ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG EN EL NIÑO (*)

Dres. Folco Rosa y César Arruti

CONSIDERACIONES GENERALES

Traemos a esta Sociedad 3 observaciones de megacolon en enfermos muy similares, en los que se siguió igual conducta y en los que la evolución fue idénticamente satisfactoria.

Para situarnos dentro de este complejo cuadro que forman los megacólones, haremos unas consideraciones previas.

1) Son del NIÑO.

2) TIPO DE MEGACOLON.

En la infancia se pueden reunir los enfermos en 3 grupos: ([22]). Ver figura Nº 1.

Nuestros tres casos pertenecen al grupo primero.

3) FORMA CLINICA.

Corresponden nuestras observaciones a las formas evolucionadas, las llamadas habituales, que responden al tipo primeramente descripto por Hirschsprung. Son en realidad "formas toleradas" más que retardadas, porque esta afección se muestra particularmente grave en las primeras etapas de la vida.

Dando una idea más cabal, es interesante la apreciación de las muertes según datos de Duhamel, en 50 observaciones: ([12]).

14 — formas neonatales, 12 muertes.

23 — en el lactante, 7 muertes.

13 — retardadas, 1 muerte.

Coincidentes son las 44 observaciones de Pellerin, donde hay 21 niños menores del año, ocurriendo 10 muertes. En igual sentido se pronuncian Sieber y Girdany, Riker, Boggs y Kidd, que reúnen entre todos 85 casos, con mortalidad del 48%: así como en los 156 casos recopilados por Dorman. Los enfermos afectados de esta forma tolerada son, pues los sobrevivientes de las etapas precoces de la afección (Laurence), formas llamadas a desaparecer a medida que mejora la precocidad del diagnóstico clínico, que hoy tiene más medios auxiliares en que apoyarse.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 13 de noviembre de 1963.

4) TOPOGRAFIA DE LAS LESIONES (Figura Nº 2).

Para estas formas retardadas corresponde la zona distónica al recto y sigmoide bajo en el 90% de los casos que han sido compilados por Bodian, ([3]) a lo que adhieren casi todos los autores.

Nuestras 3 observaciones son de esta topografía; así lo prueban en 2 la anatomía patológica y en el otro la evolución post-operatoria.

ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG

MEGACOLON EN EL NIÑO

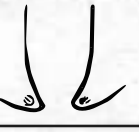
TIPO ▶	HIRSCHSPRUNG	ORGANICO	FUNCIONAL
ANATOMICAMENTE	ZONA CALIBRE NORMAL DEL ANO A LA ZONA BILATADA.	ZONA DILATADA HASTA EL ANO..	DILATACION HASTA EL ANO. FECALOMA RECTAL.. ANO SEMIABIERTO.. 
CLINICAMENTE	ESTREÑIMIENTO DESDE EL NACIMIENTO, PREEXISTENTE A LA HIPERTROFIA, TENAZ, PROGRESIVO.. ANO NORMAL..	LESION ANAL, TORTUOSA, INDURADA DIFICIL DE FRANQUEAR.. CONSECUTIVA A: - ESTENOSIS POSTOPER.. - ATRESIA CON FISTULA.. - DIAFRAGMA..	ADQUIRIDO POR MAL HABITO; INCURIA..
PRONOSTICO	BUENO: CURABLE RADICALMENTE POR MEDIOS QUIRURGICOS..	GRAVE: DIFICIL CONSEGUIR LA NORMALIDAD DEL ANO	BEGNINO: CURABLE POR; - SIQUIATRIA.. - HIGIENE

Figura Nº 1

Es distinto, sin duda en el recién nacido, donde sólo se ve en el 57%, siendo por tanto más frecuentes las zonas distónicas extendidas (Ricker).

IMPORTANCIA.

La importancia de esta comunicación radica en 3 puntos:

1º) En los 3 casos se trataba de *enfermos graves,* con toque manifiesto del estado general.

2º) Con el *planteo táctico* se resolvió satisfactoriamente, consiguiéndose evoluciones totalmente superponibles.

3º) Por tratarse de un *tema no agotado,* no tanto del punto de vista patogénico, sino del tratamiento, manteniendo por ello su vigencia. Si bien, desde que, en 1940. Triffin, Chandler y Farber publican sus investigaciones parece definitivamente aclarado que el trastorno reside en la inervación intramural de la zona distónica; prosiguen hoy las investigaciones de la histioquímica de los sectores

enfermos, aportando datos más precisos sobre la patogenia de la afección, confirmatorios de cual es el sector intestinal primitivamente patológico. (21).

En cuanto al tratamiento aún se sienten inquietudes renovadoras, unas modificando la técnica original de Swenson, primera con criterio

Fig. N° 1 —

patogénico y sin duda la más difundida; casos de Hiatt y Grob; otros con nuevas técnicas, como Duhamel y Saegesser, retomada por Hollender y recientemente con pequeñas modificaciones por Christman en el adulto.

Observación N 1. — Dres. Folco Rosa. C. Arruti.
Juan Carlos P. M. Edad 2 1/2 años. Procedencia Montevideo. Los prime-

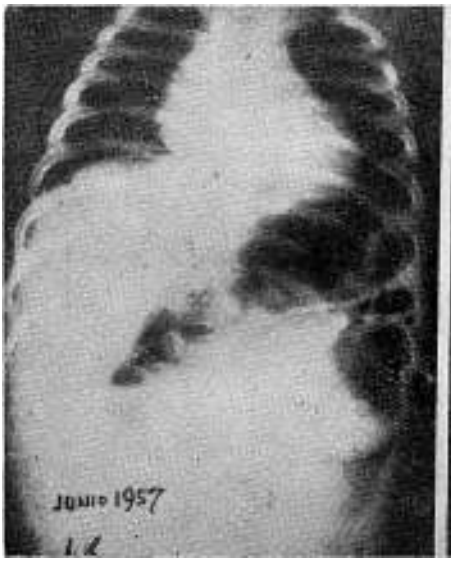


Fig. Nº 3. — Radiografía simple. Vientre grueso. Colon distendido: materias y gases.

Fig. Nº 4. — Colon por enema. Zona distónica y comienzo del mega.

Fig. Nº 5. — Colon por enema. Visión global del colon dilatado. Zona distal fina.

Fig. Nº 6. — Colon por enema. Enfoque de la zona de transición marcada por la flecha.

ros síntomas clínicos se anuncian a los 25 días de edad, cuando presenta llanto contínuo, distensión abdominal marcada y vómitos. Una primera consulta médica no aclara el diagnóstico, el niño se agrava e ingresa al Hospital. Allí se plantea la posibilidad de una peritonitis. Por el grave estado general se inicia una etapa de tratamiento médico, con hidratación parenteral, sonda rectal, antibióticos. El niño mejora, no siendo operado. Repite estos episodios cada 2 o 3 meses; notando en los intervalos un estreñimiento pertinaz, se consigue la exoneración intestinal solamente con enemas. Ha tenido episodios de diarreas muy fétidas, pero sin gran repercusión general. A los 7 meses se le hizo un colon por enema y se diagnosticó megacolon (Figuras Nº 3-4-5-6).

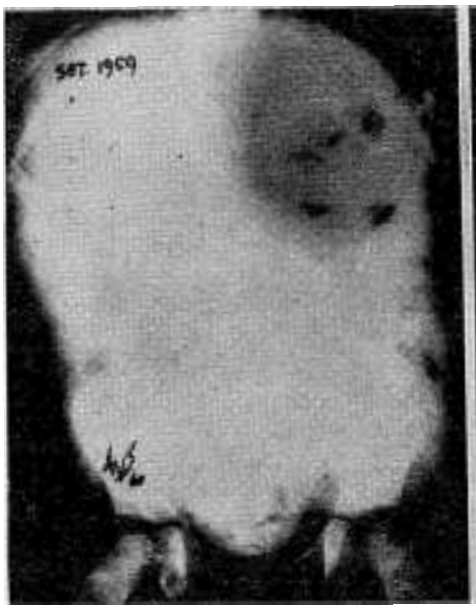


Fig. Nº 7. Radiografía simple. Se ha realizado la colostomía. Escasos gases.

Fig. Nº 8. — Radiografía simple. Sonda de Cantor colocada. Afinamiento del abdomen.

Motiva el ingreso un nuevo episodio de distensión, vómitos profusos y marcada deshidratación.

En los antecedentes no hay nada a destacar.

En el examen: se encuentra un niño profundamente deprimido, apático, indiferente, agotado, con precario estado nutricional, contrastando un grueso abdomen, globuloso, con piel fina y luciente, dejando transparentar venas superficiales; ombligo desplegado; se destaca el marco cólico claramente, no viéndose ondas peristálticas. A la palpación es depresible, indoloro no se limita el borde hepático, pero se sienten masas fecales pastosas en el colon. Al tacto rectal, el ano es normal, con esfinter tónico, recto permeable y vacío.

Al 4º día de su ingreso (9-VII-59) en vista del fracaso de los enemas para evacuar el intestino y la persistencia del estado general afectado se realiza una colostomía transversa derecha.

A los 13 días se le da el alta provisoria habiéndose conseguido una marcada mejoría, no tanto de la distensión, sino de su psiquismo y estado general, estando consignado en la historia un apetito voraz.

Reingresa el 7-IX-59, a los 2 meses, notando buen progreso del peso, persistiendo una discreta anemia (G. R. 3.750.000 Hb. 10 gr. 60%; VG-0,80 G. B. 10.000; Nº 33; E 5; M 4; L 58). Figuras 7-8.

Se prepara el colon y a la siguiente semana se interviene (15-IX) realizándose la resección según la técnica de Swenson típica. Evoluciona sin incidentes y se otorga el alta a los 11 días. El 24-III-60 reingresa para el cierre de la colostomía. Se da el alta definitiva el 30 del mismo mes.

Se le ha seguido periódicamente en policlínica. Está libre de síntomas

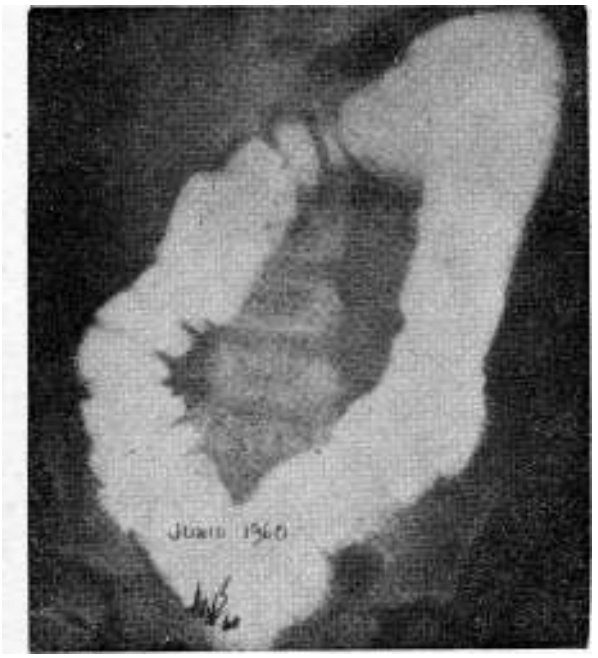


Fig. Nº 9. — Colon por enema. Control a los 9 meses de operado. Colon de calibre normal. Se evacúa sin dificultad.

tiene deposiciones diarias, perfecta continencia de materias y el tránsito urinario es normal.

No tenemos estudio histológico en este caso por haberse extraviado la pieza. Fig. 9.

Observación N 2. — Dres. R. Saccone. C. Arruti.

Ricardo Z. Edad 5 años. Procedencia Dolores.

Sus primeros síntomas aparecen a las 12 horas del nacimiento, cuando presentó vómitos, durante 1 día, sin retardo en la evacuación intestinal, pero con distensión de abdomen. Requirió internación para tratarle. Sigue bien hasta los 6 meses, cuando se nota estreñimiento pasando en una oportunidad hasta 14 días sin evacuación, con gran distensión y vómitos. A los 8 meses notando al niño pálido, deprimido se le hizo tratamiento con tiroides. No dio resultado.

A los 3 años presentó deposiciones mezcladas con sangre oscura durante 15 días. Necesitó transfusiones.

A los 4 años persistía estreñido, a pesar de los tratamientos y dietas exoneraba el intestino solamente con enemas; su abdomen aumentaba de tamaño.

Ingresa con 5 años (Figura Nº 10).

Al examen: es un niño triste, deprimido, delgado con un grueso vientre, circulación venosa acentuada, piel fina y gruesas asas intestinales con reptación, marcándose claramente y fecalomas en colon izquierdo. En el examen

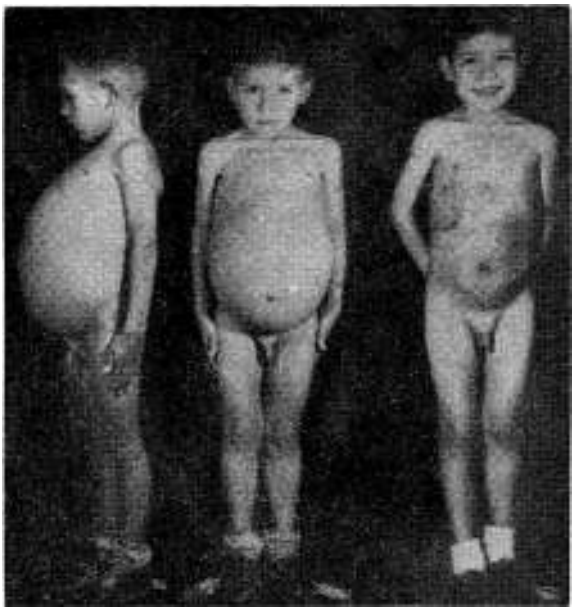


Fig. Nº 10. — Las 2 primeras fotos al ingreso mostrando el grueso del vientre. La última, post - operatoria; se aprecia: cambio de expresión, niño alegre, vientre normal, mejoría de la nutrición.

rectal: ano tónico, normal, recto fino, casi vacio, encontrándose fecalomas en el sigmoides.

En sala presenta acentuación de la distensión, contracciones violentas del colon con dolores, vómitos (Figura Nº 11).

El 24-VII-61 se realiza ua colostomía transversa derecha. Ya al tercer día, luego de gran expulsión de materias y gases, se aprecia el repunte del estado general, tiene apetito desmedido, se vuelve alegre.

Con gran mejoría se realiza la recto-sigmoidectomía tipo Swenson al mes y medio.

(6 - IX - 61).

Tiene retención de orinas por 3 días, que necesita sondeos. Evoluciona sin otros incidentes. Al 9º día tiene deposiciones espontáneas. Se cierra la colostomía a los 16 días (22-IX-61).

Alta a los 13 días (5-X-61) (Figura Nº 12).

Estudio Anátomo - patológico: segmento intestinal de 70 cm. de largo, acompañado de 2 fragmentos de 6 y 3 cm. cada uno. La parte mayor del colon está dilatado, alcanzando hasta 10 cms. en la parte más ancha.. En la sección aparece llena de materias fecales. La pared es gruesa hasta 0,5 cm. de espesor,

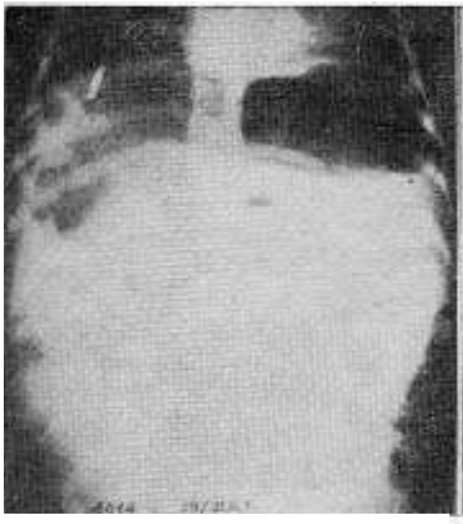


Fig. Nº 11. Radiografía simple. Colon lleno de materias, dilatación en la parte alta por gases.

Fig. Nº 12. — Colon por enema. Control al mes de operado. Colon de calibre normal. Facilidad en la evacuación.

Fig. Nº 13. — Radiografía simple. Tomada al ingreso. Grueso fecaloma. Distensión gaseosa del colon.

Fig. Nº 14. — El mismo aspecto en el perfil.

dura, cubierta por mucosa gris-rosada, espesa. Está se mantiene en la zona dilatada, apareciendo el aspecto normal donde el intestino no está dilatado.

Histología. — Hipertrofia de la capa muscular y colitis superficial que toma hasta la submucosa con infiltración polinuclear.

Los plexos nerviosos (tanto de Auerbach como de Meisner) están presentes en todos los fragmentos estudiados; numerosos y tal vez algo hipertróficos con los sectores en que el intestino se presenta de dimensiones anormales; más claros y ralos en los otros sectores.

Observación N 3. —

Gastón B. C. edad 10 años. Procedencia, Brasil.

La historia se inicia a la semana de vida con estreñimiento. Esto fue siempre motivo de preocupación para los padres y desde esa edad está en tratamiento médico. Pasa 7 a 8 días entre las exoneraciones intestinales a pesar del

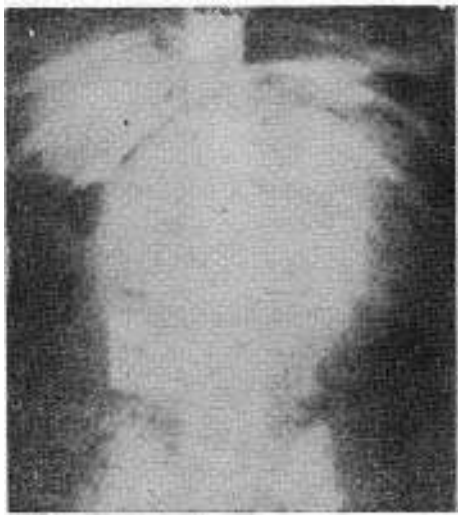


Fig. Nº 15. — Radiografía simple. Colostomía 4 meses antes. Disminución de los gases. Persistencia de enorme fecaloma.

Fig. Nº 16. — Misma época. Se inyectó bario por la colostomía. Se aprecian las dimensiones del colon y la retención fecal.

uso frecuente de enemas y laxantes. Ha tenido solamente en 3 oportunidades episodios de distensión marcada y brusca de abdomen que siempre han cedido por medios mecánicos: sonda rectal y enemas. El crecimiento desmedido de su vientre motivó el ingreso al hospital. El estado general está conservado, pero contrasta la delgadez y finura de sus miembros y cara con el grueso abdomen globuloso, asimétrico, tenso, con circulación venosa marcada y destacándose asas intestinales con reptación. A izquierda se ve y se palpa un fecaloma. Por el tacto rectal, que muestra ano normal, recto fino y vacío, se toca un fecaloma llenando la pelvis (Figuras 13 y 14). A los 5 días del ingreso (6-XI-62), con el fracaso de los enemas para la evacuación del colon se efectúa una colostomía transversa. En el mismo acto quirúrgico, luego de la dilatación anal se evacúa manualmente y en forma parcial el fecaloma, frag-

mentándose el resto. Con gran mejoría del estado general y local del intestino se da el alta a los 18 días. Reingresa a los 4 meses (Figura 15-16) (27-III-63), realizándose una resección tipo Swenson típico el 4-IV-63. En el postoperatorio el único inconveniente fue una supuración a estafilococos de la herida operatoria, que curó. El 15-IV-63 se le da de alta, a los 11 días, para reingresar el 5-VI-63 para el cierre de la colostomía, la que se realiza el 11 de ese mes y obtiene el alta a los 6 días. Continúo su vigilancia en policlínica. El tránsito es de 3 deposiciones diarias, excelente el estado general y el funcionamiento esfinteriano (Figura 17).

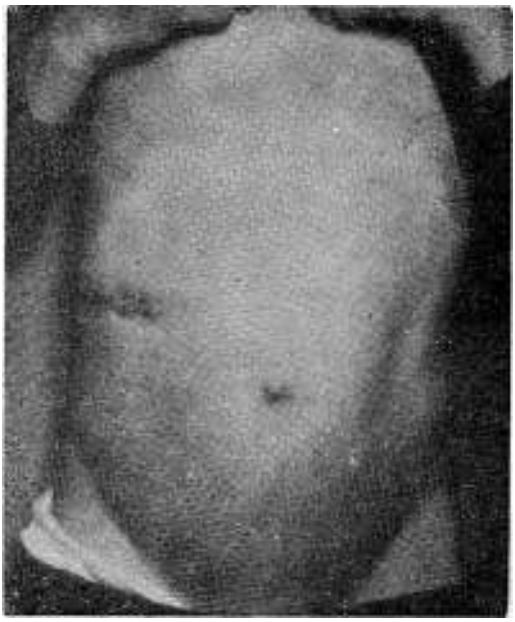


Fig. Nº 17. — Foto postoperatoria.

El estudio histológico hecho por el Dr. Medoc es el que sigue: Fig. 18-19. Fragmento del intestino grueso enormemente dilatado (megacolon segmentario), de forma ovoide, de 20 cm. (diámetro vertical) y 24 cm. de circunferencia. Apéndices epiploicos infiltrados de sangre, lo mismo que el borde mesentérico. Peso 1.200 gr. Contiene un fecaloma de materias secas, compacto que pesa 1.000 gr. Incidido a lo largo de su eje mayor vertical se aprecia por zonas una mucosa que presenta pliegues pronunciados y en otras es casi lisa. Hay algunas ulceraciones pequeñas superficiales, de fondo liso. El espesor de la pared, en la zona hipertróficas, llega a 8 mm.; en las lisas a la mitad. Viene también un fragmento de recto de 6 cm. de largo evertido, con la mucosa hacia afuera; termina en una especie de muñón.

INFORME HISTOLOGICO

Material y Técnicas: Se tomaron fragmentos, preferentemente del borde mesentérico, que corresponde al hilio vásculo-nervioso, de diferentes puntos: 1º segmento alto, inmediato al megacolon; 2º pleno megacolon; 3º parte baja

de la dilatación; 4º recto. Se hicieron las siguientes técnicas: hematoxilina-eosina; tricrómico de Gallego; Alcian blue- P. A. S. e impregnaciones argénticas por los métodos de Cajal, Bielschowsky y Del Río Ortega (Panóptica).

Resultados: Se comprobaron en el megacolon las alteraciones macroscópicas mencionadas: Ulceraciones y pequeñas hemorragias superficiales, zona de mucosa lisa, hipersecreción mucosa, etc.

Dimos preferente atención a la inervación. Podemos decir de manera general, que se detectaron las estructuras nerviosas de los plexos de Auerbach y Meisner. La riqueza en ganglios nerviosos de la capa mioentérica es muy notoria en los segmentos 1 y 2 (parte alta del megacolon). Pero a medida

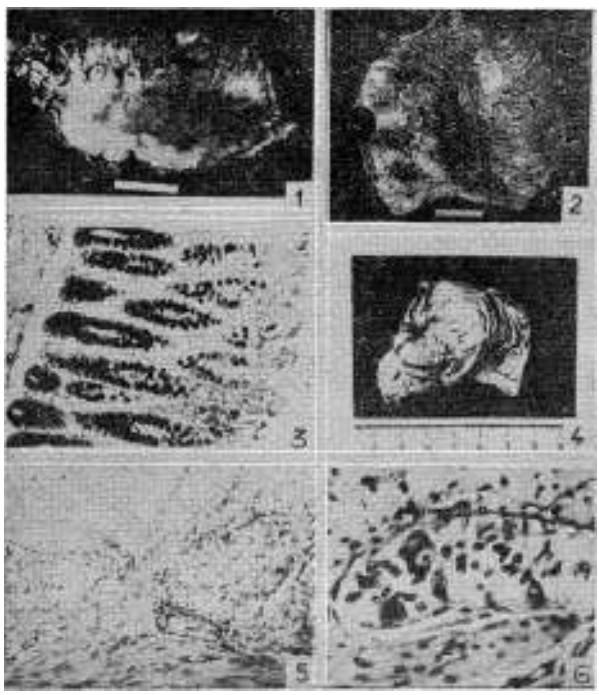


Figura Nº 18. — Anatomía Patológica. 1) Megacolon. Peso: 1 k. 200. Mide 20 cm. de largo por 24 cm. de circunferencia. Contenía un fecaloma de 1 k. de peso. 2) Megacolon seccionado longitudinalmente. Mucosa de pliegues hipertróficos, alternando con zonas lisas. Algunas pequeñas ulceraciones superficiales. 3) Microfoto tomada en pleno megacolon. Técnica del muci - carmín. Glándulas de tipo Lieberkhun en hipersecreción mucosa. 4) Fragmento inmediato al megacolon: recto evertido con muñón de sutura. 5) Ganglios nerviosos del plexo mioentérico de Auerbach entre las 2 capas musculares. Coloración: tricrómico de Gallegos. 6) Vista a mayor aumento de un ganglio. Se ven células nerviosas multipolares de aspecto normal.

que descendemos, los ganglios son más pequeños y disminuyen en calidad, para ser escasos en la porción del recto. Además se aprecian, tanto en las células como en las fibras nerviosas, alteraciones degenerativas(núcleos excéntricos, desaparición del nucleolo, citoplasma turbio y vacuolado, neurofibrillolisis, fibras nerviosas hiperargentófilas con engrosamientos moniliformes, etc.

Algo similar pasa con el plexo de Meisner, reducido a escasas y tenues fibrillas en la región del recto, donde hay zonas totalmente aneurales. Como todos los fragmentos fueron sometidos a las mismas condiciones técnicas creemos que esta pobreza en la inervación en este sector del intestino no es un hallazgo casual, sino que corresponde a una realidad anatómica.

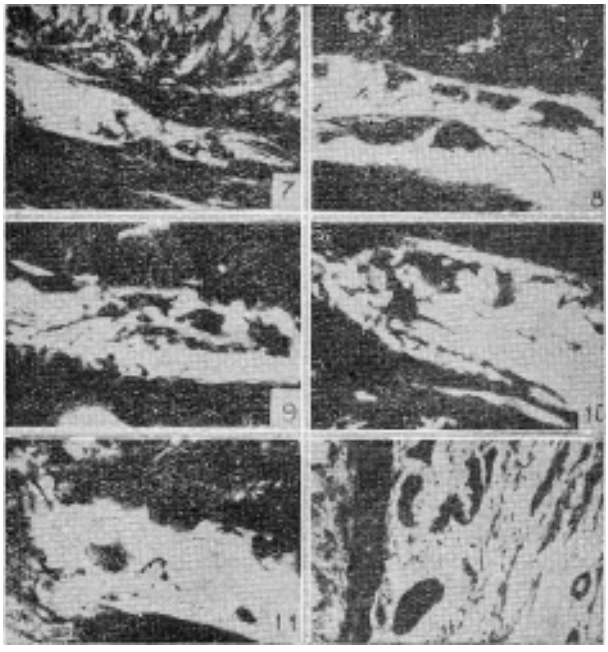


Figura Nº 19. — Anatomía patológica. 7) Impregnación argéntica (Bielschowsky). Fragmento superior del colon supuesto sano. Células nerviosas multipolares y fibras nerviosas del plexo de Auerbach. 8) Células y fibras del plexo mioentérico. Técnica de Bielschowsky Preparación tomada en la parte media del megacolon. Lateralización del núcleo (en blanco) de células nerviosas hiperargentófilas y con abultamientos varicosos. 9) Preparación obtenida en la parte baja del megacolon. Neuronas algo retraídas con gruesos prolongamientos. 10) Otro aspecto de la inervación en la parte baja del megacolon, cerca del recto. Neuronas con vacuolas en el citoplasma y gruesos e irregulares nervios. 11) Aspecto degenerativo de una neurona del plexo de Auerbach. Preparación tomada del recto. Lateralización del núcleo. Neurofibrillolisis. Aspecto tortuoso e irregular de los nervios, con acentuada argentofilia. 12) Preparación obtenida en la parte media del megacolon. A izquierda se ven los fondos de saco glandulares; luego la muscularis mucosa. Hacia la derecha entre capilares, fibrocitos y haces colágenos, elementos nerviosos del plexo de Meissner.

CONCLUSIONES

Hemos presentado 3 casos de Enfermedad de Hirschsprung en el niño. La táctica quirúrgica ha sido la misma: operaciones escalonadas en 3 tiempos: 1) colostomía transversa; 2) exéresis tipo Swenson; 3) cierre de la colostomía. Creemos que en nuestros enfermos no había otra conducta por el estado lesional que presentaban en el momento de la consulta; pero, en términos generales nos suscribimos a este temperamento para todos los casos.

a) **La colostomía previa** casi nadie la discute cuando se emprende la resección intestinal. Algunos cirujanos la obvian cuando realizan otras técnicas, como por ej. el Duhamel, y en los contados casos en que no existiendo gran retención y puede, por medios mecánicos, de enemas pacientes y reiteradamente realizadas, lograrse la limpieza del colon. Tiene **indicaciones incuestionables:** 1) por debajo del año de edad, cuando la resección es prácticamente irrealizable por el tamaño de la pelvis; 2) frente a los graves cuadros de diarrea, para

tratar la enteritis causante; 3) cuando la gran retención fecal hace imposible otros métodos de limpieza.

Las ventajas de las colostomías además de: 1) el hacer posible la limpieza mecánica; es: 2) permitir tratar adecuadamente la enterocolitis siempre presente; 3) lograr la reducción del tamaño del colon dilatado estableciendo congruencia en el calibre de los segmentos a anastomosar. Para estos fines debe ser desfuncionalizante del cabo distal y no simplemente decompresiva (caso de las cecostomías).

b) **La ubicación de la colostomía** es motivo de encontradas opiniones. Creemos que la ubicación ideal es en el **transverso a derecha:** 1) porque es una colostomía eficaz; 2) porque está alejada del sitio donde se hará la operación definitiva; 3) porque deja libre el colon izquierdo que es necesario movilizar casi siempre, decolando el ángulo esplénico, para lograrse una sutura colo-anal sin tensión. Swenson realiza actualmente una sigmoidostomía, que deshace en el segundo tiempo, ahorrando de este modo una operación. Le anota además otros dos inconvenientes: a) que puede reducir por debajo del calibre normal al colon dilatado y que el reiniciar sus funciones luego de la anastomosis, aumentando de calibre crear una estrechez de la línea de sutura; b) que el asa distal a la colostomía puede ser corta para alcanzar el periné, como sucede cuando la zona distónica sobrepasa el sigmoide. Potts anota además la posibilidad de deshidratación en el lactante por pérdidas de líquido a nivel del colon derecho, donde el contenido es aún semifluído. **A esto contestamos:** a) el ahorro de una tercera operación es una objeción mínima frente a las ventajas que obtenemos, y después comentaremos, durante el post-operatorio de la intervención definitiva. b) El calibre del colon, está suficientemente probado, vuelve al tamaño normal, muy rara vez por debajo, entre los 3 y 5 meses del establecimiento de una colostomía desfuncionalizante. Todo está en manejarse dentro de ese plazo. c) la dilatación del colon sucede por encima de la parte distónica en la normalmente inervada. La documentación radiológica precisa el asiento de esa zona de transición y permite establecer la porción de colon restante en dirección caudal a la colostomía. d) si bien la colostomía derecha supone la pérdida de líquido, contando con los oficios de un pediatra competente puede mantenerse un perfecto estado de hidratación y nutricional aún en los lactantes muy pequeños y prematuros. Nosotros hemos manejado niños con colostomías practicadas desde los primeros días, por diversas afecciones y siempre hemos logrado mantener un equilibrio humoral normal. En igual sentido se pronuncian MacMahon, Cohen y Eckstein analizando 129 colostomías del lactante.

c) La **permanencia de la colostomía** la encontramos fundamental para obviar la mayoría de las complicaciones que se ven con el segundo acto quirúrgico. Estas se presentan en todas las series, aún en las mejores manos, y se resuelven en general estableciendo la colostomía

que suprimieron durante ese segundo acto; por lo tanto, colocamos el enfermo en las condiciones óptimas de seguridad, lo que parece fundamental. Esas complicaciones, a parte del shock, que siempre es tratable por los métodos de reanimación habituales, la infección de la herida, común a toda cirugía abdominal, especialmente la intestinal; alinea entre las más importantes la falta de la sutura. Precisamente al conocerla se trata por colostomía. Si ésta está preformada su entidad es siempre mínima, porque el contenido no tiene entonces microbismo acentuado. En igual sentido estamos frente a las fístulas a nivel de la sutura y la formación de abcesos pelvianos, la otra complicación que sigue en orden de frecuencia y entidad. Siempre hemos utilizado el drenaje retro-rectal que impide la formación de colecciones y previene el abceso.

d) **Con respecto al acto fundamental,** la resección intestinal recto-sigmoidea nos parece indiscutible por varias razones: 1) porque cuando se comprende la correción de una malformación en el niño se debe intentar una curación definitiva y dura era, para toda una vida, y no soluciones parciales o sujetas a recidivas; 2) porque esta técnica ya ha hecho la prueba del tiempo y mantiene siempre su eficacia en muy largas series de operados; 3) porque el número de los mismos es más que significativo; 4) porque a pesar de ser laboriosa en su ejecución, es absolutamente reglada y factible. No está exenta sin embargo de riesgos. La mortalidad es muy baja, no mayor que en cualquier operación de cierta significación practicada en abdomen: 3% en la serie de Swenson (200 tratados), 4% en la Willie, (156 tratados), similar para Hiatt y Pilling. La mayoría de estas muertes ocurrieron en resecciones establecidas sin colostomías previas. Algunas de las complicaciones ya han sido establecidas.

Se anotan otras no específicas como la formación de adherencias intestinales, motivos de oclusión; y retenciones de orina, común a muchas operaciones pelvianas. En general estas no pasan de unos días y luego de colocar sonda a permanencia todo se regulariza. En nuestros casos la sonda se retiró: (obs. 1) a los 2 días, (obs. 2) a los 3 días, (obs. 3) al día siguiente sin inconvenientes. De las restantes queda la posible lesión de los nervios erectores. Hasta ahora los únicos pacientes que han alcanzado la edad adulta son los de Swenson, no encontrando casos de importancia, aunque es una posibilidad a tener en cuenta. Los resultados finales siempre han sido en gran proporción excelentes, por lo que esta técnica está comprendida entre los grandes aportes realizados a la cirugía.

EN SUMA: Hemos presentado 3 casos de E. de H. en el niño tratados por el procedimiento de Swenson, con resultado excelente y sostenemos la conveniencia de las operaciones escalonadas por brindarnos el máximo de seguridad entre las eventuales circunstancias desfavorables que puede crear el tratamiento siempre delicado de estos pacientes.

1. BESU, A. NEIMANN, R. LESURE, J. — Mégacolon congénital traité par sigmoido-recmiotomyotomie (Arch. Franc. Pédiat. PARIS. v. 14; pl013; 1957).
2. BILL, A. H. CHAPMAN, N. D. — The enterocolitis of Hirschsprung's dedease. Its natural history and treatment. (Am. J. Surg. v. 103: p. 70. 1962).
3. BODIAN, M. — Chronic constipation in children with particular reference to Hirschsprung's disease. (Practitiones v. 169; p. 517; 1952).
BILL, A. H. GREICHTEN, S. A. STEVENSON, J. K. — The selection of infants and children for the surgical treatment of Hirschsprung's disease (Surg. Gynec. and Obst. v. 104; p. 151; 1957).
5. CENDAN ALFONZO, J. E. — Colostomías (X Congreso Uruguayo de Cirugía) 1959.
6. COSCO MONTALDO, H. — Cirugía del megacolon; los nuevos conceptos fisiopatológicos. (And. Fac. Med. Montevideo v. 41; Nº 5; p. 181; 1956).
7. COSCO MONTALDO, H. — Nuevos conceptos fisiopatológicos en le cirugía del megacolon. (Bol. Soc. de Cirug. del Uruguay, v. 27; Nº 1; p. 96; 1956).
8. CHIFFLET, A. — El colon desfuncionalizado. (X Congreso Uruguayo de Cirugía) 1959.
9. CHIFFLET, A. — Las claudicaciones oroficiales en las colostomías (X Congreso Uruguayo de Cirugía).
10. DUHAMEL, B. — A new operation for the treatment of Hirschsprung's dedease (Arch. Dis. Childh. v. 35; p. 38; 1960).
11. DUHAMEL, B. — Technique Chirugical infantile (Ed. Masson 1957).
12. EHRENPREIS, T. — Hirschsprung's disease in neonatal period. (Arch. Dis. Childh. v. 30; p. 8; 1955).
13. EHRENPREIS, T. — Long-term results for Hirschsprung's disease, with note in Duhamel's operation. (Surgery v. 49; p. 701; 1961).
14. FEVRE, M. PELLERIN, D. HABIB Mme. — Megacolon infantile (maladie de H) Traitement par recto-sigmoidectomie. (Arch. Franc. Pédit. v 11; p.317; 1954).
16. GROB, M. — Cirugía Infantil. Editorial.
17. HALLENBECK, G. A. BROWN, P. M. WAUGH, J. M. STICKLER, G. B. — Surgical treatment of Hirschsprung's disease. A review of 40 cases. (Arch. Surg. v. 83).
HIATT, R. B. — The fisiological basis for surgery in congenital megacolon. (Surg. Clin. N. Amer. v. 38; p. 561; 1958).
19. HIATT, R. B. — A Further desaiption of the pathologyc phisiology of congenital megacolon and the results of surgical treatment. (Pedriatrics v. 21; 1958).
20. KAMIJO. K. HIATT, R. B. KOELLE, J. B. — Congenital megacolon comparison o fthe spastic and hipertrophied segment wieth respect to linertesa activities and sensitivities to acetylcholine,DFP and barium. (Gastroenterology Nº 24, p. 173; 1953.
21. LAURENCE, G. — Phisiopatologie de la maladie de Hirschsprung's (distonie aganglionar). (Rev. Prat. Paris. 49; p. 342; 1959).
22. LAURENCE, G. — La distonie aganglionairet son traitment au course des duoze premiere mois. (Rev. Prat. Paris v. 9; pº 3433; 1959).
23. LAGACHE, G. — La distonie aganglionaire et son traitment dans 18 enfance et dans L'adolescence. (Rev. Prat. Paris, v. 0; pº 3443; 1959).
24. MARSHALL, L. — e C. Jr. Megacolon-Present concepts. (Surg. Clin. N. Amer).
25. MacMahon, R. A. COHEN, S. J. Eckstein H. B. — Colostomy in infancy and Childhood. (Arch. Dis. Childh v. 38; p. 114; 1963).

26. Mégacolon secondaire (diagnostic, Prévention et traitment). Pellerin, D. Rev. Prat. Paris. v. 9; p. 3451; 1959).
27. POTTS, W. J. — The surgeen and the child. (Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1959).
28. PILLING, G. P. GRESSONS S. L. — Pediatric Surgery (Ed. Year Book Medical Publishere, 1962).
29. SAEGESSER, M. — Sigmoidorectomyotomy in Hirschsprung's disease (Chirurg. v. 25; p. 175; 1954).
30. STATE, D. — Phisiologie operation for idiopathic congenital megacolon (Hirschsprung's disease) (J.A.M.A. v. 149; p. 350; 1952).
31. STATE, D. — Surgical treatment for idiopathic congenital megacolon (Hirschsprung's disease) (Surg. Gynec. 7 obst. v. 95; p. 201; 1952).
32. SWENSON, O. — Congenital defects in parasympathetic system (in relation Hirschsprung's disease) (Arch. Dis Childh v. 30; p. 1; 1955).
33. SWENSON, O. — Follow-up on 200 patients treated for Hirschsprung's disease during a ten years period. (Ann. Surg. v. 146; p. 706; 1957).
34. SWENSON, O. — FISHER, J. H. — Hirschsprung's disease during infancy. (Surg. Clin. N. mer. v. Dic; p. 1511; 1956).
35. SWENSON, O. RHEINLANDER, H. F. — Indications for colostomy in patients with Hirschsprung's disease. (Surg. Gynec. 7 Obst. v. 95; p. 738; 1952).
36. SWENSON, O. — Pediatre surgery. (New York: Appleton Century-Grofts, Inc. 1958).
37. WILLIS, G. G. — Course and treatment of Hirschsprung's disease (Lancet v. 272; nº 6974; 1957).
38. WILLIS, — Treatment of Hirschsprung's disease by Swenson's operation). Lancet c. 272; nº 6974; p. 850; 1957).
39. YANICELLI, R. — Megacolon congénito en el niño. A propósito de 6 casos intervenidos. (Bol. Soc. Cir. Montevideo, v. 32; p. 295; 1961).