de la constipación:

1.º—Para producir una evacuación inmediata del intestino grueso.

2.º—Para reblandecer las acumulaciones de heces endurecidas, a fin de facilitar la evacuación.

El enema trae una evacuación del intestino grueso por una estimulación de sus movimientos que puede ser mecánica, termal o química.

La distensión del intestino por el líquido estimula enérgicamente las contracciones, cuya intensidad depende del volúmen del líquido inyectado y el modo de inyección, siendo esto último el factor más importante. Si no hay obstrucción se puede introducir en el colon un litro de agua bajo débil presión, sin estimular los movimientos, pues al estado normal la mayor parte del intestino grueso está casi vacío y se puede aumentar considerablemente el volúmen de su contenido sin distender sus paredes. Si por otra parte, se administra un enema con una jeringa, la elevación rápida e intermitente de la presión en la porción inferior del intestino actuará como un estimulante mecánico enérgico y determinará contracciones.

3.º—El efecto estimulante de la enema aumentará considerablemente si se emplea un líquido que

no esté a la temperatura del cuerpo. El agua, que no tiene sino unos grados más que la temperatura del cuerpo, es peligrosa para las mucosas, así las enemas más calientes que se pueden dar sin peligro, no tienen sino un efecto sensiblemente ligero y sedante. La enema cuya temperatura es 15 o 20 grados inferior a la del cuerpo, no tiene efecto nocivo sobre la mucosa intestinal; el frío estimula el peristaltismo y pueden darse enemas mucho más eficaces con agua fría que caliente.

4.º—El agua y el suero fisiológico no producen ninguna estimulación química del intestino; a fines del siglo XVIII se introdujo y expandió el uso del agua con jabón en la práctica médica; la presencia del jabón aumenta un poco la eficacia, estimulando ligeramente la mucosa del intestino. Dada la propiedad que posee de sacar el agua de los tejidos, la glicerina tiene una acción irritante sobre la mucosa.

La inyección rectal de 10 c. c. de glicerina, es un poderoso estimulante que da lugar al reflejo de defecación y que es a veces suficiente para provocar una abundante evacuación, casi nunca provoca dolores, pero a menudo tenesmo.

Según el modo de administración y la cantidad de líquido empleada, la enema puede actuar sobre el colon entero, sobre el colon pelviano o en el recto solamente.

ENTEROCLISIS.—Si se introduce agua en el intestino por medio de un tubo de cautchout y de un embudo o un bock, a una presión constante de 90 cms. al máximo, esta agua alcanza sin dificultad el ciego, como es fácil comprobar al examen de rayos X.

PEQUEÑO ENEMA.—Cuando se administra una enema con un irrigador ordinario, las contracciones del recto y del colon pelviano sobrevienen tan rápidamente que es generalmente difícil de inyectar más de un medio litro de líquido. Una enema dada en esta forma, tiene, en la mayoría de los casos donde haya una constipación más o menos considerable con acumulación de materias fecales en el intestino, es necesario vaciar completamente el colon antes de comenzar ningún otro tratamiento; este principio tan importante, fué establecido hace dos siglos más o menos por Stephen Halles.

En general, cuando la acumulación fecal es tal que forma tapón en el intestino, los purgantes no deben emplearse, pues los cólicos que se producen de costumbre indican que los músculos intestinales han tenido contracciones muy enérgicas y que es poco probable que una excitación suplementaria sea suficiente para vencer la obstrucción.

Los enemas son el tratamiento más racional en los casos más graves. En los casos raros en que las

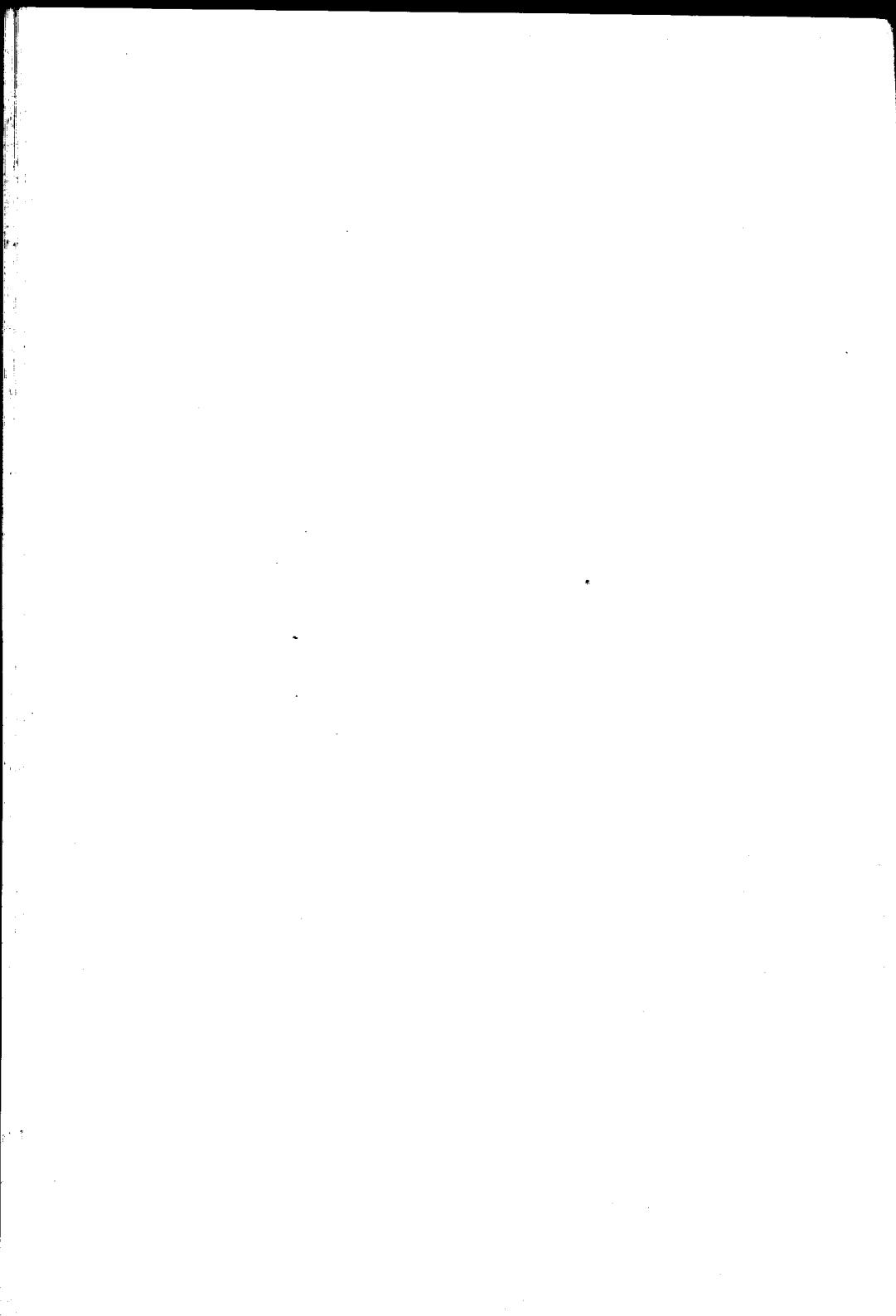
heces hacen tapón hermético y que los enemas quedan sin efecto, se puede ensayar el método de Ebs-teic. El enfermo se acuesta sobre el lado izquierdo y se apoya fuertemente los dedos en la fosa isquio-rectal derecha; él puede entonces, mediante esfuerzos, hacer salir del recto la masa fecal que obstruye.

Pueden encontrarse, en fin, casos en los cuales todos estos ensayos fracasen y ser necesaria la extracción del bolo fecal pedazo a pedazo con los dedos introducidos en el recto, menos peligroso para la mucosa que la acción de una cureta metálica o mango de cuchara comúnmente empleada. Es necesario en estas operaciones dar siempre anestésico, pues las dilataciones del esfínter y manipulaciones subsiguientes son muy dolorosas. Por mi parte, debo decir una palabra de la anestesia intrarraquídea de estovaína, de la cual he obtenido los mejores resultados deseables en los cuatro o cinco casos en que la he empleado en la extracción fecal. Además de las facilidades de las maniobras manuales en el recto, por relajación y anestesia del esfínter, evítase el shock; añadamos a esto la gran comodidad de tener un sujeto despierto y que también contribuye a la finalidad operatoria cumpliendo indicaciones. Se facilita la evacuación irrigando al mismo tiempo el intestino por medio de una cánula introducida en el recto a lo largo de nuestros de-

dos; de esta manera se expulsan los pequeños fragmentos de materias que el dedo disocia.

HIDROTERAPIA.—El frío, aplicado en un punto cualquiera de la piel, pero sobre todo sobre el abdomen, parece estimular por acción refleja la túnica muscular del intestino todo entero; por otra parte, el calor tiene efecto contrario si se aplica sobre el abdomen, la mejor prueba es la rapidez con la cual ella puede abreviar los cólicos debidos a una sobre-actividad de contracciones intestinales.

Por consiguiente, el baño frío es útil complemento de la serie de estimulantes que determinan la evacuación, y es, sobre todo, eficaz cuando al mismo tiempo se efectúa ejercicio; el masaje y la electroterapia desempeñan, metódicamente dirigidos, su rol importante en la estimulación muscular y, por lo tanto, contribuyen eficazmente al tratamiento de la constipación.



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

En 1888 Hirschprung estudia esta enfermedad y la pone en claro en sus numerosas investigaciones anátomo-patológicas, de manera que es justicia llamarla con el nombre del que más detalladamente la ha estudiado.

En Francia no se ocuparon de esta afección sino después de la memoria de Duval en la *Revue de Chirurgie*, 1904.

Duval presenta 94 observaciones englobando en éstas las formas infantiles; y dice que el tratamiento quirúrgico del megacolon debe ser admitido porque es el que mejor resultado terapéutico nos ofrece.

Para orientar debidamente el criterio quirúrgico es indispensable relacionarlo a la clínica, para determinar claramente bajo qué aspecto se presentan los enfermos que han de someterse a nuestra intervención; así admitiremos tres formas de la enfermedad del punto de vista clínico: 1.° Los cons-

tipados. 2.º Los portadores de tumor abdominal.
3.º Los obstruídos.

1.º Los constipados son aquellos que desde su infancia luchan contra un régimen de evacuaciones defectuosas, no consiguiendo regularlas sino con los medios artificiales indicados en el capítulo de Tratamiento Médico.

La menor separación del régimen u olvido de precauciones habituales provocan infaliblemente una exageración de su enfermedad; por otra parte, el estado general se debilita, el apetito disminuye, la lengua es saburral, tienen mal aliento, cefaleas frecuentes, la anemia se acentúa, vuélvense inaptos para el trabajo físico e intelectual; la cara flaca y pálida de estos sujetos hace contraste con su vientre voluminoso constantemente timpanizado.

Es en estas condiciones después de haber fracasado en su tratamiento médico y desesperados de su enfermedad que los derrumba recurren al cirujano. Antes que estos accidente graves se presenten, la oclusión o que el tumor fecal haga su aparición, es que la acción del cirujano sería más útil, por la elección racional de una intervención.

2.º Los enfermos atacados de mega-colon se presentan simplemente portadores de un tumor abdominal que fácilmente se presta a errores de diagnóstico, sobre todo en la mujer, confundiéndose con un quiste.

El examen detenido del abdómen, agotando todos los recursos, es indispensable en todos los casos en que sea difícil la localización, casi siempre es suficiente pensar en el mega-colon, para poder diagnosticar.

Cuando se encuentra el cirujano con un fecaloma, se podría casi siempre obtener su desaparición por el tratamiento médico de enemas de aceite, glicerina, etc., o por la desagregación manual bajo anestesia.

Una vez conseguida la desobstrucción del intestino, estos enfermos pueden ser colocados en el mismo grupo de los precedentes, clase de los constipados con hipertrofia del colon.

3.º En el tercer grupo está la clase de los obstruidos verdaderos, numerosos y que permanecen durante mucho tiempo en este estado por el desconocimiento de la naturaleza de su enfermedad y por el temor que tienen los enfermos de someterse a un cirujano en tanto que no sienten un verdadero peligro.

Vemas como se presenta el caso en un sujeto que llega al hospital Teodoro Alvarez. N. N., sujeto de 54 años, ha sufrido toda su vida de constipación, contra la cual ha empleado todos los medios habituales, habiendo tenido en diversas ocasiones crisis de obstrucción, que cedieron al uso vigoroso de purgantes y enemas. Hace 18 días que la obs-

trucción reaparece y con ninguno de los empleos terapéuticos consigue evacuar su intestino; así anda durante este lapso de tiempo, hasta que hace 48 horas su estado se agrava; ingresa al hospital con disnea, vómitos fecaloides, hipo frecuente, con un pulso miserable. Es trasladado al servicio de cirugía de guardia, donde se termina el examen del sujeto, encontrándose un vientre enorme, con un tumor que llega hasta por debajo del reborde costal izquierdo, que invade la línea media, sobrepasándola, indoloro a la palpación.

Esta localización y sus antecedentes hacen el diagnóstico, de fecaloma. Cuando el cirujano se dispone a hacer un ano contra natura, el sujeto fallece.

A la autopsia se confirma el diagnóstico de tumor fecal y se observa que el ansa que llena toda la fosa ilíaca izquierda y el hipocondrio del mismo lado ha sufrido una torsión sobre el eje longitudinal, haciendo una verdadera obstrucción del intestino.

El tratamiento quirúrgico, dice Duval, significa para estos enfermos una mitad menos de mortalidad en relación con el tratamiento médico; pero si el tratamiento es admitido como regla general, la fórmula terapéutica quirúrgica está todavía en discusión.

Las diversas operaciones empleadas contra la enfermedad de Hirschprung, son:

LAPAROTOMÍA.—Insición infraumbilical de 15 centímetros, la más simple, pero también quizás la menos útil, pues que sólo se limita a un enderesamiento manual del intestino dilatado y torcido, reponiéndolo en su sitio para proceder luego a la extracción del fecaloma por cualquier procedimiento.

COLOPEXIAS. — La idea de practicar la colopexias para curar o mejorar las ectasias del colon descendente, tiene su origen en razón de una frecuente complicación, especialmente en el adulto, el volvulus. Lo más a menudo el ansa pelviana está dilatada al máximo y en el punto donde se continúa con el recto se ve formar un pliegue profundo resultante de una acodadura brusca, hay casi siempre una cierta torsión sobre el ansa. Estos vicios de posición se exageran aún más cuando la distensión del segmento superior rechaza la extremidad del ansa ectasiada, llegando a la oclusión más y más completa del cabo inferior.

En el curso de la operación se ve al sacar hacia arriba el ansa pelviana borrar el pliegue y acodadura antes indicados, y la sonda rectal hasta entonces impotente de entrar en la luz de la S ílica, lo hace entonces libremente, los gases se escapan, el

ansa disminuye de volumen y se tiene entonces la sensación que si todo puede ser mantenido en este estado de suspensión, los accidentes más serios podrán ser conjurados; esta es la razón por la cual la colopexia ha sido practicada ya sola o combinada con otra operación.

El procedimiento y el segmento de intestino fijado han variado según las lesiones. Roux de Brignoles hace una doble fijación; la una al nivel del ángulo de torsión, la otra a la altura del ángulo cólico izquierdo; Delkescamps fija no solamente el ansa intestinal, sino también su meso, pero a veces la S ilíaca está fija por un meso muy corto, que es imposible utilizarlo para la pexia.

Tiene la ventaja la pexia de la S ilíaca de ser una operación fácil y rápida, y muy benigna, por consiguiente; presta verdaderos servicios a los pacientes, aunque posteriormente sus resultados no son siempre los apetecidos.

Trevés debió hacer ulteriormente una colostomía y Richarson una colectomía. La fijación suele a veces escapar y las cosas vuelven a su estado primitivo; además, es necesario que la dilatación esté localizada a la S ilíaca o que el volvulus o acodadura presacra exista, aún así la operación combate, es cierto, con rápida benignidad los accidentes de gran oclusión, pero no actúan absolutamente en nada sobre el estado patológico de las paredes del intestino

pareciadas e hipertróficas; en resumen, es una operación paliativa o una ayuda útil para una intervención más compleja.

COLOPLEGADURAS. — Ha parecido lógico tratar estas dilataciones intestinales con este procedimiento de plegaduras destinado a disminuir su volumen, formando uno o varios pliegues longitudinales para estrechar el calibre exagerado.

Este procedimiento es clásico para el estómago, la gastroplegadura de Bircher, para el recto, la rectoplegadura empleada por Gerard - Marchant; la coloplegadura parte del mismo principio y con una técnica análoga. En general, se utiliza como material de sutura el hilo de lino de preferencia al catgut, cuya reabsorción rápida no permitiría la permanencia del plegamiento.

Se efectúa entrando y saliendo con la aguja de distancia en distancia en la pared sero-muscular del intestino, de manera de hacer un plegamiento, es lo que Pozzi llama con justicia, por la semejanza, hacer los rizos.

¿Cuál es el resultado lejano de estas plegaduras? Difícil es contestar, pero se estima en general que la reducción no se mantiene y en la cirugía gástrica en particular esta aseveración parece justificada.

Los resultados hablan en favor de esta opera-

ción, cuya ventaja es no añadir ningún factor de gravedad; además, el pliegue formado debe dar al intestino cierta rigidez para oponerse a la torsión o la acodadura.

En resumen, es un recurso útil en el tratamiento operatorio del mega-colon, pero se caería en la imprudencia si solamente se efectuara esta operación y en efecto, nosotros vemos que ella ha sido siempre accesoria, sea a las colotomías, a las cecostomías o enteroanastomosis.

COLOTOMÍA.—El vientre, habiendo sido abierto y el tumor fecal reconocido, se trata de evacuar el intestino; para esto es necesario practicar una incisión en el intestino.

Se protege rigurosamente con compresas el campo operatorio, como así las manos del cirujano con guantes impermeables, después se procede a la apertura de la boca intestinal en una extensión de 10 a 12 centímetros de largo. En presencia de la concreción dura, que alcanza a veces un volumen considerable, y cuya evacuación ha de hacerse no sin dificultades, a menudo se debe proceder a la extracción manual y luego una vez desembarazado el intestino de su contenido procederse al cierre mediante un surget por puntos sero-serosos. El vientre es cerrado con o sin drenaje.

El resultado de esta operación es malo, la mortalidad es elevada.

Las razones han de ser, el error de diagnóstico de estos tumores y la falta de plan operatorio, la prolongación del tiempo de la operación y la falta de asepsia en el transcurso de las maniobras; de otra parte, si hay resultado es solamente operatorio, el intestino queda en análogas condiciones que antes. Esto nos muestra el valor que tiene un diagnóstico bien establecido, que evita al paciente una operación tan inútil como peligrosa.

COLOSTOMÍA.—La fistulización del intestino en los verdaderos obstruidos parece ser una verdadera operación salvadora de los difíciles momentos a que llegan estos pacientes, por la rapidez en su ejecución y por el alivio de la obstrucción; sin embargo, la mortalidad es grande. Las colostomías ilíacas izquierdas practicadas sobre la parte dilatada y llenas de materias son en particular peligrosas.

Las razones son fáciles de comprender: mala calidad de las paredes del intestino, paredes acartonadas y espesas, que se prestan mal a las suturas y a la adhesión al peritoneo parietal, sobre todo segmento paralizado e incapaz de evacuar el contenido a veces duro al través del pequeño orificio; por estos motivos la fistulización en este segmento no es capaz de llenar su fin terapéutico.

CECOSTOMÍA. — Como opera de urgencia en los obstruídos ha sido la cecostomía la que ha prestado señalados servicios, a pesar de la dificultad con que se tropieza, no en pocas ocasiones, por la dilatación de las ansas intestinales, para encontrar el ciego y colocar un buen drenaje. Además, los portadores de este ano cecal han visto reaparecer sus accidentes de constipación, de dolores; por otra parte, debe pensarse en el cierre del ano cecal, y este tiempo operatorio no está exento de gravedad, de donde puede concluirse que la cecostomía benigna en sí misma ocasiona más tarde peligros para una cura radical y que su acción es insuficiente añadiendo los inconvenientes que trae la fluidez de las materias y la incontinencia del orificio.

APENDICOSTOMÍA. — Es preferible a la operación anterior y llena una solución de este problema por la benignidad de la intervención practicable con anestesia local, por la facilidad en establecer la fístula; los lavajes e inyecciones de aceite en el colon permiten un tratamiento largo, y el enfermo tolera mejor su sonda en el apéndice. Por último, tenemos más facilidad en la cura radical de la fístula que muchas veces cierra sola. En una palabra, la apendicostomía llena la necesidad buscada por la cecostomía, sin sus inconvenientes.

ANASTOMOSIS INTESTINAL.—En el Hospital Teodoro Alvarez ha sido practicada, en varios ocasiones, la ceco-sigmoidostomía por el maestro doctor Chutro, cuya técnica admirable nada deja que desear, obteniendo resultados operatorios inmediatos excelentes; pero no así los mediatos, que son seguidos de trastornos graves de nutrición ocasionados por una diarrea permanente.

La íleo-sigmoidostomía con exclusión unilaterial del colon realizadas en el mismo hospital por el doctor Lamón, cuyos resultados operatorios inmediatos hicieron concebir muchas esperanzas sobre la bondad del procedimiento. El sujeto tenía una o dos evacuaciones diarias y es dado de alta en buen estado general, pero dos meses después es conducido al hospital en estado de intoxicación grave, falleciendo horas después de su ingreso.

A la autopsia se constata una gran dilatación del íleo, en el cabo libre que quedaba por debajo de la anastomosis látero-lateral, sin constatarse ninguna torsión o adherencia.

Estas son las observaciones que tengo de los servicios de cirugía del Hospital Teodoro Alvarez, aunque en el extranjero, como puede verse en el trabajo de Duval, presentado en el Congreso de Cirugía de París en 1911; en manos de algunos cirujanos han dado las anastomosis intestinales y las exclusiones, aunque no siempre en todos los casos, bue-

nos resultados, siendo mejores los obtenidos por medio de la exclusión, y a propósito de esta operación, creo conveniente transcribir tres observaciones bien seguidas de exclusiones unilaterales del intestino grueso.

En 1904 Navarro hace la exclusión unilateral del colon en un joven de 15 años, a causa de megacolon casi total, cuyo resultado funcional era perfecto en 1913, el resultado anatómico igualmente perfecto, puesto que la radioscopia mostraba la atrofia del colon; habiéndose conseguido, por tanto, el fin buscado.

Toufier, en 1907, en una mujer de 20 años, después de extraer un cálculo estercoral por medio de una colotomía, hace una exclusión parcial bilateral de la región dilatada. La enferma mejora por varios meses, pero en 1908, habiendo adelgazado, al mismo tiempo que hacía su tumefacción cólica, se le efectúa una colectomía, encontrándose el megacolon reproducido; la caquexia de la enferma es intensa, muriendo poco tiempo después.

En 1910 Morestín practica la exclusión unilateral en un joven de 15 años; un año después continúa en buen estado.

COLECTOMÍAS.—Las resecciones intestinales han sido efectuadas en un tiempo o en dos.

En el extranjero se han hecho según los dos

tipos, habiendo conseguido mejores resultados operatorios inmediatos con la colectomía hecha en dos tiempo, puesto que en el trabajo ya citado de Duval trae una estadística entre niños y adultos, de 25 casos de colectomía en un tiempo con 11 muerte y 15 casos de calectomías en dos tiempos con una sola muerte.

Entre nosotros sólo conocemos dos casos operados por el doctor Del Valle que han sido hechos en un tiempo y colocando en la misma sección operatoria un drenaje en el apéndice permeable; habiendo obtenido resultados excelentes tanto bajo el punto de vista operatorio como funcional (observaciones publicadas en la Revista de la Asociación Médica Argentina). Además, dos observaciones inéditas motivo de esta tesis, efectuadas en el Hospital Teodoro Alvarez por el doctor Lamón, en las que realizó la colectomía en un solo tiempo, sin haber recurrido a la fístula apendicular; obtiéndose un resultado operatorio ideal y un resultado funcional del intestino excelente.

Nuestra corta experiencia no nos autoriza a discutir las ventajas de las operaciones en un tiempo o en dos, a pesar de nuestros dos buenos resultados.

Es de advertir la necesidad que hay en estos casos de evacuar el colon y de efectuar una rigurosa

higiene intestinal, con el objeto de colocar al paciente en condiciones ideales para sufrir la intervención.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta lo que nos enseña la historia de la cirugía de otros órganos, que demuestra la exageración en que se ha caído al tratar de generalizar métodos, como lo acontecido con la castración en la afección ovárica y con el drenaje metódico del coledoco en las intervenciones de las vías biliares, estamos habilitados, y más aún, tenemos el deber de ser parcios en nuestras deducciones respecto al porvenir de la cirugía del colon.

Pretender hacer conclusiones al tratamiento de la éxtasis intestinal, que hoy cae bajo el dominio quirúrgico, es difícil, puesto que la cirugía del colon, a nuestro parecer, se encuentra en épocas de desconcierto y quizás pueda decirse, hasta de exageraciones, si bien es cierto que cirujanos de autoridad pretenden llevar los beneficios del tratamiento quirúrgico a toda la patología del colon.

Podremos concluir, en consecuencia, que el tratamiento quirúrgico no debe ser sistemático en la

éxtasis intestinal, la cual puede aún recoger muchos beneficios del tratamiento médico, antes de someter estos enfermos a una operación tan grave.

La intervención quirúrgica será admisible en todo enfermo en el que se hayan agotado los recursos de un riguroso tratamiento médico y hecho en prueba de ello repetidos bolos; y es también de tener en cuenta las condiciones económicas y sociales de los enfermos que llegan por lo general de nuestra campaña, sujetos en los que su manera de vivir y obligaciones diarias les hacen imposible el cumplimiento de un estricto régimen. *

Aceptado el tratamiento quirúrgico, creemos que el método de elección es la resección, ya que en la mayoría de los casos se trata de mega-colon parcial, con el ansa sigmoidea tan sólo como asiento de lesión, indicando la disposición de esta misma el tratamiento que lógicamente es el único capaz de beneficiarla lo suficiente para que desaparezca el peligro de futuros bolos fecales.

La resección en un tiempo, con técnico perfeccionada, es la indicada, a pesar de haber dado mayor mortalidad, debida en mucho, con seguridad, a errores de técnica, la cual ha llegado hoy a un grado tal de perfección, que se puede considerar como idealmente reglada.

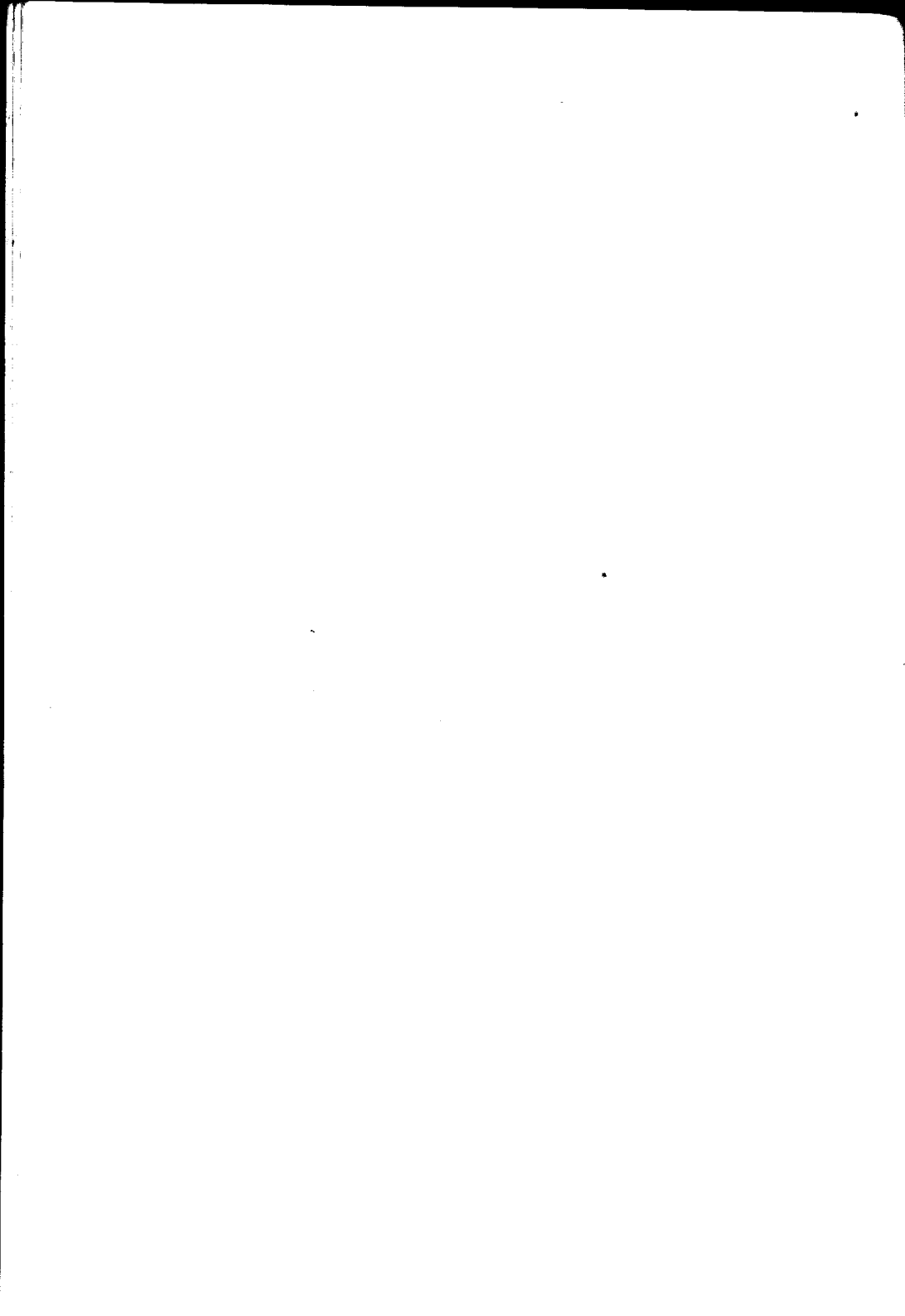
Todos estos enfermos, cuando llegan a nosotros, son portadores de tumor fecal, el que debe ser

extraído por maniobras manuales bajo anestesia raquídea, que tiene de su parte todas las ventajas y ningún peligro.

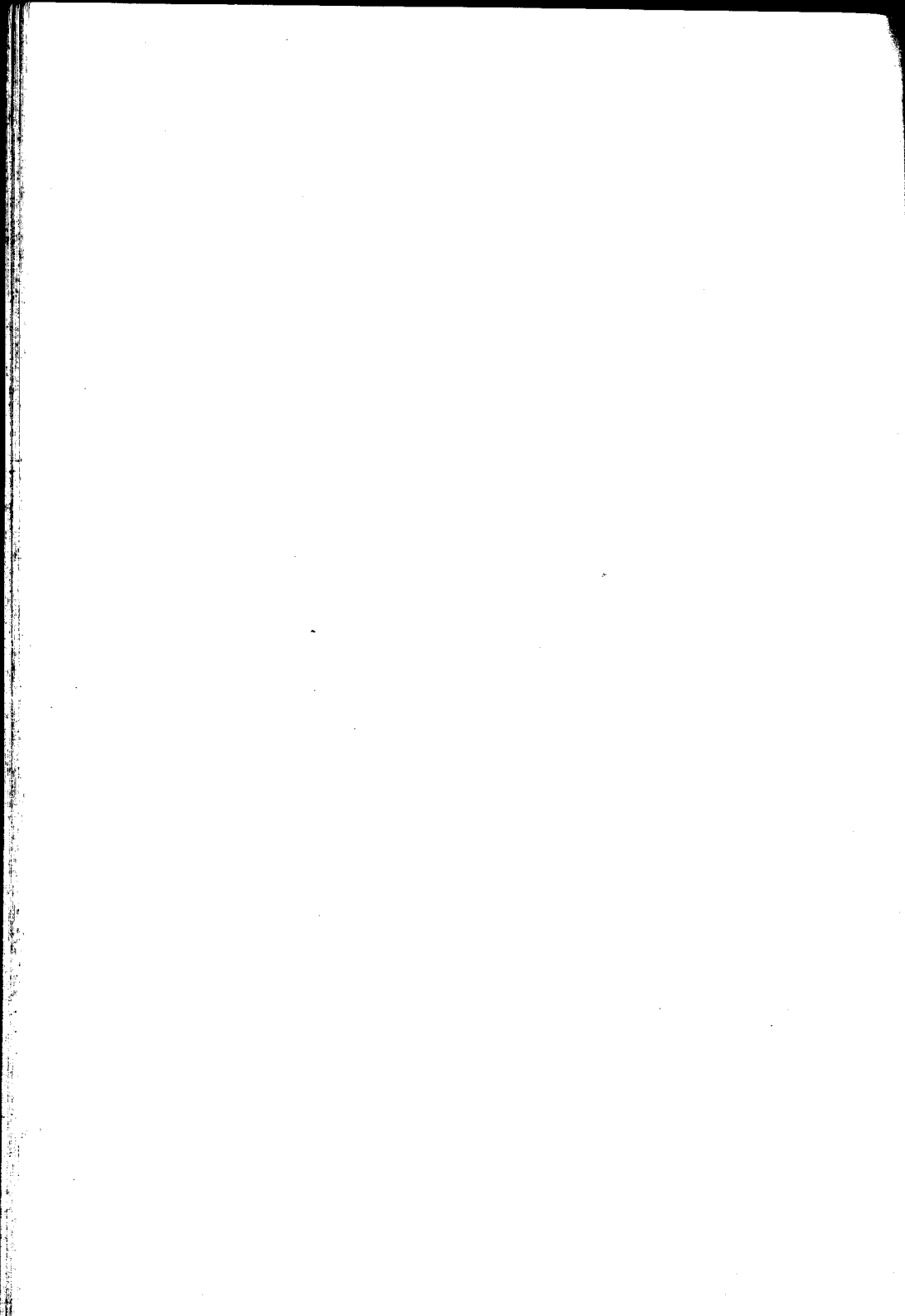
Extraído el fecaloma debe dejarse pasar (detalle en el cual debe insistirse), por lo menos 15 ó 20 días que se aprovecharán para poner en condiciones no solo el intestino, sino también el sujeto, que será sometido a tan grave intervención.

La anastómosis será término-terminal prolijamente hecha y reforzada por las condiciones de la pared intestinal; no debe dejarse drenaje por innecesario, pues todos los tiempos operatorios se realizan fuera de la cavidad y en estas condiciones pueden cumplirse los más rigurosos preceptos de la asepsia.

Muchos cirujanos y entre nosotros el doctor Del Valle aconsejan la apendicostomía si el órgano es permeable, en caso de no serlo una cecostomía; las creo completamente innecesaria puesto que una sonda rectal bien colocada (lo prueban las dos observaciones de esta tesis) puede evitar al enfermo esta, aunque no grave, molesta complicación que exige por lo común una nueva intervención.



OBSERVACIONES CLÍNICAS



HISTORIA N.º I

Hombre: J. T., argentino, de 46 años, casado, profesión: agricultor. Ingresa en Diciembre 4 de 1915.

Antecedentes personales. — Ha sido siempre constipado; refiere que hace 10 años más o menos en el Hospital de Clínica el doctor Marotta le extrajo el primer bolo fecal, teniendo en lo sucesivo que usar enemas para evacuar su intestino. A pesar de esto siempre ha sido un hombre fuerte, entregado constantemente a su labor diaria en el campo.

Estado actual. — Ingresa al servicio con pulso frecuente, pequeño, 110 pulsaciones por minuto, con disnea e hipo constante; la cara de un tinte terroso.

Hace dos meses que no anda de cuerpo, tiene un vientre voluminoso a la observación se constata la presencia de un tumor que no se mueve por la respiración, tumor que a la palpación se muestra enorme, indoloro y que ocupa el hipocóndrio izquierdo y fosa ilíaca del mismo lado. Obsérvase además una

red venosa superficial de la pared abdominal; en toda la región ocupada por el tumor la percusión es mate, mientras que en la mitad derecha del abdomen las ansas intestinales dilatadas dan una percusión timpánica.

Refiere el enfermo que dos facultativos de su pueblo intentaron extraer el bolo fecal por maniobras manuales y bajo anestesia clorofórmica sin conseguirlo, porque continuó en iguales condiciones a pesar de los numerosos enemas que empleó.

Diciembre 15 de 1915: Anestesia intraraquídea de stovaina. Se consigue una perfecta relajación del esfínter anal y la extracción del bolo se efectúa sin dificultad; se administra después enemas diarios durante varios días, hasta conseguirse la evacuación completa del intestino.

Algunos días después se hace una radiografía previo enema de bismuto, constatándose una S ilíaca enorme, motivo de su éxtasis intestinal.

Operación. — Diciembre 23 de 1915: Doctor Lamon, ayudantes: Doctor Tamini y Palacios; anestesia de eter con aparato de Ombre-danne, posición Trendelenbourg. Incisión media infra-umbilical, 12 cm. de longitud; al penetrar en la cavidad el colon sigmoideo se presenta a la herida operatoria, haciendo hernia, se le exterioriza y aísla del

resto, con compresas, maniobra que es facilitada por la movilidad del meso.

En este momento el cirujano exterioriza el apéndice extirpándolo e invaginando luego el muñón con sutura sero-serosa del ciego.

Terminado este tiempo, el ayudante levanta el ansa sigmoidea exteriorizada para efectuar el cirujano la desinserción del mesenterio en toda la extensión de la sigmoidea dilatada, con hemostasia rigurosa de las arterias del meso, consiguiendo así dejar toda el ansa intestinal libre. Se coloca un clamps a tres ramas, cada una de éstas con una camisa de goma para no herir las tunicas, que hace coprostasis del cabo superior intestinal entre la rama izquierda y la media; la otra rama, la derecha (del operador), hace otra cosa análoga con el cabo inferior, quedando de este modo la rama media del clamps entre los extremos anastomóticos; se coloca en el extremo inferior o rectal por debajo del primer clamps como así en el extremo superior para que sirvan de seguridad, otra pinza clamps. Luego con clamps rectos que se colocan por encima del clamps a tres ramas, se toman los extremos del ansa aislada y se secciona, extrayéndola del campo operatorio a la parte reseca. Como hay una diferencia entre los diámetros de los dos cabos intestinales a anastomosar, se hace una sutura de frunciimiento en el extremo más grande, maniobra de Pó-

lia, tratando de igualar los diámetros de las bocas intestinales. Se efectúa una sutura a tres planos y luego de terminar este tiempo, el operador doctor Lamón, revisa la sutura efectuada encontrando puntos flojos, los refuerza con puntos separados sero-serosos.

Como tiempo final, efectúase la peritonización del meso y cierre de la pared plano a plano, colocándose en la misma mesa de operaciones una sonda rectal.

Post-operatorio.—Se inyecta al enfermo aceite alcanforado cada tres horas y suero fisiológico en hipodérmico-clisis 500 grs.

Posición horizontal en la cama. Pulso frecuente con regular tensión. Al siguiente día el pulso es bueno, el hipo continúa, el vientre un poco doloroso.

Al séptimo día después de la operación se le administra un purgante de aceite de ricino, teniendo varias deposiciones.

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

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

también extraído manualmente bajo anestesia raquídea. Desde entonces, el enfermo mejora día a día, visiblemente, su estado general, teniendo evacuaciones diarias, y habiendo conseguido aumentar 12 kilos en su peso, es dado de alta el 24 de Marzo de 1916.

HISTORIA N.º II

B. M. D., argentina, soltera, 35 años de edad, profesión: quehaceres domésticos. Ingresa al hospital el 25 de Febrero de 1916.

Antecedentes personales.—Ha tenido sarampión y fiebre tifoidea en su primera edad.

Refiere la enferma que desde la edad de 17 años comenzó a notar su constipación, teniendo que recurrir a los purgantes de aceite, sulfato de soda, cáscara sagrada y enemas, etc. Ha sufrido repetidas éxtasis en el transcurso de su vida, sin embargo, ha tenido intervalos de tiempo bastante largos en los que no recurrió al tratamiento medicamentoso ni al dietético.

Hace 16 años que el Dr. Aranguren constató en esta enferma un tumor fecal que fué evacuado mediante el tratamiento médico, más tarde, hace cuatro años, hizo nuevamente otra éxtasis, siendo extraído el bolo bajo anestesia clorofórmica.

Estado actual.—Llega al hospital quejándose

de que hace ocho días que no evacúa su intestino absolutamente nada, apesar del uso repetido que ha hecho de purgantes y enemas.

Al exámen del abdómen se constaa un ligero levantamiento de la pared del lado izquierdo, a la altura y por debajo del ombligo, que no se mueve por la inspiración; a la palpación se constata un tumor enorme que pasa uno o dos centímetros la línea media a nivel y por debajo del ombligo, por arriba se dirige hacia el hipocondrio izquierdo llenándolo todo hasta tres traveses de dedo por debajo del reborde costal.

Es de consistencia dura, aunque una palpación digital profunda parece dejar una depresión que no se borra; además, es indolora.

Al tacto vaginal se constata que el útero está en ante-flexión, rechazado por el tumor que es posterior y libre de él.

Por el fondo del saco posterior se siente un tumor áspero, no de consistencia dura y desagregable, que son pequeños coprolitos del intestino; anexos sanos.

Al tacto rectal se puede establecer una enorme dilatación intestinal tras de un anillo de mucosa rectal, que es edematosa, donde se encuentra, haciendo tapón, un tumor fecal de consistencia dura.

En el examen del tórax no se constata ninguna anomalía, el pulmón se ausculta, murmullo vesicu-

lar normal, apesar de todo, hay una ligera disnea; corazón, no hay ruidos agregados sino taquicardia que puede ser emotiva, pulso regular 86 pulsaciones por minuto.

La enferma ha enflaquecido visiblemente; la cara está teñida de color pálido terroso, hay un fondo de verdadera neurastenia.

Febrero 15 de 1916: Anestesia intra-raquídea de stovaína Palacios-Galdeano. Se coloca la enferma en la mesa de operaciones en posición ginecológica, efectúase un enema con glicerina previamente y en seguida extracción normal del tumor fecal.

La enferma resiste en perfectas condiciones las maniobras de extracción, una vez que se consiguió romper el bolo y extraer la mayor parte, se efectúan enemas de aceite de 200 gramos en mil de agua; al siguiente día se administra purgante consiguiendo la evacuación completa del intestino; después, diariamente, se administran purgantes o enemas.

Marzo 1.º de 1916.—Operación. Dr. Lamón y Palacios. Anestesia general con éter (aparato Ombredanne. Posición de Trendelenbourg). Incisión media infra-umbilical; se separan los músculos rectos, ábrese el peritoneo tomado con pinzas, y en cuanto se llega a la cavidad, una ansa intestinal enorme se presenta en la herida; se la exterioriza, examina y reconoce; trátase del ansa sigmoidea. Manteniendo el ansa por el ayudante, el operador tra-

ta de desinsertar el meso, haciendo hemostasia rigurosa al mismo tiempo, de todas las venas y arteriolas, acá muy dilatadas. Una vez que termina la liberación del intestino de su meso, se coloca el clamps a tres ramas, provista cada una de una camisa de goma para no herir los tejidos, sirviendo a la vez para evitar los deslizamientos al resecar los extremos del ansa. Al mismo tiempo se aproximan los cabos distales del intestino que se han de anastomozar; una pinza clamps por encima, en cada extremo del ansa dilatada, para evitar la secreción intestinal en el campo operatorio, y una tercer pinza clamps como elemento de seguridad, por debajo del clamp a tres ramas.

La resección se efectúa en perfectas condiciones de asepsia; la longitud era de 75 centímetros.

Aproximadas las bocas intestinales para anastomozarse se efectúa la sero-serosa posterior con hilo de lino, y como los diámetros de las extremidades intestinales coinciden, no es necesario recurrir a la maniobra de Pólia. Se termina con los tres planos colocándose algunos puntos de refuerzo, separados en la serosa.

Efectúase, como operación preliminar, antes de efectuar la colectomía, la apendicectomía, invaginándose mediante una sutura serosa del ciego.

Líganse todos los vasos que sangran y se suturan las hojas del meso; se termina la operación

cerrándose plano a plano la pared abdominal y se coloca una sonda rectal.

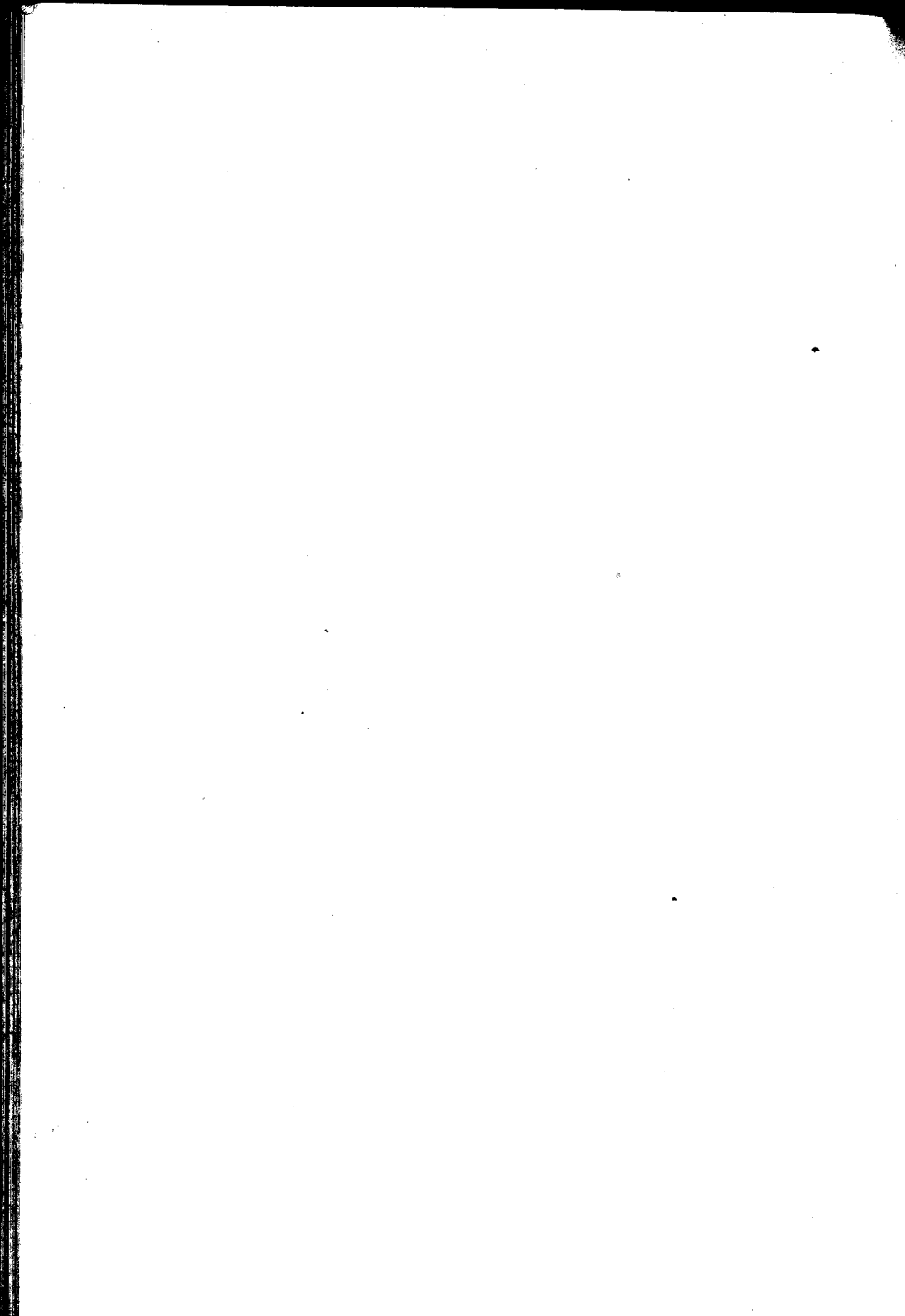
La operación ha durado 40 minutos; la enferma tiene un pulso bastante bueno, apesar de todo se hace una inyección de aceite alcanforado; pónese en cama en posición horizontal hasta la tarde de ese día, que se le coloca en posición sentada, inyéctasele subcutáneamente 500 c.c. de suero fisiológico.

Ha tenido algunos vómitos, el pulso está bueno, con regular tensión y en número de 90 pulsaciones por minuto.

Al siguiente día tiene $37^{\circ}4$ de temperatura y 90 pulsaciones; no hay shock.

Diez y seis días después es dada de alta; tiene una evacuación diaria tomando una píldora cuya fórmula preconizo en el tratamiento médico.





Buenos Aires, Mayo 8 de 1916.

Nómbrese al señor Académico Dr. Marcelino Herrera Vegas, al profesor titular Dr. Pascual Palma y al profesor suplente Dr. Carlos Robertson 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

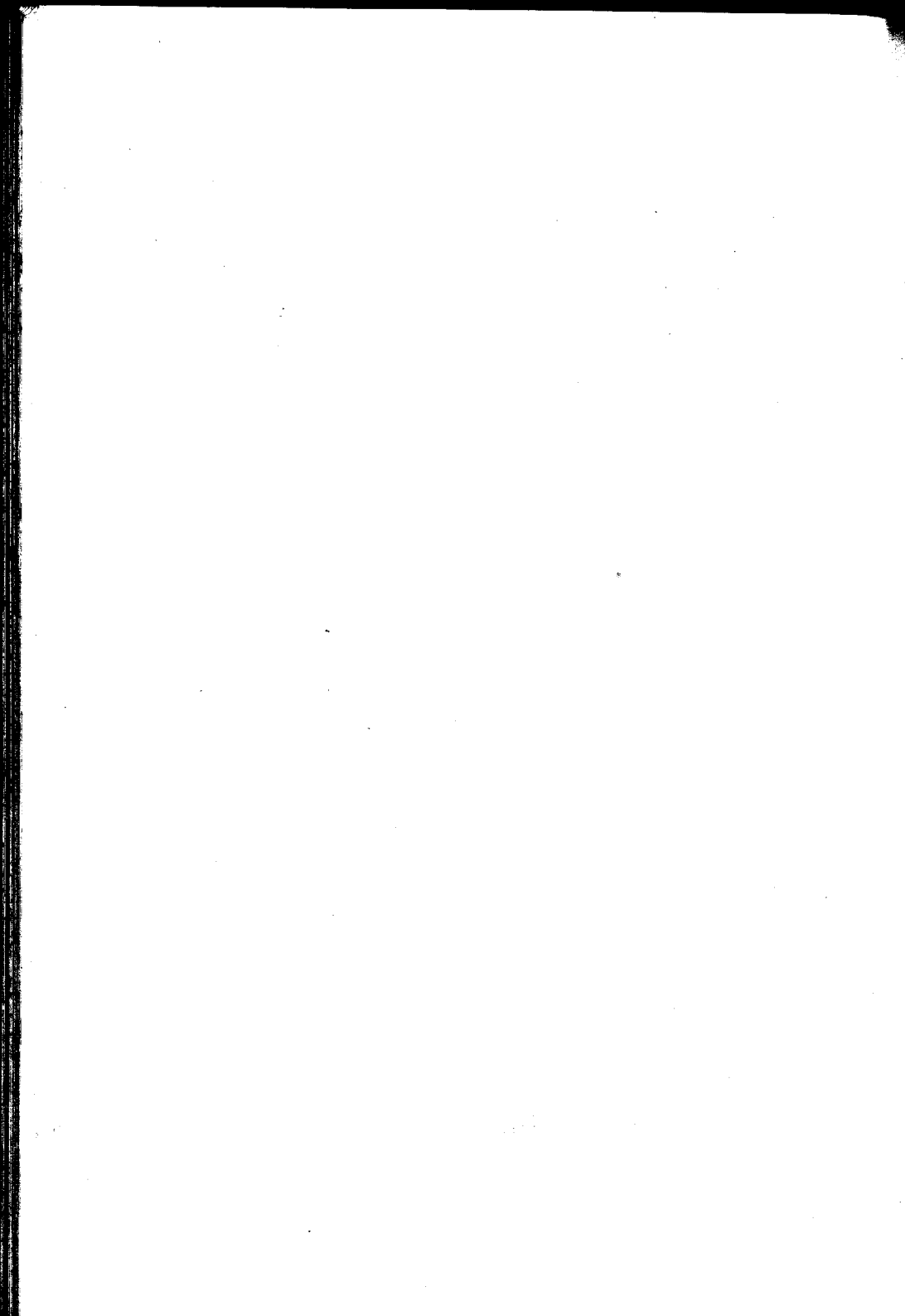
J. A. Gabastou.
Secretario

Buenos Aires, Junio 3 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3125 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones respectivas del tratamiento médico y del tratamiento quirúrgico en la éxtasis intestinal crónica.

M. Herrera Vegas.

II

Nosografía de la constipación.

P. Palma.

III

Método de elección en el tratamiento quirúrgico del éxtasis intestinal.

P. Robertson.

30573

