

Año 1916

Núm. 3083

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# MEGALOCOLON ADQUIRIDO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**LUIS RASCLE**

Ex-practicante del Instituto "Jenner" (1909-1914)  
Ex-practicante externo del Hospital Ramos Mejía (1910 - 13)  
Ex-practicante interno del Hospital T. de Alvear (1914)  
Ex-practicante interno del Hospital Ramos Mejía (1914 - 16)

"LAS CIENCIAS"

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



*Mu. B. 95.15*

**MEGALOCOLON ADQUIRIDO**



Año 1916

Núm. 3083

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# MEGALOCOLON ADQUIRIDO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

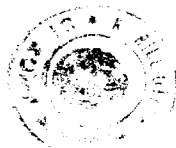
POR

**LUIS RASGLE**

Ex-practicante del Instituto "Jenner" (1909-1914)  
Ex-practicante externo del Hospital Ramos Mejía (1910-13)  
Ex-practicante interno del Hospital T. de Alvear (1914)  
Ex-practicante interno del Hospital Ramos Mejía (1914-16)

"LAS CIENCIAS"

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



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

*Artículo 162 del R. de la F*

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

### Vice-Presidente

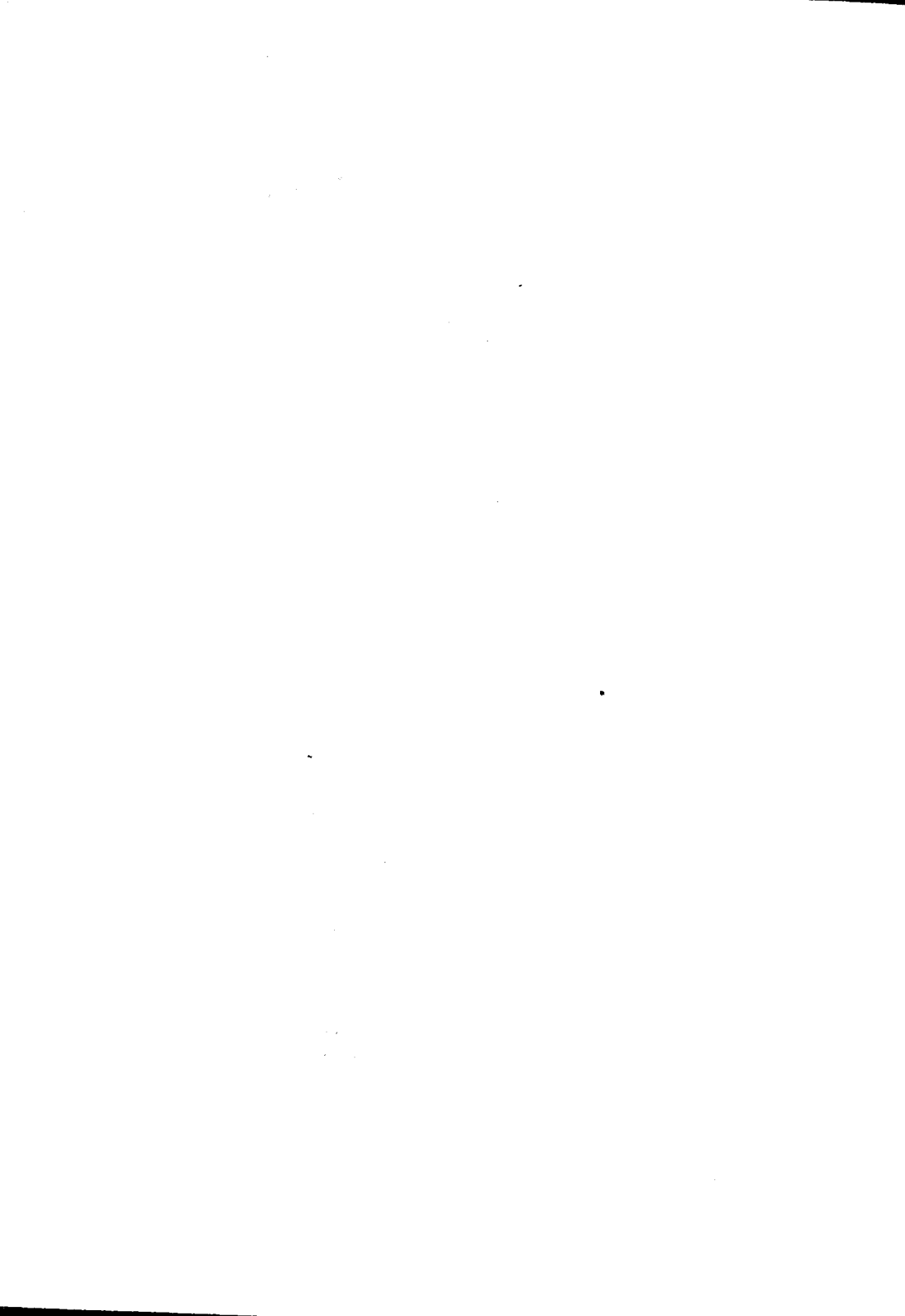
DR. D. JOSÉ PENNA

### Miembros titulares

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

### Secretarios

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



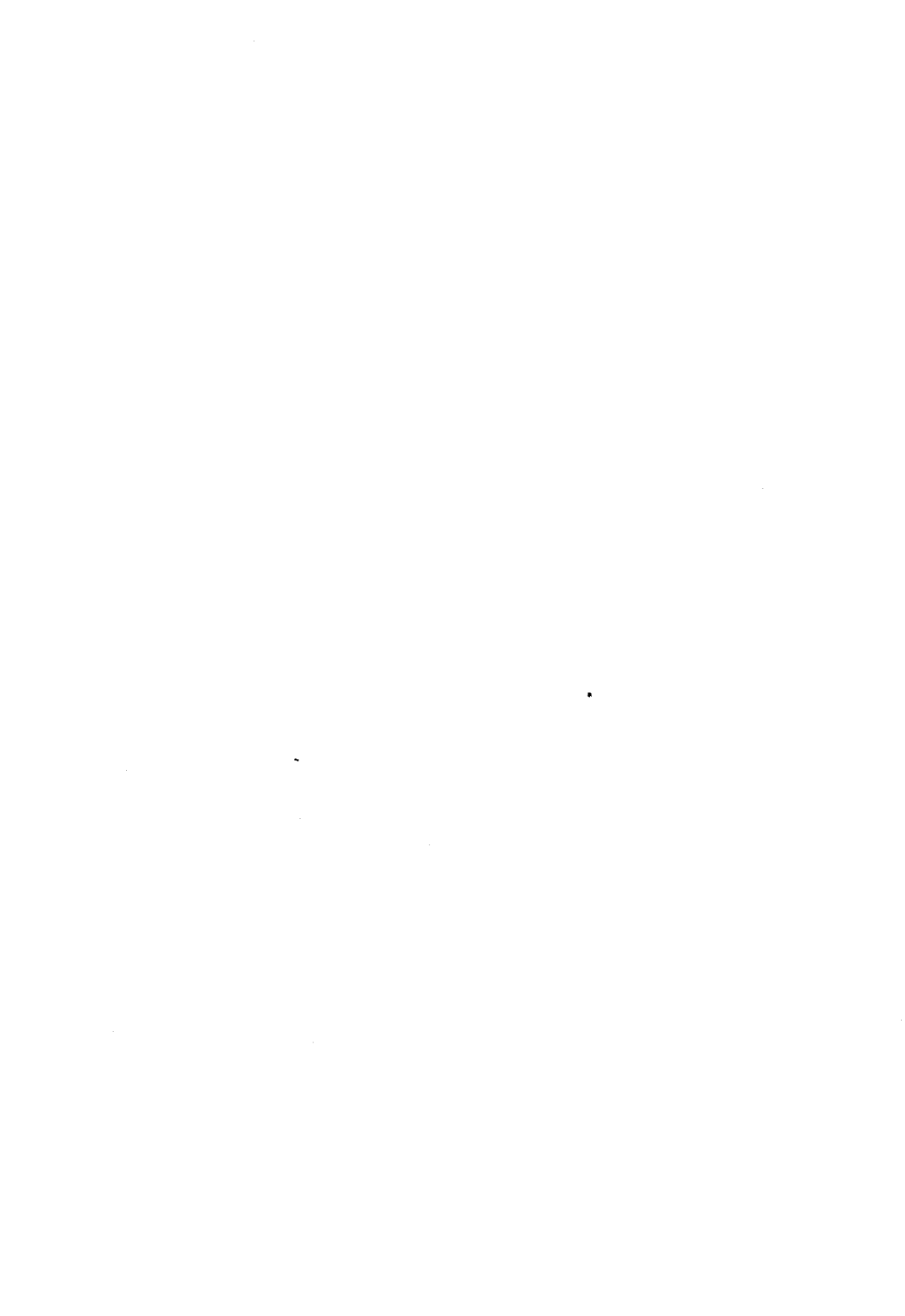
# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## ACADEMIA DE MEDICINA

### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. TELÉMÁCO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHANS
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## **Decano**

DR. D. E. BAZTERRICA

## **Vice Decano**

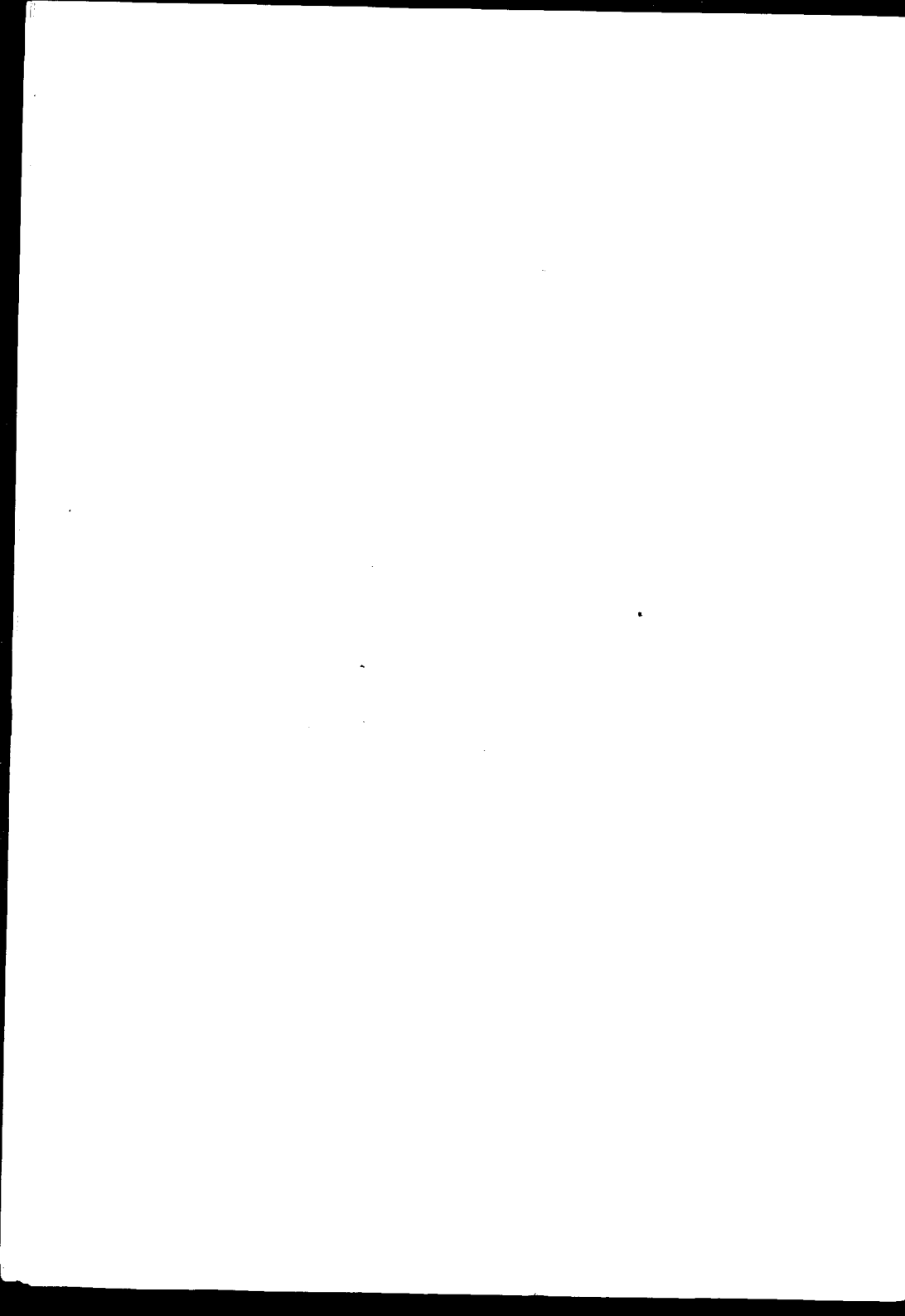
DR. CARLOS MALBRAN

## **Consejeros**

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

## **Secretarios**

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

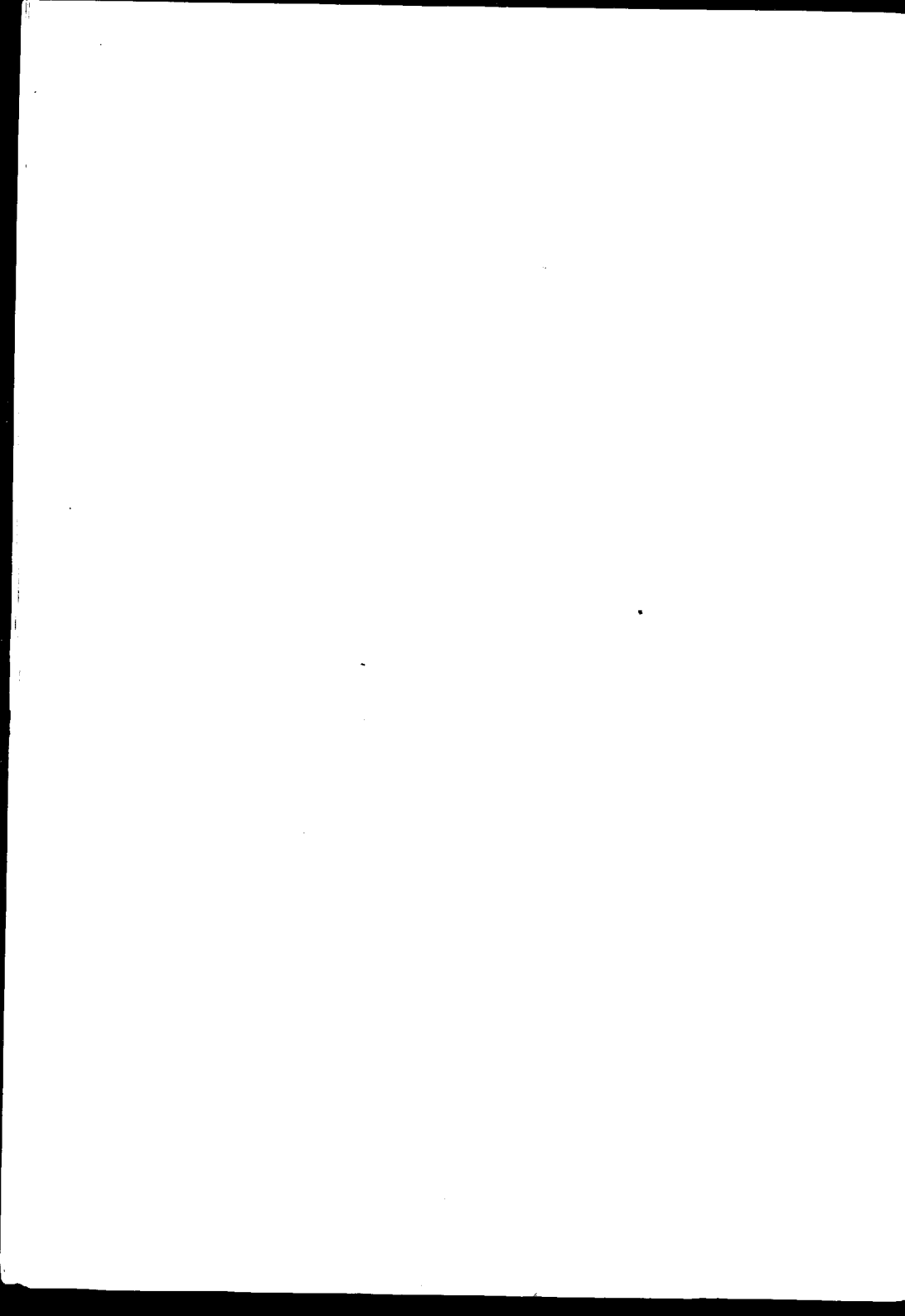


## ESCUELA DE MEDICINA

---

### PROFESORES HONORARIOS

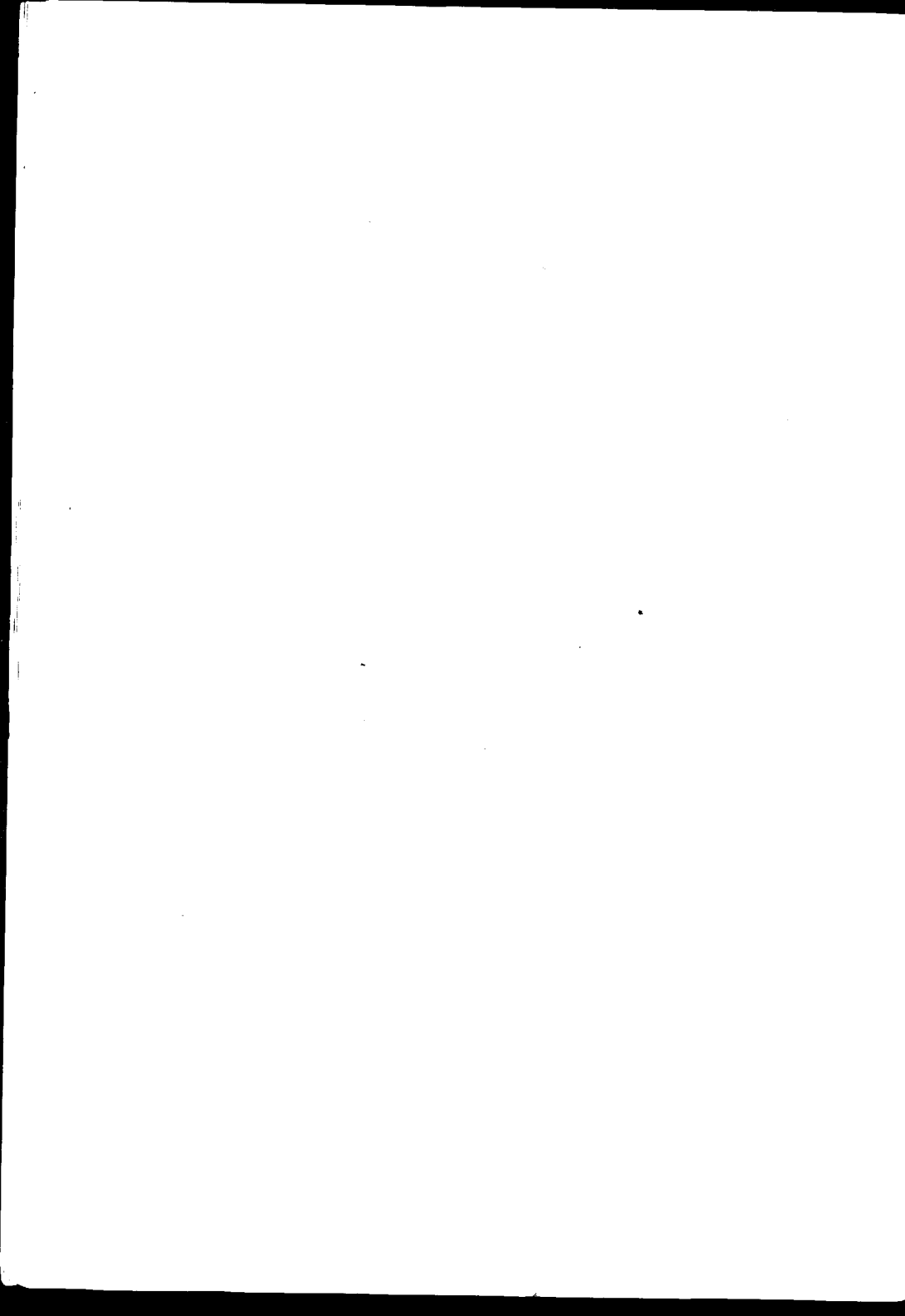
- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI



## ESCUELA DE MEDICINA

---

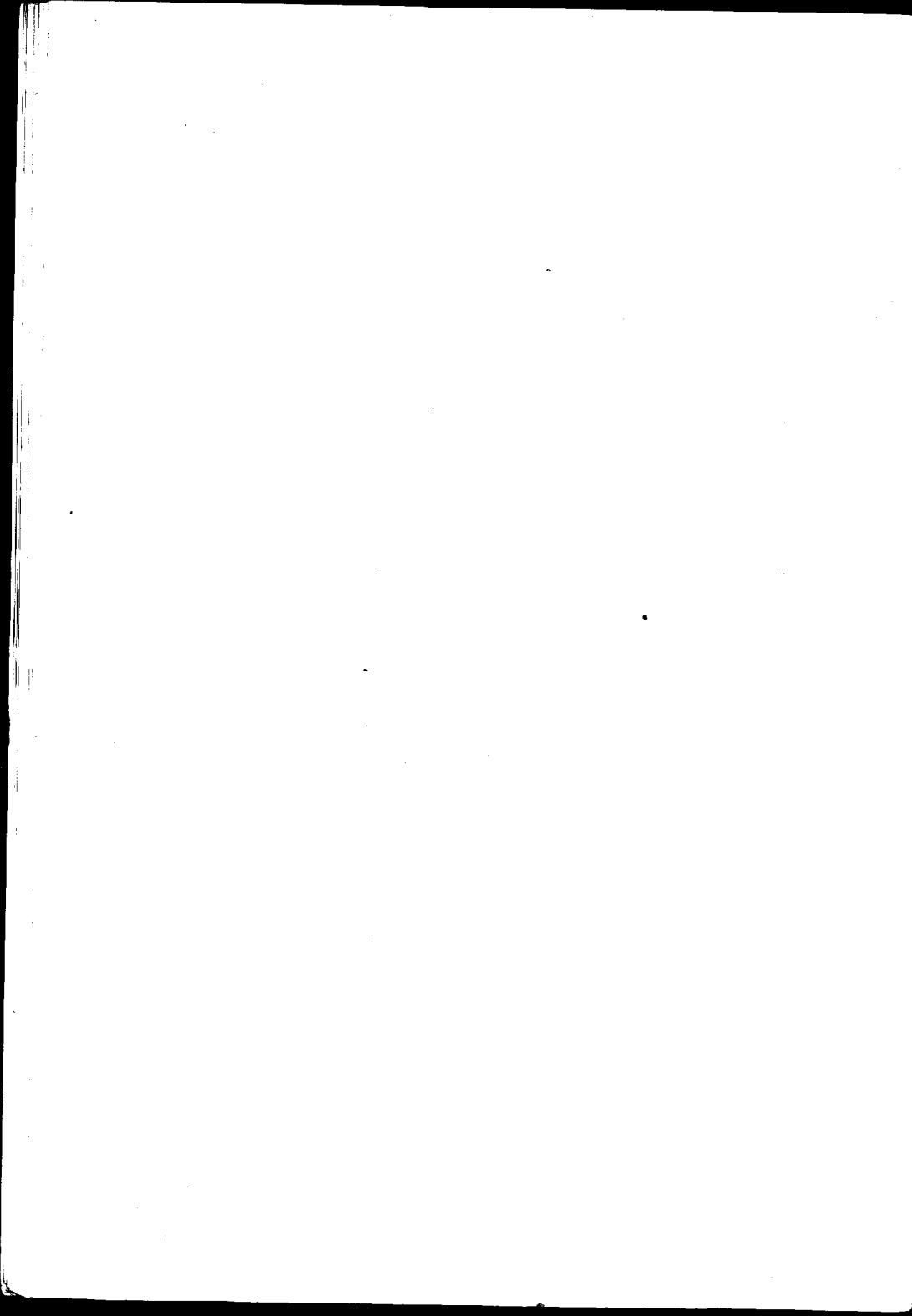
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química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



## ESCUELA DE MEDICINA

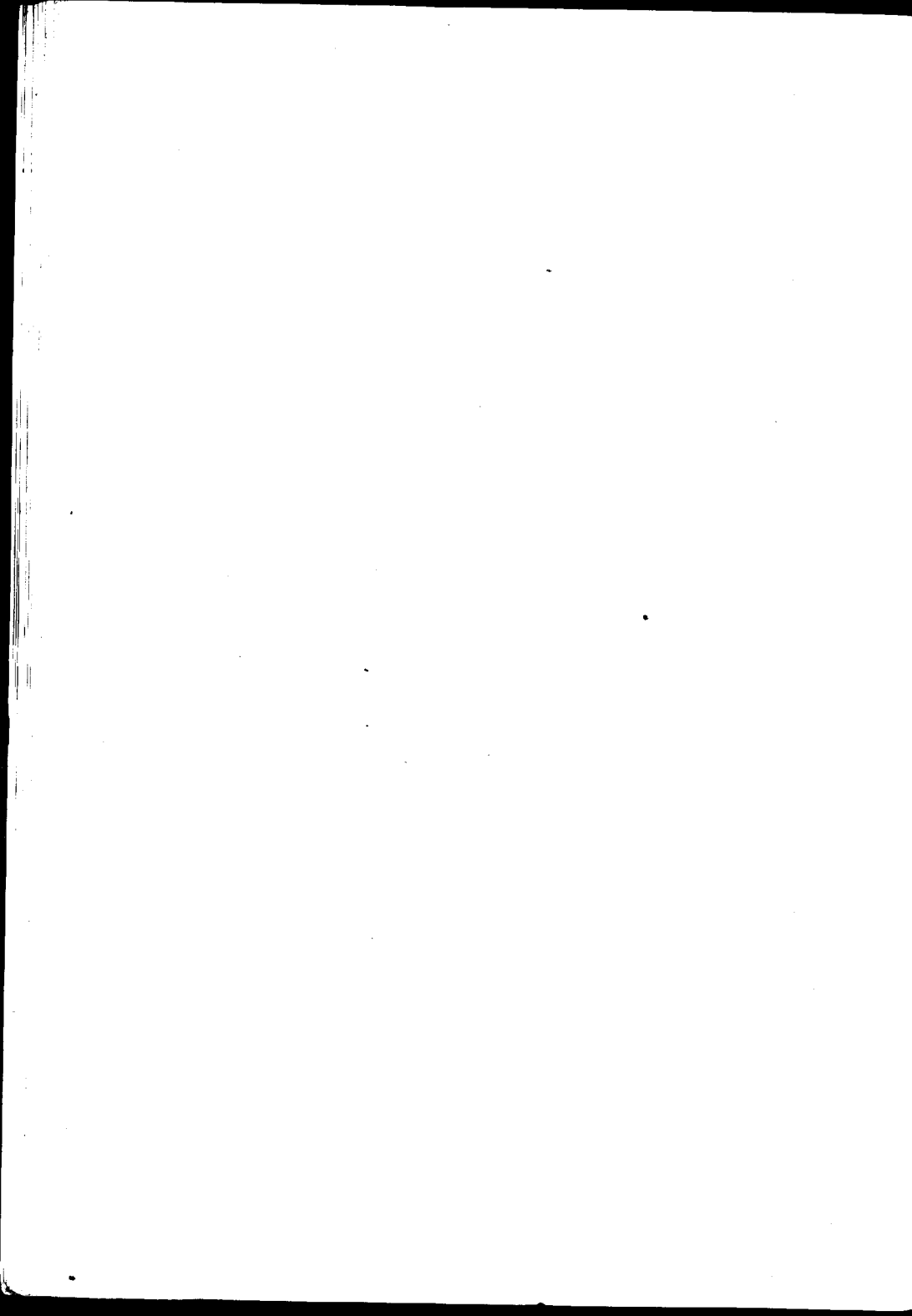
### PROFESORES EXTRAORDINARIOS

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



## ESCUELA DE MEDICINA

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

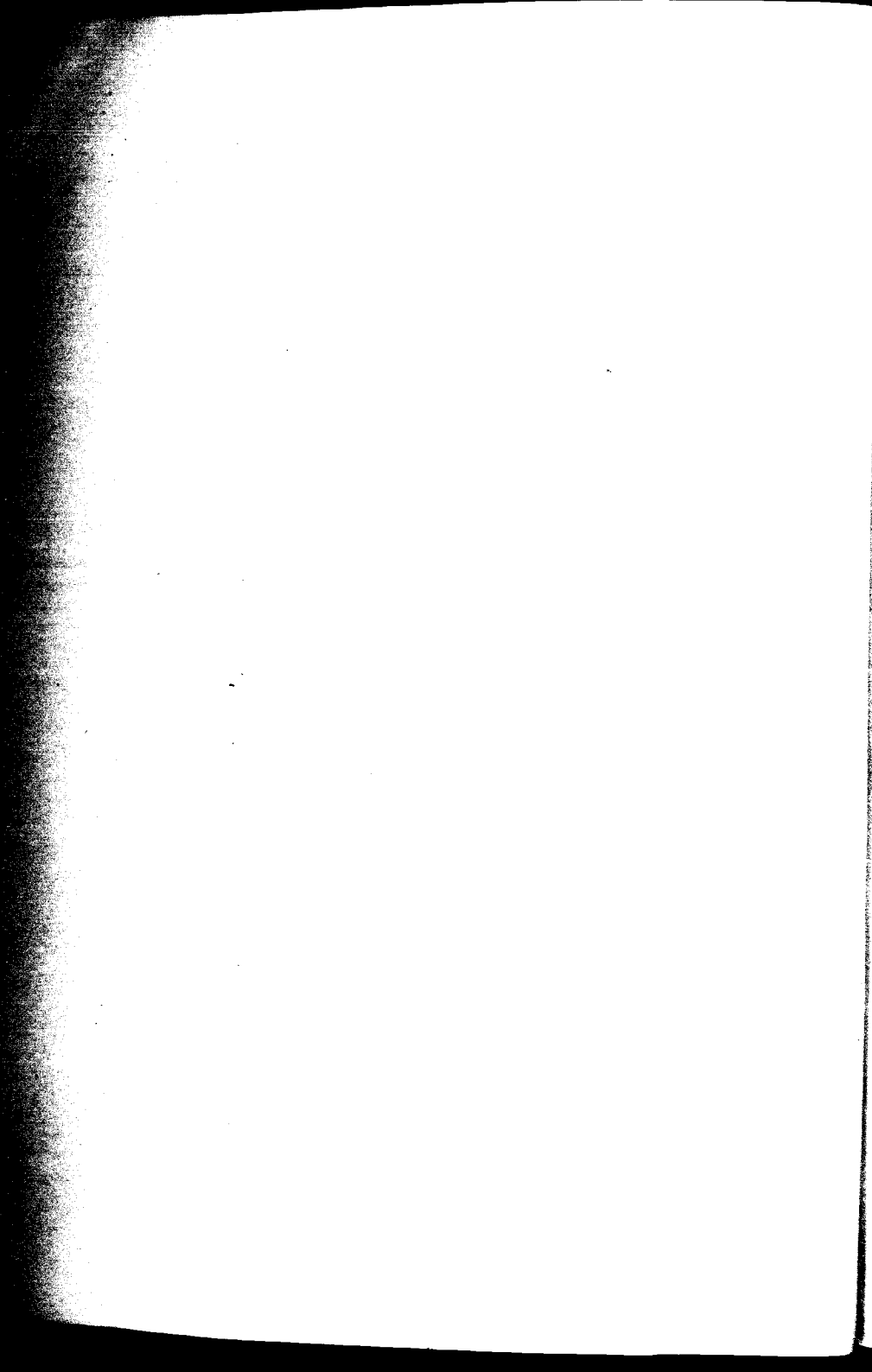


## ESCUELA DE FARMACIA

---

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

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



## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

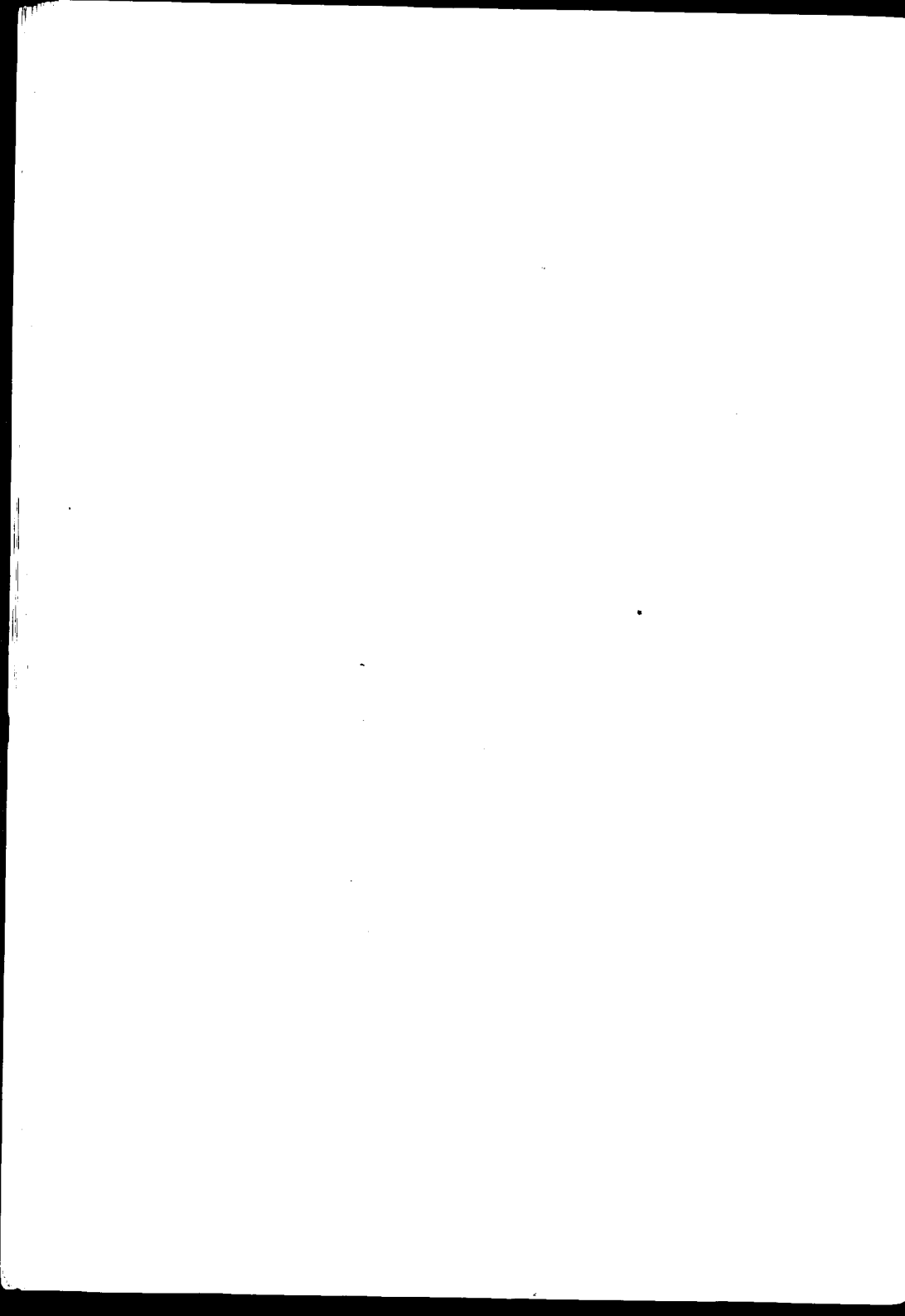
---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
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)

---

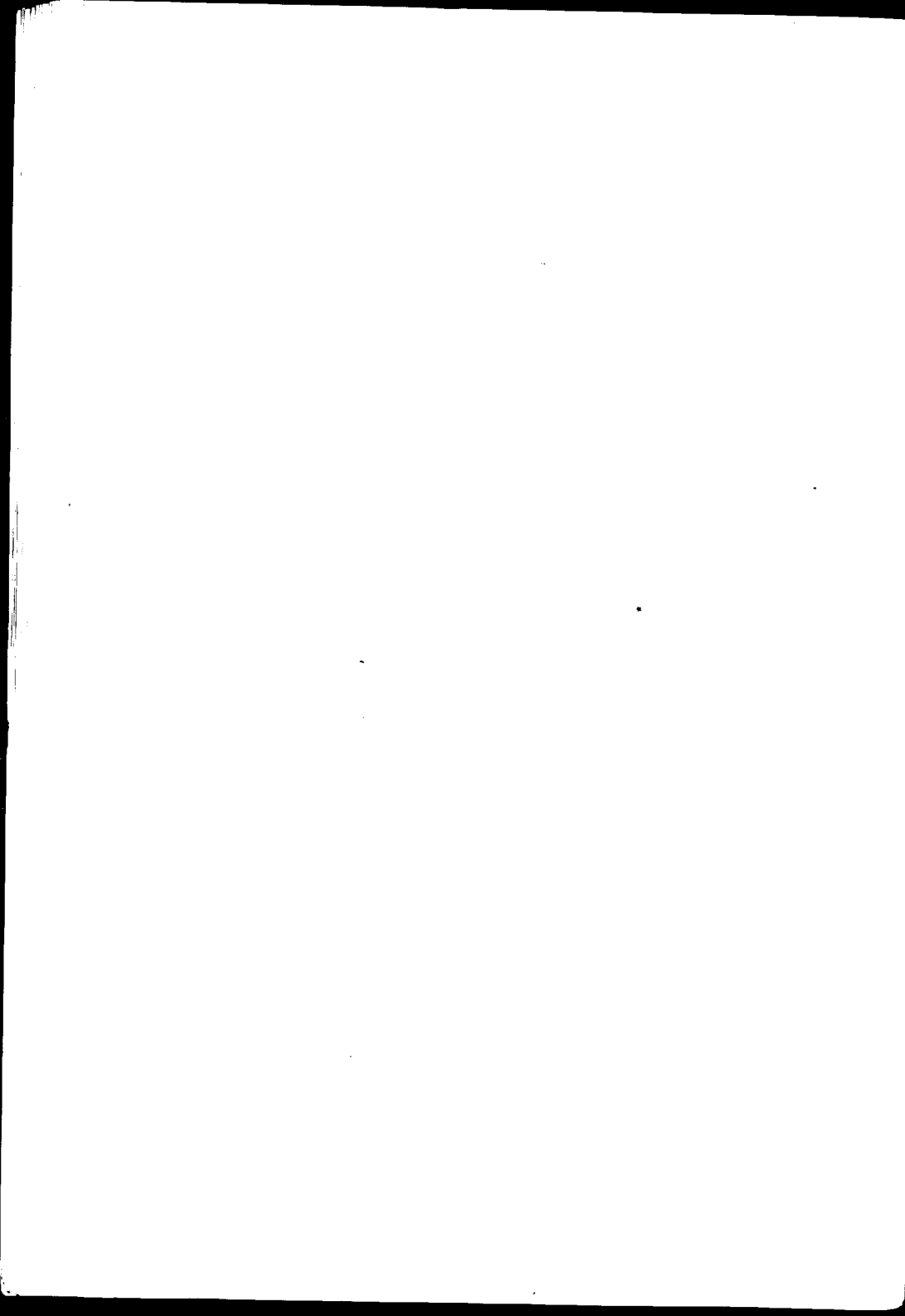


## ESCUELA DE PARTERAS

---

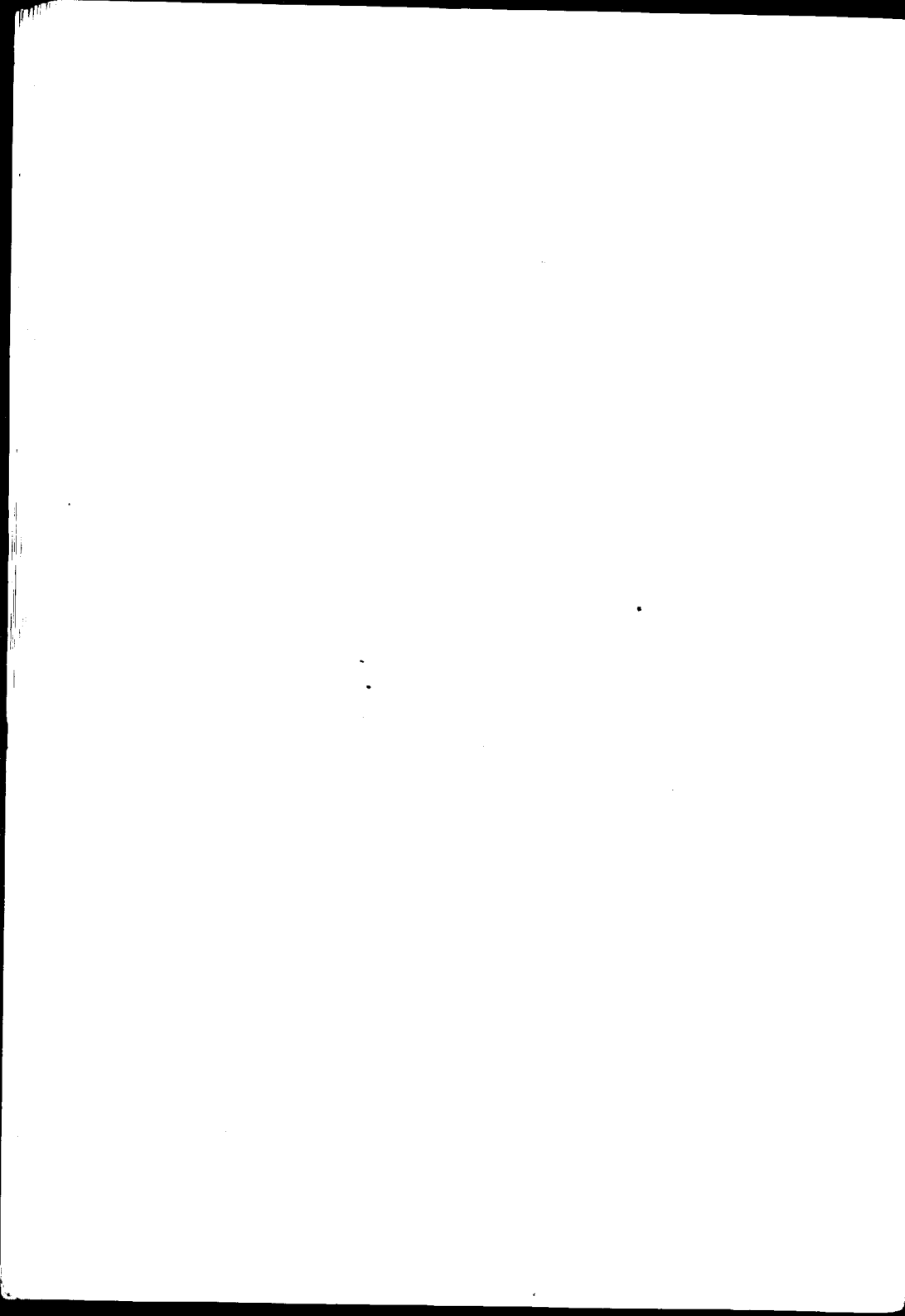
<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
<i>Primer año :</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año :</i>	"
Parto fisiológico .....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año :</i>	
Clínica obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	DR. UBALDO FERNANDEZ

---

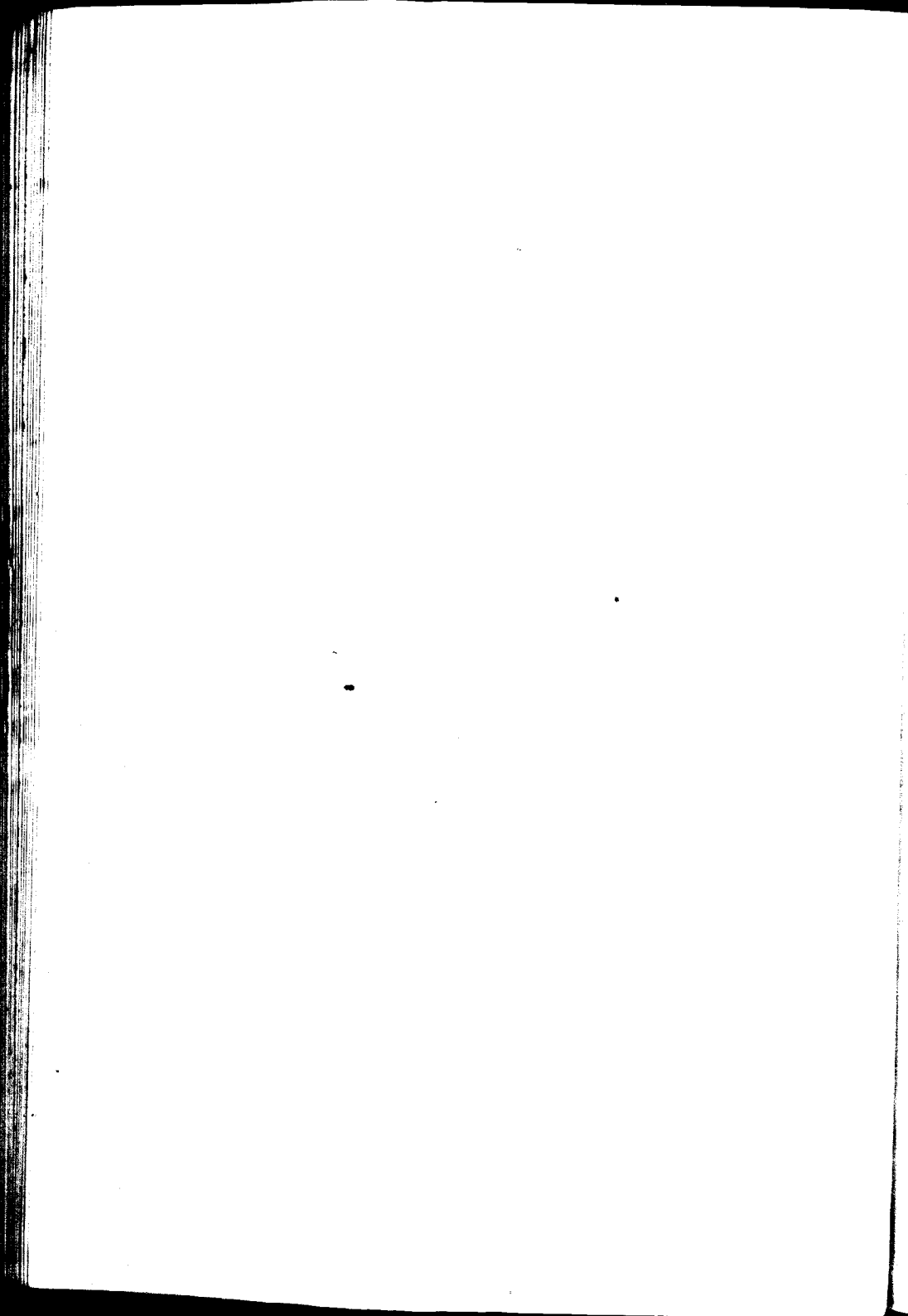


**Paarino de tesis:**

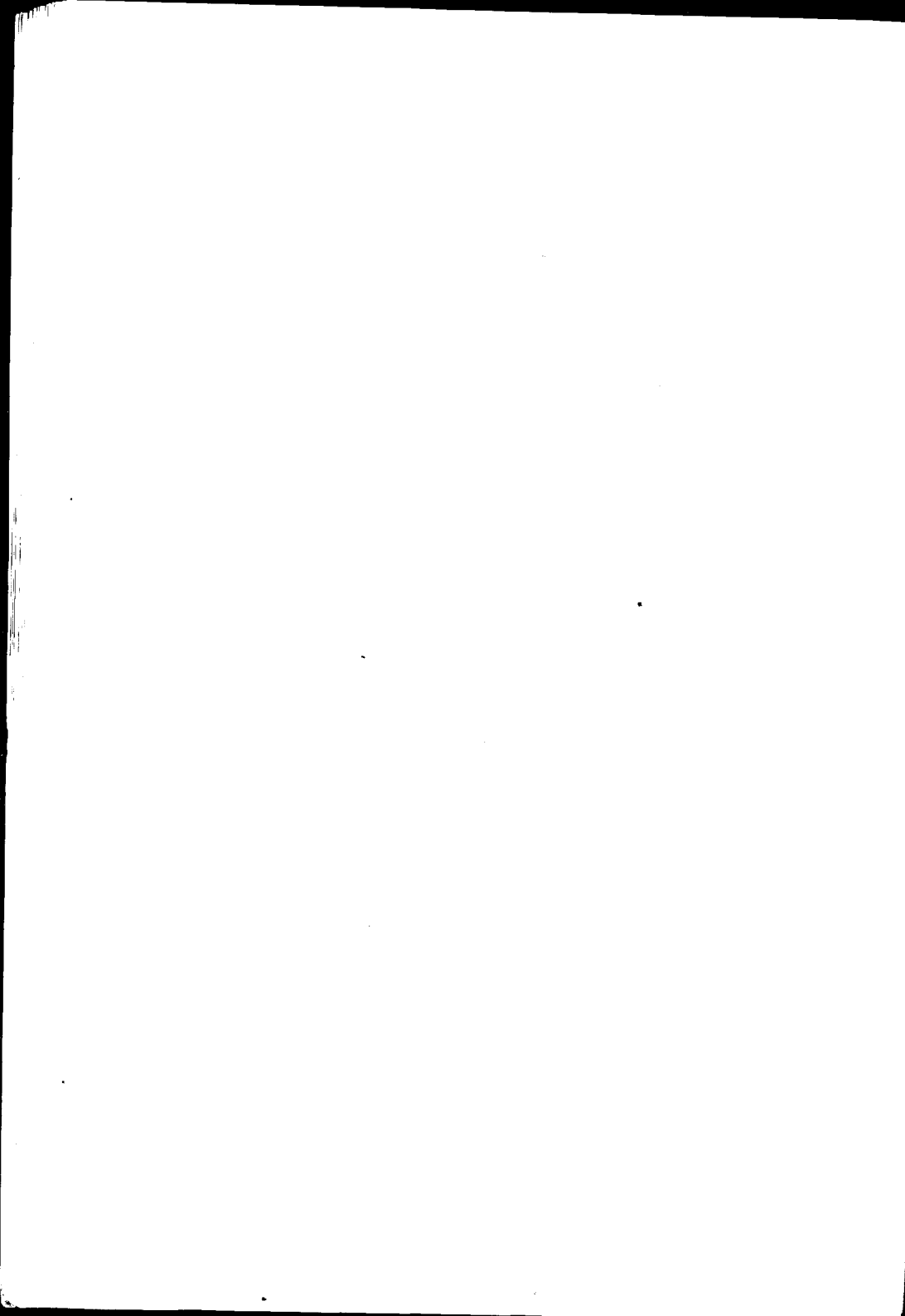
**Dr. RICARDO A. NÖLTING**



A LA MEMORIA DE MIS QUERIDOS PADRES



A MIS QUERIDAS HERMANAS



A LOS MIOS



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Tengo el honor de someter a vuestro ilustrado criterio, este trabajo, con que pongo término a mis estudios universitarios.

El tema ha sido ya perfectamente tratado por diversos autores, de modo que no pretendo sino exponer las ideas actuales sobre el megalocolon, y referir las historias clínicas de tres enfermos, en los cuales el tratamiento quirúrgico ha sido de positivos resultados.

Al alejarme de la Escuela de Medicina, llevo el recuerdo de vuestras sabias lecciones, que os hacen acreedores á mi eterna gratitud.

No tengo sino palabras de elogio y de reconocimiento para los médicos del Hospital Ramos Mejía, de donde fui practicante por espacio de dos años y en especial para los doctores Pedro I. Elizalde, Delfor del Valle y Guillermo Bosch Arana,

que me prestaron su eficaz y desinteresada cooperación en este trabajo.

Al Doctor Ricardo A. Nolting, que me sugirió el tema de esta tesis, por sus innumerables enseñanzas, por las atenciones que de él recibiera, y por el honor que se digna dispensarme acompañándome como padrino en este acto, mi más profunda gratitud.

No puedo dejar de expresar al Doctor Samuel Madrid Páez, que ha sido para mí, un maestro y un amigo en todo momento, el testimonio de mi invariable afecto.

A mis compañeros de internado, mi franca amistad.

## Definición — Etiología y Patogenia

Bajo el nombre de megalocolon ó megacolon se conoce una afección caracterizada clínicamente por fenómenos de constipación crónica; sus lesiones anátomo-patológicas consisten en una dilatación del intestino grueso con hipertrofia de sus paredes, que puede radicar en toda su extensión, o limitarse a una de sus porciones.

Es una afección relativamente rara; es necesario tener en cuenta que muchos casos pasan desapercibidos, algunos por errores de diagnóstico, otros porque los enfermos no han presentado trastornos intestinales de importancia, y han sido diagnosticados en la autopsia.

Parece ser más frecuente en los varones que en las mujeres, y según Crozer-Griffith, la proporción sería de 20 por 4.

Algunos autores han hecho intervenir la herencia, como factor etiológico; es así que Hirschsprung,

refiere que en un caso que él ha observado, había varios miembros de la misma familia atacados de trastornos análogos. Sin embargo, esta participación de la herencia, no está bien demostrada.

En cuanto á la edad, resulta de las estadísticas, que es más frecuente en la infancia. Las observaciones de Hirschprüng se refieren todas a niños desde algunos meses de edad hasta 8 ó 10 años; pero ya anteriormente se habían hecho publicaciones referentes a adolescentes y adultos. Hoy ya existen muchos casos, en sujetos de 20, 25, 40 y hasta 60 años.

Esta afección fué considerada como congénita por Hirschprüng, porque como ya hemos dicho, los enfermos por él observados, han sido todos niños de corta edad. Eso motivó la denominación de «megacolon congénito» o «enfermedad de Hirschprüng». Esta opinión provocó discusiones, y Marfan, al ocuparse de la constipación crónica en los niños, se manifiesta contrario a dicho concepto, y cree que el megacolon es una modificación consecutiva a la constipación congénita, basándose en el hecho de que la afección nunca ha sido observada en el recién nacido. Según el mismo autor, la constipación habitual congénita depende de la multiplicidad y exageración de las inflexiones de la S ílica;

producido el éxtasis fecal, sería fácil explicar la serie de hechos que caracterizan al megalocolon.

En efecto, la dilatación sería debida a la distensión que producen los gases de la putrefacción; la hipertrofia de las paredes, sería la resultante del esfuerzo a que está sometido el colon para luchar contra un obstáculo, y de la colitis crónica que, a su vez, es producida por la acción irritante de los productos de la putrefacción.

Según Mya, el megalocolon es debido a una anomalía del desenvolvimiento embrionario. Para él son primitivas, la dilatación del intestino y la hipertrofia conjuntiva de las paredes, y secundarias, la hipertrofia muscular y la colitis intersticial difusa.

Duval, al sostener la tesis sostenida por Marfan, dice que el megalocolón es una afección que depende de una malformación congénita del intestino grueso, que consistiría en una hipertrofia del tejido conjuntivo de la pared cólica, trayendo secundariamente una dilatación. La ectasia cólica, podría ser congénita, según Duval. o bien podría desarrollarse durante la vida extrauterina, ya en sus primeros meses, ya en sus primeros años, ya tardíamente, pero debe ser considerada como dependiente de una malformación embrionaria. Ahora bien secundariamente se desarrollaría, por una parte, una hipertrofia muscular compensadora, y por la otra

una colitis intersticial, que llevaría a la esclerosis del colon y a su distensión definitiva.

En cuanto a las causas de la malformación que origina el megalocolon, Duval dice que las porciones de colon, cuya evolución morfogenética puede darse por terminada, que serían los segmentos fijos y el colon transversal, suelen presentar frecuentes anomalías reversivas; el colon pelviano, ofrece variaciones de longitud y situación, como etapas transitorias de una evolución progresiva que marcha hacia una disposición definitiva. Esta disposición definitiva sería un colon pelviano corto, situado en la mitad izquierda de la pelvis.

En virtud de las circunstancias anotadas, Duval supone que el colon en general, y especialmente, su segmento pelviano, puede muy bien ser asiento de anomalías por malformaciones verdaderas.

Una teoría emitida por Fenwick, admite la presencia de obstáculos a la evacuación de las heces, y considerada a la ectasia cólica como consecutiva a una oclusión mecánica de tres causas distintas, a saber: 1º de una torsión o acodamiento del colon pelviano o del recto; 2º de una estrechez congénita del intestino grueso; 3º de una contracción espasmódica permanente de la extremidad inferior del colon, o bien más comunmente, la contractura del esfínter externo del ano. Según este concepto, el

obstáculo a vencer, crearía la hipertrofia de las paredes cólicas.

Gaujoux, después de pasar en revista diversas teorías, llega a la conclusión de que existen algunos casos muy raros, y todavía inexplicables, para los cuales parece ser razonable admitir una falta en la primera disposición desenvuelta en la vida intrauterina, y después del nacimiento, bajo la influencia de las mismas fuerzas desconocidas que la han puesto en evolución desde el comienzo. En un segundo grupo, mucho más importante, entrarían todos los casos, en que domina la escena la noción del obstáculo a la evacuación fecal; de manera que el megalocolon sería adquirido y secundario a una causa de obstrucción incompleta, de constipación crónica.

Galliard admite que la longitud del ansa sigmóidea puede tener importancia etiológica, porque fuera del hecho de que al nacer, aún normalmente la S ilíaca es relativamente más larga que en el adulto, hay casos en que lo es excesivamente, y resultan posiciones viciosas de la misma, ya que se la vé con mucha frecuencia ocupar hasta la fosa ilíaca derecha. Sostiene que la excesiva longitud del colon, puede acompañarse de ectasia congénita, atribuyéndole a esta última, un valor importantísimo como fenómeno primitivo, y cita a este res-

pecto, las observaciones de Ammon, sobre un feto de siete meses y un recién nacido muerto.

La hipertrofia de la musculatura fué considerada como primitiva por Hirschsprüng, por analogía con otras alteraciones parecidas, en contra de la opinión de numerosos autores. En cuanto a las aplasias parciales de la túnica muscular que Hirschsprüng cree producidas por la compresión de las heces, es considerada por otros como primitiva y como causante de la hipertrofia de la muscular que está por encima, siendo así un fenómeno compensador, por insuficiencia de la porción atacada de aplasia. A pesar de ésto, Galliard no cree que deba siempre considerarse la hipertrofia como un fenómeno secundario.

Pará Ferrio, la gran mayoría de los casos de megalocolon, deben ser considerados como congénitos, siendo solo adquiridos aquellos que se observan en adultos.

Wilms ha propuesto clasificar en tres grupos los casos de megalocolon en la siguiente forma :

Primer grupo : Casos con dilatación congénita del colon, que se acompaña de insuficiencia muscular. Estos casos serían muy raros.

Segundo grupo : Casos en que el colon presenta numerosas inflexiones congénitas con posiciones

anormales y formación de oclusiones valvulares de la luz del intestino.

Tercer grupo: Casos en que hay obstáculo a la salida de las materias fecales, obstáculo que residiría en el ano o en la extremidad inferior del recto. Se trataría en estos casos de trastornos funcionales provocados, ya por el endurecimiento de las heces, ya por una influencia nerviosa que obra sobre la contracción del esfínter, y dentro de este grupo, hallarían su lugar, la mayoría de los casos de enfermedad de Hirschsprüng.

Galliard no admite la clasificación de Wilms, porque cree que se basa demasiado en vistas teóricas, sin tener mayormente en cuenta los datos anátomo-patológicos y clínicos adquiridos, y propone, a su vez, la siguiente clasificación:

1º Una forma congénita, o megalocolon verdadero, en la cual, la dilatación y la hipertrofia muscular son congénitas, admitiendo, sin embargo, que en ciertos casos, la hipertrofia muscular puede ser secundaria como fenómeno de compensación.

2º Una forma secundaria o pseudo-megalocolon, más rara que la anterior, y que depende de la presencia de obstáculos a la defecación.

Recientemente, el doctor Pedro I. Elizalde, ha hecho un excelente estudio del megalocolon sigmóideo, y basado en sus observaciones anátomo-



patológicas, llega a conclusiones propias. Sobre 450 autopsias por él practicadas, ha encontrado seis casos de megalocolon, lo que da un porcentaje de 1.33 %. Hace notar que no debe confundirse la ectasia del colon con el megalocolon verdadero, lo que es bien distinto, ya que en éste existe además, la hipertrofia de las paredes cólicas ; siendo así, él sostiene que no existe un megalocolon congénito.

Una ansa sigmoidea larga y ausencia de obstáculos a la eliminación de las materias fecales son, según Elizalde, los dos elementos constantes, a los cuales se agregan dos elementos variables, el diámetro del ansa y el espesor de las paredes para constituir el megalocolon.

El ansa larga con meso igualmente largo, permitiría al intestino tal movilidad, que sobrevendrían posiciones viciosas, que son resistencias opuestas a la progresión del bolo fecal. Estas resistencias determinarían un esfuerzo mayor del músculo, pero interviniendo la constipación, ya se produciría un éxtasis fecal, para vencer al cual, se hipertrofiaría la musculatura intestinal. Ahora bien, conjuntamente, las fermentaciones provocadas por el éxtasis, obrarían distendiendo con los gases que producen, e irritando la mucosa con sus toxinas ; de aquí, la proliferación conjuntiva y el espesamiento de las pare-

des de los vasos, proceso este último que actúa restando elementos nutritivos.

Así explicado el mecanismo de producción de la enfermedad, Elizalde llega a las siguientes conclusiones :

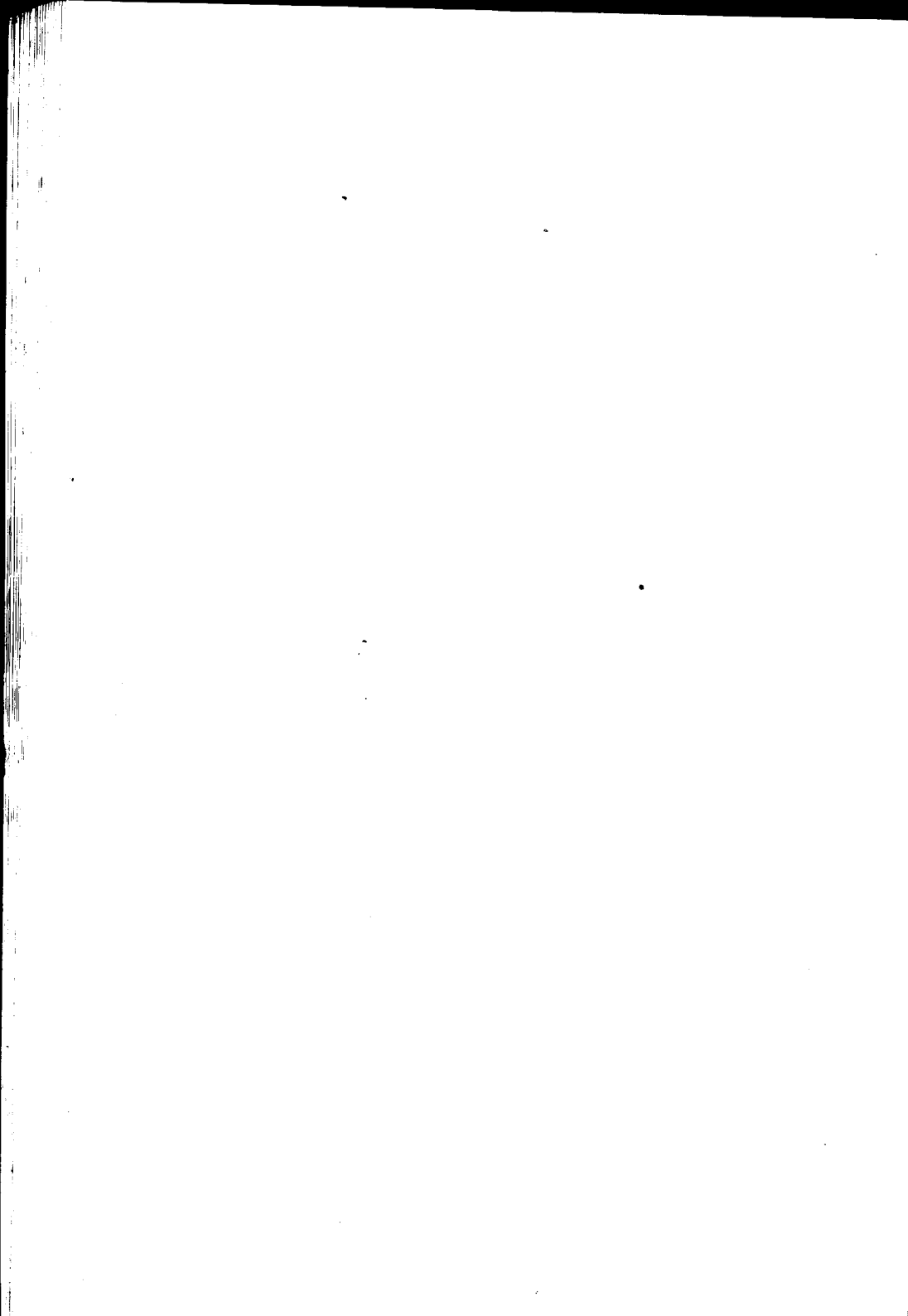
«El megalocolon sigmóideo es una malformación adquirida.

» Para que él se produzca, exige :

» 1º Un terreno, constituido por una ansa sigmóidea larga, que le permite adoptar situaciones » y posiciones viciosas que favorecen el éxtasis fe- » cal, determinante de la hipertrofia.

» 2º La intervención de la constipación, pro- » ducida por cualquiera de las múltiples causas que » la determinan, y sus consecuencias las fermenta- » ciones, factor de dilatación e irritación que pro- » duce los estados inflamatorios crónicos que con- » ducen a la proliferación del tejido conjuntivo, la » disminución del calibre de los vasos y atrofia se- » cundaria de las fibras musculares ».

Expuestas algunas de las numerosas teorías sobre la patogenia del megalocolon, pasemos ahora al estudio de sus lesiones anátomo-patológicas.



## Anatomía patológica

Al hablar de la patogenia, ya hemos dicho cuales eran las lesiones macroscópicas del megalocolon : colon largo, dilatado, con hipertrofia de sus paredes.

Hagamos ahora la diferenciación entre diversas anomalías del colon, a saber : la dilatación cólica sin hipertrofia de sus paredes, ectacolon ; el colon anormalmente largo sin dilatación ni hipertrofia de sus paredes, macrocolon ; y la dilatación con hipertrofia de sus paredes, megalocolon (Elizalde).

El asiento de la lesión es variable ; sobre 18 autopsias practicadas por Crozer-Griffith, se hallaba dos veces sobre la S ilíaca, dos veces sobre la S ilíaca y la parte vecina del colon descendente, y doce veces se extendía a todo el colon. Duval presenta una estadística de 40 casos, con el siguiente resultado :

Ectasia total ... ..	13 casos (32.5 %)
» segmentaria ... ..	27 » (67.5 %)

En los casos de ectasia segmentaria, la lesión estaba repartida en la siguiente forma :

Sobre el colon pelviano solamente ... ..	12 veces
» . » » » y transverso ... ..	4 »
» » » » y descendente. ... ..	3 »
» » » » transverso y asc. ... ..	1 »
» » » » y ascendente... ..	1 »
» » » transverso y descendente... ..	3 »
» » » » y ascendente ... ..	2 »
» » » descendente solamente... ..	1 »
Total .....	27 casos

es decir, el colon pelviano participa en 21 casos. Elizaldé ha encontrado la lesión solamente en el ansa sigmoidea.

A la apertura del abdomen, es frecuente encontrar una dilatación generalizada del colon, que puede revestir, como dice Walker, el aspecto de dos gruesos tumores verticales, o que puede llenar completamente la cavidad abdominal. En otros casos, no existe esta dilatación sino en el segmento megalocólicc.

Lo que llama sobre todo la atención es la longitud exuberante del intestino grueso, y particularmente del ansa sigmoidea, que parece ser la ata-

cada con más frecuencia. En las observaciones II y III, que figuran al final, y que fueron operados por los doctores Del Valle y Bosch Arana, las dimensiones del ansa eran en su convexidad y en su concavidad respectivamente, de 45 cms. y 30 cms. en uno, y de 47 cms. y 22 cms. en el otro. Pero se pueden encontrar dimensiones mucho mayores, y Elizalde ha encontrado ansas que medían 60, 75 y hasta 89 cms.

A una exagerada longitud del colon pelviano, se agrega un meso también muy largo, que permite a aquel una gran movilidad. Esta gran movilidad provoca los codos y flexuosidades que forma, y se lo ve, por ejemplo, en vez de seguir su trayecto normal, ascender hasta el epigastrio, el apéndice xifoide, entrar en contacto con el hígado y desplazarlo, contraer adherencias con la pared abdominal, para descender luego describiendo siempre las mismas flexuosidades, hasta la fosa ilíaca, y abocarse por último al recto.

Su diámetro se halla muy aumentado, alcanzando las cifras de 15 y 16 cms. y su contenido es materia fecal de consistencia pastosa. La cavidad recorrida en toda su extensión, no presenta ningún obstáculo a su evacuación.

Llegamos ahora al espesor de la pared cólica.

En ciertos casos este espesor no es muy marcado, en otros es de tan fácil apreciación que pueden distinguirse macroscópicamente sus distintas capas, dando al tacto la sensación de cuero de vaca fresco o de cartón mojado ; las bandeletas longitudinales están ensanchadas.

El aspecto de la mucosa es variable ; en algunos casos se presenta normal, pero es muy frecuente constatar ulceraciones de diversas formas y tamaños.

*Lesiones microscópicas* -- Al examen histológico se observan alteraciones notables en todos los elementos que constituyen la pared. Este estudio ha sido hecho con toda minuciosidad por el doctor Elizalde, de cuyo trabajo extraemos numerosos datos de gran interés.

El peritoneo se ve frecuentemente afectado por procesos inflamatorios crónicos ; permite observar un espesamiento notable, con vasos de neoformación, de calibre irregular, infiltración leucocitaria, células conjuntivas jóvenes y tejido conjuntivo adulto, que a veces desde su capa profunda, se insinúa entre las fibras musculares sub-yacentes y las disocia.

La capa muscular ofrece alteraciones profundas ; sus fibras están siempre espesadas, alguna de

ellas atróficas, disociadas por haces de tejido conjuntivo que se interpone entre la capa longitudinal y la circular, y que envía tabicamientos que, al través de esta última, se unen con haces análogos que tienen su asiento en la sub-mucosa. Esta proliferación conjuntiva es a veces tan intensa que no deja ver sino algunos islotes de tejido muscular que ha perdido su afinidad para los colorantes y no puede gozar ya de su función de elemento contráctil.

La sub-mucosa espesa, contiene tejido fibroso y vasos afectados por procesos de endo y periarteritis.

En la mucosa hállanse lesiones de importancia. En algunos casos ofrece una abundante infiltración leucocitaria intersticial; las células de revestimiento con grandes vacuolas, o bien completamente vacías; las glándulas pueden estar destruídas, no hallándose a veces sino el estroma. En otros casos, la mucosa está convertida en una verdadera masa necrosada, recubierta de exudados; en algunos puntos se pueden ver los folículos cerrados aumentados de volumen, que la atraviesan y dejan así ulceraciones.

A medida que se llega al límite entre el megalocolon y la porción de colon normal, se ve disminuir la intensidad de las lesiones. En efecto, las fibras musculares, aunque todavía algo espesadas,

se hallan en buen estado de conservación; la submucosa presenta una infiltración leucocitaria moderada y vasos con paredes espesadas; la mucosa tiene su infiltración intersticial y algunas ulceraciones.

## Sintomatología

Es variable el cuadro sintomático que ofrece el megalocolon, desde aquellos casos en que los enfermos mencionan la constipación como un incidente al cual no atribuyen mayor importancia, porque no les provoca grandes molestias, hasta aquellos en que hay manifestaciones alarmantes que los obligan a recurrir al médico. Los primeros mueren a menudo, víctimas de afecciones intercurrentes, y el megalocolon es un hallazgo de autopsia.

Son de gran importancia los antecedentes de los enfermos. Aunque el carácter hereditario de la afección dista mucho de ser demostrado, el doctor Elizalde piensa que es interesante averiguar los antecedentes familiares, y en apoyo de su afirmación, cita el caso de una enferma por él observada, que era portadora de un megalocolon sigmóideo, a consecuencia del cual falleció, después de varios bolos fecales; una hija y una nieta de esta enferma pade-

cen en la actualidad de una constipación sumamente rebelde, habiendo tenido ya una de ellas, un bolo fecal. Con semejantes datos se puede en ciertos casos constatar «la manera de ser familiar del intestino».

De importancia mucho mayor son los antecedentes personales del enfermo. Este nos declara que padece de una constipación pertinaz que remonta a un tiempo más o menos largo.

Duval, en su primitivo trabajo sobre el asunto, publica una serie de 27 casos, en 18 de los cuales, la constipación apareció inmediatamente después del nacimiento, y en los nueve restantes, ella fué de aparición tardía. De estos últimos, en 6 casos la constipación se manifestó en el primer año de la vida; y en tres, a los 24, 32 y 50 años.

En las historias que hemos recorrido, vemos en todas ellas que la constipación es de antigua data: en algunos ha existido siempre; en otros existe hacen 8, 15, 20 y hasta 30 años.

Los enfermos mueven su vientre solamente cada cuatro o cinco días y con grandes dificultades; tan es así que en algunos se ven producirse prolapsos del recto. En general, el intervalo entre cada deposición, es el ya indicado, pero puede ser mucho mayor, observándose intervalos de dos y tres semanas. En un caso de Osler, referente a un niño de

siete años, ha habido hasta esa edad solamente cinco o seis evacuaciones espontáneas.

El sujeto constata que su vientre se va distendiendo, hay emisión de gases, sufre dolores intensos, el acto de la defecación es sumamente penoso, experimenta pesadez abdominal, cefalalgias y un gran malestar general. Son estos fenómenos de obstrucción incompleta que lo obligan a recurrir a purgantes y enemas, los cuales, mientras actúan, le proporcionan un alivio muy grande: se producen abundantes deposiciones, el abdomen disminuye visiblemente de volumen, se atenúan los dolores y todo entra en orden.

Estos fenómenos se van sucediendo, mientras el intestino pueda, bien o mal, llenar su función, hasta que sobreviene lo que Duval llama la «asistolia del intestino», es decir, que la potencia del mismo ha sido vencida y se produce la complicación aguda más frecuente en estos enfermos: el bolo fecal.

No es raro que se produzcan en el mismo enfermo, hasta cuatro y cinco bolos fecales. Desaparecidos éstos, mediante un tratamiento apropiado, el sujeto vuelve a su estado anterior de constipación crónica, hasta que se produce una crisis definitiva que termina con su vida.

He aquí los datos que nos suministran los enfermos, y es necesario, una vez investigados, tener-

los muy en cuenta para poder llegar a un diagnóstico exacto, junto con los que se obtendrán del examen objetivo, el cual pasaremos a estudiar, analizando antes algunos de los síntomas subjetivos que hemos enumerado.

El dolor puede manifestarse bajo forma de cólico, pero es más frecuente que se manifieste como pesadez abdominal; es más o menos intenso, y se exagera con los esfuerzos de la defecación. No tiene localización precisa, acompañándose en ocasiones de náuseas y vómitos.

Las materias fecales son emitidas por pequeñas porciones, produciéndose de vez en cuando algunas debacles; son de consistencia dura o pastosa.

Las constataciones que se hacen en el enfermo, varían según el grado de repleción o vacuidad del intestino.

Si el examen se lleva a cabo en el primer caso, se encontrará el abdomen muy distendido hacia adelante. Esta distensión, a pesar de ser generalizada, es más visible en ciertos casos, en la parte inferior. Galliard ha observado una distensión tan considerable, que el abdomen podía ser comparado al de una embarazada a término.

Con una tensión tan grande, es imposible palpar nada por debajo, pero cuando ella es menor, se pueden palpar uno o varios tumores, constituídos

por materia fecal y denominados fecalomas por Demons ; son transitorios y de dimensiones muy variables. Cadet ha observado en una enferma de 17 años que sufría períodos de constipación de dos a tres semanas, un tumor del tamaño de una cabeza de feto. En otra enferma de Brook, el tumor simulaba un neoplasma del ovario izquierdo, constatándose en la intervención, la S ilíaca dilatada y espesada, que contenía una masa fecal de 600 gramos de peso. Estos tumores son irregulares, poco movibles, de una consistencia dura, análoga a la de un neoplasma, y desaparecen generalmente por medio de purgantes y enemas.

La palpación trae consigo una exacerbación de los dolores, y es común que ella produzca movimientos peristálticos de gran amplitud que son bien visibles y terminados los cuales, se atenúa el dolor. En ocasiones, los movimientos peristálticos recorren el abdomen en todo sentido, transversal, vertical u oblicuamente. A la percusión, se percibe un sonido timpánico generalizado.

Si el examen se practica durante un período de vacuidad del intestino, el abdomen se presenta más blando y depresible, aun cuando, como dice Duval, estos enfermos tienen siempre vientre grueso. El colon es fácilmente palpable, es doloroso a la presión y se percibe sucusión y clapoteo.

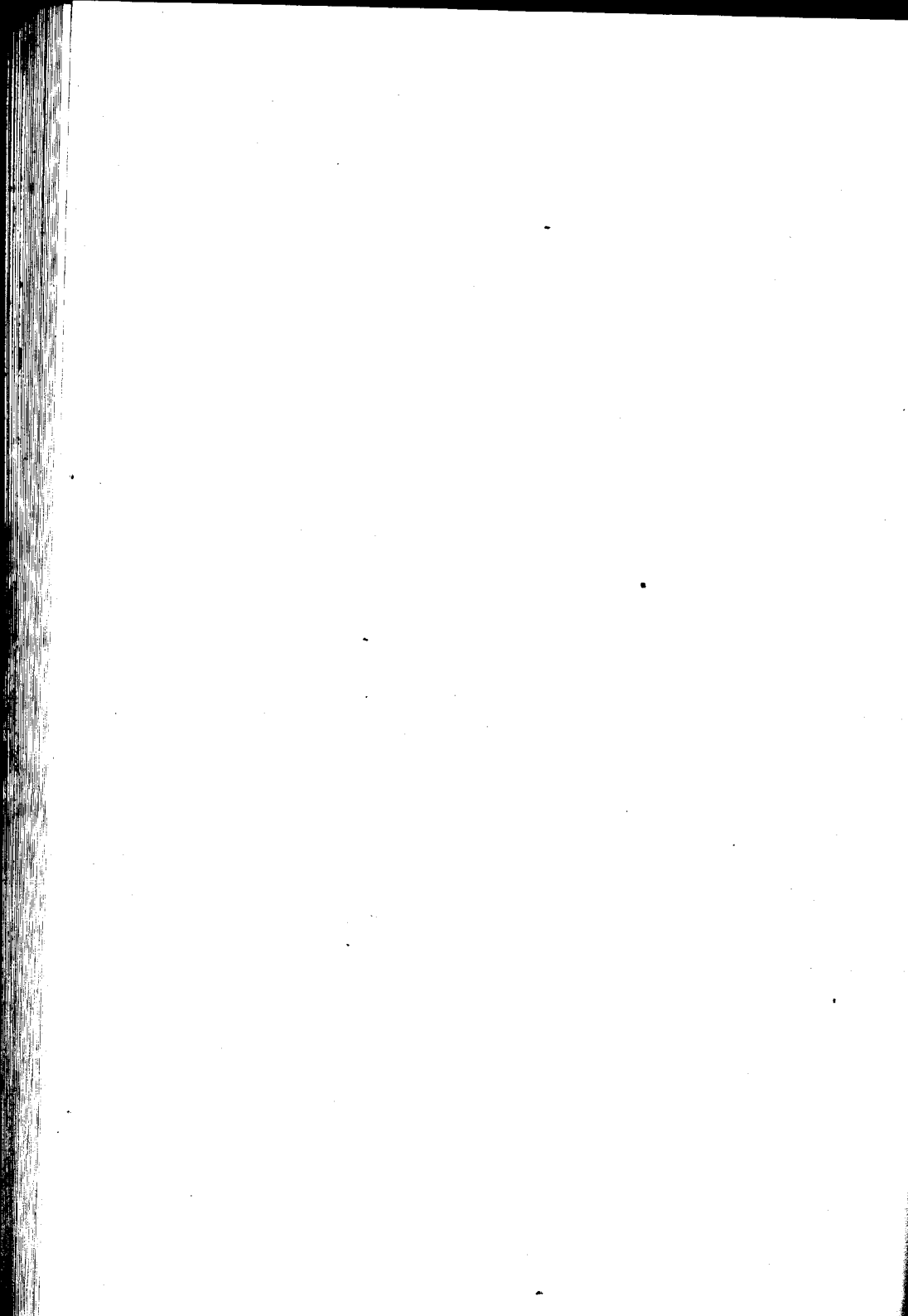
Estos síntomas se presentan con caracteres algo especiales en el niño. El meteorismo es mucho más marcado, adquiriendo el vientre dimensiones tales que algunos autores han recurrido a la punción del intestino, porque provoca por compresión, una serie de fenómenos: disnea y cianosis con enfriamiento de las extremidades, circulación venosa de la pared abdominal y modificaciones en la forma del tórax, que se ensancha en su parte inferior y se estrecha en su parte superior. Los movimientos peristálticos se observan con mayor nitidez; las náuseas y los vómitos que pueden ser fecaloides, se producen mucho más fácilmente que en el adulto.

Es también digna de mención, la diarrea que muy frecuentemente, alterna con la constipación en los niños, y que tiene su explicación en el proceso de colitis.

El estado general de los enfermos portadores de un megalocolon, se ve seriamente comprometido con la evolución de la enfermedad; se hacen inapetentes, denutridos, se observan disminuciones considerables de peso, las orinas contienen indican y albúmina. Ese es el resultado de una intoxicación crónica que proviene del intestino.

El asiento del éxtasis tiene su influencia sobre la determinación de estos síntomas generales. Cuando él se hace en el ciego o en las primeras por-

ciones del intestino grueso, los trastornos son muy acentuados. Cuando, por el contrario, el éxtasis se hace en las últimas porciones, el estado general no está tan comprometido, y no son raras las observaciones de sujetos que conservan las apariencias de buena salud, a pesar de largos años de sufrimientos por su constipación. La explicación de este fenómeno sería la siguiente, según Roux : en la ectasia cecal, las materias fecales se mantienen en un estado semi-líquido, porque el intestino delgado envía constantemente líquido, y la vida bacteriana está en plena actividad ; en la ectasia de las últimas porciones, las materias fecales están secas y los bacterios no encuentran medios favorables a su evolución.



## Diagnóstico y pronóstico

En presencia de un enfermo que nos declara padecer de una constipación antigua y rebelde a todo tratamiento, y que ha tenido uno o varios bolos fecales, debemos pensar en la posibilidad de un megalocolon. Pero si nos guiamos solamente por los datos anamnésicos, incurriremos a menudo en errores.

Es necesario pues, practicar sistemáticamente el examen físico, y se constatarán los signos que hemos estudiado en el capítulo anterior : distensión abdominal, colon palpable y doloroso, movimientos peristálticos espontáneos o provocados, succusión y clapoteo, etc. Con esta serie de signos, presumiremos fundadamente la existencia de la enfermedad que nos ocupa.

Para confirmar nuestras presunciones, recurriremos a otros medios de examen, que nos proporcionarán datos de gran interés para el diagnóstico. Son

ellos : el tacto rectal, la rectoscopia y el examen radiológico.

Con el primero, se podrá constatar la ausencia de estrecheces susceptibles de provocar ectasias por encima de ellas. El dedo penetra en una cavidad rectal amplia, a veces vacía, otras veces llena de materia fecal, no siendo raro encontrarla anormalmente dilatada ; Bensaude afirma que el recto participa del proceso de dilatación con mucha mayor frecuencia de lo que comúnmente se cree, y ésto proviene de que el límite entre el recto y la S ilíaca es difícilmente apreciado con exactitud en las intervenciones y autopsias. Con el dedo se puede llegar a tocar las materias fecales de consistencia pastosa en el segmento recto-sigmóideo, y si se ha tenido la precaución de provocar deposiciones previas, se puede llegar a una cavidad ensanchada.

La rectoscopia no ha sido practicada muy frecuentemente en el megalocolon, siendo tal vez el medio que permite más fácilmente diagnosticar esta afección. Al estado normal, el calibre de la S ilíaca, que es la porción más frecuentemente atacada, es ligeramente superior al del rectoscopio, que tiene 20 milímetros, y sus paredes se aplican una contra otra en vez de quedar ampliamente separadas como las de la ampolla rectal.

El aparato penetra en el recto, y puede ser

fácilmente llevado sin hallar obstáculos hasta una distancia variable. En los casos examinados por Bensaude, se experimentaba cierta resistencia a 8 o 9 centímetros del ano, la cual era vencida sin gran dificultad, cambiando la dirección del rectoscopio, y se llegaba así a una cavidad de dimensiones considerables, lo que se comprobaba por los movimientos que se imprimían al tallo. Esa resistencia se puede hallar a alturas variables, y hay observaciones de Strauss, Schreilier y otros en que se la encontró a 13, 17 y 22 centímetros del ano. No se trata de una estrechez verdadera, es simplemente un repliegue de la mucosa producido por un acodamiento en el punto de transición entre la porción dilatada y el resto del intestino normal.

El rectoscopio puede ser introducido en su totalidad, es decir, en la extensión de 32 centímetros, pudiendo imprimirsele movimientos de lateralidad, lo que produce la sensación de una cavidad amplia. Ayudado el examen por la iluminación, se observan los caracteres de la pared con sus repliegues y recubierta por materias grisáceas, a pesar de la evacuación previa del intestino; en los puntos en que se percibe la mucosa, se constatan lesiones de colitis crónica.

Para proceder al examen radiográfico, es necesario administrar al enfermo un enema de bismuto,

o bien hacerle ingerir este cuerpo por vía bucal, aunque en este último caso, hay que esperar varias horas. En estas condiciones, se comprobará la dilatación cólica, que ofrece los caracteres de una enorme bolsa en que han desaparecido las abolladuras normales.

El síndrome megalocólico es susceptible de confundirse con el de otras afecciones abdominales que ofrecen cierta analogía con el suyo.

Si bien es cierto que el megalocolon presenta con mucha frecuencia signos de oclusión aguda, no puede establecerse confusión con la invaginación aguda porque los antecedentes son muy elocuentes; en el primer caso, existe siempre la constipación crónica; en el segundo, el enfermo se siente atacado bruscamente, en plena salud.

La invaginación crónica del intestino puede a veces prestarse a confusión. En ella hay también crisis repetidas de constipación, de oclusión incompleta, pero existe un tumor constituido por el cilindro de invaginación fácilmente diferenciable del tumor constituido por la ectasia fecal por su consistencia; el dolor se manifiesta siempre en el mismo punto al nivel de dicho tumor, el meteorismo no es tan marcado. Además los medios de exploración a que hemos hecho referencia, nos permitirán un diagnóstico exacto, ya que el tacto rectal puede al-

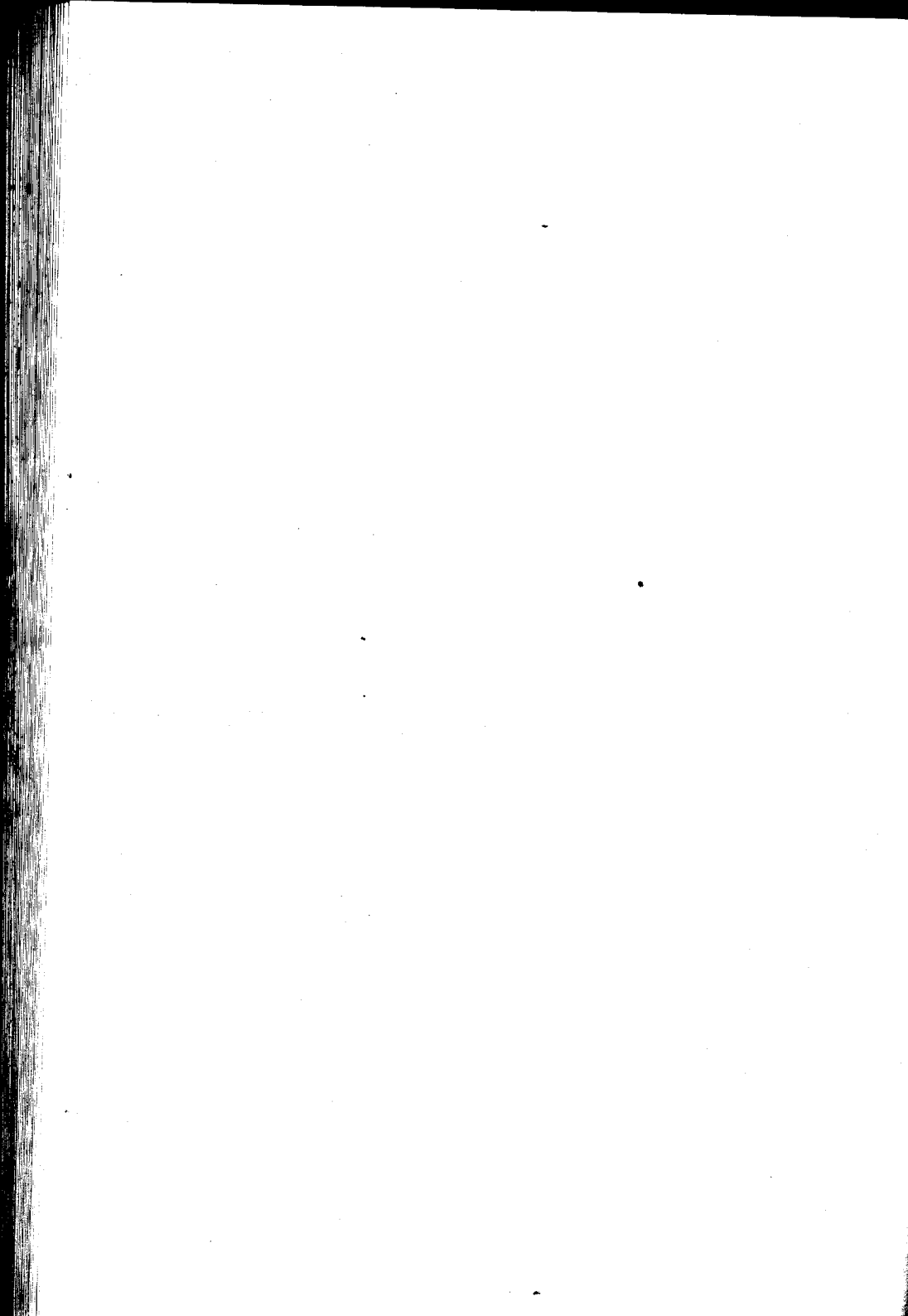
canzar la cabeza de invaginación cuando ésta es baja o ha progresado hacia abajo, o bien percibirla al través del fondo de saco de Douglas, y con la rectoscopia se verán las invaginaciones altas.

En los casos de ectasia cólica, determinada por la presencia de tumores, cicatrices, etc., el tiempo de evolución es generalmente más corto que en el megalocolon, y es sobre todo en ellos, en que son de suma utilidad el tacto rectal y la rectoscopia que demuestran claramente los obstáculos que se oponen a la progresión de las materias fecales. Estos mismos procedimientos serán los que nos permitirán diferenciar aquellos casos de constipación crónica susceptibles de confundirse con un megalocolon.

---

En cuanto al pronóstico de la afección, él puede deducirse de lo expuesto anteriormente. Abandonado a sí mismo, el enfermo marcha hacia una terminación fatal, a un plazo más o menos largo, ya sea a consecuencia de una insuficiencia de contractilidad del intestino, ya sea por los progresos de la intoxicación crónica de que es víctima el organismo.

Ya veremos que el tratamiento quirúrgico aplicado con un criterio especial a cada caso, proporciona éxitos muy halagadores.



## Tratamiento

El tratamiento del megalocolon puede ser médico o quirúrgico.

*Tratamiento médico* — Someter los enfermos a un régimen dietético riguroso y favorecer la evacuación del intestino ; tal es, en términos generales, el tratamiento médico.

Como régimen de alimentación deben elegirse aquellos alimentos que dejan abundante residuo, es decir : vegetales, pastas alimenticias, frutas, etc.

Para provocar la evacuación intestinal, se recurrirá a diversos medios. Los purgantes de aceite de ricino son eficaces solamente durante los primeros tiempos de su empleo ; los purgantes salinos deben ser rechazados en absoluto.

Los enemas de aceite o glicerina, tienen al contrario, una acción mucho más satisfactoria, pero deben ser administrados dentro de ciertas condiciones.

El enema es muy a menudo inactivo, si no se lleva la sonda a 20 o 25 centímetros de profundidad, y esto se comprende si se tiene en cuenta que la acumulación de materias fecales se encuentra casi siempre a la altura del ansa sigmoidea. Deben hacerse diariamente y ser muy abundantes.

El masaje abdominal es susceptible de dar buenos resultados, principalmente el masaje del cuadro cólico que favorece la progresión de las heces. Para luchar contra la distensión que producen los gases, es de aconsejar el uso de la sonda rectal.

Fuera de los medios antedichos, es necesario tratar de modificar la flora intestinal, por medio de los fermentos lácticos y suministrar medicamentos que actúen sobre la contractilidad intestinal, como la belladona y la hipofisina.

¿Qué valor debe atribuirse al tratamiento médico? Si bien él puede traer modificaciones favorables en ciertos casos, y debe ser ensayado siempre que se pueda, antes de recurrir a la intervención quirúrgica, no se le puede considerar sino como tratamiento paliativo, incapaz en absoluto de modificar la lesión intestinal.

*Tratamiento quirúrgico* — Dejaremos completamente de lado, ciertos medios paliativos, como la punción intestinal que ha sido practicada algunas

veces en niños, en quienes la distensión abdominal era enorme ; ella ha sido abandonada porque no trae sino una atenuación de los síntomas, y es además muy peligrosa.

Dede considerarse el caso de un enfermo que presenta un bolo fecal, o bien el de la afección en evolución.

En el primer caso, si no se ha conseguido hacer desaparecer los fenómenos de oclusión por medio de grandes enemas, aceite de ricino a grandes dosis, etc., se recurrirá de inmediato a la extracción del bolo, ya sea la extracción manual o con instrumentos, ya sea a la laparotomía seguida por el establecimiento de un ano artificial.

Desaparecido el bolo fecal, el enfermo está sujeto a una recidiva, de manera que es absolutamente necesario recurrir al tratamiento quirúrgico radical.

En los casos poco frecuentes de éxtasis generalizado, se procederá a la exclusión total del intestino grueso ; en los casos de éxtasis localizado, se adoptarán las resecciones cólicas parciales.

Nos limitaremos a considerar el caso más frecuente : la resección del ansa sigmoidea, cuya técnica operatoria sacamos del trabajo de los doctores Del Valle y Bosch Arana :

«Una semana antes de operar, limpieza prolija » del tubo intestinal, a base de régimen lácteo, pur-

» gantes (ricino) y enemas diarios. La misma ma-  
» ñana antes de operar se practica una enema eva-  
» cuante. Anestesia general, cloroformo, éter, etc.  
» Posición de Trendelemburg. Laparotomía media-  
» na infraumbilical; exploración del colon sigmói-  
» deo, recto y colon descendente y decidida la ex-  
» tensión a extirpar del megacolon el sigmóideo, se  
» le exterioriza y aísla de todo el vientre mediante  
» compresas. Esta exteriorización es generalmente  
» fácil, dado el gran vuelo que tiene el mesocolon.  
» en las lesiones que tratamos; se traccionará ha-  
» cia abajo y hacia arriba todo lo que sea posible,  
» dejando tela suficiente para realizar una anasto-  
» mosis término-terminal, sin tironeamientos.

» Se procede luego a disecar dos colgajos del  
» peritoneo mesentérico, uno de cada lado, y en  
» todo el largo de la extensión del ansa a resecar,  
» con el fin de poderlo peritonizar perfectamente  
» después de haberlo seccionado; terminada la di-  
» sección de estos colgajos que deberán tener un  
» centímetro de ancho; se procede a ligar una por  
» una las arterias del meso y se las secciona por  
» arriba de las ligaduras; queda de esta manera el  
» mesocolon libre de su inserción mesentérica y he-  
» mostasiado.

» Coprostasis del ansa y colocación de un clamp  
» a tres ramas en la siguiente forma: una de sus

» ramas externas toma la parte superior del an-  
» sa a un centímetro y medio de la futura boca  
» anastomótica y la aprieta contra la rama media ;  
» la otra rama externa toma la parte superior del  
» ansa de una manera similar a la primera y la  
» comprime suavemente contra la rama media ; que-  
» dando así el clamp a tres ramas colocado con su  
» rama media entre los dos futuros cabos anastomó-  
» ticos. En el cabo rectal o inferior, por debajo del  
» clamp a tres ramas conviene colocar otro clamp  
» elástico, como de seguridad.

» Por encima de éste, y a dos centímetros de  
» distancia, se coloca un clamp simple en cada fu-  
» turo extremo y luego se secciona el intestino cer-  
» ca de éstos ; extrayendo así, fuera del campo ope-  
» ratorio al megacolon.

» La diferencia en los diámetros de las dos bo-  
» cas constituye la dificultad mayor para el cirujano  
» y que siempre se le presentará, puesto que hacia  
» arriba el operador deberá buscar al colon con su  
» diámetro normal para hacer una buena operación  
» radical, mientras que hacia abajo se encontrará  
» siempre con el recto distendido, dilatado y por lo  
» tanto con una circunferencia mucho mayor que  
» podrá llegar al doble o tal vez más, según el caso.

» Además encontrará que el espesor de las pa-  
» redes intestinales son muy diferentes, pues mien-

» tras el extremo superior es normal, el inferior tiene un espesor bastante notable.

» Para no abocarse a estos inconvenientes es que algunos cirujanos practican la anastómosis látero-lateral. Pero puede suceder haciendo este procedimiento, que el fondo de saco superior que se forma, sea motivo de un estancamiento de las materias fecales y con el tiempo traer un gran divertículo con los consiguientes trastornos que obligaron a Lane a reoperar algunos enfermos en análogas circunstancias. Hay pues que hacer un abocamiento término-terminal. Deberá salvarse el inconveniente de los distintos diámetros mediante una sutura de fruncimiento en el extremo inferior más grande, y para ésto deberá al practicarse la primera sutura serosa posterior, hacer con la aguja una sola pasada en el extremo menor, para dos en el mayor (maniobra de Polia); viendo y calculando, a medida que vaya avanzando la sutura, de llegar a igualar ambos diámetros al finalizar la primera semicircunferencia. Es natural que si el clamp de tres ramas permaneciera cerrado durante la ejecución de esta sutura, el fruncimiento no se haría; es por eso que hay que entreabrir la rama que mantiene el cabo inferior, a medida que avanza la sutura y permitir así el buen fruncimiento a la vez que

» el buen afrontamiento. Es en esta maniobra que  
» el clamp de seguridad desempeña sus funciones.  
» Es bueno tener cuidado para la mejor ejecución  
» de la sutura, al colocar el clamp, que los cabos  
» a anastomosar estén parejos hacia su eje; dejan-  
» do que la diferencia de los diámetros se haga  
» aparente hacia el extremo del mismo; de esta  
» manera se hará un buen comienzo y se podrá di-  
» rigir a las puntadas, en relación con diferencia  
» real de los diámetros que el operador observa, a  
» medida que se ejecuta la sutura sero-serosa.

» Terminada la sero-serosa posterior, se prac-  
» ticará en esa mitad solamente una sero-muscular.  
» Luego otra muco-mucosa que se hará perforante  
» en su mitad anterior para completar el cierre de  
» la luz del intestino, siempre con la misma maniobra  
» del fruncido. Se soltará el clamp de tres ramas  
» y se practicarán dos suturas superpuestas sero-se-  
» rosas en la mitad anterior.

» Efectuado el abocamiento a tres planos, se  
» revisará prolijamente las suturas a fin de colocar  
» algunos puntos aislados de sostén en aquellas par-  
» tes que el cirujano crea conveniente.

» El último tiempo de la intervención consis-  
» te en hacer una perfecta peritonización del meso;  
» facilitada por la disección de los colgajos perí-  
» toneales a que antes se ha hecho mención. Ter-

» minada ésta, se procede a hacer una apendicostomía ; se toma el apéndice, se secciona su meso hasta la base y se lo liga. Con la mano izquierda introducida en el abdomen (la palma hacia arriba) y llevada a la fosa ilíaca derecha, se palpa la pared abdominal ; la mano derecha toma un bisturí y punza la pared abdominal perforándola en la fosa ilíaca derecha, cerca de la espina ilíaca, mientras que la mano izquierda evita que la punta lesiones a un intestino ; luego se toma una pinza, se la introduce por el diminuto ojal que ha dejado el bisturí y toma la punta del apéndice exteriorizándolo. Toilet del peritoneo y cierre de la cavidad abdominal en tres planos. El apéndice exteriorizado se fijará con dos puntos a la pared abdominal, se la seccionará a nivel de la piel y se introducirá una pequeña sonda Nélaton N° 16. De esta manera aseguramos el drenaje de los gases y prevenimos una distensión de la sutura de abocamiento en una manera absoluta».

» La apendicostomía se practicará cuando el apéndice sea permeable ; si no lo es, se hará un ano contra-natura temporario y lo más pequeño posible.

» Se vendará al enfermo y se le colocará un tubo rectal ; administrándole suero y tónicos. A

» los tres días, la sonda apendicular y el tubo rectal, » pueden ser sacados sin inconveniente alguno ».

---

Los enfermos pueden ser alimentados al tercer día de la intervención ; se comenzará dándoles líquidos en pequeña cantidad y poco a poco se pasará a los alimentos sólidos. En general, la fístula apendicular cierra espontáneamente ; si ésto no sucede, no es un grave inconveniente, pues se procede a la extirpación de la base del apéndice, con anestesia local, operación muy sencilla y completamente inocua.

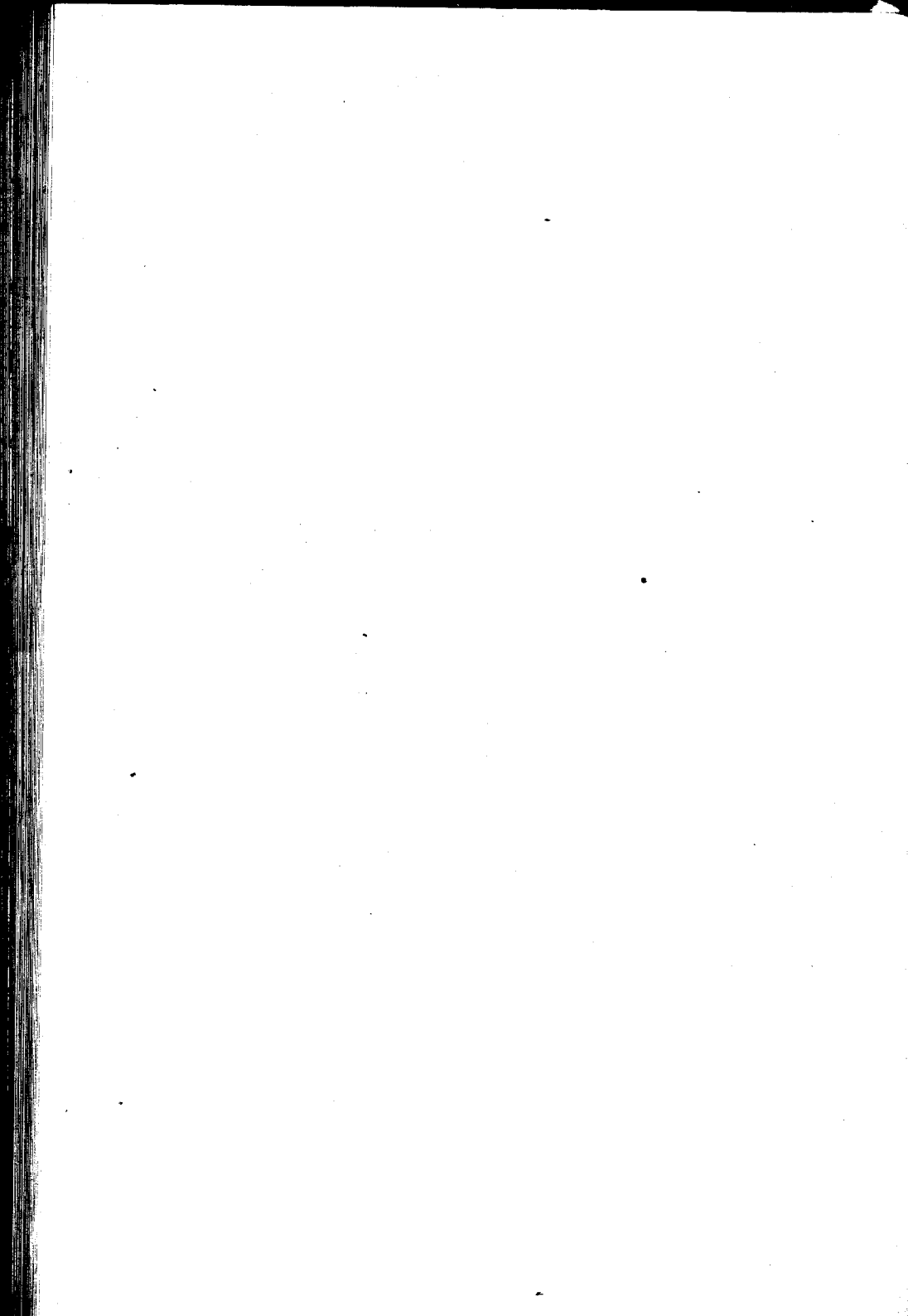
Los resultados obtenidos son fácilmente apreciables : aquellos enfermos que antes se veían constantemente atormentados por su constipación, mueven su vientre espontáneamente o con pequeñas dosis de laxantes, sin necesidad de recurrir como antes a enemas y purgantes a grandes dosis.

El estado general es modificado de una manera sorprendente : hay aumento de peso, buen apetito, y el sujeto se dedica a sus tareas sin sentir molestias de ninguna especie.

Es de advertir, sin embargo, que este resultado sólo se conseguirá si el enfermo se somete a un régimen alimenticio apropiado que ya hemos indicado, al hablar del tratamiento médico,

y si vigila atentamente sus funciones intestinales, usando de laxantes. De no ser así, corre el riesgo de ver reproducir su enfermedad :constipación, estancamiento de materias fecales y dilatación del segmento situado por encima del abocamiento.

## OBSERVACIONES CLÍNICAS



## OBSERVACION I

Hospital Ramos Mejía. — Servicio del doctor Ricardo A. Nölting. — Sala I, cama 2.

N. M., 27 años, argentino, soltero, carpintero. Ingresa el 8 de abril de 1915.

*Diagnóstico* — Megalocolon adquirido.

*Antecedentes hereditarios* — Sin importancia.

*Antecedentes personales* — Hasta los 22 años ha sido sano; a esta edad tuvo viruela que le ha dejado extensas cicatrices al nivel de la cara. Siempre ha tenido muy buen apetito y movía regularmente su vientre, aunque algo constipado. Ha sido poco fumador. Dice el enfermo ser poco bebedor.

*Enfermedad actual* — Le empieza desde abril de 1914, notando el enfermo que su vientre no anda regularmente, pues se pasa hasta seis días sin moverlo, cosa que lo tiene con dolores de cabeza, sensación de pesadez en el vientre y gran acumulación

de gases que cuando los expulsa lo dejan tranquilo. Al cabo de unos días movía el vientre con un contenido seco, duro y de escasa cantidad. Como el enfermo no puede comprar medicamentos y se siente siempre molesto, decide ingresar al Hospital con el siguiente :

*Estado actual* — Abril 4 de 1915: Hombre bien constituido, buen esqueleto, buena musculatura, escaso panículo adiposo; piel trigueña, presentando al nivel de la cara cicatrices de viruela y al nivel de los miembros, manchas que son restos de la misma enfermedad. Se palpan ganglios inguinales, dos ganglios epitrocleares. Movimientos activos y pasivos conservados, motricidad y sensibilidad conservada. Reflejos tendinosos conservados. Reflejos a la luz y a la acomodación existen.

Tórax: Simétrico, diámetros normales, un poco disminuido el ántero-posterior, muy marcada la fosa de Morenheim. Respiración abdómino-costal a predominio abdominal.

Pulmones: Por detrás: sonoridad normal, bases movibles, 11<sup>a</sup> vértebra dorsal, vibraciones existen, respiración vesicular, resonancia normal de la voz, no hay ruidos agregados. Por delante: sonoridad normal, base derecha 5° espacio intercostal, espacio de Traube timpánico a sonoridad muy grave,

respiración vesicular, no hay ruidos agregados, resonancia normal de la voz.

Corazón : Punta no se ve ni se siente. A la percusión, 4º espacio, un dedo por detrás de la línea mamilar, línea medio-esternal, 3er. espacio. Tonos normales, matitez aórtica normal (4 cms.). En la horquilla esternal se palpa la aorta y a la auscultación hay un ligero soplo aspirativo que no se sabe si será por la compresión.

Pulso : Regular, igual, amplio, regularmente depresible, 80 por minuto.

Hígado : 5º espacio intercostal, un través de dedo por arriba del reborde costal, línea mamilar. No se palpa.

Bazo : No se palpa, matitez no se encuentra.

Abdomen : Un poco abovedado, liso, poco tenso, no doloroso, timpanizado totalmente, variando esta tonalidad según el lugar en que se percute, extendiéndose hasta tres dedos por debajo de la línea axilar hasta la línea axilar posterior. Actualmente la succusión y clapoteo no se sienten (no se han dado enemas por la mañana). La palpación se hace hasta percibir los latidos aórticos sin dolor. Estómago no se percute.

Lengua : Rosada, húmeda.

Dientes : Mal conservados.

Conjuntivas : Rosadas, un poco pálidas.

*Tratamiento* — Enemas de aceite y glicerina, purgantes, régimen vegetariano.

*Restoscopía* — A este enfermo le practica el doctor Kenny un examen rectoscópico, el cual muestra una ligera estrechez que hay que tomarla más bien por el anillo de transición entre la parte del megalocolon y el intestino normal.

Abril 30 : En el día de ayer tomó un purgante, el cual produjo dos deposiciones abundantes y hoy un enema de 1 1/2 litro produce nuevas deposiciones. El enfermo dice que en el momento de ejecutar su deposición siente de pronto como una especie de taponamiento intestinal que interrumpe su defecación, sintiendo dolores que localiza en la porción inferior del intestino ; estos dolores producen pequeños desmayos.

Mayo 7 : Pasa al servicio de cirugía del profesor Viñas (Sala XIII).

*Operación* (operador, doctor Viñas ; ayudante, doctor Madero y practicante mayor Jáuregui). — Anestesia : cloroformo. Laparotomía mediana subumbilical.

Se encuentra la S ilíaca y el colon descendente enormemente dilatado. El colon ascendente y transversal normales. Existe un pequeño cálculo en la vesícula. Se efectúa una resección completa de to-

do el trozo dilatado, efectuando una unión término-terminal del colon descendente a la S íliaca. No se deja drenaje. Se cierra la pared.

Mayo 11 : El enfermo sigue muy bien. No ha comido nada.

Mayo 20 : El enfermo continúa muy bien, salvo un punto que ha supurado. Se alimenta poco por indicación médica, mueve bien su vientre. Duerme bien.

Julio 15 : Peso 70 kilos 200 gramos ; a su entrada pesaba 61 kilos 600 gramos. Se le da de alta. Mueve regularmente su vientre diariamente y sin ayuda.

Antes de llegar a este resultado, tarda muchos días después de la operación para regularizar sus deposiciones. Se va notablemente bien.

Enero 15 de 1916 : Vuelve el enfermo con 66 kilos. Se ha sentido regularmente, mientras ha tomado los polvos de magnesia que le fueron recetados al salir del Hospital, pero una vez que se acabaron, por falta de dinero, se suprimieron las deposiciones. Entonces resolvió volver a Buenos Aires y entrar al Hospital.

El doctor Kenny le hace de nuevo una rectoscopia y encuentra siempre los grandes pliegues que dificultan la entrada del rectoscopio en la vecindad del ano, más arriba la cicatriz de la intervención

en perfectas condiciones, y en seguida una enorme dilatación del colon.

Actualmente está sometido a tratamiento médico, constatándose sensible mejoría.

## OBSERVACION II

Hospital Ramos Mejía. — Servicio del profesor Decoud. — Sala XIV.

I. R., 27 años, soltero, argentino.

*Operación* — Julio 13 de 1915.

*Diagnóstico* — Megacolon sigmóideo.

*Antecedentes hereditarios y personales* — Buenos.

*Antecedentes, enfermedad actual* — Constipado desde hace siete años, tiene que tomar laxantes, magnesia y enemas. La constipación se acentúa gradualmente, viéndose obligado a aumentar la dosis de los laxantes en forma correlativa. Poco tiempo después, hace un bolo fecal que le extraen en el servicio del doctor Chutro (Hospital T. Alvarez). Algunos meses más tarde, recidiva del bolo que es nuevamente extraído por el ano, bajo anestesia clorofórmica como la primera vez.

A pesar de las dos extracciones no mejora, pues necesita seguir tomando aceite de ricino a grandes dosis (100 grs.) y darse enemas de 3 y más litros para limpiar su intestino grueso una sola vez al día, y ésto cuando lo consigue. Tiene fenómenos de estercoremia crónica, cefaleas, náuseas y perturbaciones gástricas, conservando, sin embargo, su apetito. Un nuevo bolo lo hace ingresar al servicio del profesor Decoud.

*Estado actual* (a su ingreso) → Sujeto en buen estado general y vigoroso. Presenta un tumor que ocupa el bajo vientre; diagnosticado bolo fecal, se le extrae por el ano. Dos días más tarde, una radioscopia con enema de dos litros, revela un colon sigmóideo de proporciones anormales. Se instituye tratamiento preoperatorio.

*Operación* — Julio 20 de 1915: Dr. Bosch Arana: Se constata un megalocolon sigmóideo, con un bolo del tamaño de una naranja, alojado en el divertículo de la porción más dilatada. Se practica colectomía por la técnica ya descripta. Cura por primera.

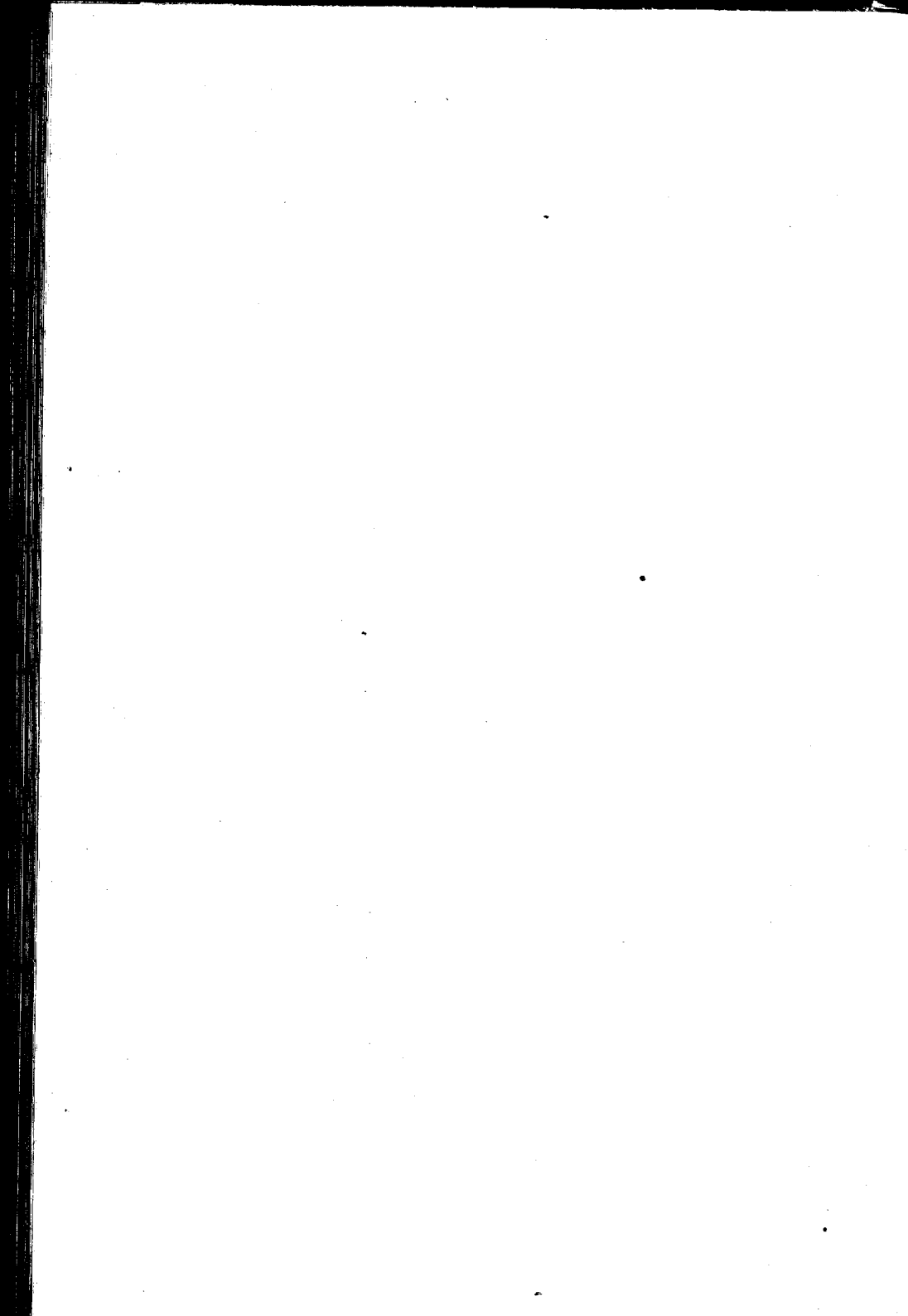
El período post-operatorio no puede haber sido mejor; el pulso, la temperatura y el estado general no varió casi nada de lo normal. No ha habido

el menor síntoma de shock. La fístula apendicular se curó a los 15 días.

Este enfermo es visto a los dos meses de operado; la constipación ha disminuído notablemente, puesto que de dosis masivas de magnesia y de aceite de ricino (100 grs.), la susceptibilidad intestinal se despierta ahora con solo dosis mínimas. Se consiguen 2 y 3 evacuaciones diarias con una sola cucharada de la fórmula magnesia bismutada. Con un enema de 500 gramos, limpia perfectamente su colon, cuando antes necesitaba tres y más litros repetidos varias veces al día. La capacidad rectal antes de la operación era de varios litros y ahora tolera apenas un litro.

Radioscópicamente, con un enema de 500 gramos de bismuto se consigue llegar al ángulo del colon izquierdo, conservando el intestino un aspecto y dimensión sensiblemente normal, que contrasta visiblemente con las tomadas antes de la operación.

El enfermo no siente molestias abdominales, no hay cefaleas, hay aumento de peso, la piel se ha vuelto porosa y la moral y ánimo muy levantada.



### OBSERVACION III

Hospital Ramos Mejía. — Servicio del profesor Decoud. — Sala XIV.

A. R., 35 años, casado, argentino. — Entrada : Julio 24 de 1915.

*Diagnóstico* — Megacolon sigmóideo.

*Antecedentes hereditarios y personales* — Buenos.

*Antecedentes, enfermedad actual* — Ha sido siempre constipado. Dese hace siete años se acentúa la constipación, teniendo que usar laxantes, magnesia a dosis masivas y enemas. Sin estos remedios pasaba 15 días sin evacuar su vientre, experimentando las consecuencias de la estercoremia crónica : enfriamiento de las extremidades, cefaleas, sudores, sequedad de la piel, pérdida del apetito y de fuerzas. En ese intervalo, ha tenido varios pequeños bolos que él mismo deshacía con el dedo o con un

palito, ayudado con enemas. Desde un año a esta parte su constipación aumenta, debiendo recurrir a 100 gramos de aceite de ricino cada dos o tres días y a más de 10 enemas diarios de tres y cuatro litros. Con todo no consigue impedir la formación de bolos, uno de los cuales tiene que ser extraído por un médico. Ha tenido una vez fenómenos agudos de dolores, retención de gases, etc., que indican un vólvulus frustrado.

*Estado actual* (a su ingreso). — Sujeto en buen estado general, piel trigueña seca, lengua saburral. Ingresa al servicio después de 20 días de constipación con un tumor en el hipogastrio, como una cabeza de adulto, desplazable, indoloro. Se diagnostica bolo fecal y se extrae por el ano. Días después, una radioscopia con dos litros de agua bismutada, vése una sombra que ocupa la pelvis y el hipogastrio, como un útero de 6 meses, pasando por encima del ombligo.

*Operación* — Julio 28 de 1915: Dr. Del Valle: Colectomía, colon sigmóideo y 15 centímetros de colon descendente. Cura por primera.

En los días subsiguientes, el pulso, aunque de buena calidad, subió a 120, bajando gradualmente a lo normal (80) al 5º día. El estado general se conservó bien, salvo alguno que otro vómito post-

clorofórmico. La fístula apendicular debió ser cerrada en un segundo tiempo, un mes más tarde con técnica sumamente sencilla (anestesia local, extirpación de la base del apéndice que había quedado).

Los resultados inmediatos son muy satisfactorios ; a los dos meses, mueve el vientre espontáneamente, una o dos veces al día y con una dosis de polvos laxantes obtiene un efecto purgante. Con un enema de 500 gramos, sintió enérgicas reacciones peristálticas como nunca las había experimentado. Al examen radioscópico, se ve el intestino normal. El estado general muy bueno.

*L. Rasche.*





## Bibliografía

- Arana Martín Ramón* — Megacolon congénito. — Tesis, 1909.
- Bensaude R. Guillard* (de Tours) et *Ronneaux* — Deux cas de Syndrome de Hirschsprung ou megacolon chez des adolescents. — Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, vol. XXXII, 3<sup>a</sup> serie, 1911.
- Comby J.* — Maladies de l'enfance.
- Debove, Achard* et *Castaigne* — Maladies du tube digestif., tomo II.
- Del Valle D. y Bosch Arana* — Dos casos de megacolon sigmoideo adquirido tratados por la colectomía parcial. — Rev. Asoc. Méd. Argentina, vol. XXIII, N<sup>o</sup> 133, 1915.
- Duval Pierre* — De la dilatation dite idiopatique unique du gros intestin. — Revue de Chir., tomo XXVII, 1903.
- Duval Pierre* — Megacolon traité par la resection du

- gros intestin. — Revue de Chir., tomo XLVII, 1913.
- Elizalde Pedro I.* — Megalocolon sigmóideo. — Revista de la Asoc. Méd. Argentina, vol. XXIII, N° 130, 1915.
- Elizalde Pedro I.* — Sobre cuatro casos de megalocolon sigmóideo. — Rev. de la Asoc. Méd. Argentina, vol. XXIII, N° 132, 1915.
- Ferrio L.* — La diagnosi clinica delle malattie interne, vol. III.
- Galliard L.* — Dilatation congenitale du colon. — Brouardel et Gilbert. — Nouveau traité de Med. et therap., tomo XVII.
- Gaujoux* — Existe-t-il une maladie de Hirschprüng ? Vue d'ensemble anatomo-clinique et étude critique. — Archives de Med. des Enfants, N° 11, Noviem. 1908.
- Hirschprüng H.* — Dilatation congenitale du colon (megacolon congenitum). — Graucher et Comby. — Maladies de l'Enfance, tomo II.
- Marfan* — De la constipation en particulier, de la constipation d'origine congenitale.—Rev. mens. de malad. de l'enfance. Abril 1895.
- Pozzi* — Congrès Français de Chirurgie, 1905.
- Terrien* — Constipation congenitale et maladie de Hirschprüng. — Journal de Médecine interne. Febrero 1909.

Buenos Aires, Marzo 21 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero doctor Daniel J. Cranwell, al profesor titular doctor David Speroni y al profesor suplente doctor Roberto Solé, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. BAZFERRICA

*J. A. Gabastou*  
Secretario.

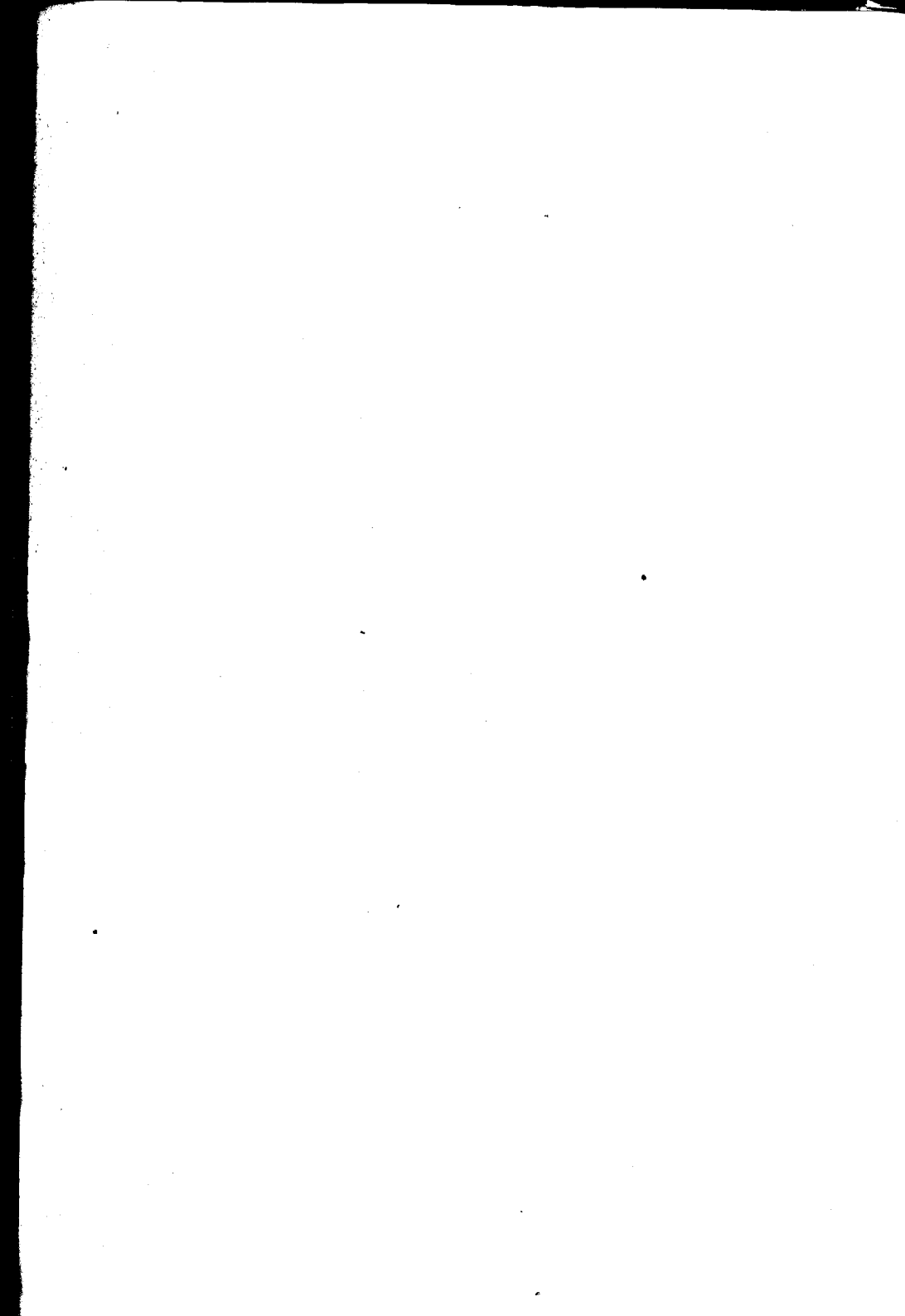
Buenos Aires. Abril 12 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3083 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZFERRICA

*J. A. Gabastou*  
Secretario.

30827



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

¿Es indispensable la apendicostomía en los casos de resección del asa sigmoídea ?

*Cranwell.*

### II

Valor de la rectoscopia en el diagnóstico del megalocolon.

*Speroni.*

### III

Importancia de las ligaduras vasculares en la colectomía.

*R. Solé.*

